

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I



TESIS DOCTORAL

Emociones positivas y bienestar en niños con enfermedades crónicas

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Covadonga Chaves Vélez

DIRIGIDA POR:

**Carmelo Vázquez Valverde
Gonzalo Hervás Torres**

Madrid, 2014

“El futuro pertenece a aquellos que creen en la belleza de sus sueños”

Eleanor Roosevelt

Este trabajo ha sido elaborado siguiendo el formato de tesis por publicaciones. En primer lugar, se presenta un resumen de la investigación y de las principales conclusiones en inglés. A continuación, se ofrece una introducción teórica, cuatro artículos científicos acompañados de un breve resumen en castellano y un apartado de conclusiones. Los artículos ya han sido publicados [Chaves, C., Vázquez, C., Hervás, G. (2013). Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study. *Terapia Psicológica*, 31, 7-18. ISSN: 0718-4808; Chaves, C., Vázquez, C., & Hervás, G. (2014). Granting wishes in seriously-ill children: Effects on well-being reported by children and their parents. *Journal of Health Psychology*. ISSN: 1359-1053] o enviados para su publicación [Chaves, C., Hervás, G. & Vázquez, C. Granting wishes in seriously ill children: Effects on parents' well-being. Enviado a *Journal of Positive Psychology*; Chaves, C., Hervás, G. & Vázquez, C., García, F.E. Building life satisfaction through positive emotions, benefit finding and strengths of character: A longitudinal study in children with a life-threatening illness. Enviado a *Journal of Child Psychology and Psychiatry*]

Agradecimientos

Son muchas las personas que, de un modo u otro, han contribuido a la realización de este trabajo, y desde aquí quiero expresarles mi más profundo y sincero agradecimiento.

A mis tutores Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás, por su guía entusiasta, por sus conocimientos compartidos, y por su paciente dedicación durante estos años. Gracias por ayudarme a descubrir lo bello de esta profesión y por enseñarme a vivirla con pasión.

Gracias a la Fundación Lafourcade – Ponce por su financiación para el desarrollo de este proyecto. Sin su ayuda y el apoyo tenaz de Cristina Lafuente, este trabajo no hubiera podido realizarse.

Gracias a la Fundación Pequeño Deseo, a Miriam Gil, Cristina Cuadrado, Cristina Pozo, Cecilia del Valle y Elena Pérez, por su esfuerzo, entusiasmo y generosidad para compartir sus experiencias. Todo ello ha permitido y facilitado enormemente el desarrollo de este estudio.

Gracias al personal sanitario de los hospitales La Paz, Ramón y Cajal, Niño Jesús y Gregorio Marañón por su disposición y colaboración activa en el proceso de la investigación. Gracias también a todos aquellos niños y padres que con su buena disposición y generosidad compartieron conmigo sus experiencias y emociones.

Gracias a la profesora Carmen Valiente por su calidez y comprensión, por su ejemplo diario y dedicación plena.

A mis compañeros en el despacho de becarios, a Almu, Iván, Irene, Felipe, Teo, Cristina, Lola, María, Juanjo, Álvaro y Nùria. Gracias por los buenos momentos que hemos compartido y por vuestros consejos y ayuda en los momentos difíciles.

Gracias a la profesora Crystal Park, por su cálida acogida durante mi estancia de investigación y por compartir sus conocimientos conmigo. Gracias a mis compañeros durante la estancia, a Dalnim, Kristen, Ian, Login, Tosca, Caroline y Alba por ayudarme durante este tiempo y hacer mi estancia mucho más agradable.

A mi familia, a mis padres Luisa y Antonio, hermanos Luis y Espe y a Pauli y Jorge, por su apoyo incondicional en todo momento, por su cariño, comprensión y ayuda. Gracias en especial a mis padres por inculcarme su amor por el conocimiento y curiosidad. Esto no habría sido posible sin su dedicación y aliento.

A mis amigos, a Pili, Ali, Vir, Carmen, Martha, Carlos, Raquel, Clara, Miriam, Laura, Alex, Vero, Dani, Elena, David, y Lorena por sus ánimos con la tesis, por su ayuda en todo momento y por entender mi ausencia en estos últimos meses.

Índice

SUMMARY AND CONCLUDING REMARKS	1
INTRODUCCIÓN	13
I. Las enfermedades crónicas en la infancia	15
1. Nuevos enfoques en el estudio del cáncer	18
1.1. Estudio de niños.	18
1.2. Intervenciones en las Unidades Pediátricas	20
1.3. Factores de ajuste psicosocial tras el cáncer: una perspectiva desde el bienestar	27
II. Componentes del bienestar psicológico	30
1. Componente hedónico	30
1.1. Emociones positivas y negativas	31
1.2. Satisfacción vital en niños y adolescentes	42
1.3. Calidad de vida	44
2. Componente eudaimónico	46
2.1. Eudaimonia y salud	49
3. Fortalezas personales	51
3.1. Optimismo	53
3.2. Gratitud	55
3.3. Amor	57
3.4. Vitalidad	58
3.5. Perseverancia	59
3.6. Amor por el conocimiento.	59
4. Trauma, resiliencia y crecimiento posttraumático	60
4.1. Resiliencia	63
4.2. Crecimiento post-traumático	63
4.3. Modelos de crecimiento post-traumático	72
4.4. Factores asociados a la percepción de beneficios: estudios empíricos	82
4.4. Crecimiento y adversidad en niños	86

4.5. Factores asociados con crecimiento posttraumático en niños	92
4.6. Percepción de beneficios en los otros significativos	96
4.7. Percepción de beneficios y correlatos fisiológicos	98
OBJETIVOS	101
DIAGRAMA GENERAL DE PARTICIPANTES, INSTRUMENTOS Y DISEÑO DE ESTA INVESTIGACIÓN	105
PUBLICACIONES INCLUIDAS EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	113
Artículo 1. Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study/ Percepción de beneficios y bienestar en niños con enfermedades amenazantes para la vida: un estudio integrador.....	117
Artículo 2. Granting wishes in seriously-ill children: Effects on well-being reported by children and their parents / <i>Cumpliendo deseos a niños con enfermedades graves: Efectos sobre el bienestar informado por niños y sus padres.</i>	131
Artículo 3. Granting wishes in seriously ill children: Effects on parents' well-being / <i>Cumpliendo deseos en niño con enfermedades graves: Efectos en el bienestar de los padres.</i>	173
Artículo 4. Building life satisfaction through positive emotions, benefit finding and strengths of character: A longitudinal study in children with a life-threatening illness / <i>Construyendo satisfacción vital a través de las emociones positivas, la percepción de beneficios y las fortalezas de carácter: Un estudio longitudinal en niños con enfermedades amenazantes para la vida.</i>	203
CONCLUSIONES	247
1. Recapitulación de los resultados obtenidos.	249
2. Aportaciones de esta investigación.	251
REFERENCIAS	255
APÉNDICE: Protocolos de evaluación.....	295

SUMMARY AND CONCLUDING REMARKS

Traditional assessments of children's mental health in the context of chronic illness have focused on measuring distressing experiences and symptoms of psychopathology (Bennett, 1993; Collins, et al., 2000; Hedström, Haglund, Skolin, & von Essen, 2003). However, there is growing interest in assessing and promoting well-being, particularly now when survival rates are increasing and medical treatments have advanced significantly (Zebrack & Chesler, 2002; Klassen, Anthony, Khan, Sung, Klaassen, 2010; Hedström, Skolin, von Essen, 2004; Huebner, et al., 2004). Moreover, research has consistently shown that, although a significant minority has some difficulties with adjustment and/or symptoms of psychological distress, the majority of children with a medical condition or a chronic illness adapt well, or even, grow (Phipps, 2007; Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006; Currier, Hermes, & Phipps, 2009; Meyerson, Grant, Carter & Klimer, 2011).

There are enough theoretical and empirical reasons to assert that the poles of positive and negative affect, distress and well-being or, even more generally, illness and health are relatively independent (Keyes & Waterman, 2003). Psychopathology and well-being are relatively independent and more than merely opposite extremes of the same dimension (Huppert & Whittington, 2003; Keyes, 2007). Thus, all these concepts require specific measurement methods and intervention strategies.

Based on the assumption that well-being is associated with the mental and physical health of patients, there has been a rapid growth of interventions provided by NGOs and organizations in pediatric settings (Koller & Gyski, 2008). Their common goal is helping these children to cope better with their situation and to promote well-being. A paradigmatic example is wish-granting interventions, which have the aim of fulfilling a wish expressed by the ill child. Although this kind of interventions is becoming more frequent over the last years, there are not rigorous research studies on

the effects of these programs. Based on a well-established wish-granting program, we designed a study that could provide an adequate control group to compare the effects of this naturalistic intervention.

It is not clear whether these positive interventions not only reduce distress but also increase positive psychological outcomes as assessed by well-being measures. There are several constructs that are particularly relevant in life-threatening diseases research, such as positive affect (Pressman and Cohen, 2005), satisfaction with life (Huebner, 1991), dispositional optimism (Carver and Scheier, 2001), benefit finding (Phipps, Long, & Ogden, 2007), eudaimonic well-being (Ryff, Singer, & Love, 2004), personal strengths (Peterson & Seligman, 2004) or beliefs in a just world (Park, Edmondson, Fenster, & Blank, 2008). Most of these constructs have been broadly studied in adults (for review, see Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006), but less so in pediatric research.

In order to address some of the existing gaps in the literature, several objectives are proposed for this research. The first aim of the study is to describe the psychological functioning of children with a life threatening illness in terms of well-being. The second aim is to investigate whether granting wishes promotes positive psychological and physical changes in these children and changes in parents' perceptions of the children's well-being. The third aim is to explore changes in fathers' and mothers' positive psychological responses and well-being after granting a wish to their children. And the fourth aim is to propose a predictive theoretical model to explore the process through which children build well-being resources to get a good psychological adjustment over time. A brief summary of the scientific papers designed to cover these objectives and included in this work is provided below.

**Article 1. Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses:
An integrative study.**

The onset of a serious illness has been recognized not only as a potentially traumatic event for the patient, but also as a potential catalyst for resilience and even positive changes and growth (Phipps et al., 2007). In this paper, we specifically focus on the positive perspectives that children may have when diagnosed with a life-threatening illness. This perception of the positive consequences of suffering a potentially traumatic condition is known as benefit finding (Helgeson et al., 2006).

Research on the role of benefit finding (BF) in adaptation to a serious illness has largely focused on adult patients, with only a few pediatric studies (Phipps, Steele, Hall and Leigh, 2001; Barakat et al., 2006; Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009; Meyerson et al., 2011) and often, these pediatric studies show inconsistent results (see Meyerson et al., 2011).

Regarding the relation between BF and trauma severity, different findings have been found. While some studies reported a positive relation between trauma severity and BF (Barakat et al., 2006), others found a curvilinear relation (Laufer & Salomon, 2006; Levine, Laufer, Hamama-Raz, Stein, & Solomon, 2008). As for the relationship with psychological variables, BF shows a general pattern in which it is positively associated to well-being dimensions (Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009). However, mixed results are found regarding negative psychological variables (Milam, Ritt-Olsen, Tan, Unger & Nezami, 2005; Phipps et al., 2007).

Therefore, to better understand the functioning of this fundamental dimension in the study of children with serious illnesses and bring new evidence to consolidate the existing results, the aim of this study is to examine whether BF is related to a range of

positive and negative measures of psychological functioning as well as some medical variables.

Results showed that there is no significant relation between BF and age, gender, time elapsed since diagnosis and disease stage. We found evidence of an inverted “U” curvilinear relation between severity of the illness and BF. It suggests that benefit experiences may be optimal when trauma severity is moderate. Children exposed to moderate severity of their disease had the strongest levels of BF compared with high and low severity (Laufer & Solomon, 2006; Levine et al., 2008). While BF was positively associated with different dimensions of well-being, it was generally not related to distress (i.e., negative emotions, depression and functioning problems). It was found a negative relation between BF and some health-related quality of life domains (i.e., procedures anxiety, appearance, and communication about the disease).

These results showed that BF reflects a positive outcome in its own right and not just a mere reduction of distress. However, there are some health-related domains of quality of life that should be considered in therapeutic intervention to facilitate BF.

These results are important as they can extend and consolidate the available evidence about the results of the literature on BF has shown so far (Meyerson et al., 2011).

Article 2. Positive interventions in seriously-ill children: Effects on well-being after granting a wish.

Positive emotions and other well-being dimensions play an important role in promoting positive physical and psychological changes in children with a life threatening illness. The aim of this study is to investigate whether granting wishes promotes positive psychological responses (i.e. positive and negative emotions, life satisfaction (LS), BF, quality of life, beliefs in the benevolence of the world, personal

strengths, optimism and depression) and positive physical changes (i.e. reductions in pain and nausea) in children with a life threatening illness. Some studies have shown positive outcomes after the intervention of similar organizations, such as clown interventions (Vagnoli, Caprilli, Robiglio, & Messeri, 2005; Fernandes & Arriaga, 2010). Granting a wish is a distinctive intervention as it taps not only hedonic components of well-being but may also satisfy children's psychological needs (Bornstein et al., 2003) and, therefore, could have a more sustained effect than episodic hedonic interventions.

Children and their parent were randomly assigned to a wish group (completed measures 2-3 days before the wish and 3 weeks later) or to a waiting-list control group (with an equivalent time-lag and receiving the wish after the assessment). Since parents are potentially valuable sources of information about the well-being of children with chronic illness (Varni & Limbers, 2009), parents' perceptions of the children's quality of life were also assessed.

First, results showed that wish-granting was a promising intervention to promote positive emotions, lasting its effects at least for several weeks. Since children with a life threatening illness are confronted with multiple stressors, promoting positive emotions amidst a stressful situation may facilitate better adjustment to the chronic stress (Tugade & Fredrickson, 2002). The *broaden-and-build theory of positive emotions* (Fredrickson, 1998; 2001) suggests that positive emotions work by helping to build durable resources that are essential to promoting adaptive coping responses following traumatic circumstances (Tugade & Fredrickson, 2002; Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009). Thus, in our study, children from the wish group also showed significantly higher levels of satisfaction with life, gratitude and love. Moreover, in comparison to the control group, mothers in the wish group also perceived positive

changes in BF and quality of life. These findings suggest that although positive emotions can be considered transient and ephemeral, they may have a rather long-term effect on increasing or maintaining people's subsequent psychological well-being since they help foster more effective long-term coping resources (Tugade, Fredrickson & Feldman, 2004).

Finally, our results showed that the children in the wish group reported significantly lower levels of nausea after wish than those in the comparison group. This result is consistent with some preliminary research on complementary approaches that have recently shown some positive effects on reducing nausea and other side effects in adult patients with chronic illnesses (Karagozoglu, Tekyasar, & Yilmaz, 2013).

This is, to our knowledge, the first controlled study of this kind of intervention for ill children. Since healthcare policy mostly rests on empirically supported interventions, our results can foster a renewed interest in funding this kind of research to replicate and extend the results and these interventions. Furthermore, perception of the child's distress is one of the most common explanations for parental anxiety (Lamontagne, Hepworth, Salisbury, & Riley, 2003). Thus, parents' perception of positive changes may be an indicator of actual changes in the children but may also serve to promote well-being of the parents themselves. This in turn may contribute to creating or maintaining upwards spirals of positive emotions within the turmoil of adverse experiences (Tugade & Fredrickson, 2002). These results lead us to our third study.

Article 3. Granting wishes in seriously ill children: Effects on parents' well-being

When a child is diagnosed with a life-threatening illness, parents are often affected in many ways (Witt et al., 2010; Klassen et al., 2008). The perception of children's pain and worries associated with the development of the illness are probably

the two more important sources of distress for parents (Lamontagne et al., 2003). Parents (especially mothers) seem to be at greater risk of showing higher PTSD scores than their children. However, some studies also found positive psychological changes in parents of critically ill children (Colville et al, 2009; Barakat et al., 2006; Hungerbuehler, Vollrath & Landolt, 2011). There is not much literature on parental positive outcomes associated with children's diagnosis and treatment (Fotiadou, Barlow, Powell, & Langton, 2008; Litzelman, Catrine, Gangnon, & Witt, 2011). In regard to the differential response of fathers and mothers in reaction to their child's chronic illness, the information is even more limited. As the child's well-being is usually associated with parents' well-being (Lamontagne et al., 2003), we investigated whether a positive intervention in children (i.e., granting a wish) could promote positive psychological responses and well-being in their fathers and mothers.

Mothers and fathers of hospitalized children with a chronic illness were randomly assigned to the wish group (completed measures 2-3 days before the wish and 3 weeks later) or to a waiting-list control group (with an equivalent time-lag and receiving the wish after the assessment).

Firstly, both mothers and fathers from the wish group showed significantly higher levels of positive emotions. The occurrence of positive emotions amidst adversity, whether in isolation or coexisting with negative emotions (Larsen, Hemenover, Norris, & Cacioppo, 2003), may provide the necessary psychological resources to help buffer the negative effects of stress and restore further coping efforts (Tugade & Fredrickson, 2002).

Secondly, both fathers and mothers in the wish group increased their beliefs in the benevolence of the world compared to the control group. The just world hypothesis states that people need to believe in a just and benevolent world in which everyone gets

what they deserve and deserves what they get (Dalbert, 2002). When an injustice occurs (e.g., an illness), these beliefs are threatened. If the injustice seems unlikely to be resolved in reality, people restore justice cognitively by re-evaluating the situation in line with their belief in a just world and adopting belief systems that serve to justify the new reality. The findings of the present study suggest that the wish-granting intervention may have an important role in enhancing these beliefs in the benevolence of the world. The experience of feeling cared may help to resolve the discrepancies between pre-trauma assumptive worldviews and post-trauma situation (Park, 2010).

Moreover, mothers from the wish group reported higher BF, gratitude and love than the control group 3 weeks after the intervention. Mothers in the wish group became more aware of the support provided by others and this awareness could lead to a sense of thankfulness and love in response to fulfilling a wish. Gratitude and love are two of the strengths most robustly associated with LS (Park, Peterson, & Seligman, 2004).

In conclusion, we believe that our data provide some support to the need of studying how the experience of illness may mutually affect all the family members. Diagnosis of a life threatening illness in children is inevitably associated with emotional involvement of the whole family (Stam et al. 2006). It could be possible that positive circumstances, like the one analysed in this study, may help to trigger positive upward spirals within the family in which both parents' and children's well-being reciprocally and prospectively predict one another, enhancing higher global family well-being over time (Tugade & Fredrickson, 2002).

Article 4. Building life satisfaction through positive emotions, benefit finding and strengths of character: A longitudinal study in children with a life-threatening illness

This paper proposed a predictive theoretical model to understand the process of building well-being resources over time. This model explores the ways in which these children get a good psychological adjustment when facing a serious illness. Recent literature has suggested that people increase their LS over time as a result of developing resources for better living (Cohn et al., 2009). Following this reasoning, we explored associations between LS and conceptually-relevant variables found to be associated with LS. Specifically, we explored whether changes in health-related quality of life and changes in some psychological resources (i.e. BF and personal strengths) may be involved in the improvement of LS over time (Hedstrom et al., 2003; Meyerson et al., 2011; Gilham, et al., 2011).

Further, this study explores the dynamics through children actually find benefits from a difficult experience. There is a growing interest in providing empirical support for the role that positive emotions may have as important facilitators of adaptive coping and adjustment to chronic stress (e.g., Folkman & Moskowitz, 2000). Moreover, person's character may change amidst adversity and perhaps a change in character strengths accompanies this building of resilience or is even partly responsible for it (Peterson et al., 2006). In turn, these growth experiences have a reciprocal effect and may entail the strengthening of character (Peterson et al., 2008).

Since suffering illness is usually associated with challenge and growth, we hypothesized that changes in LS in a sample of ill children would depend on to what extent they developed resources during the 6-months assessment period.

Children with a life threatening illness completed The Student Life Satisfaction Scale (SLSS), a measure of health-related functioning problems, a measure of positive emotions, the Benefit Finding Scale for Children (BFSC), and a measure of strengths from the Values in Action Inventory of Character Strengths for Youth (VIA-Y). The same measures were assessed six months after the first assessment.

Using path analysis through structural equation modeling (SEM) and a longitudinal design to explore the dynamics between variables, results showed that health-related functioning problems were related to negative changes in LS over time. Moreover, increases in BF and character strengths such as love and gratitude predicted positive changes in LS over time. Finally, positive emotions predicted changes in BF over time through personal strengths (specifically, vitality and gratitude).

These findings support previous evidence that positive psychological resources (i.e., positive emotions, BF, love, gratitude and vitality) may increase during highly stressful situations and may help children create desirable outcomes even under difficult circumstances.

This is the first study, as far as we know, that has examined relationships among these variables taken as a whole in a pediatric sample exposed to serious difficulties. Further, most of these associations have been explored by cross-sectional studies (Meyerson et al., 2011). Thus, this study, using structural equation modeling, sheds light on possible causal roles of these variables on LS and on how positive emotions may generate BF through character strengths.

Conclusions

In the last decades there has been a shift in focus from the study of psychological symptoms to promote positive mental health resources. Research on the role of well-

being dimensions in adaptation to a serious illness is relatively new and scarce, but it is even more limited when it refers to children with a life threatening illness. Similarly, there is not much literature on parental positive outcomes associated with children's illness. An exclusive focus on the detrimental effects of the illness may bias the psychological assessment process and may impede the observation of changes in other relevant areas of psychological functioning. A priority in the design of our study was to include a wide array of specific measures of well-being to obtain a clearer and broader picture of both children's and parents' responses to highly stressful events. According to this research the decrease of psychological distress is not a guarantee of positive psychological status as well-being and distress indicators are not merely opposite poles of the same dimension. A multidimensional assessment is relevant in order to improve our knowledge of childhood well-being and the association between its different components in the context of life-threatening illnesses.

Similarly, results of this research showed that interventions in hospital settings should be aimed not just at buffering the negative effects of the stress event on well-being or reducing negative symptoms (e.g. anxiety or depressive symptoms). They may also promote positive responses such as positive emotions or personal growth, or build positive psychological resources (Tugade & Fredrickson, 2002). The assessment of a positive intervention (i.e., granting a wish) is an excellent opportunity to explore the positive changes in the psychological functioning of both children and their parents. It could be possible that positive circumstances, like the one analysed in this study, may help to trigger positive upward spirals within the family and, although the positive emotions promoted by the wish can be considered as transient and ephemeral, it may have an effect on increasing or maintaining people's subsequent psychological well-being by channeling more effective coping resources.

Further, given the different pathways in which some well-being dimensions may improve physical health, these constructs seem to be particularly salient to children with a life threatening illness. This research showed that a positive intervention may have a significant effect on perceived health indicators.

This study also helps to identify specific causal pathways to a positive adjustment and provides a model to explore the process through children build well-being resources to get a good psychological adjustment over time. Thus, our study might help delineate recommendations for future interventions with these children to prevent psychopathological symptoms and to promote positive resources to flourish following a major health crisis from a positive psychology perspective.

In conclusion, this research highlight the importance of focusing our interest in the study of well-being dimensions in order to provide an additional input needed to support children who find themselves coping with complex and demanding treatments, scenarios where “ordinary children face extraordinary challenges” (Houghton, 2005).

INTRODUCCIÓN

I. Las enfermedades crónicas en la infancia

Desde las últimas décadas del siglo XX las enfermedades crónicas o de mal pronóstico se han incrementado significativamente transformándose en una de las principales causas tanto del aumento de la discapacidad, como de la reducción en la calidad de vida de la población mundial. Se define enfermedad crónica a la patología que se prolongan en el tiempo, que no se resuelven de forma espontánea, y que raramente se curan completamente (CDS, 2014). Las enfermedades crónicas o de mal pronóstico en la infancia incluyen patologías como cardiopatías, cáncer, anemia falciforme, parálisis cerebral, insuficiencia renal crónica, enfermedades pulmonares, enfermedades musculoesqueléticas u otras enfermedades raras o de baja prevalencia. Estas enfermedades son cada vez más prevalentes. Por ejemplo, el porcentaje de niños y adolescentes en Estados Unidos con una condición de salud crónica ha aumentado del 1,8% en 1960 a más del 7% en 2004. Este aumento se debe en parte a un incremento de la tasa de supervivencia de estas enfermedades, lo que pone de manifiesto la necesidad de explorar nuevas áreas de estudio.

Dentro de las enfermedades crónicas, el diagnóstico más frecuente y que más interés despierta dentro de la investigación son los trastornos oncológicos. El interés por una muestra de pacientes con cáncer queda justificado si tenemos en cuenta los siguientes datos estadísticos. Según la OMS (2012), en población adulta se diagnostican 14090 nuevos casos de cáncer al año en el mundo. En España, al igual que en los países occidentales, los trastornos oncológicos constituyen la segunda causa de mortalidad y de años potenciales de vida perdidos, tras los trastornos cardiovasculares (OMS, 2012), pero quizás el hecho más preocupante es que las tasas de mortalidad a causa de este trastorno se han elevado en un 20% en los últimos 40 años. Según la Sociedad Española

de Oncología Médica (SEOM, 2014), la incidencia del cáncer en España es de 215534 casos nuevos. La predicción para 2015 es de 227076 casos nuevos. A pesar del avance espectacular en el tratamiento de determinados tipos de tumores y de la difusión pública que se hace de ellos, el cáncer es en la actualidad la enfermedad más temida, tres veces por encima de las enfermedades cardiovasculares (aunque éstas presenten una mortalidad más alta), y sigue estando considerada como la enfermedad incurable asociada a muerte, daño y desfiguración por excelencia.

En cuanto a la población infantil, podemos decir que los cánceres en niños son mucho menos frecuentes que en la población adulta. Sin embargo, el cáncer representa la segunda causa de muerte en la infancia en los países desarrollados tras los accidentes. Según los datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI, 2014), en España se diagnostican al año 1100 casos nuevos en niños menores de 14 años a los que se suman otros 500 en edades entre los 15 y 19 años.

Los tratamientos actuales han hecho que la curación de estos trastornos sea una meta y no una excepción, ya que en un 75 % de los casos puede hablarse de un estado libre de síntomas a los 5 años de diagnóstico. La supervivencia de los niños con cáncer en España ha aumentado 23 puntos (43%) desde 1980 a 2004 y uno de cada 530 adultos entre 20 y 39 años es un superviviente de cáncer infantil (RNTI, 2014).

Dado el aumento de las tasas de supervivencia en los últimos veinte años gracias a la mejora de los diagnósticos y tratamientos no es de extrañar que exista un creciente interés en temas sociales y comportamentales en el cáncer. Muchas investigaciones se centran en el estudio de la identificación de los factores de riesgo. La aplicación de la Psicología para la identificación de factores de riesgo en el cáncer se centra en dos ejes fundamentales:

- a) Por una parte, los estudios centrados en los estilos de vida saludables. El comportamiento determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso (American Cancer Society, 2014). Algunos factores de riesgo más tradicionales son el tabaquismo, los hábitos de dieta no saludable, la exposición solar, o el sedentarismo. (American Cancer Association, 2014). Los adultos con hábitos de vida saludables que incluyen el ejercicio, dieta y ausencia de tabaquismo muestran una esperanza de vida de hasta 12 años más (Kvaavik, Batty, Ursin, Huxley, y Gale, 2010). Dentro de las conductas preventivas, la adopción de comportamientos como examinarse o realizar pruebas de screening de manera periódica es fundamental para la detección precoz y supervivencia con determinados tipos de cáncer (DiPlacido, Zauber, y Redd, 1998).
- b) Por otra parte, dado que estas variables no eran suficientes para explicar todos los casos de enfermedades oncológicas, la psicofisiología y psiconeuroinmunología ha revelado vías a través de las cuales el estrés y las emociones pueden contribuir a la génesis, pronóstico y supervivencia de los pacientes de cáncer (Salovey, Rothman, Detweiler, y Steward, 2000; Chida y Steptoe, 2008), probablemente a través de los efectos del estrés en el sistema inmune y los procesos de metástasis y angiogénesis (Antoni et al., 2006). Aquellos que tienen altos niveles de desesperanza, depresión u otros problemas psicosociales tienen menos probabilidad de supervivencia que otros (Brown et al., 2003; Chida et al., 2008).

1. Nuevos enfoques en el estudio del cáncer

1.1. Estudio de niños.

Cabe destacar que la investigación se ha centrado fundamentalmente en el estudio de estas variables dentro del rango de la edad adulta, descuidando así la investigación de estas dimensiones en el contexto infantil. Tanto la Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica (SIOP) como la Asociación Americana de Pediatría (AAP) consideran que el niño y adolescente diagnosticado de cáncer responde a unas características específicas de su edad y, por tanto, deben atenderse sus necesidades médicas, psicológicas, emocionales, educativas y sociales del enfermo de acuerdo con su desarrollo. Por ello, se crean las Unidades de Oncología Pediátrica (integradas en el Departamento de Pediatría), donde a través de un equipo multidisciplinar se trabaja por cubrir estas necesidades. Además de contar con tecnologías que se adapten al cáncer infantil y de tener facilidades de atención hospitalaria a niños inmunodeprimidos en tratamiento, cuidados intensivos o situación terminal, estos pacientes necesitan una infraestructura hospitalaria y extrahospitalaria que les permita integrar la enfermedad en su vida y que afecte lo menos posible a su ritmo escolar, al desarrollo de su personalidad y de sus relaciones sociales. Algunas particularidades básicas del cáncer infantil son:

1. Los tumores que se dan en la infancia así como los tratamientos médicos no suelen ser los mismos que los que se producen en la vida adulta (Peris-Bonet y Giner, 2006). Los tipos de tumores que suelen darse en la infancia entre 0-14 años son: leucemias (30%); trastornos del sistema nervioso central como tumores cerebrales (22%, siendo más frecuentes de 5 a 10 años) y linfomas (13%, siendo más frecuentes de 2 a 8 años). Mientras que durante la

adolescencia, los tumores que presentan mayor porcentaje en esta edad (15-19) son los linfomas (24%), los tumores genitales (16%) y los sarcomas (14%). También son frecuentes los tumores renales (como el tumor de Wilms), linfomas no Hodking, tumores óseos, de partes blandas, el neuroblastoma (tumores derivados de células nerviosas simpáticas y el retinoblastoma). Por otra parte, el tratamiento médico es distinto. Los tipos de tratamiento más usados para tratar el cáncer infantil son: la cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y trasplante de médula o de progenitores hematopoyéticos. La mayoría de los niños recibe una terapia combinada que incluye más de una modalidad de tratamiento.

2. El niño continúa siendo un niño, es decir, sigue su proceso evolutivo y madurativo, que debe verse afectado lo menos posible por la enfermedad. Por eso es importante trabajar para integrar la enfermedad en la vida normal del niño y por tanto, en la vida normal de su familia. Además, las necesidades de estos pacientes son distintas. Es importante crear un ambiente de seguridad y autonomía, con un trato normalizado y tratando la información sobre la enfermedad de manera adecuada para cada edad. No podemos olvidar que las intervenciones son sobre sujetos que están en desarrollo. Además, estas necesidades son distintas según la etapa madurativa. El adolescente no sólo se preocupa por su salud sino por los cambios normales en su vida y en su desarrollo. Por eso, son necesarias las intervenciones para el desarrollo de una imagen y autoestima adecuadas, el establecimiento de una identidad a través de la socialización y la formación de una identidad sexual.
3. El cáncer no solo afecta al niño, afecta también a su entorno familiar, escolar y social. Por su temprana edad están todavía muy íntimamente ligados a sus

padres y familiares. El cáncer infantil suele producir en los padres síntomas de ansiedad y depresión que afectan además a las relaciones entre ellos, el resto de hijos y su entorno socio-laboral.

Por todas estas características distintivas, las Unidades de Oncopediatría han experimentado un importante incremento en este país en los últimos treinta años. La creación de equipos multidisciplinares es ya una realidad en países como Estados Unidos o Reino Unido. Estas unidades tratan de adaptar el hospital al niño, y no el niño al hospital. Un ejemplo de ello es intentar atender las necesidades educativas del niño y adolescente durante su hospitalización (“Aula Hospitalaria”), porque al hecho de padecer una enfermedad grave no debe añadirse que el niño pierda el ritmo escolar y lo que es más importante, la posibilidad de continuar su escolarización con sus compañeros de clase. Varias publicaciones demuestran que los adolescentes tratados en estas Unidades tienen mejor pronóstico que los que son atendidos en Servicios de Oncología de adultos (Fernández Navarro, et al., 1998)

1.2. Intervenciones en las Unidades Pediátricas

En los últimos años, las Unidades Pediátricas han experimentado un gran auge en intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes infantiles con enfermedades crónicas. Estos pacientes se ven obligados a pasar largas estancias en los hospitales por lo que favorecer un ambiente agradable se ha convertido en un objetivo primordial de muchas asociaciones y fundaciones. Además, específicamente el cáncer tiene una repercusión social importante ya que mueve a personas y organizaciones con el objetivo de ayudar y de cuidar a los enfermos y sus familias. Los “payasos de hospital” (que emplea el humor para reducir el malestar psicológico en el ámbito hospitalario), los “carritos de la comedia” (que llevan libros, tebeos, juegos,

videos, etc. a la habitación de los niños) o “Paint a smile” (que decora las habitaciones de los niños) tratan de convertir el espacio hospitalario en un entorno favorable a la recuperación. Es frecuente encontrar intervenciones que emplean el uso del humor para mejorar la calidad de vida de los enfermos, desdramatizando los pinchazos, la cirugía, la falta de privacidad y otros aspectos amenazantes del mundo hospitalario. Sin embargo, son pocos los estudios que evalúan la eficacia de este tipo de intervenciones tan presentes en las unidades pediátricas. También encontramos un gran número de terapias alternativas y complementarias para manejar síntomas físicos, como la musicoterapia o la realidad virtual que han mostrado efectos positivos en la reducción de síntomas como el dolor y las náuseas (Hockenberry, 2004; Gold, Kim, Kant, Joseph, Rizzo, 2006; Karagozoglu, Tekyasar, y Yilmaz, 2013)

La intervención de “payasos en el hospital” es quizás la más frecuente y la más estudiada. En los últimos años encontramos varios estudios que tratan de evaluar la eficacia de estas intervenciones para reducir el malestar psicológico en el ámbito hospitalario. Es habitual que esta intervención vaya dirigida a reducir el miedo, ansiedad y estrés preoperatorios. Golan Tighe, Dobija, Perel y Keidan (2009), Vagnoli, Caprili y Messeri (2010) y Vagnoli, Caprili, Robiglio y Messeri (2005) encontraron que la presencia de payasos junto con los padres es efectiva para manejar la ansiedad de los niños durante la inducción anestésica. También observaron cierta resistencia del personal médico a insertar dichos procedimientos en la sala de operaciones. Por otra parte, el grupo portugués, (Fernandes y Arriaga, 2010) ha encontrado que la presencia de payasos en cirugía menor reduce las preocupaciones preoperatorias y las respuestas emocionales y favorece la cooperación del niño en los procedimientos médicos. Además, esta reducción no sólo se daba en los niños, los padres también mostraban estos efectos. Marcon (2005) también observó mejoras en el bienestar de los padres y

del personal sanitario a través de esta intervención (Marcon, 2005). Sin embargo, estos resultados no son concluyentes. Los datos del estudio realizado por un grupo balear (Meisel, Chellew, Ponsell, Ferreira, Bordas y Garcia-Banda, 2010) sobre la eficacia de esta intervención indicaron que la intervención de los payasos de hospital no disminuyó de manera significativa el malestar de los niños sometidos a intervenciones de cirugía menor. Sin embargo, se puede observar que en el grupo que recibe payasos hay una disminución de estas conductas desadaptativas postoperatorias cuando se comparan con las conductas que tenían antes de ser operados (no obstante, no llega a la significación estadística). Al realizar algunos análisis teniendo en cuenta la variable edad se encontraron que mientras los niños pequeños (3-8 años) no se beneficiaban de los payasos, los niños mayores (9-12 años) mostraron una mejora significativa de su malestar cuando recibían la actuación de los payasos. Estudios cualitativos muestran que esta intervención supone una zona de seguridad mágica entre el niño y los payasos que permite una experiencia emocional positiva (Linge, 2012).

Otras intervenciones están relacionadas con la idea de que la risa se asocia a determinados beneficios de salud. Durante las últimas décadas han proliferado diversos tratamientos e intervenciones clínicas relacionadas con el humor y la risa, y el estudio científico de estos fenómenos ha generado un considerable interés mediático y público. Meisel et al. (2010) señala que el humor y la risa son centrales para reducir el miedo, el estrés y la ansiedad en el contexto hospitalario. La perspectiva cómica puede ayudar a una persona a afrontar situaciones difíciles y a potenciar el disfrute de la vida, y este hecho es relevante a la formación y la práctica de todos aquellos que trabajen en el campo de la medicina. Por ejemplo, Sala, Krupat y Roter (2002) analizaron las grabaciones de consultas médicas que habían recibido las evaluaciones de alta satisfacción y de baja satisfacción por parte de los pacientes. Encontraron que en las

consultas valoradas muy positivamente, los médicos empleaban un número mayor de expresiones humorísticas positivas. Además, en la investigación sobre el valor terapéutico de la risa se han establecido varias vías por las que ésta se asociaría a beneficios de salud. Mora Ripoll y García Roderá (2008) definen varias vías. En primer lugar, la risa puede conducir a cambios fisiológicos directos en los sistemas musculoesquelético, cardiovascular, inmunológico y neuroendocrino, los cuales se asociarían a un efecto beneficioso tanto inmediato como a más largo plazo. En segundo lugar, puede llevar a estados emocionales más positivos, que también tendrían efectos beneficiosos directos sobre la salud, o bien contribuir a una percepción subjetiva de mejor salud y calidad de vida. Se han realizado estudios sobre sus beneficios en aspectos de control percibido, optimismo, aceptación, competencias, limitaciones y estado de ánimo. En tercer lugar, puede optimizar las estrategias para combatir el estrés y elevar la tolerancia al dolor subjetivo, lo que puede reducir el impacto negativo que ambos puedan tener en los efectos sobre la salud. En cuarto lugar, puede aumentar las competencias sociales del individuo, que en consecuencia se muestra más cercano y con más satisfacción en las relaciones sociales. El mayor apoyo social resultante puede a su vez conferir efectos inhibidores del estrés y estimuladores de la salud. Finalmente, el aumento de catecolaminas producido por la risa afectaría a algunas funciones mentales, como el aumento de la respuesta interpersonal, la alerta, la creatividad y la memoria, y el aumento de otros neurotransmisores (serotonina, dopamina) tendría un efecto antidepresivo y ansiolítico.

1.2.1. Beneficios de cumplir un deseo: evidencias previas

Las intervenciones que tienen como objetivo cumplir los deseos de niños con enfermedades crónicas se llevan a cabo en los hospitales de varios países. Sin embargo, no existen estudios empíricos rigurosos que determinen sus beneficios a nivel físico o

psicológico. Algunos resultados iniciales basados en encuestas con niños que han participado en el cumplimiento del deseo sugieren que el deseo tiene un impacto positivo sobre las emociones positivas. Emociones como esperanza o el entusiasmo se descubren dentro de un complejo de emociones como ansiedad, aislamiento y molestias corporales, todas ellas presentes en el momento de hacer realidad su sueño (Ewing, 2007). El cumplimiento del deseo permite aliviar el malestar físico y emocional de la enfermedad (Farell y Coyle, 2002; Field y Berman, 2003). Estas intervenciones facilitan que el niño afronte la enfermedad con una nueva mirada de optimismo (Matxo, Sherman, Penn, 2003). Pero el impacto del deseo no se limita a los efectos emocionales inmediatos. Estos beneficios incluyen una mayor conciencia social y gratitud, una mejora en su capacidad de resiliencia, y una mayor desarrollo de fortalezas y habilidades de afrontamiento (Make-A-Wish Foundation of America, 2010). Además en este informe, se destaca un mayor compromiso con los protocolos médicos, cambios en los hábitos de salud, un aumento en su nivel de energía y un mayor deseo de superar la enfermedad tras el deseo. Otros estudios ponen de manifiesto que cumplir un deseo a un niño con una enfermedad crónica o de mal pronóstico puede significar darle la oportunidad de *volver a ser un niño* (Hinds, 2004). Aporta al niño y a sus familias un sentido de normalidad.

En cuanto a las familias, cumplir el deseo de un niño es una manera de motivar que el niño se sienta unido a su familia. La experiencia de participar en el cumplimiento de un deseo es para muchas familias un respiro, una oportunidad para evadirse del ambiente hospitalario y de las cargas del día a día. Las respuestas de los padres en el proceso de la enfermedad es crucial (Bjork, Wiebe, Hallstrom, 2005). Como hemos visto anteriormente, los padres son los más afectados por la enfermedad del niño por lo que la experiencia del deseo puede ser extraordinariamente beneficiosa para ellos. Es

una oportunidad para vivir una experiencia positiva en familia en medio de la ansiedad y dolor del proceso de enfermedad. Además, el deseo puede poner en marcha mecanismos psicológicos para generar cambios positivos más profundos a largo plazo. Los resultados de encuestas previas muestran que tras el deseo, los padres informan de mayor bienestar, mejores estrategias de afrontamiento de la enfermedad de su hijo, y mayor conciencia y bienestar social (Make-A-Wish Foundation of America, 2010).

Los beneficios también se extienden al personal sanitario, que informan de un incremento en sus emociones positivas, sentimiento de gratitud y un sentido más profundo de su compromiso con las familias (Make-A-Wish Foundation of America, 2010).

1.2.2. Procesos mentales implicados en el deseo

Cuando un niño cuenta la historia sobre el sueño que quiere realizar abre las puertas a la comunicación sobre su vida y enfermedad y puede ayudarle a moverse hacia un estado más saludable. Los mecanismos que se ponen en marcha a la hora de *desear* tienen que ver con varios procesos mentales. Por una parte, desear supone la posibilidad de proyectarse uno mismo en el futuro. Desear algo genera la esperanza de que pudiera convertirse en realidad. Se ha encontrado una relación entre la habilidad de proyectarse a sí mismo en el futuro y la felicidad y ansiedad. MacLeod y Conway (2007) encontraron que el pensamiento futuro positivo estaba correlacionado positivamente con medidas de bienestar subjetivo. Además, existe evidencia de que generar imágenes mentales de éxito futuro y de su proceso hasta conseguirlo puede en ocasiones incrementar la motivación de logro, el esfuerzo y mejorar la actuación (Greitemeyer y Würz, 2006; Pham y Taylor, 1999; Ten Eyck, Labansat, Lord y Dansereau, 2006). Una imagen positiva sobre uno mismo en el futuro puede motivar a la acción ayudando a las

personas a articular sus objetivos claramente y desarrollar conductas que les permitan cumplir esos objetivos (Pham y Taylor, 1999; Vasquez y Buehler, 2007).

Por otra parte, *desear* tiene que ver con la planificación y establecimiento de metas. La “teoría de la autodeterminación” (Ryan y Deci, 2000) sugiere que un funcionamiento psicológico sano está basado en. (a) una adecuada satisfacción de necesidades básicas, (b) un sistema de metas consistente y coherente (i.e., metas intrínsecas mejor que extrínsecas) y (c) metas que sean consistentes con los intereses y valores de la persona. Esta teoría afirma que si estas necesidades se cubren, el bienestar y la motivación aumentan. Tener y progresar hacia metas valiosas es un punto central para la mayoría de aproximaciones sobre bienestar (Carver y Scheier, 1990; Sheldon et al., 2002; MacLeod y Conway, 2005). Varios estudios muestran como las metas elegidas en base a los valores y el disfrute (Sheldon y Elliot, 1999) y las metas arraigadas en un sistema de motivaciones individuales (Brunstein et al, 1998) confieren mayor beneficio. Los objetivos que tienen que ver con las relaciones íntimas, el crecimiento personal o la contribución con la comunidad llevan a la satisfacción de necesidades y además, mejoran la salud y el bienestar. Además, esta teoría postula que las personas se comprometen mejor con metas enmarcadas dentro de objetivos intrínsecos que aquellas centradas en resultados extrínsecos (Vansteenkiste et al., 2006).

Carver y Scheier (1990) sugirieron que la clave para el bienestar está en el sentimiento de satisfacción por el progreso hacia las metas más que su consecución en sí misma. El progreso hacia las metas es susceptible de afectar el bienestar a través de el afecto anticipatorio (Loewenstein et al., 2001) – la gente se siente bien en el momento en que piensan sobre la experimentación de los resultados futuros deseados. Tener

objetivos significativos y planes para conseguirlos favorece que se obtenga como resultado altos niveles de compromiso con las tareas y roles de la vida, lo que se considera en sí mismo un componente del bienestar (Cantor y Sanderson, 1999).

Por tanto, el proceso de *desear* que se pone en marcha en estos niños puede iniciar estos procesos cognitivos anticipatorios relacionados con el planteamiento y consecución de metas y objetivos que favorezca el compromiso con la recuperación. Además, cumplir un objetivo intrínseco, relacionado con sus intereses y valores personales, puede incrementar extraordinariamente sus niveles de bienestar.

Como vemos, esta intervención presenta ciertas características propias que la diferencian de otras intervenciones anteriormente descritas (Vagnoli et al., 2005). Probablemente, este tipo de intervenciones no sólo genere cambios en componentes hedónicos sino que puede estar más relacionada con factores eudaimónicos en la medida que cubre necesidades psicológicas específicas de los niños (Bornstein et al., 2003).

1.3. Factores de ajuste psicosocial tras el cáncer: una perspectiva desde el bienestar

Muchas investigaciones han ido dirigidas a la identificación de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Sin embargo, el estudio del impacto psicosocial tras el diagnóstico de estas enfermedades es relativamente reciente. Además, tradicionalmente, esta evaluación se ha centrado en los estados psicológicos negativos (ansiedad, estado de ánimo, etc.), o en los síntomas físicos asociados al curso de la enfermedad y tratamientos aplicados tales como el dolor, los efectos quimioterapia (nauseas, vómitos, alopecia,..), imagen corporal, etc. (Aaronson y Beckman, 1987; Barofski y Sugarbaker, 1990; Stanton et al., 2002). Del mismo modo, el estudio de la salud mental infantil en el contexto de la enfermedad crónica se ha centrado

tradicionalmente en la medida de las experiencias de malestar y los síntomas psicopatológicos (Bennett, 1993; Collins, et al., 2000; Hedström, Haglund, Skolin, y von Essen, 2003). Este desequilibrio se hace extensivo a otras áreas de la medicina y la psicología tradicionalmente centradas en la reducción del dolor, el sufrimiento y las dificultades en el desarrollo de recursos individuales y colectivos (Vázquez y Hervas, 2008). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o discapacidad” (WHO, 1948). Esta definición subraya la posibilidad de diferenciar entre salud positiva y negativa. El concepto de salud implica tener capacidades y recursos para afrontar la adversidad (Almedom y Glandon, 2007), por lo que el estudio de los factores de resistencia y calidad de vida positiva parecen fundamentales en este contexto.

En los últimos años hay un interés creciente por evaluar y promover el bienestar y prevención de la psicopatología en niños con enfermedades graves, especialmente ahora que las tasas de supervivencia están aumentando y los tratamientos médicos están mejorando exitosamente (Zebrack y Chesler, 2002; Klassen, Anthony, Khan, Sung, y Klaassen, 2010; Hedström, Skolin, y von Essen, 2004; Huebner, et al., 2004). Además, en los últimos años varios estudios han mostrado que la habilidad para ajustarse adecuadamente a la enfermedad es más frecuente de lo que inicialmente se esperaba (Phipps, 2007).

Hay suficientes razones teóricas y empíricas para evaluar el funcionamiento psicológico positivo en sí mismo. Bienestar y el malestar, o más generéricamente, la salud y la enfermedad son relativamente independientes (Keyes y Waterman, 2003). Así, estos conceptos requieren métodos de medida y estrategias de intervención específicas. Por ejemplo, Keyes (2007) mostró que las diferentes medidas de bienestar

(psicológico, social y emocional) son independientes, aunque relacionadas con medidas de trastornos mentales. Una implicación de estos resultados es que los problemas clínicos y síntomas pueden reducirse de manera eficaz con intervenciones eficaces pero no necesariamente conducir a una mejora significativa de sus vidas. Aunque el objetivo de la psicología es explícitamente combatir los trastornos mentales, no hay duda que promover “una buena vida” es un reto formidable en cualquier disciplina. Keyes (2007) propone un “modelo del estado completo de salud mental”. La idea es subrayar que hay dos continuos distintos. Por un lado, desde una perspectiva más tradicional, existe una dimensión que va desde la ausencia del problema a tener varios problemas de salud (enfermedades o trastornos). Un segundo continuo que tiene que ver con mayor o menor presencia de un funcionamiento psicológico óptimo (hedónico y eudaimónico). Esta última dimensión va desde los estados de florecimiento (*flourishing*) a estados de languidez (*languishing*) (Seligman, 2011). La utilidad de esta distinción entre indicadores de bienestar positivo y negativo también ha sido ampliamente apoyado en el área de la salud mental infantil (Greenspoon y Saklofske, 2000)

El discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la APA (Seligman, 1999) supuso un impulso definitivo para un cambio de foco desde la psicopatología al estudio del bienestar. En los últimos años hemos presenciado un auge importante en el estudio de varios constructos de este dominio que son especialmente relevantes para la población con enfermedades graves: el optimismo disposicional (Carver y Scheier, 2001), la percepción de beneficios o crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun, 2004), o la evaluación del afecto positivo (Pressman y Cohen, 2005). A continuación se presentan componentes del bienestar psicológico que resultan especialmente relevantes en el estudio del funcionamiento positivo de niños con enfermedades graves o de mal pronóstico.

II. Componentes del bienestar psicológico

El bienestar es un constructo complejo que se relaciona con el funcionamiento positivo y la experiencia óptima. A excepción de algunos intentos aislados como Jahoda (1958), los modelos de bienestar son relativamente recientes (Deci y Ryan, 2000; Keyes y Waterman, 2003; Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995; Seligman, 2002). Aunque hay varios modelos y enfoques, la mayoría de las teorías actuales sobre bienestar psicológico incorpora ingredientes derivados de dos antiguas orientaciones filosóficas: el componente hedónico y el componente eudaimónico.

1. Componente hedónico

La dimensión hedónica del bienestar ha sido denominada “bienestar subjetivo” (Diener, Scollon, y Lucas, 2003) e incluye tanto elementos afectivos como cognitivos. El componente afectivo del bienestar subjetivo se conceptualiza como la presencia de afecto positivo (la experiencia de emociones y estados de ánimo agradables), bajo afecto negativo (la experiencia de emociones y estados de ánimo desagradables), y “la balanza hedónica”, definida como el equilibrio general entre afecto positivo y negativo. Así, un nivel alto de bienestar hedónico no conlleva la ausencia de emociones negativas. Las emociones negativas pueden estar presentes pero son menos frecuentes e intensas que las emociones positivas (Fredrickson, 2013). El componente cognitivo del bienestar subjetivo viene definido por la satisfacción vital (los juicios globales sobre la vida) y la satisfacción con áreas vitales específicas (e.g. salud, educación, familia, etc.).

1.1. Emociones positivas y negativas

Existe cierto consenso respecto a algunas de las características de las emociones básicas (Fredrickson y Cohn, 2006), de manera que se puede considerar que las emociones son tendencias de respuesta con múltiples componentes (p. ej.: experiencia subjetiva, cambios fisiológicos o conductuales / expresivos) que suelen desarrollarse durante una ventana temporal limitada. Casi siempre incluyen algún tipo de valoración, consciente o no, de algún suceso antecedente (Vázquez y Hervás, 2009). La positividad o negatividad que conferimos a las emociones tiene que ver con el tono hedónico (placentero o displacentero) de la experiencia y no tanto con el valor funcional que puedan tener ya que todas las emociones tienen un gran valor adaptativo (Lazarus, 2003).

Los psicólogos han estudiado durante siglos las emociones, pero, hasta hace relativamente poco, este estudio había estado centrado principalmente en las emociones negativas, particularmente, depresión, ira y ansiedad. A pesar de que en los últimos años esta tendencia está cambiando, el estudio de las emociones refleja un claro desequilibrio a favor de las emociones negativas, limitando así la comprensión de las emociones positivas y sus funciones adaptativas (Figura 1).

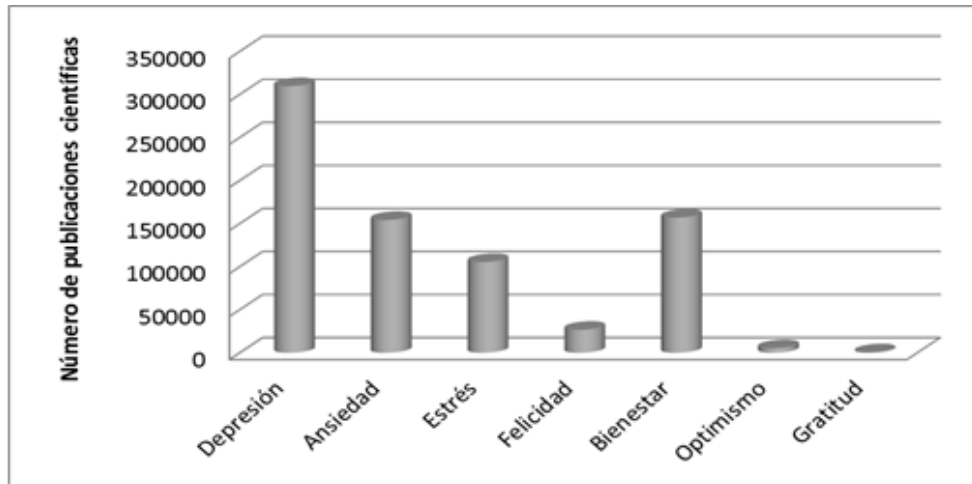


Figura 1: *Desequilibrio en el estudio de las emociones según PubMed (2014)*

Existen varias razones de este desequilibrio (Fredrickson, 1998). Por una parte, con una tendencia de la psicología en general al estudio del problema frente al estudio de las potencialidades del ser humano o los factores de prevención del problema (Fernández-Abascal, 2009). Por otra parte, las emociones negativas tienen un patrón de conducta y un componente fisiológico muy claro y definido, como los cambios en la respuesta autónoma (e.g., presión sanguínea, sudoración y temperatura corporal) (Fredrickson et al., 2003), mientras las emociones positivas no tienen correlatos fisiológicos o conductuales tan claros (Salovey et al., 2000). Además, son menos numerosas y más difusas, probablemente porque no son tan urgentes ni tan cruciales para la supervivencia como las negativas.

Sin embargo, dada la relativa independencia de las emociones positivas y negativas (Avia y Vázquez, 2011), conviene resaltar la importancia del estudio de las emociones positivas en sí mismas, así como sus funciones específicas, en lugar de considerarlas simplemente el polo opuesto de las emociones negativas (Vázquez y Hervás, 2009).

En cuanto a la evolución del afecto a lo largo de la vida, diferentes estudios constatan que el afecto positivo es más alto que el negativo, para cualquier grupo de edad (Sandín et al, 1999; Robles y Páez, 2003) y que las emociones positivas son siempre más frecuentes e intensas, por término medio, que la emociones negativas (Hernangómez, Vázquez y Hervás, 2009). Se considera que el afecto, tanto el positivo como el negativo, son parcialmente hereditarios, por lo que también existe una influencia importante del medio y de las circunstancias que rodean al individuo (Carr, 2004).

1.1.1. Valor adaptativo de las emociones positivas

Existe cierto consenso entre investigadores sobre el papel que las emociones negativas ha jugado en nuestra evolución como especies (Fredrickson et al., 2003). El miedo, la ira y la ansiedad son alarmas que nos preparan para responder de cara al peligro. Sin embargo, cabe preguntarse si las emociones positivas son útiles de algún modo. Basado en numerosos estudios sobre la relación de afecto positivo y funcionamiento cognitivo, Barbara Fredrickson (1998, 2001, 2013) planteó la teoría de *Ampliación y Construcción* de las emociones positivas. Su principal proposición es que las emociones positivas y los estados afectivos relacionados con ellas se vinculan a una ampliación de las posibilidades de la atención, la cognición y la acción, y a una mejora de los recursos físicos, intelectuales y sociales de la persona.

Fredrickson describe como las funciones de las emociones positivas vendrían a complementar las funciones de las emociones negativas y ambas serían igualmente importantes en un contexto evolutivo. Si las emociones negativas solucionan problemas de supervivencia inmediata, porque tienen asociadas tendencias de respuesta específicas, las emociones positivas solucionan cuestiones relativas al desarrollo, al

crecimiento personal y a la conexión social. Fredrickson también indica que las emociones negativas propician formas de pensar que reducen el rango de respuestas posibles y las positivas propician formas de pensar que lo amplían.

Las emociones positivas no sólo parecen ampliar momentáneamente las tendencias de pensamiento y acción del individuo, sino que, también permiten aumentar los recursos personales. Según Fredrickson, habría tres efectos secuenciales de las emociones positivas: ampliación, construcción y transformación. Las emociones positivas amplían las tendencias de pensamiento y acción. Debido a esa ampliación se favorece la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles o problemáticas. Esta construcción produce un tercer efecto que consiste en la transformación de la persona, que se torna más creativa, muestra un conocimiento más profundo de las situaciones, es más resistente a las dificultades y socialmente mejor integrada, con lo que se produce una "espiral ascendente" que lleva a que se experimenten nuevas emociones positivas (Fredrickson, 2002).

En los últimos años, se ha acumulado un buen número de evidencias que señalan las múltiples consecuencias favorables que se siguen de la experiencia de emociones positivas. Algunos de estos efectos los resume Fredrickson (2013): expanden el foco atencional, mejoran la forma de pensar, contribuyen a las relaciones sociales, motivan para la acción, mejoran la flexibilidad conductual, aumentan la tolerancia al dolor, aumentan la satisfacción vital (SV), mejoran el estado de salud y alargan la vida, y ayudan a afrontar la adversidad. Aunque el ratio óptimo de emociones positivas y negativas ha sido recientemente debatido (Brown, Sokal, y Friedman, 2013), existe un gran número de evidencias que muestran como mayores ratios de positividad son

predictores de una mejor salud mental así como otras consecuencias beneficiosas (Fredrickson, 2013).

1.1.2. Emociones positivas y salud física.

Tradicionalmente, encontramos varios ejemplos en la literatura que avalan la relación entre los estados psicológicos negativos y la salud física. Por ejemplo, Taylor, Kemeny, Reed, Bower, y Gruenewald, (2000) mostraron como las expectativas negativas estaban asociadas a una progresión más rápida hacia la muerte en los pacientes con sida y que, además, estaba relacionado con un comienzo más rápido de síntomas en los pacientes que previamente eran asintomáticos. Si buscamos publicaciones que relacionen el estado de ánimo y la salud física, los estudios sobre estados de ánimo negativos como la depresión o la ira, entre otros, son veinte veces más frecuentes que los estudios sobre estados emocionales positivos (Pressman y Cohen, 2005). Este desequilibrio es aún más acusado cuando hablamos de niños con enfermedades graves, siendo los estudios sobre emociones positivas prácticamente inexistentes.

Pero, ¿qué ocurre con los estados emocionales positivos? El estudio de los factores de protección en la salud y, especialmente, la relación existente entre los estados psicológicos positivos y sus repercusiones sobre el desarrollo y recuperación de la enfermedad comenzó hace tan sólo dos décadas (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, y Gruenewald, 2000). Sin embargo, son ya numerosos los resultados que avalan la relación entre emociones positivas y salud física. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que la habilidad para mantenerse optimista (Reed, Kemeny, Taylor, y Visscher, 1999) y la habilidad para encontrar un sentido en el afrontamiento ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998) parece estar asociado con una

mejor salud física. A pesar de esta evidencia, los resultados siguen siendo contradictorios.

Aunque las emociones positivas no tengan un efecto tan inmediato y visible como las negativas, tienen un amplio efecto sobre el comportamiento humano (Isen, 2000; Aspinwall, 2001; Fredrickson, 2001; Avia y Vazquez, 2011). Fredrickson (1998) definía tres efectos fundamentales: (1) contrarrestan los efectos negativos sobre la salud de las emociones negativas, (2) reducen la reactividad o facilitan la recuperación del sistema ante determinadas emociones negativas como la ansiedad o la ira, y (3) favorecen la atención a los factores de protección y promoción de la salud mediante hábitos de vida más saludables, así como una mayor satisfacción con la vida (Lyubomirsky, King, y Diener, 2005). Así, por ejemplo, la gente más feliz se implica más en actividades sociales y menos en actividades poco saludables (Ryff, 2014).

1.1.2.1. Efectos directos del afecto positivo en la fisiología.

Centrándonos en los sistemas inmunológico y endocrino, la investigación se enmarca dentro de la psiconeuroinmunología, que vincula los factores psicológicos con la función inmune (Ryff, Singer, y Love, 2004). Un ejemplo de ello son los recientes estudios sobre la vacuna del virus del papiloma humano (Fang et al., 2008), en los que se encontró que las mujeres vacunadas que manifestaban mayores niveles de estrés mostraban una respuesta inmune más débil ante el virus. Sin embargo, como hemos mencionado anteriormente, los estados emocionales positivos y negativos son relativamente independientes por lo que resulta interesante concretar los beneficios específicos sobre el sistema de la presencia de afecto positivo.

En la última década encontramos múltiples ejemplos de estudios que examinan las respuestas neuroendocrinas e inmunes como posibles mediadores de los efectos en la

salud del afecto positivo (Steptoe y Wardle, 2005). Uno de los estudios más importantes que ha tratado de responder esta cuestión es el estudio dirigido por Cohen et al. (2006). En este estudio longitudinal se evaluó la tendencia a expresar emociones positivas y emociones negativas en adultos sanos. Los resultados mostraron que aquellos sujetos con un estilo emocional positivo presentaban menor riesgo de desarrollar una enfermedad del tracto respiratorio superior tras controlar los efectos para otras variables al exponerles a varios virus respiratorios (el riesgo era tres veces menor). Según este estudio, las inducciones de afecto positivo en laboratorio está asociada a cambios cualitativos y cuantitativos en la respuesta inmune de manera causal (Cohen et al., 2006). El afecto positivo está asociado a la liberación de secreción de inmunoglobulina A, el anticuerpo considerado la primera línea de defensa contra el catarro común, de tal forma que el humor positivo podría aumentar la respuesta del sistema inmunológico (Stone et al., 1987). Además, la fuerza de la asociación entre afecto positivo y enfermedad era mayor que la asociación entre afecto negativo y enfermedad. De hecho, cuando ambas variables se incluían simultáneamente como variables predictoras, el afecto negativo perdía su poder para predecir enfermedad. En lo que respecta al funcionamiento endocrino, se sabe que hormonas como la adrenalina, noradrenalina, ACTH y el cortisol son responsivas a las emociones (Martín, 2009). El desequilibrio hormonal influye en los sistemas fisiológicos, incluyendo alteraciones de las funciones inmune y cardiovascular. Algunos estudios de laboratorio en los que se induce afecto positivo se encuentra un decremento en los niveles de cortisol (Hubert y De Jong-Meyer, 1990), aunque otros, en cambio, no encuentran efectos en estos niveles (Pressman y Cohen, 2005). Inducir experimentalmente afecto positivo de alta activación desencadena en un alto arousal fisiológico asociado con efectos sobre la función inmune cardiovascular y pulmonar potencialmente dañino. Sin embargo, estos efectos no se

encuentran en las evaluaciones de intervenciones naturalísticas, menos asociadas a respuestas intensas y más frecuentemente asociadas a respuestas saludables.

1.1.2.2. Modelo de la relación entre afecto positivo y salud.

Pressman y Cohen (2005) proponen dos modelos que representan los posibles caminos que unen el afecto positivo y los resultados en la salud.

- a) *Modelo de efecto principal (directo)*. Se centra en los efectos directos del rasgo de afecto positivo sobre los sistemas fisiológicos. Por ejemplo, una persona con alto rasgo de afecto positivo puede ser más proclive a comprometerse con conductas saludables, tener más apoyo social y tener niveles más bajos de catecolaminas o glucocorticoides. “*Creemos que rasgo de afecto positivo está asociado a mejores resultados de salud, y la extrema activación del estado de afecto positivo está potencialmente asociado al desencadenamiento de sucesos en enfermedades subyacentes*” (Pressman y Cohen, 2005). Pressman y Cohen proponen una relación curvilínea entre afecto positivo y salud. El afecto positivo incide de manera directa sobre la salud a través de varios mecanismos conductuales y biológicos que protegen el sistema inmune-cardiovascular: los opiáceos endógenos, la actividad del sistema nervioso autónomo y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal, a través de las redes sociales y a través de la puesta en marcha de práctica de salud.
- b) *Modelo de estrés –buffering (amortiguación) de las influencias del afecto positivo en la salud*. El afecto positivo ayuda a afrontar las situaciones estresantes reduciendo el impacto de las conductas y respuestas fisiológicas hostiles para la salud generado por el estrés. Por ejemplo, según este modelo, las personas que disfrutan un mayor afecto positivo tienen menos conflictos sociales, por lo que tendrían un menor número de factores estresantes que manejar y, además, en el

caso de tener que manejar situaciones potencialmente estresantes cuentan con una red social más amplia en la que confiar. Por tanto, usan más estrategias de afrontamiento eficaz. En un estudio reciente se encontró que el afecto positivo amortigua los efectos del estrés agudo en las respuestas de recuperación de la piel tras someter a los participantes a un procedimiento que interrumpe la función barrera de la piel normal (Robles, Brooks, Pressman, 2009). Esta hipótesis de estrés-amortiguación es consistente con la teoría de Fredrickson (1998, 2001, 2013) de “ampliación y construcción” de las emociones positivas. Salovey et al. (2000) sugiere que las emociones positivas generan recursos psicológicos que promueven la resistencia, paciencia y optimismo. Además, el afecto positivo permite que las respuestas fisiológicas retornen más rápido a los niveles basales tras un evento estresante (Fredrickson, 2009). Paralelamente, Smith y Baum (2003) sugieren que el afecto positivo puede ayudar al restablecimiento de actividades tales como sueño, ejercicio y relajación, actividades que ayudan a reducir la percepción de estrés.

1.1.2.3. Estudios de mortalidad, morbilidad y supervivencia.

Maier y Smith (1999) examinaron cómo influye el bienestar subjetivo en la mortalidad en una muestra de personas adultas de 70 a 103 años de edad; el bienestar subjetivo fue evaluado con las escalas de afecto positivo y negativo del PANAS (Positive and Negative Affect Schedule; Watson, Clark y Tellegen, 1988) y con escalas que evalúan agitación, satisfacción con la vida y satisfacción con la edad (Lawton, 1975). Los niveles más bajos de bienestar fueron asociados a un incremento en el riesgo de mortalidad.

En 2001, Danner, Snowdon y Friesen examinaron los factores de longevidad de una amplia muestra longitudinal de monjas católicas. Las monjas que reflejaban en sus

relatos más emociones positivas (alegría, anhelo, felicidad) gozaban de mejor estado de salud y vivían una media de diez años más que aquellas que prácticamente no reflejaban estas emociones. En esta misma línea, Pressman y Cohen (2012) exploraron el uso de palabras emocionales positivas o negativas en las autobiografías de 88 psicólogos ya fallecidos. El uso de palabras de valencia positiva y alta intensidad estaba asociado a un incremento en la longevidad después de controlar otras variables psicológicas. El uso de términos negativos y de baja activación no se relacionó con la longevidad.

En cuanto a los estudios de morbilidad, además del ya mencionado estudio de Cohen et al. (2006), también se ha mostrado como las personas bajo estados emocionales positivos, tenían menor presión arterial ante tareas estresantes de laboratorio (Steptoe, Gibson, Hamer y Wardle, 2007). Además, involucrarse en actividades de ocio generadoras de emociones positivas reduce la presión arterial, los niveles de cortisol, la circunferencia de la cintura, el índice de masa corporal, reducen la depresión y el afecto negativo, y genera una mejor percepción de la función física (Pressman et al., 2009). También se observa que las emociones positivas y el ejercicio físico son mediadores fundamentales en la relación de integración social y mejores resultados de salud (Crittenden, Pressman, Cohen, Smith, y Seeman, 2014) Más recientemente, varios estudios muestran como la experiencia de emociones positivas de manera diaria incrementa el tono vagal cardíaco, un indicador indirecto de salud física (Kok, Coffey, Cohn, Catalino, Vacharkulksemsuk, Algoe, Brantley, Fredrickson, 2013).

En cuanto a los estudios en población oncológica, Carver, Pozo y Harris (1993) encontraron cómo el optimismo y el uso del humor se asociaban negativamente con el estrés en diferentes estadios del cáncer de mama. Además, el estilo emocional negativo está asociado con una tendencia mayor a informar sobre síntomas

inespecíficos que las personas bajo un estado emocional positivo (Cohen et al., 2006). Las emociones positivas también guardan una estrecha relación con la reducción del dolor en procesos médicos de enfermedades crónicas como cáncer o fibromialgia (Pressman y Cohen, 2005).

Pressman y Cohen (2005) han revisado varios estudios que examinan si el afecto positivo está asociado a supervivencia en una variedad de pacientes con cáncer, y señalan que aparentemente hay un patrón de resultados que sugiere que los pacientes con enfermedad “en fase terminal” y enfermedades con tasas de mortalidad a muy corto plazo, los niveles de afecto positivo alto les perjudican, pues suele estar asociado a una infraestimación de los síntomas, una tendencia al optimismo excesivo sobre el desarrollo de la enfermedad y menos estrictos siguiendo las prescripciones médicas (Derogatis, Abeloff, y Melisaratos, 1979; Pressman y Cohen, 2005) lo que consecuentemente podría desembocar en un inadecuado rastreo de la progresión de la enfermedad. En los últimos años, se postula que la relación entre afecto positivo y salud sea una relación curvilínea con el riesgo decreciendo desde bajos hasta moderados niveles de afecto positivo, pero incrementándose en los niveles extremadamente altos, en los que se adoptarían estrategias de afrontamiento inadecuadas (Pressman y Cohen, 2005).

En conclusión, la mayoría de los estudios sobre la influencia del afecto positivo sobre la salud indican que las emociones positivas están asociadas a menor morbilidad, mortalidad, mayor supervivencia, mejor calidad de vida y funcionamiento, menor número de síntomas, menos experiencia de dolor y menos gravedad (Pressman y Cohen, 2012; Diener y Chan, 2011). Sin embargo, la evidencia acumulada sobre la relación entre estados emocionales y salud física parecen arrojar datos contradictorios, especialmente en personas con enfermedades graves. Es necesario, por tanto, trabajar

por el empleo de procedimientos metodológicos rigurosos, incluyendo estudios longitudinales, instrumentos de medida apropiados y mecanismos de control para las influencias biológicas y psicosociales, que puedan demostrar empíricamente la validez de estas ideas (Taylor *et al.*, 2000).

1.2. Satisfacción vital en niños y adolescentes

Un estudio publicado por UNICEF en 2007 utiliza en su presentación la siguiente frase: *“La verdadera medida de la reputación de una nación es cómo de bien atiende a sus niños: su salud y seguridad, sus necesidades materiales, su educación y socialización, y su sentido de sentirse amado, valorado e incluido en las familias y en las sociedades en las que han nacido”*. Este lema ilustra el sorprendente auge de investigaciones sobre calidad de vida y SV en la infancia de los últimos años. Además, según un informe más reciente (UNICEF, 2012) se señala que *“los indicadores de bienestar subjetivo aportan una visión positiva que completa el análisis negativo de la vida del niño”*. Aunque la investigación en relación a la SV en niños y adolescentes es relativamente escasa en comparación con la población adulta, la conceptualización del bienestar pediátrico más allá de la ausencia de síntomas está aumentando en los últimos años (Huebner *et al.*, 2005; Christie *et al.*, 2012). La utilidad de distinguir entre indicadores de bienestar positivo y negativo en niños se ha mostrado ampliamente y SV es el indicador clave de bienestar psicológico en este modelo dual de salud mental. Además, este informe destaca que es importante incorporar a los niños en los procesos de evaluación de su propio bienestar frente a la idea errónea de que los niños no son informantes fiables.

El concepto de SV se define como la percepción subjetiva de la calidad de vida de las personas ya sea entendida como una percepción global o como una evaluación

relacionada con diferentes aspectos o dimensiones específicas de la vida (e.g., familia, colegio, amigos) (Diener, Suh, Lucas, y Smith, 1999; Huebner, Suldo, Valois, 2005). Algunos estudios como el realizado por UNICEF (2007) en 21 países desarrollados encuentran que la gran mayoría de los entrevistados valoran tener una vida satisfactoria. Concretamente, la media española de bienestar subjetivo infantil se sitúa en casi 87 puntos sobre 100, por encima de la media esperada en poblaciones adultas occidentales (situada entre 70 y 80 puntos) (UNICEF, 2012). La satisfacción con la propia familia es la más fuertemente asociada con la satisfacción con la vida en la infancia (Huebner, Gilman y Laughlin, 1999), sobre todo cuando la relación presenta un equilibrio entre la necesidad de afecto y la necesidad de independencia. La satisfacción con la familia descende con la edad, dando más importancia a dimensiones como la relación con los iguales. Las relaciones en el colegio no están tan relacionadas con el bienestar como las relaciones con los padres (Leung y Zhang, 2000). Pero no cabe duda de que sentirse bien en el colegio es un factor importante de protección en la infancia y adolescencia. Algunos estudios muestran como la satisfacción con la vida parece decrecer con la edad desde la infancia a la adolescencia (Man, 1991), particularmente entre las chicas. Las causas de este decremento pueden estar relacionadas con las características cognitivas de los niños en diferentes etapas. Es decir, las autopercepciones positivas irrealistas de los niños frente a las más objetivas de los adolescentes y al aumento de la importancia de la comparación social a lo largo del desarrollo.

1.2.1. SV en niños con enfermedades graves

Padecer una enfermedad médica o psicológica tienen un efecto importante sobre la SV (Vazquez, Rahona, Gómez, Caballero, Hervás, 2014). Dentro de las enfermedades físicas, el cáncer es la condición que mayor impacto muestra sobre la SV (Vázquez et al., 2014). Por tanto, la investigación sobre SV y sus predictores ofrece una

información fundamental para la promoción del bienestar y la prevención de problemas psicológicos futuros. Las emociones positivas y el desarrollo de ciertos recursos personales se han mostrado como posibles predictores de SV (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, Conway, 2009; Gilham, et al., 2011). Pero además, varios estudios longitudinales revelan que SV no solamente es una consecuencia de variables positivas, sino que a menudo también predice resultados positivos (Lyubomirsky, King, y Diener, 2005). Esta conclusión es especialmente relevante en el estudio de niños con enfermedades graves ya que, tal y como se ha mostrado en población adulta, la SV puede mejorar la salud física y psicológica (Diener y Chan, 2011; Lamers, Bolier, Westerhof, Smith, Bohlmeijer, 2012). Existe una amplia evidencia que muestra como las personas más felices, más satisfechas con su vida y que viven en una comunidad más feliz tienen más probabilidades de estar más sanos físicamente, ser más productivos y estar socialmente mejor conectados (Helliwell, 2013). Concretamente, la investigación con niños ha revelado un amplio rango de correlatos de la SV, incluyendo síntomas psicopatológicos (e.g., relaciones negativas con depresión, ansiedad, baja autoeficacia, soledad) e indicadores de salud (e.g., ejercicio, hábitos de alimentación) (Huebner, Suldo, y Valois, 2005). La SV parece operar como una fortaleza interpersonal que ayuda prevenir el desarrollo de la psicopatología al afrontar eventos vitales altamente estresantes.

1.3. Calidad de vida

La enfermedad grave o de mal pronóstico ha sido considerada tradicionalmente como una experiencia potencialmente traumática y estresante para los niños que tienen que afrontarlo. El impacto emocional negativo de la enfermedad grave ha sido ampliamente descrito en la literatura (Compas, Jaser, Dunn y Rodriguez, 2012;

Patenaude y Kupst, 2005; Kazak, et al., 2004). La enfermedad durante la infancia y adolescencia está conectada con un amplio rango de experiencias negativas que potencialmente amenazan la calidad de vida de los niños que las padecen (Hedstrom et al., 2003). Los tratamientos que amenazan la integridad corporal y los procedimientos invasivos con múltiples efectos colaterales como el cambio en la apariencia física, la fatiga, el dolor o el miedo a la muerte representan estresores potenciales para los niños y una reducción en su calidad de vida (Zebrack y Chesler, 2002; Whitaker, Nascimento Bousso, y Lima, 2013). Además, las frecuentes hospitalizaciones, la separación de su grupo de pares y la alteración de la normalidad familiar, social y educativa amenazan de manera significativa la posibilidad de una vida plena (Hedstrom et al., 2003). Por tanto, es de esperar que exista en estos niños un incremento en las dificultades de adaptación así como un malestar afectivo.

Otro aspecto fundamental dentro del marco del cáncer pediátrico en la última década son los estudios de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVS - Varni, Burwinkle, Katz, Meeske, y Dickinson, 2002). Estos instrumentos multidimensionales aportan información sobre dimensiones de salud física, psicológica y social para una condición de salud general o para condiciones particulares. Aunque no existen diferencias respecto al constructo de Calidad de Vida, CVS surgió como un término más apropiado dentro de los servicios de salud. Los datos demuestran que niños a partir de 5 años de edad pueden informar de manera fiable y válida sobre su calidad de vida si se emplea un instrumento apropiado para su edad. Cuando los niños son demasiado pequeños, tienen problemas cognitivos, están demasiado cansados o enfermos se recomienda apoyar la evaluación con la perspectiva de los padres, aunque nunca sustituirá el informe del niño cuando este es capaz de proporcionar su perspectiva ya que la literatura ha demostrado ampliamente que las respuestas otorgadas por otros

informantes no son equivalentes a las proporcionadas por el paciente (Achenbach, 1991). Pocos estudios han tenido en cuenta esta información, lo que lleva a una falta de resultados concluyentes sobre la calidad de vida de niños menores de 8 años. En nuestro estudio, incluiremos medidas de autoinforme para padres y niños menores de 8 años.

Tradicionalmente, se asumía que los resultados en calidad de vida relacionada con salud descendían a medida que aumentaban la severidad y número de los efectos secundarios o retardados de los tratamientos. Varios estudios han demostrado que, evidentemente, los dominios de calidad de vida relacionados con salud física (funcionamiento físico, dolor corporal y percepciones de salud general) reflejan peores puntuaciones en niños con cáncer que en los controles (Varni, 2007). Sin embargo, algunos estudios revelan que los niños oncológicos no difieren de sus pares sanos en los dominios de salud psicosocial de calidad de vida, como salud mental, autoestima y conducta general (Phipps, 2007). En un estudio longitudinal sobre aspectos psicosociales en pacientes oncológicos adolescentes, se mostró cómo poco después del diagnóstico de cáncer los indicadores psicosociales desvelaban peores resultados en comparación con un grupo de referencia. Sin embargo, poco después (en concreto, dieciocho meses) estas diferencias desaparecían, dando incluso resultados invertidos: el grupo de cáncer refería mayores niveles de vitalidad y menores niveles de ansiedad y depresión que el grupo de referencia (Mattsson, Lindgren, y von Essen, 2008).

2. Componente eudaimónico

El segundo componente de la arquitectura del bienestar humano es el bienestar eudaimónico. El bienestar eudaimónico es el resultado de realizar acciones coherentes con los valores personales que implican un compromiso con aquello que hace a la

persona sentirse viva y auténtica (Ryan y Deci, 2000). Se caracteriza por la realización de actividades que a largo plazo proporcionan oportunidades de un crecimiento personal continuado, relaciones positivas con los demás, autoconcepto positivo y un sentido de maestría (Ryff y Singer, 2000). Así, este bienestar consiste en el desarrollo armónico de las capacidades individuales que llevarían a una vida virtuosa. Esta perspectiva de la naturaleza del bienestar eudaimónico es una de las razones por las que la identificación, desarrollo y puesta en marcha de las fortalezas psicológicas es uno de los objetivos principales de la Psicología Positiva (Peterson y Seligman, 2004). Una vida plena es aquella que permite expresar y desarrollar el máximo potencial, lo que a largo plazo repercute de manera beneficiosa, no sólo en uno mismo, sino también a la sociedad en conjunto (Waterman, 2008).

Los modelos de eudaimonia en Psicología surgieron de los trabajos pioneros en auto-actualización por investigadores como Allport (1961) o Maslow (1943). La “Teoría de la auto-determinación” (Ryan y Deci, 2000), es probablemente la más influyente en actualmente en este aspecto. Esta teoría defiende que el funcionamiento psicológico sano está basado en: (a) una satisfacción adecuada de las necesidades básicas (básicamente, autonomía, relación, y competencia), (b) un sistema de metas consistente y coherente (i.e., metas intrínsecas mejor que extrínsecas), y (c) metas que sean consistentes con los intereses y valores de la persona. La teoría de la auto-determinación afirma que cuando las necesidades están satisfechas, la motivación y el bienestar aumentan, y cuando éstos están limitados, hay un impacto negativo en nuestro buen funcionamiento (Deci y Ryan, 2000). Hay un acuerdo general en que estas tres necesidades están entre las necesidades más básicas, aunque el sentido vital (Frankl, 1946) o la seguridad (Maslow, 1943) también han sido propuestas.

Por otra parte, Carol Ryff revisó las propuestas de modelos tradicionales de bienestar eudaimónico (Maslow, Rogers, Allport, etc.) para construir un “Modelo de Bienestar Psicológico” que incluyera los distintos aspectos del funcionamiento humano óptimo (Ryff, 1989; Ryff y Singer, 1998). Plantea 6 dimensiones básicas que delimitan el espacio de la salud mental, diferenciando lo que se entendería por un funcionamiento óptimo frente a un funcionamiento deficitario. Estas seis dimensiones propuestas son: control ambiental, relaciones positivas, crecimiento personal, propósito en la vida, autonomía y autoaceptación. Aunque esta estructura factorial ha sido debatida (Springer, Hauser y Freese, 2006; Ryff y Singer, 2006), este modelo ha generado mucha investigación empírica en bienestar y salud en los últimos veinte años (Ryff, 2014). Además, este modelo cuenta con escalas para evaluar el bienestar psicológico con buenas propiedades psicométricas (Ryff, 1989). El comportamiento de la medida de Ryff para este constructo demuestra que la salud mental positiva es relativamente independiente de la salud mental negativa. Es de especial relevancia como criterio para el cambio clínico ya que los datos señalan que este bienestar no es un rasgo sino que presenta cambios dinámicos que reflejan ajustes sensibles al cambio.

La investigación sugiere que el bienestar psicológico (tal y como lo define el modelo de Ryff) y el bienestar subjetivo (en la manera en que lo define el modelo de Diener) se comportan como dos factores separados aunque relacionados, incluso tras controlar género, edad, o etnia (Linley, Maltby, Wood, Osborne, y Hurling, 2009) e incluso muestran distintos correlatos biológicos (Ryff et al., 2006; Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009). No obstante, las correlaciones entre ambos tipos de bienestar son normalmente altas, en algunos casos más altas $r = 0.80$ (Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002).

2.1. Eudaimonia y salud

En una revisión reciente (Ryff, 2014), encontramos que la relación entre bienestar eudaimónico y salud se ha probado ampliamente en varios problemas de salud como la fibromialgia, los problemas de corazón, el parkinson o el cáncer. Ryff (2014) afirma que mostrar altos niveles en varias dimensiones del bienestar se relaciona con menos condiciones crónicas de salud, mayor productividad y menor uso de los servicios de salud. El apoyo social y las estrategias de afrontamiento adaptativo llevan a indicadores más altos de bienestar eudaimónico en pacientes con cáncer (Ryff, 2014). Además, las conductas saludables como el ejercicio físico o el sueño aumentan el bienestar hedónico y eudaimónico.

Pero además de los indicadores de salud subjetiva, hay un gran número de evidencias empíricas que asocian el bienestar eudaimónico con indicadores biológicos relacionados con la salud y sorprendentemente, este tipo de bienestar ha mostrado una relación más consistente con la salud física que el bienestar hedónico (Vázquez y Hervás, 2008). Son múltiples los estudios que muestran la relación del bienestar eudaimónico con mejores indicadores de la respuesta inmune, inflamatoria, endocrina (e.g., cortisol), y metabólica y un patrón de activación neural diferencial (Ryff, 2014). Por ejemplo, Carol Ryff observó cómo las personas con altos niveles de propósito en la vida, mayores sentimientos de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales mostraron niveles más bajos de riesgo cardiovascular, menor número de respuestas inflamatorias, mayor duración del sueño REM y mejor regulación endocrina como consecuencia de niveles más bajos de cortisol (Ryff, Singer, y Love, 2004; Ryff et al., 2006; Friedman, Hayney, Love, Singer, y Ryff, 2007). Incluso se han encontrado asociaciones favorables entre bienestar eudaimónico y el genoma humano (Fredrickson et al., 2013). De hecho, mientras el bienestar hedónico estaba asociado a una

sobreexpresión de los genes relacionados con las respuestas inflamatorias y el descenso en los genes relacionados con la síntesis de anticuerpos, el bienestar eudaimónico estaba relacionado con un bajo nivel de expresión de genes proinflamatorios y un aumento de los genes relacionados con la síntesis de anticuerpos). Por tanto, la eudaimonia está relacionada con beneficios genéticos que no aparecen en el caso de la hedonia. También se ha explorado el papel del bienestar eudaimónico en la protección ante enfermedades como el Alzheimer o las enfermedades coronarias (Ryff, 2014)

Un aspecto importante sobre el papel del bienestar eudaimónico en la biología y la salud es que además funciona como factor amortiguador o protector del estrés a la hora de afrontar efectos adversos de experiencias negativas (Fredrickson, 2009). El bienestar eudaimónico podría estar relacionado con un mecanismo de regulación a corto y largo plazo para la puesta en marcha de conductas de ajuste para las demandas ambientales a largo plazo.

Para concluir este apartado es importante destacar que aunque eudaimonia y hedonia parecen entidades separadas, están estrechamente entrelazadas. Es posible que experimentar emociones positivas en la vida diaria (bienestar hedónico) pueda producir importantes beneficios a largo plazo (bienestar eudaimónico) (Fredrickson, 2007). Además, probablemente todas las actividades eudaimónicas están positivamente relacionadas con la hedonia. En otras palabras, realizar actividades que incrementen las competencias personales y el funcionamiento óptimo necesariamente tiene un impacto en los indicadores hedónicos (e.g., SV o emociones positivas). Por tanto, las conexiones entre estos dos pilares del bienestar son más profundos de lo que previamente se había pensado (ver Waterman, 2008).

3. Fortalezas personales

Según Seligman (2011), uno de los pilares del bienestar y uno de los principales factores que hacen que las personas “florezcan” es su “engagement” o su compromiso con la vida. Vivir una vida comprometida significa estar activamente involucrado en lo que se hace y ser conscientes de las habilidades y las fortalezas para usarlas en cualquier ámbito vital. El término fortalezas humanas hace referencia a las manifestaciones psicológicas de las virtudes tradicionales que forman y han formado parte de la filosofía, la cultura, la religión o las diferentes manifestaciones artísticas. Peterson y Seligman (2004) han desarrollado un sistema clasificatorio de las fortalezas y virtudes humanas a través de su modelo llamado Valores en acción (Values in action, VIA), una clasificación comprehensiva inicialmente creada para balancear el excesivo énfasis en la clasificación de los trastornos psicopatológicos. Este modelo propone una taxonomía inicial de rasgos psicológicos positivos mediante la identificación de 6 virtudes centrales (Sabiduría, Valor, Humanidad, Justicia, Templanza y Espiritualidad) y 24 fortalezas de carácter. Estas fortalezas son independientes, relativamente estables en el tiempo y moldeables por el contexto. Además, Peterson y Seligman (2004) crearon un instrumento “ad hoc” – i.e., el inventario de fortalezas VIA (VIA Inventory of Strengths, VIA-IS). Este cuestionario permite evaluar las 24 fortalezas propuestas (ver Tabla 1).

Clasificación de las fortalezas humanas (Peterson y Seligman, 2004)
Sabiduría y conocimiento: <i>Curiosidad, amor por el conocimiento y el aprendizaje, pensamiento crítico, creatividad, inteligencia emocional, perspectiva</i>
Valor: <i>Valentía, perseverancia, honestidad</i>
Humanidad y amor: <i>Generosidad, amor</i>
Justicia: <i>Civismo, equidad, liderazgo</i>
Templanza: <i>auto-control, prudencia, humildad</i>
Trascendencia: <i>Disfrute de la belleza, Gratitud, optimismo, espiritualidad, perdón, sentido del humor, entusiasmo</i>

Tabla 1. *Clasificación de las fortalezas humanas (Peterson y Seligman, 2004)*

Una de las preguntas que cabe plantearse al estudiar las fortalezas humanas, especialmente en adolescentes, es cómo se llegan a consolidar como tales. La adolescencia es considerada como un período fundamental en el desarrollo de la personalidad, así como un momento de crisis que posibilita el cambio y, en la mayoría de los casos, la construcción de una identidad propia. Los factores biológicos (temperamento), el papel de los padres y familiares, la relación con los iguales, los modelos sociales e instituciones son algunos factores que pueden explicar el desarrollo evolutivo de las fortalezas humanas. Las fortalezas más prevalentes entre los niños son amor, amabilidad, creatividad, curiosidad, y humor (Park y Peterson, 2006).

La investigación ha encontrado que todas las fortalezas están positivamente asociadas con la SV, pero esta relación es significativamente más alta para algunas (optimismo, vitalidad, gratitud, curiosidad, y amor) que para otras (modestia, apreciación de la belleza y excelencia, creatividad, y amor por el aprendizaje) (Park et al., 2004). En el caso de los niños, las fortalezas que se han relacionado más significativamente con SV son: gratitud, amor, vitalidad, perseverancia y amor por el conocimiento (Gimenez, 2010).

El estudio de las fortalezas en niños con enfermedades graves es muy relevante dadas las conexiones entre fortalezas y salud física. Las fortalezas se han relacionado con un mayor número de conductas saludables y con la autoevaluación de sentirse más saludable (Proyer, Gander, Wellenzohn, Ruch, 2013). Además, las conductas saludables median la relación entre fortalezas y bienestar físico y psicológico (Proyer, Gander, Wellenzohn, Ruch, 2013). Por tanto, los estudios muestran la importancia de evaluar esta dimensión. A continuación, se describen más detalladamente alguna de las fortalezas relevantes para este estudio.

3.1. Optimismo

La esperanza o el optimismo disposicional hacen referencia a posturas cognitivas, emocionales y motivacionales hacia el futuro (Scheier y Carver, 1986). Según Peterson y Seligman (2004), pensar sobre el futuro, esperar que ocurran los resultados esperados, actuar de forma que esos resultados esperados sean más probables y confiar en que los esfuerzos que se realicen merecen la pena provoca buen ánimo y acciones dirigidas a la consecución de objetivos. Según el modelo de motivación basado en la expectativa formulado por Carver y Scheier (2001) los progresos hacia un objetivo incrementan el afecto positivo y la confianza a la hora de obtener un buen resultado.

Optimismo es el rasgo de personalidad más vinculado a bienestar psicológico. El optimismo está asociado en adultos a numerosos beneficios, como el afecto positivo, la perseverancia y el logro (Peterson, 2000). Existen pocos estudios de este rasgo en población infantil. Algunos estudios con población han encontrado relaciones positivas entre optimismo y el crecimiento personal tras experiencias adversas como la enfermedad (Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009).

3.1.1. Optimismo y salud

El optimismo juega un papel importante en la salud física (Avia y Vázquez, 2011). El optimismo, la esperanza y las expectativas positivas futuras son elementos que protegen la salud en situaciones de reto para el equilibrio personal (Vázquez y Castilla, 2007). Algunos estudios lo han relacionado con factores de protección a la hora de hacer frente a la enfermedad y está asociado a una mayor esperanza de vida (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). Respecto al cáncer en población adulta se ha relacionado con estado de ánimo positivo, mejor calidad de vida relacionada con la enfermedad, menor malestar somático y longevidad (Carver y Antoni, 2004; Peterson, 2000).

¿Qué mecanismos están implicados en estos resultados? De manera directa, generan una mayor respuesta inmune (Sieber, Rodin y Larson, 1992) y una mejora de la respuesta de carotenoides antioxidantes (Boehm, 2013). De manera indirecta, favorece la realización de conductas saludables (i.e., dieta, consumo de tabaco) y la puesta en marcha de estrategias para afrontar el estrés y los problemas de salud, lo que favorece la recuperación (Scheier y Carver, 1986). Además, las relaciones entre optimismo, indicadores físicos de salud y conductas saludables son bidireccionales. Una simulación mental de un escenario positivo tendrá el mismo efecto que una conducta real y por

tanto puede conducir de manera similar a incrementar los niveles de confianza en el éxito (Carver y Scheier, 2001).

3.2. Gratitud

La gratitud es un estado cognitivo – afectivo típicamente asociado con la percepción de que uno recibe un beneficio (que puede entenderse como algo material y tangible o como algo más etéreo o trascendente) que no merece o que no se ha ganado, pero que, ha conseguido por las buenas intenciones de otra persona (Emmons y McCullough, 2003). La gratitud surge como resultado de dos procesos cognitivos: por una parte, el reconocimiento por parte del sujeto de haber obtenido un resultado positivo; y por otro lado, el reconocimiento de que hay una fuente externa para ese resultado positivo. Además, cuanto mayor es la percepción de esfuerzo para poder prestar ese beneficio, mayor es la experiencia de gratitud (Okamoto y Robinson, 1997). La gratitud favorece el bienestar interpersonal ya que incrementa conductas como intentar devolver el favor, elogiar o reconocer el acto (públicamente o dando las gracias).

Fitzgerald (1998) identifica tres componentes de la gratitud: a) un sentimiento cálido de apreciación hacia alguien o algo; b) un sentimiento de buenos deseos hacia la persona o el objeto y, c) una disposición a la acción que parte del aprecio y los buenos deseos. Una persona agradecida reconoce que ha recibido generosamente algo de alguien y por eso la gratitud se considera una emoción empática (Lazarus y Lazarus, 1994).

La investigación ha demostrado que la disposición de gratitud está asociada a medidas de afecto positivo, optimismo, vitalidad y bienestar (Bono y McCullough, 2006). La gratitud está asociada negativamente con sentimientos de resentimiento del

pasado y con estados emocionales de depresión, ansiedad y envidia (McCullough et al., 2002). Asimismo, ayuda a afrontar experiencias traumáticas (Fredrickson et al., 2003). Varios estudios han mostrado que intervenciones dirigidas a la gratitud reducen el afecto negativo e incrementan el positivo, mejoran la SV, y mejoran el optimismo sobre el futuro (Emmons y McCullough, 2003; Bono y McCullough 2006; Proyer, Ruch, y Buschor, 2012). Tomando en conjunto los datos, podemos concluir que la gratitud funciona como un factor de protección contra problemas psicopatológicos y promueve el bienestar. Además, la gratitud también correlaciona con religiosidad y espiritualidad, empatía y perdón (McCullough et al., 2002), con un incremento en conductas prosociales como mayor amabilidad hacia el benefactor, y fortalece las relaciones de apoyo social seguro (Tsang, 2006). Los estudios sobre gratitud muestran cómo aquellos que están enfermos se muestran más deseosos de ayudar.

Estos efectos beneficiosos se han descrito ampliamente en muestras de población adulta, con pocos estudios publicados sobre población pediátrica. Froh, Yurkewicz and Kashdan (2009) encontraron en niños y adolescentes sanos una relación positiva entre gratitud y afecto positivo, SV, optimismo, apoyo social, conductas prosociales, y una asociación negativa con síntomas físicos. Shoshani y Slone (2012) encontraron que la gratitud era el principal predictor de SV en estudiantes.

3.2.1. Gratitud y salud

Algunos estudios con personas con enfermedades neuromusculares han mostrado cómo los enfermos del grupo de gratitud experimentan un aumento en el nivel de afecto positivo, una reducción de los niveles de afecto negativo, una mejora en medidas de satisfacción con la vida e índices más altos de optimismo (Emmons y McCullough, 2003). Pero además, estas personas informaban de un menor número de

síntomas de enfermedad. Se ha observado que la gratitud está asociada a cambios físicos y fisiológicos (McCraty, Atkinson, Tiller, Rein, and Watkins, 1995).

En conclusión, se ha comprobado que la gratitud tiene efectos positivos sobre el bienestar y además, son fácilmente manipulables a través de intervenciones sencillas. Estos cambios en las experiencias de gratitud pueden promover ganancias en otras áreas vitales.

3.3. Amor

Es una de las fortalezas con mayor relación con SV (Giménez, 2009) y quizás, la emoción humana central (Fredrickson, 2013). Los lazos afectivos ayudan a las personas a afrontar la adversidad, previene la patología y promueve el bienestar. Realizar actos de amor a otros puede ayudar al individuo a encontrar un sentido y un propósito vital, lo que a su vez, desencadena en mayor SV (Frankl, 1975; Otake, Shimai, Tanaka-Matsumi, Otsui, y Fredrickson, 2006).

Respecto a los niños y adolescentes, amar y sentirse amado proporciona la seguridad y confianza que permite a los niños ser más efectivos a la hora de enfrentarse al estrés diario y desarrollar estrategias para establecer relaciones sociales más satisfactorias (Hazan, 2004). El adolescente asume en esta etapa de su vida la tarea de independizarse de sus padres y buscar otras figuras de apego: los iguales (p.ej.: Overbeek, Vollebergh, Engels y Meeus, 2003; Hazan, 2004). Ahora bien, pese a lo que tradicionalmente se piensa, esto no significa que los padres dejen de ser referentes en la vida de los adolescente, simplemente empieza a necesitar de ellos cosas que no demandaba en su infancia; fundamentalmente busca apoyo y confianza en la accesibilidad de las figuras parentales (Allen y Land, 1999; Cook, 2000). Además, en este periodo, el adolescente pasa de ser un receptor de cuidado y atención por parte de

los padres a poseer el potencial de brindar este cuidado a otros (Allen y Land, 1999). En definitiva, se puede considerar la adolescencia como un período de transición en la que se incorporan nuevas relaciones de afecto. Diferentes estudios han encontrado que las relaciones interpersonales son la primera causa percibida de felicidad entre los jóvenes españoles (Javaloy, 2007; INJUVE, 1991, 1996, 2000, 2004; CIS, 1996, 2007).

3.3.1. Amor y salud

Un estudio reciente muestra que la percepción de conexiones sociales positivas da cuenta de las espirales ascendentes que existen entre el amor y algunos beneficios para la salud, como el incremento del tono vagal, indicador relacionado con la protección ante algunos problemas de salud (Kok et al., 2013)

3.4. Vitalidad

La vitalidad puede describirse como un aspecto dinámico del bienestar relacionado con la experiencia subjetiva de energía y estar lleno de vida (Ryan y Frederick, 1997). La vitalidad es una fortaleza personal y emocional que guarda relación tanto con una vitalidad física (encontrarse bien, sin fatiga ni enfermedad) como con una vitalidad psicológica (sentirse motivado y a gusto con uno mismo y con los demás, con más iniciativa, mayor sensación de control, con menos conflictos internos, etc.). En este sentido las personas se encuentran más felices y satisfechas con sus vidas (Deci y Ryan, 2000). La vitalidad emerge como un aspecto importante dentro del constructo de bienestar eudaimónico (Waterman, 2008; Rodríguez-Carvajal, Darío, Moreno-Jiménez, Blanco, van Dierendonck, 2010). El entusiasmo, el sentirse con ganas de vivir, es tanto una consecuencia de determinados hábitos, pensamientos o conductas, como un factor protector ya que refleja la presencia de recursos de auto-regulación y la energía

suficiente para afrontar los retos del día a día (Ryan y Frederick, 1997; Wood, Linley, Maltby, Kashdan y Hurling, 2011).

3.4.1. Vitalidad y salud

Como hemos visto anteriormente, las fortalezas personales predicen el bienestar físico y psicológico de las personas a través de la puesta en marcha de conductas saludables. Las fortalezas más relacionadas con un estilo de vida activo son las que más predicen esta relación con SV (Proyer, Gander, Wellenzohn, Ruch, 2013).

3.5. Perseverancia

Sin duda, es una fortaleza implicada en el proceso de enfermedad. Tice, Wallace y Harter (2004) definen la perseverancia como la persecución voluntaria de un objetivo a pesar de las dificultades y los obstáculos. Desde la psicología positiva se aborda como la capacidad de tomar la decisión, de cuándo seguir actuando y cuándo abandonar. La perseverancia está asociada con locus de control interno (Weiss y Sherman, 1973), con expectativas de éxito (Janoff-Bulman y Brickman, 1982; Carver, Blaney y Scheier, 1979; Duval, Duval y Mulilis, 1992), con autoeficacia (Meyer, 1987), con motivación intrínseca (Vallerand y Bissonnette, 1992), y con retraso de gratificaciones (Mischel, Shoda y Rodríguez, 1989).

3.6. Amor por el conocimiento.

El amor por el conocimiento describe la manera en que las personas se relacionan con la nueva información y las nuevas habilidades. Las personas con alto amor por el conocimiento experimentan emociones positivas en el proceso de adquirir nuevas habilidades, satisfaciendo su curiosidad, construyendo su conocimiento y aprendiendo algo completamente nuevo, autoregulando los esfuerzos para perseverar y

sintiéndose auto-eficaces (Peterson y Seligman, 2004; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Aunque esta fortaleza apenas se ha estudiado en sí misma, el amor por el aprendizaje está relacionado con experiencias positivas que predisponen el bienestar psicológico y físico. Esta fortaleza es especialmente importante en el caso de los niños ya que se encuentran inmersos en un proceso de aprender el mundo que les rodea, y es aún más relevante si consideramos que los niños de este estudio necesitan aprender nuevas formas de afrontar la enfermedad.

4. Trauma, resiliencia y crecimiento posttraumático

Tradicionalmente, la psicología se ha centrado en los modelos de vulnerabilidad, lo que ha establecido una manera estándar de pensar en psicología clínica. El enfoque básico de esta concepción de la patología humana es identificar los “factores de riesgo” (i.e., factores que aumentan la probabilidad de desarrollar un trastorno). Así, el énfasis en la vulnerabilidad ha marginado la investigación sobre los factores de protección (Keyes y Lopez, 2002). Por ejemplo en el campo del trastorno de estrés post-traumático (TEPT), la mayoría de las investigaciones se han centrado en las debilidades y en la posibilidad de desarrollar una patología tras sufrir una experiencia traumática.

En 1980 se introduce por primera vez el trastorno por estrés postraumático (en adelante, TEPT) en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association [APA], 1980). Esta categoría diagnóstica estaba pensada para ser aplicada a aquellos individuos que, habiendo sido expuestos a situaciones altamente aversivas, amenazantes o potencialmente traumáticas, sufrían una reacción compleja caracterizada por ciertos patrones de re-experimentación del suceso (a modo de *flashbacks*, recuerdos intrusivos, etc.), por una evitación de estímulos

internos o externos asociados de algún modo con el suceso (p.e. evitación de ciertos pensamientos o actividades, dificultad para recordar algunos aspectos relacionados con el suceso, etc.) y por una hipervigilancia exagerada (p.e. irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño, etc.); todo ello, siguiendo ciertos criterios de duración en el tiempo e intensidad. De este modo, la propia definición de trauma llevaba implícitas dos ideas: en primer lugar, que por tratarse de experiencias únicas y extremas afectarían psicológicamente a cualquier ser humano que las viviese (p.e. desbordándole, desestabilizándole emocionalmente, etc.) y en segundo lugar, que por todo ello debía protegerse a quienes habían sido “víctimas” de tales sucesos. Las reacciones patológicas son consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos; más aún, se ha estigmatizado a aquellas personas que no mostraban estas reacciones, asumiendo que dichos individuos sufrían de raras y disfuncionales patologías (Bonanno, 2004), asumiendo que potencialmente toda persona expuesta a una situación traumática puede desarrollar un TEPT u otras patologías. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de la población general sufre eventos potencialmente traumáticos a lo largo de su vida, las tasas del trastorno son mucho más bajas de lo que inicialmente se pensaba. Los datos epidemiológicos demuestran que ante un hecho potencialmente traumático (sea del tipo que sea), la mayoría de los afectados son capaces de desarrollar una respuesta adaptativa y la prevalencia del TEPT no suele superar el 5%, presentando además una evolución favorable con el paso del tiempo puesto que la sintomatología acostumbra a ir remitiendo paulatinamente en la mayoría de los casos (Vázquez 2005; Vázquez., 2013; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006). Por ejemplo, en un estudio realizado tras los atentados del 11 de septiembre en Nueva York se muestra que, si bien en una primera evaluación realizada un mes después de los atentados, la prevalencia de TEPT en la población general de Nueva York era de 7.5%, seis meses después este porcentaje había

descendido a un 0.6% (Galea, Vlahovm, Ahern, Susser, Gold, Bucuvalas y Kilpatrick, 2003), de forma que la gran mayoría de personas había seguido un proceso de recuperación natural donde los síntomas desaparecían y volvían al nivel de funcionalidad normal. En este sentido, puede que sea más adecuado pensar que las respuestas iniciales de aflicción y sufrimiento experimentadas y comunicadas por las víctimas son normales, incluso adaptativas, frente a sucesos anormales (Summerfield, 1999). Focalizar la atención de forma exclusiva a los potenciales efectos patológicos de la vivencia traumática ha sesgado ampliamente la investigación y conlleva una visión pesimista de la naturaleza humana (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Tanto en la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-IV; APA, 1994] como en la versión revisada [DSM-IV-TR], se define como hecho traumático: “*toda experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física de una persona y ante la que ésta ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos*” (APA, 2000, pp. 518-525). Por lo tanto, desaparece la idea de universalidad y se señala que no debe esperarse que todas las personas (ni tan siquiera la gran mayoría de ellas), vayan a reaccionar de un modo patológico ante situaciones de extrema adversidad. Se abre así una línea de creciente investigación, que revela que las personas expuestas a una experiencia traumática (prevalencia vital del 50-60%) siguen un proceso de recuperación natural y no desarrollan ningún tipo de trastorno (Bonnano, 2004). Dado que la resistencia es la respuesta más común tras vivir un evento traumático, la investigación debe explorar en detalle qué rutas que conducen hacia ella (Bonnano, 2004). A mediados de los 90 empezaron a surgir las siguientes corrientes de investigación, centradas en tratar de comprender y explicar los procesos a partir de los cuales sucede la resiliencia, y si ésta podía ser promovida a partir de diversas intervenciones (Masten y Wright, 2009).

4.1. Resiliencia

La resiliencia es un proceso dinámico que refleja una adaptación positiva a pesar de la vivencia de una adversidad significativa (Masten 2001). Incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo (Bonanno et al, 2002). Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. Es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación (Bonanno, 2004), ya que representan trayectorias temporales distintas. En este sentido, la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional tras un período de disfuncionalidad, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso. Este fenómeno se consideraba inverosímil o propio de personas excepcionales (Bonanno, 2004). Sin embargo, numerosos datos muestran que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001).

Podemos encontrar tantas definiciones de resiliencia como autores que han trabajado en el campo; por ejemplo, concebida como un rasgo de personalidad versus un patrón conductual, proceso versus resultado, competencia innata del individuo versus interacción individuo-ambiente, y un largo etcétera de controversias (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

4.2. Crecimiento post-traumático

Otro fenómeno más controvertido y olvidado por los teóricos del trauma es el de la posibilidad de aprender y cambios psicológicos positivos después de experiencias adversas. Como en el caso de la resiliencia, la investigación ha mostrado que es un fenómeno más común de lo que a priori se cree, y que son muchas las personas que

consiguen encontrar recursos latentes e insospechados en el proceso de lucha que han tenido que emprender (Manciaux, 2003).

El término resiliencia se ha reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que términos como florecimiento (thriving) o crecimiento postraumático (CPT) hacen referencia a la obtención de beneficios o al cambio positivo tras la experiencia traumática que le lleva a una situación mejor respecto a aquella en la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000; O'Leary, 1998). Así, resiliencia y CPT son dos constructos distintos con distintos predictores (Meyerson et al., 2011).

La idea del cambio positivo consecuencia del enfrentamiento a la adversidad aparece ya en la Psicología existencial de autores como Frankl (1946), Maslow (1943) o Cyrulnik (2002). En los últimos años varios estudios han demostrado que las experiencias traumáticas o dolorosas no siempre tienen valoraciones o repercusiones exclusivamente negativas. Parkes (1971) ya describía el trauma como una transición vital que resulta en cambios positivos y negativos. Un ejemplo de ello es el estudio de (Aldwin, Levenson y Spiro, 1994), en el que se aprecia cómo el 100% de las personas reconocen algún efecto negativo del hecho traumático vivido, pero además el 60% son capaces de reconocer algún efecto positivo de este hecho sobre sus vidas.

Calhoun y Tedeschi (1999; 2000), dos de los autores que más han aportado a este concepto, definen el CPT como el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Tedeschi y Calhoun, 1999; 2004). Esta definición pone de manifiesto que no es tanto el evento en sí mismo, sino la lucha ante el trauma lo que lleva al CPT y a la restauración de los esquemas pre-trauma. Estos autores dividen en tres categorías el

CPT que pueden experimentar las personas (los cuáles no son mutuamente excluyentes, ni tienen por qué darse todos):

Cambios en uno mismo: las personas manifiestan sentirse más fuertes y capaces de enfrentarse a situaciones difíciles que la vida les pueda deparar.

Cambios en las relaciones interpersonales: muchas personas ven fortalecidas sus relaciones con otras a raíz de la vivencia de una experiencia traumática. Suele ser común la aparición de pensamientos del tipo "ahora sé quienes son mis verdaderos amigos y me siento mucho más cerca de ellos que antes". Muchas familias y parejas enfrentadas a situaciones adversas dicen sentirse más unidas que antes del suceso. En un estudio realizado con un grupo de madres cuyos hijos recién nacidos sufrían serios trastornos médicos, se mostró que un 20% de estas mujeres decía sentirse más cerca de sus familiares que antes y que su relación se había fortalecido (Affleck, Tennen y Gershman, 1985). Por otro lado, el haber hecho frente a una experiencia traumática despierta en las personas sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas y promueve conductas de ayuda.

Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida: las experiencias traumáticas tienden a sacudir de forma radical las concepciones e ideas sobre las que se construye la forma de ver el mundo (Janoff-Bulman, 1992). Es el tipo de cambio más frecuente. Para muchas personas, el ser más conscientes de su propia mortalidad y finitud, les ofrece una oportunidad para reconstruir su filosofía de vida a "mejor" cambiando su escala de valores y apreciando el valor de cosas que antes obviaba o daba por supuestas (e.g. reordenar los objetivos y prioridades de vida enfatizando elementos como el disfrute de la vida, las relaciones o el crecimiento personal). De manera similar, Joseph, Murphy y Regel (2012) constatan esta clasificación señalando cambios en la visión de uno mismo, en las relaciones interpersonales y en la filosofía de vida (pp. 317-318).

Desde el trabajo inicial de Calhoun y Tedeschi (1999, el estudio del CPT ha aumentado notablemente su presencia en la investigación, en temas tan diversos como la guerra (Calhoun y Tedeschi 2006), las víctimas de abuso sexual (Frazier, Conlon, y Glaser, 2001), las enfermedades crónicas (Vazquez y Castilla, 2007), el cáncer (Barakat et al., 2006), los cuidadores de supervivientes del cáncer (Weiss, 2002), entre otros. Aunque se tiende a suponer que la mayoría de la evidencia empírica sobre la existencia del CPT se ha basado en estudios de caso único con personas excepcionalmente fuertes o extraordinarias (Masten, 2001), existen estudios sistemáticos que analizan muestras de mayor tamaño y que aportan evidencia empírica de que se trata de un fenómeno relativamente común (Aspinwall y Tedeschi, 2010; Bostock et al., 2009). Así, por ejemplo, el 83% de las supervivientes de cáncer de mama informan haber experimentado cambios positivos derivados de su cáncer durante el primer año desde el diagnóstico (Sears, Stanton, y Danoff-Burg, 2003), el 74.4% de jóvenes israelitas expuestos a incidentes de terrorismo informan de experiencias de crecimiento (Laufer y Solomon, 2006), y el 55% de estudiantes universitarios informan de crecimiento tras un hecho estresante mientras que el 39% informan de cambios negativos (Yanez, Stanton, Hoyt, Tennen, y Lechner, 2011).

El hecho de que algunas personas sean capaces de obtener ciertos valores positivos tras vivir un acontecimiento traumático, no significa que no experimenten cambios negativos en otros dominios. Esta idea de coexistencia de emociones positivas y negativas resulta muy importante para entender la génesis del CPT. En un primer momento, Calhoun y Tedeschi no incluyeron en sus trabajos el factor emocional, puesto que para ellos el CPT procedía de lo cognitivo. Es decir, del proceso de reflexión y búsqueda de sentido a la vivencia, así como de la creación de una narrativa nueva o historia de vida que integre el acontecimiento vivido. Sin embargo, en los últimos años,

tanto los propios Tedeschi y Calhoun (Tedeschi y Calhoun, 2004), como otros autores (Hefferon et al., 2009; Vázquez y Páez, 2010; Zoellner y Maercker, 2006), han destacado que las emociones también parecen jugar un papel muy importante en el CPT. En este sentido, es posible que para experimentar CPT sea imprescindible la coexistencia en el individuo de emociones positivas y negativas. Pero pese a todo, todavía son pocos los trabajos empíricos que recogen ambos factores y dan soporte a esta hipótesis (Aspinwall y Tedeschi, 2010; Bostock, Sheikh y Bartom, 2009). Después de la vivencia de un acontecimiento altamente aversivo, la vida del individuo no suele ser la misma, pues su forma de pensar y/o actuar puede verse modificada. El cambio suele ser el elemento fundamental de la experiencia traumática y éste, puede suponer consecuencias de todo tipo, tanto negativas como positivas. Además, en ningún caso se trata de una respuesta universal, puesto que no todas las personas serán capaces de aprender de su experiencia.

La naturaleza del CPT puede ser interpretada desde dos perspectivas diferentes. Por un lado, el CPT puede ser considerado como un resultado: el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que le llevan a encontrar beneficio de su experiencia. Por otro, el CPT puede ser entendido como una estrategia en sí misma, es decir, la persona utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, de forma que más que un resultado es un proceso (Park, 2010).

Para describir este fenómeno se han utilizado diferentes términos que a menudo se utilizan indistintamente o en función del instrumento empleado en el estudio: crecimiento postraumático (*posttraumatic growth*; Calhoun y Tedeschi, 1999; Hefferon, Greal y Mutrie, 2009), crecimiento relacionado con el estrés (*stress-related growth*; Park, Cohen y Murch, 1996; Park y Hegelson, 2006), florecimiento (*flourishing* o *thriving*; Ryff y Singer, 1998; Seligman, 2003), cambios psicológicos positivos

(*positive psychological changes*; Yalom y Lieberman, 1991), o beneficios percibidos (*benefit finding*; Affleck y Tennen, 1996; Harrington, Gurk y Llewellyn, 2008), entre otros.

Específicamente, la *percepción de beneficios* (PB) se refiere a los efectos positivos que resultan de un evento traumático y normalmente se equipara al concepto de crecimiento post-traumático (Helgeson, Reynolds, y Tomich, 2006, p. 797; Tomich y Helgeson, 2004). Sin embargo, existen ciertas matizaciones a tener en cuenta. Específicamente, algunos investigadores subrayan que la PB es menos restrictiva en su definición dado que: 1) se distingue a sí misma del componente “búsqueda de sentido” propio del proceso post-traumático, 2) no requiere que la presencia de estrés post-traumático, 3) no requiere explícitamente que ocurra un cambio positivo o crecimiento. Así, el término de crecimiento post-traumático se reservaría exclusivamente para aquéllos cambios que deriven de la resolución de las asunciones cognitivas que han sido retadas (Janoff-Bulman, 2004). Por ejemplo, ampliar la red social de apoyo tras un desastre natural puede ser considerado un beneficio directo del suceso (e.g., “Me ha ayudado a hacer algunos buenos amigos” en la escala de PB para niños, BFSC), independientemente de que el individuo experimente malestar tras el trauma, tenga pensamientos rumiativos sobre el suceso o altere su esquema cognitivo, creencias o visiones del mundo (Meyerson et al., 2011; Davis y Nolen-Hoeksema, 2009). Actualmente, existe una tendencia a emplear este término en los estudios con niños ya que, a diferencia del CPT, este constructo es menos concreto, más preciso y menos demandante cognitivamente (Phipps, et al., 2007). Además, en el ámbito infanto-juvenil, puede no ser apropiado hablar de CPT puesto que resulta extremadamente complicado diferenciar qué parte de los cambios manifestados por el individuo se deben explícitamente a la vivencia del evento traumático, y qué parte al proceso normal de

maduración propio del momento evolutivo en el que éste se encuentra (Coyne y Tennen, 2010; Gorin, 2010). En este sentido, quizás sea más apropiado hablar de beneficios percibidos o *benefit finding*. Este será el término que empleemos en nuestro estudio.

4.2.1. Crecimiento posttraumático y salud

Las enfermedades graves como el cáncer constituyen una experiencia potencialmente traumática generadora de elevado malestar emocional y sintomatología post-traumática para los que la padecen (Kangas, Henry, y Bryant, 2002), aunque no fue hasta la cuarta edición del DSM-IV (APA, 1994), donde se recoge explícitamente al cáncer como un estresor capaz de inducir un Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT).

El cáncer y otras enfermedades graves crónicas difieren marcadamente de otros estresores conocidos susceptibles de causar estrés postraumático (p.e. las violaciones, combates bélicos, los procedimientos quirúrgicos de elevado riesgo o los desastres naturales), en el sentido en que no es un suceso discreto circunscrito en el tiempo, sino que la experiencia de la enfermedad crónica consiste en una cadena de sucesos que se inicia con el diagnóstico de la enfermedad y que se extiende a lo largo de todo el tratamiento médico, terapias, rehabilitación o incluso en los seguimientos en el periodo de supervivencia oncológica, no quedando totalmente delimitado el momento en el que el riesgo de amenaza finaliza. Por ejemplo, es importante recordar que a pesar de los grandes avances en el tratamiento, el cáncer sigue estando considerada como la enfermedad incurable asociada a muerte daño y desfiguración por excelencia. Esta idea es compartida por el entorno del individuo afectado y por buena parte del personal sanitario que le atiende, del mismo modo que lo es la mitificación de la enfermedad y su asociación inmediata con la muerte. Ya Holland en 1979 (Gili y Roca, 1996) recoge tales reacciones bajo el epígrafe de las "6D": *Death, Dependency, Disfigurement,*

*Disability, Disruption y Discomfort*¹. Por otro lado, a diferencia de los estresores agudos, la enfermedad crónica es un evento sobre el que el paciente y su entorno social pueden ejercer ciertas medidas de control (p.e. implicación activa en el tratamiento o en la toma de decisiones, etcétera). En concreto, Kangas y colaboradores (Kangas, Henry y Bryant, 2002; 2005; 2007) nos proporcionan algunos datos significativos sobre la presencia de TEPT en población oncológica, indicando que en torno al 0-5% de los sujetos que reciben un diagnóstico de cáncer o se encuentran en tratamiento, cumplen criterios de TEPT al ser valorados con una entrevista diagnóstica estructurada, o entre un 5-19% si son evaluados mediante cuestionarios auto-administrados.

Se ha observado que estos cambios vitales positivos son muy frecuentes en supervivientes de cáncer. El primero en describir estos procesos en pacientes con cáncer fue Taylor (1983) que, al preguntar a los participante acerca de si su vida había cambiado desde que conocían su enfermedad, el 70% contestaron afirmativamente, de los cuales un 60% consideraron que dicho cambio había sido positivo, en la mayoría de los casos los pacientes informaron de haber aprendido a tomarse la vida más fácilmente y disfrutar más de ella.

Si bien es cierto que el estudio del BF ha recibido reciente atención en el ámbito de la psico-oncología, la mayoría de trabajos se han centrado en pacientes afectas de cáncer de mama (Carver y Antoni, 2004; Lechner, Carver, Antoni, Weaver y Phillips, 2006; McGregor et al., 2004; Mols, Vingerhoets, Coebergh y van den Poll-France, 2009; Sears et al., 2003; Tomich y Helgeson, 2004). Los resultados de dichos trabajos han mostrado que la mayoría de supervivientes manifiestan consecuencias positivas como por ejemplo: el desarrollo de vínculos más estrechos con familiares y/o amigos, un acercamiento o mayor sensibilidad hacia aspectos religiosos y/o espirituales, así

¹ En inglés, *muerte, dependencia, desfiguración, discapacidad, ruptura y malestar*.

como una visión de la vida más positiva. En la misma línea, el estudio de Cordova y colaboradores (Cordova, Cunningham, Carlson y Andrykowski, 2001) encontró que las supervivientes de cáncer de mama manifestaban mejorías significativas en sus relaciones sociales, así como mayor apreciación de la vida y mayor vida espiritual, en comparación con un grupo control de mujeres sanas. Además, varios estudios con pacientes de cáncer de mama han demostrado que la participación en un grupo de intervención psicosocial, diseñado para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida, conducía a un incremento en la PB a raíz de la experiencia oncológica vivida (Antoni et al., 2001; Bower y Segerstrom, 2004; Cruess et al., 2000). En un estudio más reciente, se concluye que los cambios positivos son muy frecuentes, observándose en el 50-90% de los pacientes con cáncer de mama, el 76% de cáncer testicular y el 60-95% de los supervivientes de un cáncer infantil/adolescente entre otros (Cordova, 2008).

Sin embargo, también existen trabajos que no encuentran relaciones significativas entre calidad de vida y beneficios percibidos (Tomich y Hegelson, 2004). Algunos estudios adicionales con pacientes con cáncer de mama han mostrado que el BF parece estar relacionado con un determinado tipo de estrategias de afrontamiento (Barskova y Oesterreich, 2009). En este sentido, trabajos como los de Friedman y colaboradores (Friedman, Nelson, Baer, Lane y Smith, 1990; Friedman et al., 1992) encontraron que las mujeres que llevaban a cabo un tipo de afrontamiento activo o de vinculación con el problema (p.e. llevar a cabo acciones positivas), eran más propensas a manifestar BF que las mujeres que llevaban a cabo estrategias de evitación y desvinculación del problema (p.e. prepararse para lo peor).

Aunque la investigación de BF en pacientes oncológicos masculinos es escasa, existen algunos trabajos que parecen indicar que la ocurrencia de BF no es rara (Lechner, Antoni y Zakowski, 2002; Lechner, Zakowski y Antoni, 2003; Weaver,

Llabre, Lechner, Penedo y Antoni, 2008). El estudio de Reiker y colaboradores (Reiker, Edbril, y Garnick, 1985) indicaba que un 50% de los hombres con cáncer testicular en fase avanzada, manifestaba mejoras en el funcionamiento de diversos aspectos importantes de su vida, como las relaciones sociales o la percepción de salud, tras haber sido diagnosticados de cáncer. El trabajo de Thornton (Thornton, 2002), uno de los pocos centrados en estudiar BF en supervivientes de cáncer de próstata, sugería que la PB correlacionaba positivamente con una mayor complejidad emocional (es decir, coexistencia de emociones tanto positivas como negativas), así como con una mayor movilización de recursos para hacer frente al estresor (combinación de distintos tipos de afrontamiento).

4.3. Modelos de crecimiento post-traumático

Varias teorías han sugerido modelos que explican cómo las personas llegan a experimentar o informar crecimiento. (Calhoun, Tedeschi, Cann, Hanks, 2010; Joseph y Linley, 2005; Joseph et al., 2012; Janoff-Bulman, 2004; Park, 2010; ver Zoellner y Maercker, 2006 para revisión).

Antes de que el crecimiento fuera ampliamente estudiado, Janoff-Bulman (1989) sugirió que los sucesos traumáticos afectaban a las creencias de las personas sobre el mundo. En otras palabras, tras el trauma, las personas se enfrentan a una gran ruptura cognitiva y así, o bien asimilan su experiencia, o bien cambian (acomodan) sus esquemas básicos sobre sí mismos y su mundo. Más tarde, Janoff - Bulman (2004) propone tres modelos de crecimiento, aunque no son excluyentes entre sí: fortalecerse a través del sufrimiento, la preparación psicológica y la reevaluación existencial. En primer lugar, fortalecerse a través del sufrimiento viene a responder al lema "quien no pierde no gana". Tras el trauma, las personas pueden llegar a ser conscientes de sus

fortalezas previamente desapercibidas y desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento que les ayude a encontrar nuevas posibilidades en la vida. En segundo lugar, similar a una vacuna en la medicina, la respuesta ante el trauma prepara psicológicamente a los supervivientes de trauma para hacerse más resistentes a posteriores sucesos estresantes. A través del proceso de reconstrucción de sus creencias sobre el mundo, los supervivientes reconocen la posibilidad de futuros infortunios. El reconocimiento de esta vulnerabilidad los prepara psicológicamente. En tercer lugar, la reevaluación existencial se relaciona con el proceso de creación de significado al afrontar un trauma. A raíz de los acontecimientos estresantes, el mundo puede parecer sin sentido y malévolos. Sin embargo, las personas pueden reducir al mínimo esas percepciones negativas (de mundo sin sentido, injusto o malévolos) y dar sentido a los acontecimientos.

Basado en el modelo de Janoff-Bulman, Tedeschi y Calhoun (1995; 2004) postulaban que no eran las características del evento en sí mismo, sino la lucha cognitiva por recomponer las creencias básicas pre-trauma sobre uno mismo, los demás y el mundo lo que conducía al crecimiento. Aunque su modelo es bastante completo, el modelo de Tedeschi y Calhoun se centran principalmente en el «proceso cognitivo». Subrayan que existen diferentes tipos de rumiación tales como la automática/intrusiva vs. la deliberada/ reflexiva/constructiva (Calhoun et al., 2010). Los pensamientos intrusivos que ocurren inmediatamente después del trauma están más estrechamente asociada con el malestar emocional. Este malestar mueve a la gente hacia formas más deliberadas de rumiación en un esfuerzo por entender el significado del suceso y reconstruir sus creencias rotas. Además de este proceso cognitivo, Calhoun et al., 2010 sugieren en su modelo más reciente que otros factores son también determinantes del crecimiento, como los factores ambientales, la descripción de las preocupaciones, la

reacción de los otros a esas descripciones, el contexto sociocultural, las disposiciones personales, y el grado en que los eventos permiten o suprimen los procesos mencionados.

La teoría de Joseph y Linley (*Organismic Valuing Theory*, 2005) sugiere otro modelo basado en la teoría de las creencias básicas. Del mismo modo, estos autores describen el crecimiento como el resultado de la resolución de las creencias básicas retadas. Sin embargo, un aspecto importante de esta teoría es que los seres humanos están motivados intrínsecamente para avanzar hacia el crecimiento. Por lo tanto, de acuerdo con Joseph y Linley, el crecimiento tras las experiencias altamente estresantes es una tendencia natural e innata de los seres humanos. Además, los síntomas de estrés postraumático se integran en su modelo de crecimiento proponiendo que a mayor discrepancia entre las creencias básicas pre y post trauma mayor potencial tanto para los síntomas de estrés postraumático como para el crecimiento. Recientemente, Joseph et al. (2012) han modificado su teoría sugiriendo un modelo de procesamiento afectivo-cognitivo en el que el crecimiento puede ocurrir a través de la cognición sobre el evento (e.g., “traumático”), los mecanismos de evaluación (por ejemplo, la rumiación), los estados emocionales (por ejemplo, afecto positivo y negativo), y las estrategias de afrontamiento (por ejemplo, centrado en la tarea, centrado en la emoción o la evitación). El cambio desde la rumiación intrusiva a la rumiación reflexiva depende del estado emocional y de las estrategias de afrontamiento. Estas cogniciones, evaluaciones, estados emocionales y estrategias de afrontamiento se realizarán mediante un proceso cíclico repetitivo hasta que la persona encuentre un sentido a su experiencia y se resuelva la discrepancia entre las creencias básicas pre – trauma y la información posterior al trauma. La profundidad y velocidad de este procesamiento dependerá de los factores de personalidad, psicológicos y sociales. Esta discrepancia se puede resolver a

través de asimilación (i.e., conservando sus creencias preexistentes) o a través de procesos de acomodación (i.e., las creencias previas se ha modificado a la luz de la nueva información relacionada con el trauma). La asimilación es considerada una reacción defensiva en que la persona ha activado una negación de la nueva información relacionada con el trauma y que posiblemente le sitúa en peligro si existen futuros sucesos traumáticos. La acomodación puede ser positiva (e.g., “encuentro una mayor apreciación de la vida”) o negativa (e.g. “el mundo es un lugar peligroso donde no se puede confiar”). Los cambios negativos también se puede re-interpretar desde una perspectiva positiva.

Por su parte, Park (2010) sugirió un modelo integrado sobre la búsqueda de sentido/significado en el contexto de estrés. Este modelo propone que los eventos estresantes vulneran el sentido vital e inician un proceso de búsqueda de sentido. En este modelo se clasifica el significado en dos tipos: significado global (un sistema de orientación general, que incluye las creencias, objetivos y la sensación subjetiva de sentido) y un significado situacional (es decir, el significado de una situación específica). El proceso de búsqueda de sentido se pone en marcha cuando hay discrepancias entre sentido global y situacional, y como resultado de este proceso, se encuentra un sentido. Por ejemplo, las personas típicamente creen que sus vidas son predecibles, ordenadas y significativas y el mundo es coherente y justo (Janoff-Bulman, 1989). La vivencia de un evento altamente estresante, como el diagnóstico de una enfermedad seria a menudo vulnera estas creencias. Este proceso dirigido a reducir esta discrepancia conlleva tanto esfuerzos deliberados de afrontamiento para entender la situación desde una nueva perspectiva, como las reinterpretaciones positivas o la aceptación de la situación, como procesos automáticos e inconscientes, tales como los pensamientos intrusivos (Park y George, 2013). Este proceso de integración lleva a

mejores resultados de ajuste, especialmente cuando finalmente se encuentra o se crea ese sentido. Este “sentido encontrado” incluye las percepciones de crecimiento y los cambios de vida positivos. Aunque este modelo no está centrado exclusivamente en el crecimiento, esta teoría refleja otro modelo sobre cambios positivos tras el trauma.

Conviene señalar que varias teorías sugieren que el crecimiento informado tras el trauma no necesariamente refleja cambios reales. Por ejemplo, Taylor (1983) desarrolló un modelo de adaptación cognitiva en el que señalaba que los cambios positivos tras el trauma son temporales, ilusiones auto-sirvientes para aliviar el estrés. Zoellner y Maercker (2006) también señalaron que Tedeschi y Calhoun se centraba sólo en el aspecto constructivo, pero probablemente también hay un lado ilusorio, que podría tener que ver con la negación o la evitación, como Taylor (1983) sugirió. Por eso, es importante diferenciar crecimiento real vs. crecimiento informado y generar estrategias de medida para capturar el crecimiento al margen del informe subjetivo del individuo.

4.3.1. Procesos cognitivos en la adversidad

Como hemos visto, los procesos cognitivos (i.e., ruptura de las creencias básicas sobre el mundo y otro tipo de procesamientos cognitivo como la rumiación) han tenido una presencia importante al diseñar modelos teóricos sobre crecimiento. De hecho, como aspecto novedoso, el DSM-V ya especifica dentro de los criterios diagnósticos del trauma las “creencias y expectativas negativas y persistentes (a menudo distorsionadas) sobre uno mismo o el mundo (e.g., “Soy malo” o “El mundo es malo”)” y “culpa persistente distorsionada a uno mismo o a los demás de las causas del evento traumático o sus consecuencias” (Criterio D). Las personas que afrontan situaciones adversas necesitan engancharse en procesos cognitivos que les permita entender la situación

amenazante, lo que a su vez, podría tener un efecto importante en la reconstrucción de narrativas personales (Cann, Calhoun, Tedeschi, y Solomon, 2010).

4.3.1.1. Ruptura de las creencias básicas sobre el mundo

Janoff-Bulman (1989) presenta el concepto de creencias sobre el mundo para describir un conjunto de creencias básicas que ayudan a los individuos a percibir el yo, los demás y el mundo. Estas creencias forman los esquemas fundamentales mediante los cuales las personas interpretan sus experiencias. Janoff-Bulman (1989) recoge en su Escala de Creencias sobre el Mundo (World Assumption Scale, WAS) algunas de las creencias que se han mostrado importantes al estudiar personas enfrentando situaciones adversas, como las creencias sobre la benevolencia del mundo, la benevolencia de la gente, la justicia, la controlabilidad, el azar, la autovalía, la auto-controlabilidad o la suerte (Janoff-Bulman, 1989; Leary y Tagney, 2012). La percepción de beneficios positivos es posible tras la reconstrucción de este marco cognitivo (Cann et al., 2011). Varios estudios empíricos confirman la necesidad de incorporar elementos cognitivos en estas teorías. En relación a la ruptura de creencias básicas sobre el mundo, se ha mostrado que las creencias básicas evaluadas están relacionadas con el crecimiento. Por ejemplo, en un estudio se encontró que altas creencias sobre la justicia y suerte y bajas creencias de auto-mercedimiento y autocontrol en el tiempo 1 se asociaban con un mayor crecimiento en supervivientes de cáncer en tiempo 2 (Carboon, Anderson, Pollard, Szer, y Seymour, 2005). Sin embargo, los estudios que evalúan directamente el cambio en las creencias sobre el mundo no encuentran esta relación con el crecimiento (Park y Fenster, 2004).

4.3.1.2. Estilo rumiativo

La presencia de pensamientos cognitivos que invaden el procesamiento cognitivo de manera involuntaria es frecuente tras el trauma (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999). Este tipo de pensamiento generalmente va asociado a altos niveles de estrés (Lindstrom et al. 2013). La rumiación deliberada, al contrario de la intrusiva, implica que el individuo voluntariamente piense sobre el trauma con el claro objetivo de intentar entender el evento y los cambios que implica para su futuro (Cann et al., 2011). Algunos estudios se han centrado en el este proceso. Triplett et al. (2012) examinó los diferentes tipos de rumiación y encontró que la ruptura de las creencias básicas estaba asociada tanto con la rumiación intrusiva como con la deliberada, pero sólo la rumiación deliberada se relacionaba con crecimiento, resultado que apoya el modelo de Tedeschi y Calhoun (1996) y Calhoun et al. (2010). Otros estudios sí encuentran relación con los pensamientos intrusivos (Dunn et al., 2011; Yanez et al., 2011), aunque la rumiación deliberada muestra una relación más fuerte con el crecimiento (Taku Cann, Tedeschi, y Calhoun, 2009). Aunque estas cogniciones pudieran considerarse indicadores de malestar, muchos investigadores conciben estos constructos como un reflejo del proceso cognitivo dirigido a entender el suceso traumático o la implicación del suceso para su vida, y este proceso ayudaría a generar la experiencia de crecimiento (Nolen-Hoeksema y Davis, 2004). Probablemente, los pensamientos intrusivos son el primer paso hacia una rumiación más deliberada (Joseph y Linley, 2010).

4.3.2. Emociones positivas en situaciones adversas

Como Zoellnerand y Maercker (2006) concluyen en su revisión, los modelos existentes de crecimiento se han centrado mayoritariamente en los procesos cognitivos, mientras que las emociones y los componentes afectivos han sido ampliamente

olvidados como predictores. Es más común encontrar las emociones como variables resultado que como variables predictoras. Sin embargo, las emociones positivas y negativas pueden derivar en resultados muy diferentes (e.g., Park, Aldwin, Fenster y Snyder, 2008).

La investigación sobre el afrontamiento de situaciones estresantes se ha centrado tradicionalmente en el manejo de las emociones negativas, prestando menos atención a las emociones positivas. Tradicionalmente, se consideraba que las personas que sufren una experiencia traumática, al ser invadidas por emociones negativas como la tristeza, la ira o la culpa, son incapaces de experimentar emociones positivas. De hecho, la aparición y potencial utilidad de las emociones positivas en contextos adversos ha sido considerada como una forma poco saludable de afrontamiento (Bonanno, 2004) y como un impedimento para la recuperación. Sin embargo, recientemente, la investigación ha puesto de manifiesto que, dada la relativa independencia entre las emociones positivas y negativas, las emociones positivas pueden coexistir con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas (Folkman y Moskowitz, 2000; Calhoun y Tedeschi, 1999). Por ejemplo, en un estudio con personas que habían sufrido una lesión medular encontraron que la experiencia de emociones positivas se daba desde los primeros días tras el accidente, siendo los sentimientos positivos más frecuentes que los negativos a partir de la tercera semana (Wortman y Silver, 1987). Este hecho ha derivado en un interés creciente dirigido a dar apoyo empírico al papel que las emociones positivas puede tener como facilitador importante del afrontamiento adaptativo y ajuste en el estrés crónico (e.g., Folkman y Moskowitz, 2000). Por ejemplo, en un trabajo sobre los atentados en Nueva York del 11 de Septiembre, se explica que experimentar emociones positivas (como gratitud, amor o interés, entre otras) en medio de las emociones negativas (como miedo, enfado o tristeza) tras la

vivencia de un suceso traumático aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realiza el afrontamiento activo y promueve la desactivación fisiológica, mientras que a largo plazo, minimiza el riesgo de depresión y refuerza los recursos de afrontamiento (Fredrickson, Tugade, Waugh, Larkin, 2003). Por tanto, la existencia de emociones positivas ante situaciones adversas, ya sea de manera aislada o coexistiendo con emociones negativas (Larsen et al., 2003), puede ayudar a reducir los niveles de angustia que siguen a dichas circunstancias y proporcionar los recursos psicológicos necesarios para amortiguar los efectos negativos del estrés y restaurar el sistema para promover nuevos esfuerzos de afrontamiento (Tugade y Fredrickson, 2002). Más allá de este efecto de amortiguación, Folkman y Moskowitz (2000) señalan 3 tipos de afrontamiento relacionado con la presencia y mantenimiento de las emociones positivas: (1) la reevaluación positiva (encontrar “el lado positivo”), (2) estrategias de afrontamiento centradas en el problema (esfuerzos dirigidos a resolver o a manejar el problema estresante), y (3) proporcionar un significado positivo a los eventos ordinarios (e.j., agradecer un elogio). Así, las emociones positivas promueven respuestas adaptadas a través de múltiples mecanismos dentro del proceso de afrontamiento. Podría argumentarse que la experiencia de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas, pero también existe evidencia de que esas personas que afrontan el estrés con éxito son aquellas que buscan crear estados emocionales positivos para fortalecerse ante la adversidad, por lo que se puede hablar de una causalidad recíproca. Así, se ha encontrado que las personas resilientes hacen frente a experiencias traumáticas utilizando el humor, la exploración creativa y el pensamiento optimista (Fredrickson et al., 2003). Además, destacan que las experiencias emocionales positivas no necesitan ser ni demasiado intensas ni prolongadas para generar estos efectos beneficiosos.

La teoría de Ampliación y Construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 1998, 2001, 2013) proporciona un marco teórico útil para entender cómo las emociones positivas nos ayudan en situaciones problemáticas a explorar nuestro ambiente, a estar abiertos a la información, a aprender y a experimentar, crear y construir. Según esta teoría, en la medida que las emociones positivas amplían el foco de atención y cognición, facilitando un pensamiento flexible (e.g., creatividad), también incrementan el consecuente bienestar emocional y los recursos personales que son esenciales para dar una respuesta de afrontamiento adaptativo ante eventos estresantes (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003; Aspinwall, 2001). Estos patrones de afrontamiento adaptativo pueden considerarse recursos personales duraderos que contribuyen a aumentar el potencial para recuperarse y encontrar un sentido positivo a futuras adversidades y que, a su vez, tendrá un efecto transformador de la persona haciéndola más resistente a la adversidad. Así, según la teoría, las experiencias recurrentes de emociones positivas podría también con el tiempo construir resiliencia psicológica, y no ser sólo un mero reflejo de ellas (Fredrickson, 2001). Este proceso de construcción facilitaría, a su vez, la vivencia de emociones positivas en el futuro dando así una relación recíproca entre emociones positivas y sentido positivo (Tugade y Fredrickson, 2002). Esta relación recíproca sugiere que los efectos de las emociones positivas se acumulan y generan espirales ascendentes, en parte, por la construcción de recursos que influyen las maneras de afrontar la adversidad (Tugade y Fredrickson, 2002). Estos recursos personales duraderos incluyen recursos físicos (e.g., conductas saludables) (Cohen, Alper, Doyle, Treanor, y Turner, 2006), sociales (Kok, Coffey, Cohn, Catalino, Vacharkulksemsuk, Algoe, Brantley, and Fredrickson, 2013), intelectuales (Tugade y Fredrickson, 2002), y psicológicos (e.g., optimismo, creatividad) (Scheier y Carver, 1993). Por tanto, aunque las emociones positivas pueden

considerarse transitorias y efímeras, también pueden tener un efecto importante a largo plazo incrementando o manteniendo el bienestar psicológico a través de la construcción de recursos de afrontamiento eficaces (Tugade et al., 2004).

Aunque Joseph et al., (2012) ha modificado recientemente su modelo de crecimiento para incorporar los estados emocionales en un proceso cíclico repetitivo a través del cual la persona encuentra un sentido a su experiencia, los estudios empíricos han mostrado aún poca atención a los estados emocionales como predictores de crecimiento.

4.4. Factores asociados a la percepción de beneficios: estudios empíricos

Dado el gran número de publicaciones relacionadas con la PB, en los últimos años surge un interés por examinar la relación de PB con un amplio rango de variables psicológicas. La mayoría de estos estudios son transversales por lo que no es posible establecer asociaciones causales entre estas variables y la PB.

Helgeson, Reynolds, y Tomich (2006) llevaron a cabo un meta-análisis de 87 estudios. En cuanto a variables demográficas, se encontró una asociación positiva entre PB y variables como el género femenino, ser de una minoría étnica y ser adulto joven.

En cuanto a factores relacionados con el estrés, tanto la gravedad objetiva como las percepciones subjetivas de malestar se relacionaron con mayor PB. La investigación sobre la relación de CPT y TEPT o síntomas de estrés post-traumático en adultos ha mostrado consistentemente una relación entre estos dos constructos (Helgeson et al., 2006; Park, Aldwin, Fenster, y Snyder, 2008). Además, la teoría sobre CPT también postula que el malestar es un prerequisite para el CPT, ya que el malestar ayuda a

iniciar el proceso hacia el crecimiento, y quizás, incluso mantenerlo (Tedeschi y Calhoun, 2004; Joseph y Linley, 2006).

En cuanto a las variables de personalidad, la PB se asoció con optimismo y religiosidad. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, la PB se relacionó con reevaluación positiva, aceptación y negación.

En cuanto a indicadores de bienestar, los resultados indicaron que la PB estaba asociada con más cogniciones intrusivas y de evitación, pero también negativamente relacionada con la depresión y positivamente relacionada con variables de bienestar. Este resultado es consistente con la teoría y congruente con la reducción en los indicadores de malestar.

En cuanto a los indicadores de salud física, la PB se relaciona positivamente con la gravedad objetiva de la enfermedad, aunque no se encontró relación con los informes subjetivos de salud física, ni con medidas de malestar global, calidad de vida o ansiedad. Una explicación a este resultado puede tener que ver con las medidas globales de calidad de vida incluidas en estos estudios. Estas medidas incluyen varios constructos con posibles diferentes asociaciones con la PB. Este resultado puede responder al hecho de que las medidas de calidad de vida típicamente abarcan aspectos variados (problemas de funcionamiento, síntomas de salud física o psicológica, etc.), lo que impide encontrar relaciones claras y consistentes con la PB (Helgeson et al., 2006). En cualquier caso, estos resultados sugieren que la PB y el malestar relacionado con la enfermedad son constructos independientes y que las experiencias de crecimiento no son la mera ausencia de malestar.

Como variables moderadoras se encontró que la relación de PB con otras variables psicológicas estaba influida por el tiempo que había pasado desde el inicio del estresor. Este meta-análisis no encuentra relación directa de PB con tiempo desde el

trauma, pero identifican esta variable como moderadora. Los resultados indican que la PB estaba relacionada con mejores resultados psicológicos (i.e., menos depresión, mayor afecto positivo, menor malestar global) cuanto más tiempo había pasado desde el trauma (la relación positiva se encuentra a partir de los 2 años desde el diagnóstico). Esto sugiere que la PB no es un fenómeno inmediato.

En su revisión, Zoellner y Maercker (2006) resumen posibles factores que predicen crecimiento (e.g., apertura a la experiencia, hardiness, sentido de coherencia, optimismo, locus de control interno, coping, búsqueda de sentido, y rumiación).

Patri y Pietrantonio (2009) llevaron a cabo un meta-análisis posterior con 103 estudios sobre CPT y concluyeron que el optimismo, el apoyo social, la espiritualidad, y algunas estrategias de afrontamiento (concretamente las estrategias de aceptación, de reevaluación, afrontamiento religioso, y la búsqueda de apoyo social) estaban asociados con el CPT en población adulta, donde la edad y el género se mostraron como moderadores significativos de la relación entre coping y CPT. Por ejemplo, el afrontamiento religioso se mostró más beneficioso para los individuos de mayor edad y las mujeres.

Finalmente, Vishnevsky, Cann, Calhoun, Tedeschi, y Demakis (2010) llevaron a cabo un meta-análisis más reciente donde examinaron las diferencias de género en el CPT. Los resultados indicaron que las mujeres informaban de más CPT que los hombres y que estas puntuaciones en CPT en las mujeres aumentaban con la edad.

Los resultados encontrados en estas revisiones se han ido consolidando en los últimos años. El optimismo (Bostock et al., 2009; Ho et al., 2010; Dunn, Occhiopinti, Campbell, Fergusn, y Chambers, 2011), la esperanza (Ai, Cascio, Santangelo y Evans-Campbell, 2005; Ho et al., 2010), la espiritualidad o el tener ciertas creencias religiosas (Yanez et al., 2009; Thombre, Sherman y Simonton, 2010), la extraversión y la apertura

a la experiencia (Tedeschi y Calhoun, 1996; Linley y Joseph, 2004), y la autoestima (Linley y Joseph, 2004) son algunas de las características que, de forma más frecuente, aparecen en los estudios como factores asociados a mayor probabilidad de PB. Igualmente, un tipo de afrontamiento centrado en el problema (Bussell y Naus, 2010; Yanez et al., 2011; Karanci y Dirik, 2008; Bellizzi y Blank, 2006), la reinterpretación positiva (Park y Fenster, 2004), y el apoyo social (Luszczynska, Mohamed y Schwarzer, 2005; Dunn et al., 2011) siguen mostrando relaciones significativas con la PB.

Tomando en conjunto estos resultados, los resultados derivados de estudios meta-analíticos con adultos muestran que el CPT está asociado a 1) características demográficas (mujeres y minorías raciales/étnicas), 2) características ambientales (e.g., gravedad del trauma), 2) respuestas de malestar (e.g., estrés percibido, cogniciones intrusivas), 3) procesos sociales (e.g., apoyo social), 4) variables de personalidad (e.g., optimismo, apertura a la experiencia, espiritualidad), 5) procesos psicológicos (e.g., rumiación, re-evaluación positiva, aceptación), 6) resultados positivos (e.g. reducción de síntomas depresivos, aumento del afecto positivo), resultados consistentes con la teoría de CPT. Además, hay evidencia de que la variable tiempo desde el diagnóstico modera los resultados.

Aunque hay evidencias de que la PB está asociada a un mejor ajuste, algunos estudios fallan en la confirmación de esta relación (Cordova et al., 2001; Park y Fenster, 2004), especialmente, cuando las variables de ajuste están más relacionadas con los síntomas (e.g., ansiedad, problemas de funcionamiento) que con dimensiones de bienestar (e.g., afecto positivo). Una manera de dar sentido a estos resultados es asumir que el crecimiento es en sí mismo un indicador de ajuste y que percibir cambios positivos tras eventos estresantes es una dimensión independiente del malestar. Calhoun et al. (2010) proponen que el crecimiento no tiene que ir necesariamente asociado a un

mejor ajuste y que la sabiduría derivada del crecimiento puede facilitar el bienestar psicológico pero esta relación no tiene por qué estar siempre presente. Por otra parte, Zoellner y Maercker (2006) muestran en su revisión que los estudios longitudinales tienden a mostrar esta relación entre crecimiento y ajuste mientras que los estudios transversales muestran resultados inconsistentes. Otra explicación alternativa a estos resultados inconsistentes tendría que ver con terceras variables que pudieran estar asociadas. Incluso en estudios donde se encuentra una asociación entre crecimiento y mejor ajuste los resultados sugieren que esta relación podría no ser simple. Por ejemplo, Triplett et al., (2012) encontró que el crecimiento mostraba una relación significativa, aunque débil con SV. Cuando evaluaron la vía indirecta de la búsqueda de sentido a través de la cual el crecimiento estaba asociado con SV, esta vía se mostró también estadísticamente significativa. De la misma manera, Yanez et al. (2011) mostraron que el crecimiento estaba asociado a un mayor afecto positivo, pero el afrontamiento activo mediaba totalmente esta relación. Por tanto, se necesita incluir terceras variables como el optimismo o el afecto positivo para poder conocer mejor la compleja relación entre PB y ajuste.

4.4. Crecimiento y adversidad en niños

La investigación sobre el papel de la PB en la adaptación a una enfermedad grave se ha llevado a cabo principalmente con pacientes adultos, dejando a un lado la investigación en el ámbito infantil (Phipps, Steele, Hall and Leigh, 2001; Barakat et al., 2006; Phipps et al., 2007; Currier, Hermes, y Phipps, 2009; Meyerson, Grant, Carter y Klimer, 2011). Quizás este sesgo en la investigación tiene que ver con la duda sobre la capacidad de los niños para experimentar CPT debido al escaso desarrollo de sus esquemas pre-trauma, la elevada capacidad cognitiva y afectiva necesaria para rumiar y

deliberar acerca de las experiencias traumáticas (y de integrar los elementos positivos de su experiencia en su visión del mundo), y su limitada capacidad de emplear estrategias de afrontamiento eficaces para manejar sucesos estresantes (Cryder, Kilmer, Tedeschi, Calhoun, 2006; Kilmer, 2006). Sin embargo, la literatura existente sobre CPT entre los jóvenes demuestra que los niños y adolescentes son capaces de informar de experiencias de crecimiento tras un trauma. De hecho, varios de los antecedentes clásicos en el estudio científico de la resiliencia se realizaron precisamente con población infantil. En la década de los 40-50, Garmezy desarrolló un grupo de estudio denominado “*Project competence*”, que incluía a niños con riesgo de psicopatología, a partir del cual se valoraba el papel que determinados factores como la competencia personal, la autoestima y la autonomía, podían suponer en su historia y pronóstico (Garmezy y Rodnick, 1959; Masten y Garmezy, 1985). A raíz de sus trabajos, este autor ofreció una primera definición del constructo, entendiéndolo como “*una manifestación de competencia desarrollada por los niños/as a pesar de la exposición a situaciones altamente estresantes*” (Garmezy, 1993). Por otro lado, Werner, llevó a cabo un estudio longitudinal y prospectivo realizado con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawái en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, dos tercios de estos niños mostraban comportamientos disruptivos. Sin embargo, existía un tercio de éstos que a pesar de todo, eran capaces de presentar un comportamiento competente y adaptado en la adultez. Werner llamó a éste último grupo “resilientes” (Werner y Smith, 1982; 1992). Tanto Werner como Garmezy forman parte de una primera generación de investigadores de la resiliencia que trataban de identificar factores de riesgo y factores de protección en relación con la adaptación tras la vivencia de distintas situaciones adversas.

4.4.1. Crecimiento posttraumático en niños con enfermedades graves

La investigación en el constructo de CPT es particularmente relevante en niños con una enfermedad amenazante para la vida dadas las diferentes vías por las que la CPT puede mejorar la salud física y psicológica (Bower, Moskowitz y Epel, 2009). Como hemos visto anteriormente, la enfermedad en la infancia y adolescencia está conectada con un amplio rango de experiencias negativas que potencialmente amenazan la calidad de vida de los niños que las padecen (Hedstrom et al., 2003). Esas condiciones colocan a los niños en una situación de riesgo de experimentar problemas psicológicos. Por ejemplo, los estudios con supervivientes oncológicos pediátricos que llevaban más de cinco años fuera de tratamiento describen sintomatología posttraumática entre un 5-20% de los entrevistados, caracterizados por: evitación de los estímulos relacionados con la experiencia oncológica, personalidad defensiva, ansiedad hospitalaria, pensamientos intrusivos relacionados con la enfermedad y/o preocupaciones constantes acerca de su salud (vulnerabilidad, miedo a recidivas, etcétera) (Alderfer, Navsaria y Kazak, 2009; Erickson y Steiner, 2001; Meeske, Ruccione, Globe y Stuber, 2001; Ozone et al., 2007; Wiener et al., 2006). Los supervivientes que tuvieron cáncer durante la adolescencia, parecen ser el grupo con mayor probabilidad de presentar sintomatología postraumática en comparación con el grupo de supervivientes que tuvo cáncer durante su infancia (Hobbie et al., 2000), quizás debido a que durante la adolescencia se busca en mayor medida la independencia y la propia autonomía personal y la irrupción del cáncer dificulta el éxito de este tipo de hitos evolutivos normativos (Castellano et al., 2010).

Sin embargo, las respuestas postraumáticas no son necesariamente negativas. Uno de los hallazgos más sorprendentes de los últimos años es que los niños y adolescentes con una enfermedad grave muestran un buen funcionamiento psicológico y

que, en contra de lo esperado, las alteraciones emocionales o las disfunciones sociales son más la excepción que la regla (Patenaude y Kupst, 2005; Bragado, 2009). Muchos estudios que utilizan métodos de autoinforme no han podido demostrar este incremento en las dificultades de ajuste o malestar afectivo. Como hemos visto, las tasas de TEPT son relativamente bajas e incluso más bajas en comparación con pares que han experimentado otros acontecimientos traumáticos en la infancia (Schwartz y Drotar, 2006). Una conclusión repetida en muchos estudios es que, aunque una minoría tiene dificultades de adaptación o síntomas de malestar psicológico, la mayoría de niños con una condición médica o enfermedad crónica están bien adaptados psicológicamente, y que, comparados con la población general, presentan niveles de ansiedad, depresión o autoestima equiparables a sus pares sanos, o incluso mejores (Canning et al., 1992; Recklitis et al., 2006; Phipps, 2005; 2007). Los datos de bajos niveles de malestar y ajuste positivo en esta población pusieron de manifiesto la necesidad de explorar la resiliencia en niños. Existen diferentes hipótesis sobre las vías hacia la resiliencia como puede ser el *hardiness* (es decir, personalidad resistente), la experiencia transitoria de emociones positivas, la automejora o un estilo represivo adaptativo (Bonnano, 2004). Este estilo ha sido ampliamente estudiado en la población adulta y según algunos autores (Phipps, 2007) este estilo es muy prevalente en población infantil. El estilo represivo adaptativo se relaciona con menores niveles de malestar, depresión, estrés postraumático, síntomas somáticos y mejor calidad de vida, pero, al mismo tiempo, altos niveles de reactividad fisiológica. Sin embargo, en población infantil, este estilo adaptativo no está relacionado con mayor reactividad fisiológica (Phipps, 2007) y tampoco se ha podido demostrar que los niños nieguen su experiencia negativa. Por lo que atribuir los datos de buen ajuste a mecanismos como la resiliencia supuso una explicación alternativa a otras planteadas anteriormente como el estilo represivo

adaptativo. Dada esta adaptación excepcional para afrontar el cáncer, la población de niños con cáncer puede verse no sólo como una población resiliente, sino también como una población floreciente que proporciona una visión de reto y oportunidad.

Más allá de los datos de buen ajuste, encontramos un gran número de evidencias que apoyan la idea de que los niños bajo estas circunstancias pueden experimentar cambios positivos y crecimiento (Canning et al., 1992; Eiser et al., 2000; Michel, Taylor, Absolom y Eiser, 2010; Currier, Hermes, y Phipps, 2009; Phipps, Long, y Ogden, 2007; Zebrack y Chesler, 2002). Por ejemplo, Barakat et al. (2006) encontraron que el 84.7% de adolescentes supervivientes de cáncer infantil tras un año de tratamiento informaba de al menos una consecuencia positiva de haber tenido cáncer. Varios estudios han demostrado que los adolescentes que padecen cáncer informan de experiencias negativas como el miedo a la alienación, miedo a alteraciones en la apariencia, miedo a la muerte y otras preocupaciones físicas (como el dolor derivado de los procedimientos diagnósticos y tratamientos, náuseas y fatiga), al mismo tiempo que refieren experiencias positivas como las relaciones positivas con el personal médico y el cuidado que reciben de un equipo agradable, competente y de apoyo que le proporciona una información apropiada a su edad, y a nivel personal informan de una visión más positiva de la vida, mayor autoestima, buenas relaciones, mayor perspectiva, mayor conocimiento y experiencia sobre la enfermedad y el cuidado saludable y ganancias materiales (Hedström, 2003; Mattsson, 2008). Los resultados obtenidos hasta el momento parecen indicar que la gran mayoría de adolescentes que han padecido una condición amenazante para la vida como es el cáncer en la infancia y en la actualidad se encuentran en remisión, son capaces de extraer consecuencias tanto positivas como negativas a raíz de la experiencia, con distintos efectos sobre su calidad de vida y su adaptación en periodo de supervivencia (Engvall, Cernvall, Larsson, von Essen y

Mattsson, 2011; Mattsson, Ringnér, Ljungman, y von Essen, 2007).; Barakat, Kunin-Batson, y Kazak, 2003; Maurice-Stam, Grootenhuis, Caron y Last, 2007; Sundberg et al., 2009).

Un último aspecto a considerar es la medida del crecimiento. Aunque como hemos explicado anteriormente, el término más empleado para referirse a crecimiento en población infanto-juvenil es la PB, existen diversos trabajos e instrumentos de evaluación destinados a explorar CPT en población infanto-juvenil expuesta a situaciones traumáticas (Clay, Knibbs y Joseph, 2009), o incluso específicamente en adolescentes supervivientes a un cáncer en etapa pediátrica (Park, Chmielewski y Blank, 2009). Hay que tener presente que la gran mayoría de cuestionarios y escalas para evaluar CPT en población pediátrica son adaptaciones de instrumentos empleados con población adulta y que, a pesar de que muchos de estos instrumentos presentan propiedades psicométricas aceptables, a día de hoy todavía no contamos con evidencias empíricas suficientes que justifiquen su total adecuación e idoneidad con este tipo de población infanto-juvenil (Clay et al., 2009). Una simple adaptación de los instrumentos de evaluación de CPT en población adulta, podría no resultar una medida lo suficientemente precisa y fina para recoger la vivencia de la experiencia traumática de un individuo en etapa pediátrica (principalmente por las diferencias respecto a la maduración cognitiva y procesos de pensamiento) (Castellano-Tejedor, Blasco-Blasco, Pérez-Campdepadrós y Capdevilla, 2013). Una de las pocas escalas que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para evaluar PB en población adolescente, es la *Benefit Finding Scale for Children* (BFSC, Phipps et al., 2007).

En definitiva, en los últimos años, y a raíz de que los estudios acerca de la PB y el CPT han empezado a aumentar, existe un cuerpo de evidencia empírica creciente que parece indicar que los niños y adolescentes son capaces de informar de

ciertos beneficios a raíz del proceso de lucha frente a la adversidad y que, además, aquéllos que perciben estos cambios positivos obtienen mejores resultados de ajuste psicosocial y/o percepción de salud que aquéllos que no perciben ningún tipo de beneficio. Incluso la PB puede ser un objetivo psicoterapéutico en sí mismo. Sin embargo, los resultados sobre mejor ajuste de los niños y adolescentes que informan de experiencias de crecimiento distan de ser concluyentes todavía. Es necesario replicar estudios para afianzar los hallazgos encontrados en investigaciones previas. Además, es necesario ampliar el rango de variables incluidas en estos estudios, generar estudios longitudinales y analizar posibles variables mediadoras que permitan vislumbrar mejor estas relaciones entre PB y mejor ajuste psicosocial.

4.5. Factores asociados con crecimiento posttraumático en niños

Meyerson et al. (2011) realiza una revisión sistemática de 25 estudios sobre el CPT en niños y adolescentes y su asociación con variables conceptualmente relevantes.

En cuanto a las variables demográficas, no se encuentra una asociación clara entre género y CPT (e.g., Currier et al., 2009; Phipps et al., 2007). En cuanto a la edad, varios estudios concluyen que la edad en el momento de la evaluación no se relaciona con CPT (e.g., Barakat et al., 2006), mientras la edad en el momento del suceso traumático (i.e., edad en el diagnóstico) se relaciona positivamente con CPT (Phipps et al., 2007; Barakat et al., 2006). Barakat et al. (2006) puntualiza que esta relación positiva se encuentra a partir de los 5 años de edad, ya que los niños menores a esta edad tienen dificultades en recordar o entender su diagnóstico y, por tanto, informan menos de cambios positivos. En el caso de los adultos, existe una asociación negativa entre edad y PB (Helgeson et al., 2006). Estos resultados en conjunto sugieren una relación potencialmente curvilínea, donde la habilidad de crecer tras el trauma (1) se

optimiza en los primeros años de la edad adulta o (2) alcanza su máximo en la infancia y adolescencia y empieza a decrecer durante la edad adulta. Dado que los esquemas cognitivos de los adultos jóvenes son menos flexibles y, por tanto, más vulnerables a los traumas que los esquemas de los niños más jóvenes (Janoff-Bulman, 1992), los jóvenes de más edad pueden ser más propensos a experimentar crecimiento tras el trauma (Meyerson et al., 211). En cuanto al tiempo desde el suceso traumático y crecimiento, los resultados son inconsistentes. Sin embargo, sí se encuentra un efecto moderador del tiempo, donde la PB tiene mayor probabilidad de estar asociada a mejores resultados (i.e., menos depresión, mayor afecto positivo, menor malestar global) en la medida en que el tiempo que ha pasado desde el hecho traumático es mayor (relación positiva a partir de los 2 años desde el diagnóstico), subrayando la utilidad potencial de percibir beneficios como un catalizador de cambios positivos a largo plazo más allá de sí mismo (Helgeson et al., 2006).

En cuanto a las características ambientales, al igual que en la población adulta, no se encuentra una relación clara entre crecimiento y el tipo de estresor. Aunque no es un patrón perfecto, parece que existe cierta tendencia donde los sucesos traumáticos que ocurren por causas naturales están asociados a más crecimiento que aquéllos que ocurren por una clara intervención humana. En relación entre PB y gravedad del trauma, se han encontrado diversos resultados, dado que la exposición al trauma se ha operativizado de diferentes maneras. Los resultados varían entre eventos traumáticos que han sido identificados por los jóvenes como generadores de malestar vs aquéllos que objetivamente se han valorado como los más graves (e.g., Aisenberg, Ayón, y Orozco-Figueroa, 2008). Los estudios que definen el evento estresante de manera objetiva tienen menos probabilidad de relacionarse con CPT que los estudios donde el evento estresante se define subjetivamente (i.e., evento que es evaluado como excesivo

para sus recursos y que pone en riesgo su bienestar) (Laufer y Solomon, 2006; Kilmer, et al., 2009; Barakat et al., 2006). Esto es consistente con algunos resultados encontrados con población adulta (Stanton, Bower, y Low, 2006) y la teoría del CPT, que enfatiza que el malestar y la lucha tras el trauma cataliza este proceso, no el trauma en sí mismo (Calhoun y Tedeschi, 2006). Por otra parte, aunque la gravedad subjetiva se relaciona más fuertemente con el CPT, se requieren ciertos niveles de exposición objetiva para generar una evaluación cognitiva del evento. Así, algunos estudios han encontrado una relación curvilínea, una relación de “U” invertida entre gravedad (objetiva o subjetiva) y el CPT (Laufer y Salomon, 2006; Levine, Laufer, Hamama-Raz, Stein, y Solomon, 2008). Esta relación curvilínea sugiere que los niños expuestos a una gravedad moderada de la enfermedad muestran niveles más altos de CPT en comparación con aquellos con puntuaciones más altas y más bajas en gravedad.

En cuanto a los factores sociales, se encontró una relación positiva con apoyo social, consistente con la teoría del CPT (Joseph y Linley, 2006) y similar a los resultados encontrados con adultos (e.g., Prati y Pietrantonio, 2009).

En cuanto a variables de personalidad, en primer lugar, se encuentra una relación consistente entre religiosidad y CPT en adultos jóvenes, siendo consistente con los resultados hallados en población adulta (Hegelson et al., 2006). Meyerson et al. (2011) plantean que ser religioso y/o espiritual puede ayudar a los jóvenes (y adultos) a manejar el estrés y el trauma a través de la aceptación, el perdón y la búsqueda de sentido (Laufer et al., 2009; Murphy, Johnson, y Lohan, 2003). Dichos procesos son consistentes con la teoría de CPT. El trauma genera rumiación, lo que promueve la búsqueda de sentido, que a su vez, favorece las experiencias de crecimiento personal (Joseph y Linley, 2006). Así, los jóvenes que experimentan crecimiento pueden buscar

en la religión un medio para afrontar y encontrar sentido (Laufer et al., 2009). Por otra parte, al igual que en la población adulta, el CPT se ha asociado consistentemente con optimismo disposicional (Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009).

En cuanto a variables proceso, se analiza la rumiación como posible variable relacionada con el CPT. En los estudios con adultos se encuentra una relación directa con rumiación pero en la literatura con jóvenes, los resultados son inconsistentes. Kilmer y Gil (2010) separan rumiación intrusiva (reproche no intencional) y rumiación deliberada (solución de problemas intencionada). Los resultados de este estudio longitudinal ponen de manifiesto una relación positiva entre ambas formas de rumiación y CPT. Estos resultados son consistentes con la teoría, revelando que la rumiación después del trauma asienta el camino para una reinterpretación positiva del suceso traumático, para ser después incluida en los esquemas post-trauma reconfigurados (Joseph y Linley, 2006). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se encuentra un patrón similar al descrito en muestras adultas, donde el afrontamiento religioso, de aceptación, reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social se relaciona positivamente con CPT. Además, esta relación probablemente incluyen el rol de los cuidadores como entrenadores del proceso de afrontamiento (Gil-Rivas, Silver, Holman, McIntosh, y Poulin, 2007) o el enganche en un proceso de co-rumiación (Waller y Rose, 2010).

En cuanto a las variables resultado de salud mental, los estudios encuentran una relación positiva entre CPT y otras variables de salud mental positiva (e.g., afecto positivo, autoestima y creencias de competencia) (Cryder et al., 2006; Currier et al., 2009; Phipps et al., 2007), y/o evidencias de una relación negativa entre CPT y problemas de salud mental (e.g., Phipps et al., 2007). Este patrón es consistente con la teoría y con la investigación sobre CPT llevada a cabo en población adulta (Helgeson et

al., 2006; Prati y Pietrantonio, 2009). Sin embargo, los resultados sobre la relación de la PB con variables psicológicas negativas deben tomarse con ciertas cautelas. Aunque varios estudios encuentran que la PB está asociada con una reducción de síntomas (Milam, Ritt-Olsen, Tan, Unger y Nezami, 2005; Phipps et al., 2007), estos resultados no se han encontrado de manera consistente. Algunos estudios han mostrado que la PB no se relaciona con la ansiedad (Currier et al., 2009), los síntomas depresivos (Currier et al., 2009; Vaughn, Roesch, y Aldridge, 2009), afecto negativo (Currier et al., 2009), el pesimismo (Phipps et al., 2007), los síntomas de estrés post-traumático o el decrecimiento (Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009) y las creencias agresivas (Park, 2006). En definitiva, la relación entre PB y las medidas de malestar psicológico es controvertida. Una posible explicación a estos resultados inconsistentes tiene que ver con los procedimientos de medida y la propia definición de crecimiento. Pero además, estos resultados, consistentes con otros hallazgos en población adulta (Antoni et al., 2001; Cordova et al., 2001; Helgeson et al. 2006), sugieren que quizás la PB es un constructo distinto e independiente al malestar, de manera que algunos pacientes son capaces de informar de cambios positivos al mismo tiempo que experimentan malestar de manera que percibir cambios positivos tras eventos estresantes no refleja la mera ausencia de consecuencias negativas o malestar.

4.6. Percepción de beneficios en los otros significativos

Las enfermedades graves pueden constituir una experiencia traumática para las personas significativas que comparten el proceso de enfermedad con el afectado (Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco, 2013). En la última década, un importante número de investigaciones muestra que las enfermedades graves aunque generan un elevado malestar emocional en los padres de niños o adolescentes con cáncer. Se han observado

elevadas tasas de incidencia a lo largo de la vida (50%) de sintomatología TEPT (p.e. niveles de hipervigilancia frente a posibles signos o síntomas de recurrencia de la enfermedad) en madres de hijos diagnosticados de cáncer (Johnson, Ring, Anderson y Marlow, 2005; Brown, Swain y Lambert, 2003; Norberg y Boman, 2008; Ozone et al., 2007; Wijnberg-Williams, Kamps, Klip y Hoekstra-Weebers, 2006), y alrededor de un 25% cumple criterios diagnósticos de TEPT (Pelcovitz et.al., 1996; Landolt, Vollrath, Ribi, Gnehm, y Sennhauser, 2003; Ozone et.al., 2007). Los padres (especialmente las madres) parecen estar en mayor riesgo de exhibir elevadas puntuaciones de estrés postraumático que sus hijos supervivientes de cáncer; incluso se ha encontrado que la prevalencia en las madres puede ser mayor que en otros adultos supervivientes de cáncer (Kangas et.al., 2002), indicando que la experiencia paternal de tener un hijo con cáncer es inherentemente más traumática que el haber pasado directamente por la enfermedad (Smith, Redd, Peyser, y Vogl, 1999). Por otra parte, los estudios sugieren que las madres de un niño con cáncer juegan un rol esencial en la aparición de sintomatología postraumática en el niño (Pelcovitz et.al., 1996).

Sin embargo, la enfermedad grave de un familiar también puede suponer un estímulo en la generación de CPT en los cuidadores (Kim, Schulz, y Carver, 2007; Moore et.al., 2011). Es decir, el crecimiento ante la enfermedad no está limitado a quienes lo padecen sino también afecta a aquellos que rodean, ayudan o presencian el sufrimiento de la persona afectada. Se han encontrado cambios psicológicos positivos en padres de hijos en situación crítica (Colville et.al., 2009) y especialmente en los padres de niños con cáncer (Barakat et al., 2006; Hungerbuehler et al., 2011). Sin embargo, pocos estudios han examinado específicamente la posible asociación entre el CPT del hijo con cáncer y el de sus padres, ni el de padre y madre entre ellos, ni los posibles procesos a través de los cuales se genera ese CPT.

Algunos estudios muestran que el crecimiento de los otros significativos de las personas afectadas por una enfermedad es un crecimiento vicario íntimamente ligada al crecimiento la persona con una enfermedad y aprendido por observación y contagio de la persona afectada. Sin embargo, ser mujer y madre facilitan procesos de CPT secundario en los otros significativos, que sería un crecimiento autónomo e independiente al experimentado por el afectado (Ochoa et al., 2013).

Por otro lado, algunos estudios han analizado el proceso de crecimiento de hijos, padres y madres por separado, y los resultados sugieren que las madres experimentan más malestar psicológico que los padres un mes después del diagnóstico oncológico del hijo y que este malestar se asocia prospectivamente con mayores niveles de CPT 3 años después en las madres pero no en los padres (Hungerbuehler et.al., 2011).

Finalmente, en el análisis de variables relacionales se ha visto que la percepción de la cohesión familiar y la flexibilidad correlacionaba negativamente con la presencia de TEPT en adolescentes con cáncer (Pelcovitz et.al., 1998) y, por otro, que la calidad de la relación familiar también predice el CPT parental conjunto (Hungerbuehler et.al., 2011). Así, como cabe esperar, las variables relacionales y familiares, donde se producen procesos de aprendizaje y soporte vicario difíciles de operativizar, juegan un papel esencial en el TEPT y el CPT de sus miembros.

4.7. Percepción de beneficios y correlatos fisiológicos

La evidencia empírica parece apoyar que la PB tras una experiencia traumática puede conducir a mejoras en la salud física (Bower et al., 2009). Parte de la investigación que se ha llevado a cabo en esta área, se ha centrado en individuos enfrentados a enfermedades graves y hospitalizaciones de larga duración. Así, algunos estudios han encontrado que los pacientes perciben ganancias como un sentido más

profundo de propósito en la vida, relaciones más cercanas con su familia y amigos, una reevaluación de las prioridades de vida y un mayor compromiso de vida espiritual (Carver y Antoni; 2004). En otro estudio con pacientes afectados por VIH encontraron que, tras experimentar un suceso traumático (p. ej., la pérdida de un ser amado), aquellos que percibían algún beneficio como una mayor apreciación a los seres queridos o nuevos objetivos de vida, mostraban un menor descenso de las células CD4T, fundamentales para el sistema inmune, lo que implica una progresión más lenta en su enfermedad y menor mortalidad (Bower, 1998). Otros estudios lo relacionan con cambios positivos en la función neuroendocrina, como una reducción de la hormona del cortisol (Carrico, 2006). Los estudios llevados a cabo con pacientes con cáncer muestran asociaciones similares entre la PB y los sistemas fisiológicos, como descensos en cortisol y aumentos de ciertos aspectos de la función inmune (McGregor y Antoni, 2009). Escribir sobre los beneficios del cáncer está relacionado con un menor número de quejas médicas relacionadas con el cáncer en comparación con aquellos que sólo escriben sobre los hechos de su experiencia (Stanton et al., 2002).

Bower et al. (2009) analizó los mecanismos psicológicos y fisiológicos por los que la PB puede afectar a la salud física. La PB genera cambios en la percepción de estresores futuros (procesos de evaluación); su habilidad para manejarlos (estrategias de afrontamiento y recursos); las relaciones con otros y las prioridades y objetivos. Así, se reduce la respuesta de estrés y minimiza la exposición del sistema a niveles elevados de cortisol. Al mismo tiempo, la PB está asociada a incrementos en el bienestar, particularmente con el afecto positivo (Algoe y Stanton, 2009). Todo ello favorece una respuesta fisiológica más eficiente y efectiva ante estresores futuros (habituaación y recuperación más rápidas) (Bower et al., 2009).

A pesar de estas evidencias empíricas, esta relación está aún por confirmar ya que como ya hemos mencionado anteriormente, algunos estudios no han encontrado esta relación entre PB y un mejor ajuste o una mayor calidad de vida (Tomich y Helgeson, 2004).

OBJETIVOS

Teniendo en cuenta lo descrito en este apartado, la literatura sobre el bienestar en niños con enfermedades crónicas presenta varios aspectos que merecen ser abordados en futuras líneas de investigación. En primer lugar, la investigación sobre el bienestar en enfermedades crónicas es relativamente escasa, pero es aún mucho más limitada en el caso de los estudios con niños. De la misma manera, apenas encontramos estudios sobre padres de niños con enfermedades graves y este desequilibrio es aún más acusado en el caso de los padres (varones). Por otra parte, como hemos visto, a pesar del gran aumento de intervenciones dentro del entorno hospitalario dirigidas a incrementar el bienestar de los niños hospitalizados y sus padres, apenas contamos con estudios controlados que permitan vislumbrar sus efectos sobre variables psicológicas y/o médicas. Por último, tal y como queda reflejado en la introducción, los estudios sobre el bienestar en niños con enfermedades graves a menudo son estudios transversales que con frecuencia arrojan resultados contradictorios. Se necesitan, por tanto, estudios longitudinales que incluyan un mayor número de variables del bienestar de manera que podamos ampliar la evidencia existente en la literatura y al mismo tiempo generar modelos explicativos específicos para niños donde podamos establecer relaciones causales entre variables.

Teniendo en cuenta estos aspectos, los objetivos generales del presente trabajo son:

- I. Conocer el funcionamiento positivo de niños con enfermedades graves o de mal pronóstico en términos de una dimensión fundamental para su bienestar psicológico (i.e., la PB).
- II. Valorar la eficacia del cumplimiento del deseo para generar cambios en los niños (así como en las percepciones de los padres del bienestar de sus hijos) respecto a

una evaluación previa y respecto al grupo control en variables relacionadas con el bienestar psicológico y físico asociado al proceso de la enfermedad.

- III.** Evaluar la eficacia del cumplimiento del deseo para generar cambios positivos en el bienestar de los padres y de las madres respecto a una evaluación previa y respecto al grupo control.
- IV.** Proponer y examinar la validez de un modelo teórico predictivo que explore los mecanismos involucrados en la construcción de recursos positivos a través de los cuales los niños consiguen buenos niveles de SV.

**DIAGRAMA GENERAL DE PARTICIPANTES,
INSTRUMENTOS Y DISEÑO DE ESTA
INVESTIGACIÓN**

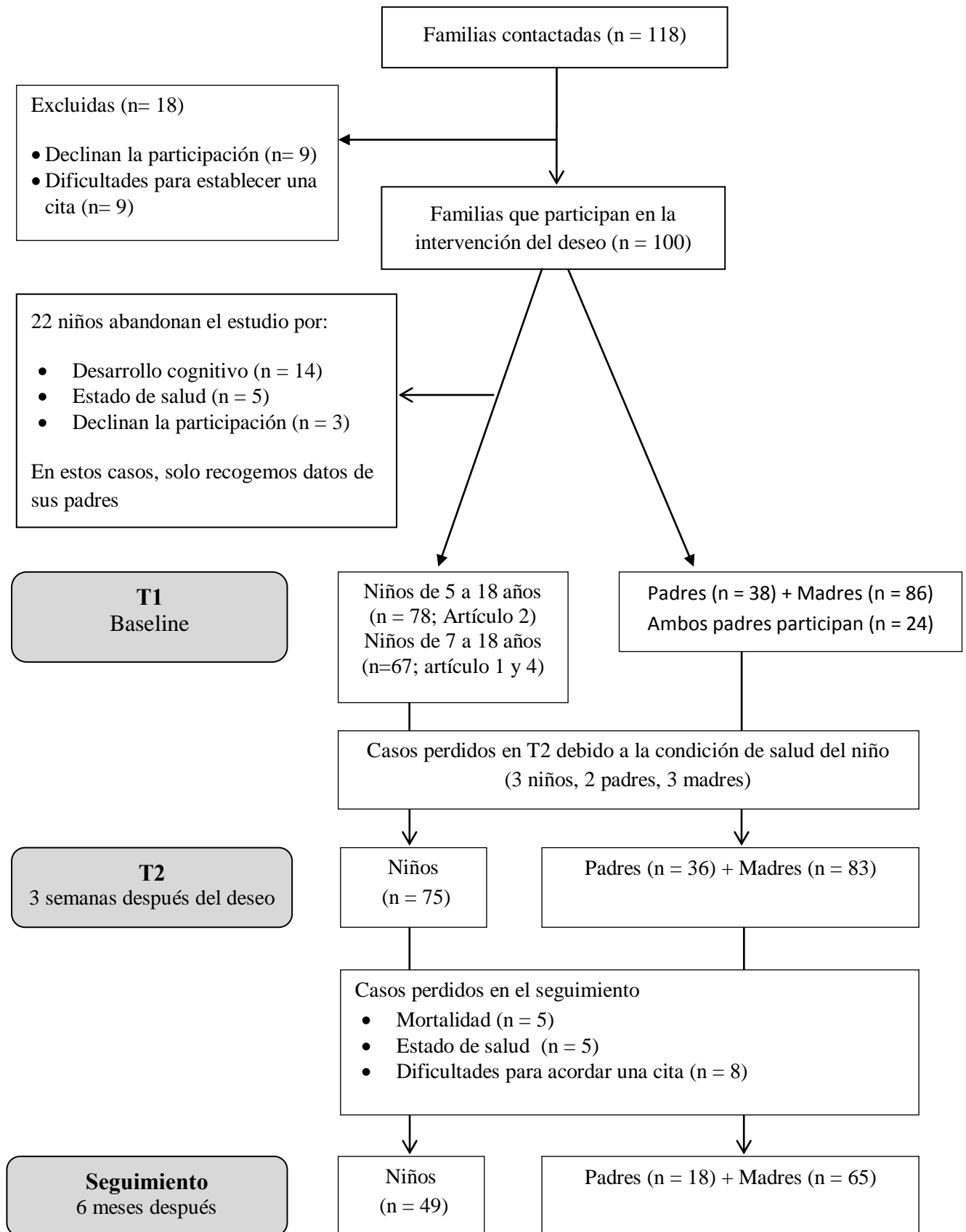


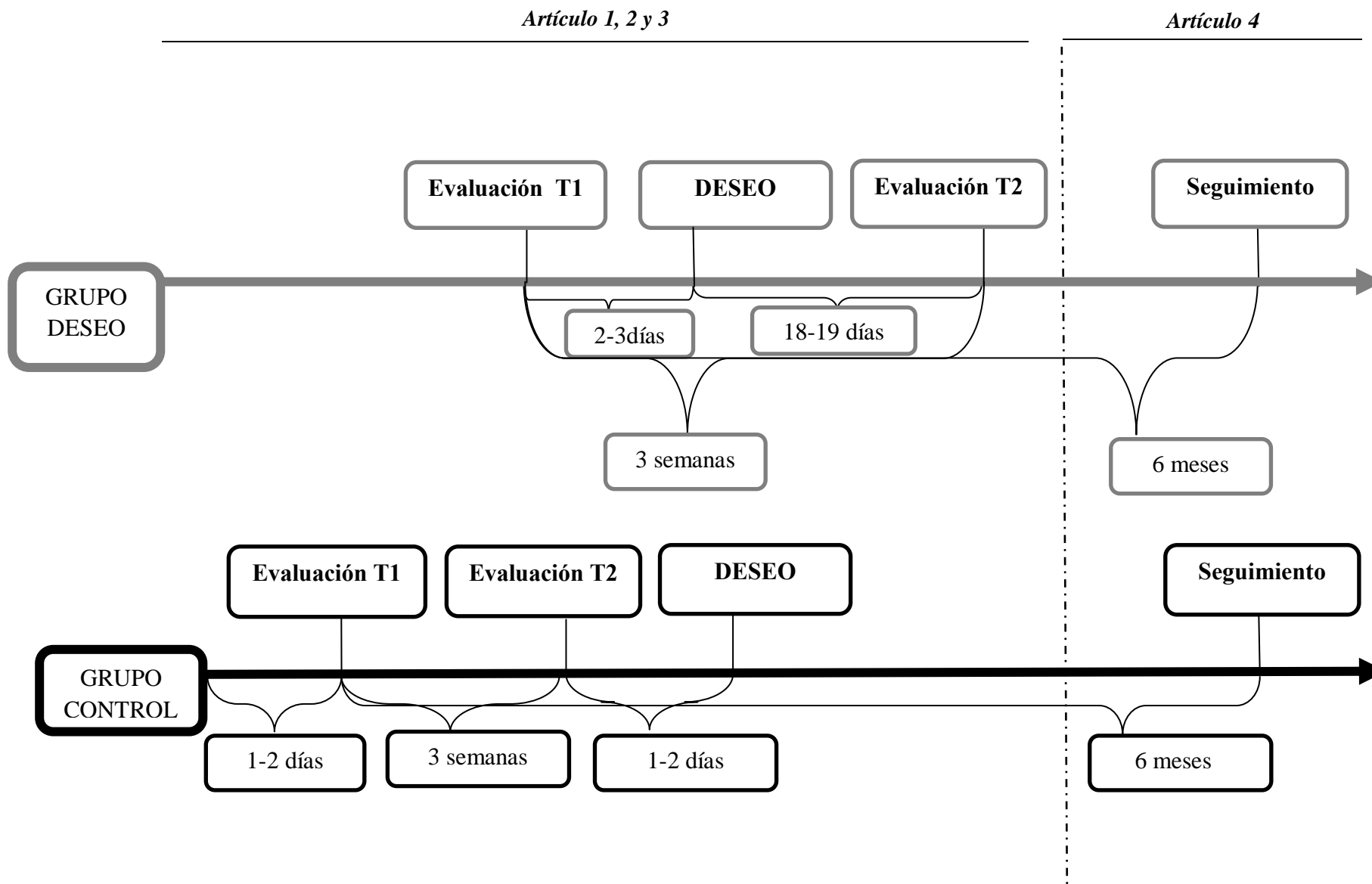
Figura 2. Diagrama general de participantes para esta investigación.

Área de contenido	Instrumento, autor, año	Ítems	Consistencia interna	Informante
Emociones positivas y negativas	Basado en la Escala de Estilo Emocional Positivo y Negativo (<i>PNES, Positive and Negative Emotional Style Scale, Cohen et al., 2006</i>)	27 ítems Likert 0-4	Para emociones positivas: Niños: $\alpha = .92$; Padres: $\alpha = .91$; Madres: $\alpha = .89$ Para emociones negativas: Niños: $\alpha = .88$; Padres: $\alpha = .87$; Madres: $\alpha = .85$	Niño y padres
Satisfacción Vital General	Escala de Satisfacción Vital (<i>SLSS, Student Life Satisfaction Scale, Huebner, 1991</i>)	7 ítems Likert 0-3	$\alpha = .79$	Niño
Satisfacción Vital por áreas	- Escala Multidimensional de Satisfacción Vital, versión breve (<i>MSLSS, Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale, Huebner, 1997</i>) - Escala de Bienestar Personal (<i>Personal Wellbeing Index- Cummins, 2004</i>)	17 ítems Likert 0-10	$\alpha = .67$	Niño
Calidad de vida	<i>Escala de Calidad de Vida Pediátrica (PedsQoL, Pediatric Quality of Life, Varni et al., 2002)</i> : escala de calidad de vida general y escala de calidad de vida relacionada con la salud.	50 ítems Likert 0-4	General: niños: $\alpha = 0.89$; padres: $\alpha = 0.83$; madres: $\alpha = 0.87$ Relativo a la enfermedad: Niños: $\alpha = 0.86$; Padres: $\alpha = 0.89$; Madres: $\alpha = 0.88$	Niño y padres
Bienestar eudaimónico	Cuestionario creado <i>ad hoc</i> para evaluar las 6 áreas del modelo de bienestar psicológico (Ryff y Keyes, 1995)	6 ítems Likert 0-10	$\alpha = .77$	Niño

Creencias en la benevolencia del mundo	Cuestionario creado <i>ad hoc</i> basado en la Escala de creencias básicas sobre el mundo (<i>World Assumption Scale, WAS, Janoff-Bulman, 1989</i>)	10 ítems Likert 0-4	Niños: $\alpha = .74$ Padres: $\alpha = .76$ Madres: $\alpha = .70$	Niños y padres
Percepción de beneficios	Escala de Percepción de Beneficios para Niños (<i>BFSC, Benefit Finding Scale for Children, Phipps et al., 2007</i>).	10 ítems Likert 1-5	Para niños: $\alpha = .91$ Para padres: $\alpha = .88$ (Percepción de padres: $\alpha = .85$) Para madres: $\alpha = .87$ (Percepción de madres: $\alpha = .86$)	Niño, padres y percepción de los padres sobre la percepción de beneficios en el niño
Fortalezas humanas	Inventario de fortalezas personales (<i>VIA-Y, Values in Action Inventory of Character Strengths for Youth, Park y Peterson, 2005</i>): Selección de las 5 fortalezas más relacionadas con SV (<i>Giménez, 2010</i>).	25 ítems Likert 1-5	Niños: $\alpha = .91$ Padres: $\alpha = .95$ Madres: $\alpha = .93$	Niños y padres
Optimismo	<i>Escala de optimism para niños (YLOT, Youth Life Orientation Test, Ey et al., 2005)</i>	15 ítems Likert 0-4	Para optimismo: 0.80 Para pesimismo: 0.78	Niños
	<i>Life Orientation Test (LOT, Scheier & Carver, 1985)</i>	10 ítems Likert 0-4	Padres: Para optimismo: 0.71 Para pesimismo: 0.55 Madres: Para optimismo: 0.63 Para pesimismo: 0.60	Padres
Sintomatología depresiva	Escala de depression breve (<i>CESD-7, The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, Santor and Coyne, 2007</i>).	7 ítems Likert 0-3	$\alpha = .87$	Niños

Tabla 2. Instrumentos empleados: descripción y fiabilidad (ver protocolo en el Apéndice).

Figura 3. Esquema del diseño de la investigación .



PUBLICACIONES INCLUIDAS EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Art.	Título publicación	Objetivos	Hipótesis	Diseño	Población
1	Chaves, C., Vázquez, C., Hervás, G. (2013). Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study. <i>TERAPIA PSICOLÓGICA</i> , 31, 7-18. ISSN:0718-4808	Examinar cómo la percepción de beneficios en los niños con una enfermedad amenazante para la vida está relacionada con un rango de medidas positivas y negativas de funcionamiento psicológico así como con algunas variables médicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Relación no lineal entre la percepción de beneficios y gravedad del diagnóstico. - Relación positiva de la PB con las variables de bienestar. - No relación con las variables psicológicas negativas. 	Transversal	Niños
2	Chaves, C., Vázquez, C., & Hervás, G. Granting wishes in seriously-ill children: Effects on well-being reported by children and their parents. <i>JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY</i> . ISSN: 1359-1053	Evaluar en qué medida una intervención positiva (i.e., cumplir un deseo) puede promover cambios positivos en variables psicológicas y de salud percibida en niños con enfermedades graves.	<p>Tras la intervención positiva, y comparando con el grupo control, se observarán cambios positivos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variables hedónicas - Variables eudaimónicas - Cambios físicos percibidos por los niños - Percepciones de los padres sobre su bienestar. 	Experimental con grupo control lista de espera	Niños

Tabla 3. *Título y revista, objetivos del estudio, hipótesis, diseño y población de las publicaciones incluidas en este trabajo de investigación*

Art.	Título publicación	Objetivos	Hipótesis	Diseño	Población
3	Chaves, C., Hervás, G. & Vázquez, C. Granting wishes in seriously ill children: Effects on parents' well-being	Analizar el impacto sobre los padres de la intervención positiva (i.e., cumplir un deseo) realizada en un grupo de niños con enfermedades graves	Tras la intervención positiva, y comparando con el grupo control, se observarán cambios positivos en: - Variables hedónicas - Variables eudaimónicas	Experimental, grupo control lista de espera	Padres
4	Chaves, C., Hervás, G. & Vázquez, C., García, F.E. Building life satisfaction through positive emotions, BF and strengths of character: A longitudinal study in children with a life-threatening illness	Analizar las variables predictoras de satisfacción vital en niños los niños con una enfermedad grave así como la construcción de recursos personales que favorecen esos cambios positivos en SV con el tiempo.	Los predictores de satisfacción vital a los 6 meses serán: (1) Problemas de funcionamiento relacionados con la salud (relación negativa); (2) Fortalezas personales (relación positiva); (3) Percepción de beneficios (relación positiva). Las emociones positivas predicen la percepción de beneficios en el tiempo a través de las fortalezas personales.	Longitudinal	Niños

Tabla 3 (cont.). *Título y revista, objetivos del estudio, hipótesis, diseño y población de las publicaciones incluidas en este trabajo de investigación*

Artículo 1. Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study/ Percepción de beneficios y bienestar en niños con enfermedades amenazantes para la vida: un estudio integrador.

Resumen del artículo:

Tradicionalmente, la investigación se ha centrado en el estudio de las consecuencias negativas de la enfermedad, como los síntomas psicológicos y físicos asociados al curso de la enfermedad o de los tratamientos (Aaronson y Beckman, 1987; Varni et al., 1998). Sin embargo, la investigación ha mostrado de manera consistente que la mayoría de los niños con una enfermedad grave son psicológicamente resilientes (Canning et al., 1992; Phipps, 2007; Zebrack y Chesler, 2002). En este estudio nos vamos a centrar en los cambios positivos percibidos por los niños tras ser diagnosticados de una enfermedad grave. La percepción de consecuencias positivas de sufrir una condición potencialmente traumática se denomina percepción de beneficios (PB). El estudio sobre la PB en la enfermedad ha crecido enormemente en las últimas décadas, aunque los estudios en población infantil son aún escasos (Phipps, Steele, Hall and Leigh, 2001; Barakat et al., 2006; Phipps et al., 2007; Currier, Hermes, y Phipps, 2009; Meyerson, Grant, Carter y Klimer, 2011) y, a menudo, muestran resultados contradictorios (ver revisión, Meyerson et al., 2011).

En cuanto a la gravedad del diagnóstico, algunos estudios encuentran una relación positiva con la PB (Barakat et al., 2006), mientras otros estudios no encuentran esta relación. En cuanto a la relación de la PB con otras variables psicológicas, existe cierto consenso sobre la relación positiva entre la PB y otras variables del bienestar (Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009). Sin embargo, los resultados respecto a

variables psicológicas negativas son inconsistentes (Milam, Ritt-Olsen, Tan, Unger y Nezami, 2005; Phipps et al., 2007).

Por tanto, para conocer mejor el funcionamiento de esta dimensión fundamental en el estudio de niños con enfermedades graves y aportar nuevas evidencias que permitan consolidar los resultados existentes, el objetivo de este estudio es examinar en qué medida la PB en niños con una enfermedad amenazante para la vida estaría relacionado con un rango de medidas positivas y negativas de funcionamiento psicológico así como con algunas variables médicas. Nuestras hipótesis son: (1) Relación no lineal entre gravedad del diagnóstico; (2) Relación positiva de la PB y las variables de bienestar; (3) Ausencia de relación entre PB y las variables psicológicas negativas.

Para ello, evaluamos una muestra de niños con una enfermedad amenazante para la vida (N = 67, edad entre 7 y 18 años). Estos niños completaron la Escala de Percepción de Beneficios para Niños (*Benefit Finding Scale for Children*, BFSC) y un amplio rango de medidas sobre su funcionamiento psicológico positivo (emociones positivas, SV, optimismo, bienestar eudaimónico y fortalezas) y funcionamiento psicológico negativo (emociones negativas, depresión, pesimismo y problemas de funcionamiento).

En primer lugar, los resultados sugieren que la PB no se relaciona con la edad, ni el género, ni el tiempo desde el diagnóstico ni con la fase de la enfermedad. Además, encontramos una relación no lineal entre la gravedad de la enfermedad y la PB, sugiriendo resultados más altos de PB para niveles moderados de gravedad en la enfermedad (Laufer y Solomon, 2006; Levine et al., 2008).

La PB se relacionó de manera positiva con todas las variables de bienestar mientras que no se encontraron relaciones con dimensiones negativas como el

pesimismo, las emociones negativas, los síntomas depresivos u otros problemas de funcionamiento. Estos resultados subrayan la idea de que la PB se encuentra genuinamente asociada a mejor ajuste psicológico, reflejando así un resultado positivo en sí mismo y no la mera ausencia de la reducción del malestar. Consistente con estudios previos (Helgeson, Reynolds, y Tomich, 2006), se encontraron algunas relaciones con ciertos problemas de funcionamiento relacionados con la enfermedad (i.e., ansiedad ante los procedimientos, apariencia y comunicación). Se concluye que estos dominios deben considerarse a la hora de realizar intervenciones terapéuticas para facilitar la PB.

Estos resultados son importantes ya que permite ampliar y consolidar la evidencia disponible acerca de los resultados que la literatura ha mostrado hasta el momento (Meyerson et al., 2011). Según los datos de este estudio, la reducción de dificultades psicológicas no garantiza necesariamente un estado psicológico positivo, sobre todo si tenemos que bienestar y malestar no son meros polos extremos de una dimensión. Dadas las conexiones entre PB y salud física y psicológica (Bower, et al, 2009; Meyerson et al., 2011), este constructo resulta clave en el estudio de niños con enfermedades graves.

Benefit finding and well-being in children with life threatening illnesses: An integrative study

Percepción de beneficios y bienestar en niños con enfermedades amenazantes para la vida: Un estudio integrador

Covadonga Chaves

Carmelo Vazquez

Gonzalo Hervás

Department of Clinical Psychology, School of Psychology,
Complutense University, Madrid, Spain

(Rec: 30 de noviembre de 2012 / Acep: 27 de diciembre de 2012)

Abstract

Objective. We examined whether benefit finding (BF) in children with a life-threatening illness (such as cancer or organ transplantation) would be related to a wide range of positive and negative measures of psychological functioning and some medical variables. **Methods.** A sample of children with a life threatening illness (N=67, ages 7-18 years) completed the Benefit Finding Scale for Children (BFSC) and other positive and negative measures of psychological functioning. **Results.** Children exposed to a moderate severity of their disease had the strongest levels of BF. While BF was positively associated with different dimensions of well-being, it was generally not related to distress with some exceptions in the health-related quality of life domain. **Conclusion.** Our results showed that BF reflects a positive outcome in its own right and not just a mere reduction of distress. Yet, there are some health-related domains of quality of life that should be considered in therapeutic intervention to facilitate BF.

Key words: benefit finding, childhood cancer, optimism, positive affect, personal strengths.

Resumen

Objetivo. Examinamos en qué medida la percepción de beneficios o *benefit finding* (BF) en niños con una enfermedad amenazante para la vida (como el cáncer o el trasplante de órganos) estaría relacionado con un rango de medidas positivas y negativas de funcionamiento psicológico así como con algunas variables médicas. **Método.** Una muestra de niños con una enfermedad amenazante para la vida (N=67, edad entre 7 y 18 años) completaron la Escala de Percepción de Beneficios para Niños (*Benefit Finding Scale for Children*, BFSC) y otras medidas positivas y negativas de funcionamiento psicológico. **Resultados.** Los niños expuestos a una enfermedad de gravedad moderada mostraron niveles más altos de BF. BF se asoció positivamente a diferentes dimensiones de bienestar. Sin embargo, no se encontró relación con medidas de malestar, a excepción de algunos dominios de calidad de vida relacionados con la enfermedad. **Conclusión.** Estos resultados mostraron que el BF refleja un resultado positivo en sí mismo y no una mera reducción de malestar. A pesar de eso, deben considerarse algunos dominios de calidad de vida relacionados con la salud a la hora de realizar intervenciones terapéuticas para facilitar la percepción de beneficios.

Palabras clave: percepción de beneficios, cáncer infantil, optimismo, afecto positivo, fortalezas personales.

Introduction

Improvements in diagnosis and increased survival rates of pediatric illnesses in recent decades have encouraged a growing interest in assessing and improving the quality of life of children (for review, see Klassen, Anthony, Khan, Sung, & Klassen, 2011). Traditionally, research in the area has focused on the negative consequences of an illness, such as psychological and physical symptoms associated with the course of the disease or applied treatments (Aaronson & Beckman, 1987; Varni et al., 1998). However, research has consistently shown that, although a significant minority has some difficulties with adjustment and/or symptoms of psychological distress, the majority of children with a medical condition or a chronic illness are psychologically resilient (Canning, Canning, & Boyce, 1992; Phipps, 2007; Zebrack & Chesler, 2002). It seems that despite intense and often continuing stress and trauma, most children and adolescents diagnosed with a life-threatening illness adapt well.

Furthermore, over the last decades there has been a growing interest in the positive effects of stressful experiences (see review in Tedeschi, Park, & Calhoun, 1996; Vázquez, Pérez-Sales, and Hervas, 2008). Many cancer patients report gains, such as positive changes in views of the self (e.g., feeling stronger and wiser), in relationships with others (e.g., feeling closer with friends and family), and in priorities and goals (e.g., a deepened sense of purpose or a reappraisal of their life's priorities to emphasize enjoyment of life, relationships, and personal growth) (Antoni et al., 2001; Carver & Antoni, 2004; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Tomich & Hegelson, 2004). From this perspective, the onset of a serious illness has been recognized not only as a potentially traumatic event for the patient, but also as a potential catalyst for resilience and even positive changes and growth (Phipps, Long, & Ogden, 2007). In this paper, we will specifically focus on the positive perspectives that children may have when diagnosed with a life-threatening illness. This perception of the positive consequences of suffering a potentially traumatic condition is known as benefit finding (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006).

Research on the role of benefit finding (BF) in adaptation to a serious illness has largely focused on adult patients, with only a few pediatric studies (Phipps, Steele, Hall and Leigh, 2001; Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006; Phipps et al., 2007; Currier, Hermes, & Phipps, 2009; Meyerson, Grant, Carter & Klimer, 2011). The construct of BF would appear particularly salient to children with a life threatening illness, given the different pathways in which BF

may improve physical and psychological health (Bower, Moskowitz & Epel, 2009).

Regarding the relation between BF and trauma severity, different findings have been found. While some studies reported a positive relation between trauma severity and BF (Barakat et al., 2006), others found a curvilinear relation (Laufer & Salomon, 2006; Levine, Laufer, Hamama-Raz, Stein, & Solomon, 2008). This curvilinear relation suggests that children exposed to a moderate severity of disease have the strongest levels of BF compared with those with higher and lower severity scores.

As for the relationship with psychological variables, BF is associated to dispositional optimism (Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009) and self-esteem (Phipps et al., 2007). BF also generates changes in patient's perceptions of future stressors (appraisal processes), their ability to manage these stressors (coping strategies and resources), their relationships with others, and/or their priorities and goals (Bower et al., 2009). Furthermore, it seems contribute to the development of positive interpretations of the trauma itself (Nolen-Hoeksema & Davis, 2004).

Conversely, results on the relationship between BF and negative psychological states are more mixed. Although a handful of studies has found that BF is associated with decreases in symptoms (Milam, Ritt-Olsen, Tan, Unger & Nezami, 2005; Phipps et al., 2007), these effects have not been consistently observed. For instance, Phipps and colleagues (2007) reported that BF was unrelated to PTSD, global quality of life and pessimism. Moreover, other studies showed that BF was also unrelated to anxiety (Currier et al., 2009; Helgeson et al., 2006), depressive symptoms (Currier et al., 2009; Vaughn, Roesch, & Aldridge, 2009) and aggressive beliefs (Park, 2006). In sum, the relation between BF and measures of psychological distress is still controversial.

Common measures of distress in this research area have included global measures of quality of life that do not distinguish between the different domains of the quality of life construct (Helgeson et al., 2006). Thus, the inconsistent findings for distress are not surprising given the fact that global quality of life typically includes outcomes that tap varied aspects. Similarly, affect measures have typically included positive and negative affect without separating dimensions such as depression, anxiety, anger, and other negative mood states. These global measures may include too many constructs with different associations to BF, which may impede on finding clear and consistent relations to BF (Helgeson et al., 2006).

Whereas benefit finding among children and adolescents is starting to have a significant presence in the study of well-being in serious diseases of childhood (for review, see Meyerson et al., 2011), other dimensions of well-being have received little research attention. There are several constructs that are particularly relevant in life-threatening diseases research: positive affect (Pressman and Cohen, 2005), satisfaction with life (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), dispositional optimism (Carver and Scheier, 2001), eudaimonic well-being (Ryff, Singer, & Love, 2004), personal strengths (Peterson & Seligman, 2004) or beliefs in a just world (Park, Edmondson, Fenster, & Blank, 2008). Most of these constructs have been broadly studied in adults (for review, see Helgeson et al., 2006), but less so in pediatric research. Although some previous studies included some of these constructs (Currier et al., 2009; Phipps et al., 2007; Hedström, Skolin & von Essen, 2004), their association with BF is still poorly understood.

In the present study, which is part of a larger longitudinal study on the dynamics of BF in children with serious illnesses, we used a wide array of specific measures in order to disclose more detailed associations between BF and several medical and psychological dimensions. A multidimensional assessment is relevant in order to improve our knowledge of childhood well-being and the association between its different components in the context of life-threatening illnesses. In regard to the controversy on the linearity of the relation between BF and the severity of the condition, and taking into account the recent literature, we hypothesized that the relation between BF and severity would be nonlinear. Our hypothesis was that benefit experiences will be more likely when trauma severity is moderate rather than very low or very high. Moreover, we hypothesized that BF would be positively associated with different dimensions of well-being, such as positive emotions, satisfaction with life, eudaimonic well-being, personal strengths and dispositional optimism. Finally, we expected that BF would not be related to distress or other negatively-valenced resources, such as negative affect, depressive symptoms or general problems with functioning.

Methods

Participants

Sixty-seven children with a variety of severe illnesses participated in the study. Children range from 7 to 18 years of age (mean 12.30; SD: 2.86 years). Thirty eight participants

were males (56.7%). In terms of pathology, 67.2% of participants were diagnosed with cancer disorders, 14.9% had undergone or were about to undergo organ transplantation and 17.9% suffered from other life-threatening diseases¹. Regarding the stage of the disease, the percentages were distributed as follows: 38.2% were disease-free, 44.1% in active treatment, and 17.6% in relapse. The mean of the months since diagnosis was 56.53 (SD = 65.03). The severity of the disease, which was assessed by doctors on a scale from 0 to 10, was 6.18 (SD: 2.76). Regarding the prognosis, the percentages were distributed as follows: 20% unfavorable, 17.1% favorable, 62.9% intermediate risk.

Measures

- *Benefit finding.* The *Benefit Finding Scale for Children, BFSC* (Phipps et al., 2007) includes 10 items (e.g. "Having had my illness has helped me become a stronger person") depicting potential benefits of the illness rated on 5-point Likert scales (1 = "not true at all" to 5 = "very true for me"). In a prior investigation with a childhood cancer sample, the BFSC was shown to be a unidimensional measure with excellent internal consistency (Phipps et al., 2007). In our study, the level of internal consistency was $\alpha=.91$.

-Well-being dimensions:

a) *Positive and Negative Emotions.* We used a measure of emotions based on the *Positive and Negative Emotional Style Scale, PNES* (Cohen, Alper, Doyle, Treanor, & Turner, 2006). It contains twelve adjectives (six positive and six negative). The six positive adjectives represented three subcategories of positive emotion: vigor, well-being, and calm (Cohen et al., 2006). The six negative adjectives represented three subcategories of negative emotion: depression, anxiety, and hostility (Cohen et al., 2006). Participants were asked to what extent (0 = "nothing" to 4 = "extremely") they felt each emotions on the day of the assessment. In the current sample, both the positive emotions scale ($\alpha=.92$) and the negative emotions scale ($\alpha=.88$) showed strong internal consistency.

¹ Diagnostics in cancer patients were: Leukemia, Blastoma, Lymphoma, Sarcoma, CNS and Tumor. Diagnoses in organ transplantation patients were: Liver transplantation, Heart transplantation, Intestine transplantation, Renal transplantation and Myelodysplasia (Bone Marrow Transplantation). Other life threatening diseases were: Congenital Heart Disease, Congenital Dextrocardia, Duncan's syndrome, Fanconi Anemia, Sickle Cell Anemia, Spina Bifida, Hemiparesis, Osteogenesis Imperfecta and Systemic Lupus Erythematosus.

- b) *General Life Satisfaction.* The *Student Life Satisfaction Scale, SLSS* (Huebner, 1991) consists of seven items designed to measure overall satisfaction with life, without making any specific reference to any particular domain (e.g., "In my life things are going well"). Each item is answered on a 4-point Likert scale ranging from 0 = "never" to 3 = "almost always". In our study, internal consistency was $\alpha = .79$.
- c) *Domains of Life Satisfaction:* We used *The Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale, BMSLSS* (Seligson, Huebner & Valois, 2003). This scale assesses six different aspects of life such as family, school, personal relationships, self-esteem, neighborhood and general satisfaction. For this study, we added other relevant dimensions (e.g. standard of living, health, life achievements, and personal safety) included in the *Personal Well-being Index* (Cummins & Lau, 2005). Finally, seventeen questions were asked to inquire about different domains of life satisfaction. Each item is answered on a 10-point Likert scale ranging from 0 = "lowest level of satisfaction" to 10 = "highest levels of satisfaction".
- d) *Eudaimonic well-being.* The eudaimonic conception establishes that well-being lies in the performance of actions coherent with deep values that imply a full commitment with which people feel alive and real (Waterman, 1993). To evaluate components of eudaimonic well-being we created a 6-item *Eudaimonic Well-being Scale* covering the six dimensions proposed by Ryff and Keyes (1995) in their Psychological Well-being model. Thus, we included six items assessing: self-acceptance ("I like myself"), positive relations ("I feel close to people around me"), purpose in life ("I find sense to the experiences that I live"), autonomy ("I have freedom to be myself and do things my way"), environmental mastery ("I am able to solve the difficulties I meet every day") and personal growth ("I am learning new things in life"). Participants rated their degree of agreement with each sentence in a 10-point Likert scale (0 = "totally disagree" to 10 = "totally agree"). The scale had an internal consistency of $\alpha = .77$.
- Psychological resources*
- a) *Optimism.* The *Youth Life Orientation Test, YLOT* (Ey et al., 2005) is a measure of dispositional optimism developed as a child analogue of the widely used Life Orientation Test (Scheier & Carver, 1985). The 16-item measure (with 2 filler items) contains seven optimism and seven pessimism items. We added one item specifically related to the child's illness (i.e. "I think I am going to recover from my illness"). Cronbach's alpha for optimism was 0.80, and for pessimism 0.78.
- b) *Personal Strengths.* The *Values in Action Inventory of Character Strengths for Youth, VIA-Y* (Park & Peterson, 2006) is a 240-item scale that allows for the evaluation of 24 personal strengths. For this study, we selected strengths most strongly associated with life satisfaction (Gimenez, 2010): love, perseverance, vitality, gratitude and love of learning. This scale contains 25 items (five items for each strength). Each item is answered on a 5-point Likert scale ranging from 1 = 'not true at all' to 5 = 'very true for me'. In our study, total internal consistency was $\alpha = .91$. Levels of internal consistency of subscales were $\alpha = .56, .78, .84, .73$ and $.76$, respectively.
- Psychological functioning and symptoms*
- a) *Problems with functioning.* We used *The Pediatric Quality of Life Scale, PedsQoL* (Varni, Burwinkle, Katz, Meeske, & Dickinson, 2002), a 50-item scale based on a modular approach to assess quality of life in children and adolescents with health problems. The scale covers general functioning and functioning related to the health problem. General quality of life scale assesses physical, social, educational and emotional functioning problems. The health-related questionnaire assesses how often in the past month children have had problems with pain, anxiety related to medical procedures and treatment, nausea, cognitive problems, and concerns about the disease, physical appearance and communication with others about their disease. Items are presented on a 5-point Likert scale ranging from 0 = never to 4 = almost always. In the present study Cronbach's were $\alpha = .89$ and $\alpha = .86$ for general and health-related measures, respectively.
- b) *Depression.* We used the abbreviated 7-item version of *The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CESD-7* (Santor and Coyne, 2007). This scale measures the severity of symptoms of depression during the week prior to the day of the assessment (e.g. "I felt that I could not shake off the blues even with the help from my family or friends") using a 4-point Likert scale ranging from 0 = never or rarely to 3 = almost always. In our study, level of internal consistency was $\alpha = .87$.
- *Medical status:* Through an interview with doctors, we collected information about diagnosis, severity (measured by a scale from 0 to 100), the stage of disease (i.e., disease-free / active treatment / relapse / palliative), perceived probability of survival at 1 and 5 years, and physical and psychological reactions to treatment and their adherence to it (measured by a scale from 0 to 10).

Table 1. Demographic and medical factors assessed in the study. Mean, standard deviations, and correlations with Benefit Finding Scale for Children

	Mean	Standard deviation	Correlation with BFSC	Means comparison (t /F)
Age	12.30	2.86	.22	-
Sex				
-Girls	28.93	10.61	-	.77
-Boys	30.66	6.44		
Diagnosis				
- Cancer	30.29	8.16	-	.18
-Transplantation	28.50	11.32		
- Other	29.67	7.55		
Stage of disease				
-Free of disease	31.54	6.24	-	1.32
-Active treatment	29.33	8.70		
-Relapse	25.50	6.95		
Age at time of diagnosis	8.54	5.67	.20	-
Time elapsed since diagnosis (months)	56.53	65.03	-.20	-
Severity of diagnosis (0-10)	6.18	2.76	-.21	-
Prognosis				
-Unfavorable	23.29	12.54	-	1.95
- Intermediated risk	30.59	8.03		
- Favorable	29.83	3.82		
Probability of survival (at 1 year)	82.35	19.97	.28	-
Probability of survival (at 5 year)	70.75	23.72	.50**	-
Physical reactivity to treatment	6.06	2.07	.04	-
Psychological reactivity to treatment	6.00	2.71	.02	-
Adherence to treatment	7.56	1.94	-.05	-

** $p < .01$

Procedure

Children in the study were recruited from four public hospitals in Madrid (Spain). Participants who were unable to answer this scale due to their cognitive development ($n=6$), health status ($n=5$) or who were unwilling to participate ($n=3$) in the study were excluded. Children who agreed to participate completed self-report measures in

their hospitals. Instruments were administered verbally when needed. They were hospitalized or assessed in a ward hospital. In order to ensure that children understood the scales' response format to give the correct answer, we pre-tested competence of participants to use and understand Likert-format scales (Cummins & Lau, 2005). We also used visual cards so that children could physically point out their answer if needed.

Table 2. Study Measures; Mean, Standard Deviations, and Correlations with BFSC

	Minimum- Maximum	Mean	Standard deviation	Correlation with BFSC
Positive Emotions				
-Vigor	0-8	4.53	2.24	.31*
-Well-being	0-8	5.24	2.17	.27*
-Calm	0-8	4.77	1.93	.26*
Total	0-24	14.54	5.46	.33**
Satisfaction with life (SLSS)	0-21	13.83	3.91	.25*
Multidimensional Satisfaction with life (BMSLSS)	0-170	143.29	23.66	.06
Optimism (YLOT)	0-32	21.88	3.99	.25*
Eudaimonic Well-being	0-60	50.74	7.41	.27*
Personal Strengths (VIA-Y)				
-Love	0-25	16.57	2.62	.32*
-Perseverance	0-25	10.58	3.17	.29*
-Vitality	0-25	17.45	4.35	.50***
-Gratitude	0-25	20.18	3.05	.49***
-Love of learning	0-25	12.03	2.90	.37**
Total	0-125	76.17	13.21	.53***
Negative Emotions				
-Depression	0-8	.74	1.51	-.06
-Anxiety	0-8	.67	1.45	-.01
-Hostility	0-8	.53	1.17	-.11
Total	0-24	1.94	3.75	-.06
Depression (CESD-7)	0-21	3.91	4.49	.12
Pessimism (YLOT)	0-28	7.41	4.94	-.00
Functioning problems (General PedsQoL)				
-Physical problems	0-32	12.95	8.11	.07
-Social problems	0-20	4.77	3.70	-.03
-Education problems	0-20	8.29	4.19	-.00
-Emotional problems	0-20	6.29	3.86	-.01
Total	0-92	31.95	15.63	-.01
Functioning problems (Health-related PedsQoL)				
-Pain	0-8	2.33	2.25	-.01
-Procedures anxiety	0-20	3.05	3.27	-.30*
-Treatment anxiety	0-12	1.44	2.45	.03
-Nausea	0-20	6.73	5.16	-.05
-Concerns about disease	0-12	4.82	3.29	-.01
-Cognitive problems	0-20	5.87	4.11	-.16
-Appearance	0-12	2.89	2.95	-.52***
-Communication	0-12	3.30	3.24	-.29*
Total	0-116	30.32	16.17	-.27*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Note: CESD-7 (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*), PedsQoL (*Pediatric Quality of Life Scale*), SLSS (*The Student Life Satisfaction Scale*), BMSLSS (*The Brief Multidimensional Student Life Satisfaction Scale*), Y-LOT (*Youth Life Orientation Test*), VIA-Y (*Values in Action for Youth*).

Results

Benefit finding and demographic and medical variables

As described in Table 1, analyses showed no significant differences in BF scores as a function of age, gender, diagnostic category, stage of disease, age at time of diagnosis, time elapsed since diagnosis, prognosis, probability of survival at 1 year, physical or psychological reactivity to treatment or adherence to treatment. BF scores were significantly related to the probability of survival at 5 years, which was reported by doctors², $r(32) = .50$; $p = .003$.

The correlation between BF and disease severity, as judged by patient's doctors, was not significant. Since there is a controversy on the linearity of the relation between BF and the severity of the condition, we explored alternative nonlinear relations. Additional analyses revealed a significant quadratic relation [$R^2 = .18$; $F(2,31) = 3.40$; $p < .05$], which suggests that the relationship between severity of diagnosis and BF is curvilinear and can be represented as an inverted "U".

Benefit Finding and Psychological Variables

Correlation analyses between BF and psychological functioning variables are presented in Table 2. BF was positively associated with greater positive affect (in all its components: vigor, well-being and calm), general satisfaction with life, optimism, eudaimonic well-being, and personal strengths (vitality, gratitude, perseverance, love of learning, love). Likewise, there was a significant negative association between BF and some domains of the health-related quality of life measure (i.e., anxiety evoked by medical procedures, physical appearance and communication with others about their disease).

In contrast, BF did not yield significant relations with negative affect (anxiety, depression or hostility), pessimism, depressive symptoms, all areas of general quality of life and most of the domains related to the specific health problem (i.e., pain, treatment anxiety, nausea, concerns about their disease and cognitive problems – e.g. *Difficulty paying attention to things*).

Discussion

The study of BF in children with life threatening illnesses is relatively recent. In the last decade, there has been a shift in focus from the study of psychological symptoms to positive mental health resources. As a way of addressing some gaps in the BF literature, we examined some factors that seems to be related to and/or influence BF among children (Currier et al., 2009; Meyerson et al., 2011)

Consistent with most studies, we did not find significant association between BF and age (Barakat et al., 2006), gender (Currier et al., 2009; Phipps et al., 2007), time elapsed since diagnosis (Currier et al., 2009; Milam, Ritt-Olsen & Unger, 2004) or disease stage. Only some previous studies had found significant relations between BF and these domains. For example, Barakat et al. (2006) and Phipps et al. (2007) found that age at the time of the cancer diagnosis was positively related to BF. This association was not confirmed in this study.

As we hypothesized, the relation between severity of disease and BF was nonlinear. A recent meta-analysis (Meyerson et al., 2011) has shown that findings regarding the relation between trauma exposure severity and BF are mixed. Some studies have found a positive relation (Barakat et al., 2006) whereas others have not (Park, 2006; Kilmer & Gil-Rivas, 2010). These inconsistencies could be partly due to the fact this correlation is not linear. In fact, we found evidence of an inverted "U" curvilinear relation between severity of the illness, as reported by the child's doctors, and BF. These results are consistent with previous studies (Laufer & Solomon, 2006; Levine et al., 2008) that found an inverted "U" curvilinear with trauma exposure and post-traumatic growth. It suggests that benefit experiences may be optimal when trauma severity is moderate. Children exposed to moderate severity of their disease had the strongest levels of BF compared with high and low severity.

A priority in the design of our study was to include a variety of specific measures of BF and other variables related to negative and positive psychological states (including well-being) to obtain a better picture of the relations between variables.

Our results showed that BF was strongly linked to well-being constructs and psychological resources. Consistent with broad trends in the literature (see reviews in Meyerson et al., 2011; Helgeson et al., 2006; Vázquez and Hervás, 2010), we found that BF is associated with positive emotions (Currier et al., 2009), dispositional optimism (Phipps et al., 2007; Currier et al., 2009). Furthermore, novel results

² We gathered data from doctors in only 32 cases.

of our study showed that satisfaction with life (Diener et al., 1985), eudaimonic well-being (Ryff et al., 2004) and personal strengths (Park & Peterson, 2006), such as love, perseverance, gratitude, love of learning and vitality were also positively related to BF.

Although some studies have found a significant or marginally significant negative relation between BF and psychological symptoms (Milam et al., 2005; Phipps et al., 2007), most of the existing literature supports that BF is unrelated to measures of psychological distress (see review in Meyerson et al., 2011). Consistent with this pattern, we found that BF was unrelated to pessimism (Phipps et al., 2007), negative emotions and depressive symptoms (Currier et al., 2009). Likewise, examining specific outcomes regarding quality of life, we found different patterns of relation depending on the dimension measured. BF was unrelated to global quality of life deficits (which include general problems in physical, social, educational and emotional functioning). However, we found a significant negative relation between BF and procedures anxiety, physical appearance and communication with others about their disease. These results confirm the quantitative review of the literature by Helgeson et al., (2006) that suggested that quality of life measures included in studies of BF are composed of too many different constructs which may have different relations with BF. As expected, there was no relation with general quality of life. Yet, the perception of quality of life in health-related domains seems to be relevant when reporting positive changes of the disease. It is interesting to note that there are few components of a deficit in quality of life associated to BF and, with the exception of anxiety induced by medical procedures, the other two variables associated are related to social aspects related to the illness (i.e., concerns on physical appearance and difficulties to communicate to others one's own disease) rather than psychological or physical symptoms (i.e., depression, distress, pain, etc.). These results support the importance of specific therapeutic interventions on these social components related to the disease.

Our overall pattern of results highlights the notion that BF is genuinely associated with greater positive well-being (Meyerson et al., 2011), which suggests that BF and other positive changes following highly stressful events seem to reflect a positive outcome in its own right and not a mere lack or a reduction of distress. Even under circumstances when children may feel an ongoing sense of struggle to maintain high levels of functioning, they may also experience benefits from their illness or other trauma. That is particularly relevant given the different pathways through which BF may improve physical and psychological health. In addition to

psychological variables measured in our study, BF is also associated with positive changes in physical health through a reduction in the activity in the body's stress response systems and through minimizing the deleterious effects of excessive or prolonged exposure to stress hormones on the body (i.e. more rapid habituation to the same stressor, fewer physiological responses to minor stressors and faster recovery to baseline following termination of the stressor) (see Bower et al., 2009)

There are some limitations to the present study. First, we focused on children with life threatening illnesses, which may limit generalization to other populations of children experiencing trauma or other significant life events. Second, our results are based on cross-sectional data. Hence, we do not know whether BF is a cause or a consequence of other positive psychological outcomes. Consistent with Fredrickson's (2003) "broaden and build" theory, positive emotions generate psychological resources by promoting resilience. Thus, BF could be a consequence of other positive dimensions. Further longitudinal research will help to identify specific causal pathways between BF and other relevant variables.

Despite these limitations, this multidimensional assessment provides a clearer and broader picture of children's responses to highly stressful events. As medical treatments progress and improve, expectations of how children and families can manage themselves in terms of well-being have also increased. According to our data, significant reductions in psychological difficulties or distress associated with illness do not automatically guarantee a positive psychological status which, furthermore, needs specific assessment tools. Psychopathology and well-being are more than merely opposite poles of the same dimension (Huppert & Whittington, 2003; Keyes, 2007). It is important to focus our interest in the study of well-being dimensions in order to provide an additional input needed to support children who find themselves coping with complex and demanding treatments, a scenario that has been described as "ordinary children facing extraordinary challenges" (Houghton, 2005).

Acknowledgements

This study was funded by Fundacion Lafourcade-Ponce. The authors would like to thank Cristina Lafuente for her continuous support and enthusiasm. We are also especially grateful to Cristina Cuadrado, Miriam Gil, Cristina Pozo, Cecilia del Valle and Elena Perez, members of Fundacion Pequeño Deseo, for providing contact with the children

and for always being available to help. We would like to express our sincere gratitude to the collaborating Madrid hospitals (La Paz, Niño Jesús, Gregorio Marañón and Ramon y Cajal), doctors and children who have participated in this study. Special thanks to Juanjo Rahona for his support in creating protocols. Thanks to Miriam Marchante, Alberto Fraile and Almudena Duque for their assistance in data collection. And thanks to Hanna Song for her assistance in the review of this article.

References

- Aaronson, N. K., & Beckmann, J. H. (1987). *The quality of life of the cancer patient*. Nueva York: Raven Press
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Price, A. A. & Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology, 20*, 20–32. doi:10.1037//0278-6133.20.1.20
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 413–9. doi:10.1093/jpepsy/31.5.413
- Bower, J. E., Moskowitz, J. T., & Epel, E. (2009). Is Benefit Finding Good for Your Health? Pathways Linking Positive Life Changes After Stress and Physical Health Outcomes. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 337-341. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01663.x
- Canning, E. H., Canning, R. D., & Boyce, W. T. (1992). Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 1120–1124. doi:10.1097/00004583-199211000-00021
- Carver, C., & Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23*, 595–598. doi:10.1037/0278-6133.23.6.595
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31–51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, S., Alper, C. M., & Doyle W. J., Treanor, J. J., Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine, 68*, 809–815. doi:10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic Growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176–185. doi:10.1037/0278-6133.20.3.176
- Cummins, R. A., & Lau, A. D. L. (2005). *Personal wellbeing index: School children (PWI-SC)* (3rd ed). Melbourne: Deakin University. Retrieved from http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm
- Currier, J. M., Hermes, S., & Phipps, S. (2009). Children's response to serious illness: Perceptions of benefit and burden in a pediatric cancer population. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 1129–1134. doi:10.1093/jpepsy/jsp021
- Diener, E., Emmons, R. A., Larson, R. J., & Griffen, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71–75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Ey, S., Hadley, W., Allen, D.N., Palmer, S., Klosky, J., Deptula, D., Thomas, J., & Cohen, R. (2005) A new measure of children's optimism and pessimism: the Youth Life Orientation Test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 548–558. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00372.x
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 365–376. doi:10.1037/0022-3514.84.2.365
- Gimenez, M. (2010) *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Y): Relación con Clima Familiar, psicopatología y bienestar psicológico* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://eprints.ucm.es/11578/>
- Hedström, M., Skolin, I., & von Essen, L. (2004). Distressing and positive experiences and important aspects of care for adolescents treated for cancer. Adolescent and nurse perceptions. *European Journal of Oncology Nursing, 8*, 6–17. doi:10.1016/j.ejon.2003.09.001
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797–816. doi:10.1037/0022-006X.74.5.797
- Houghton, J. (2005). Paediatric psychology in the twenty-first century: forward together? *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*, 112–115.
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International, 12*, 231–240. doi:10.1177/0143034391123010
- Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology, 8*, 107–122. doi:10.1348/135910703762879246
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*, 95–108. doi:10.1037/0003-066X.62.2.95
- Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2010). Exploring posttraumatic growth in children impacted by Hurricane Katrina: Correlates of the phenomenon and developmental considerations. *Child Development, 81*, 1211–1227. doi:10.1111/j.1467-8624.2010.01463.x
- Klassen, A., Anthony, S., Khan, A., Sung, L., & Klaassen, R. (2011). Identifying determinants of quality of life of children with cancer and childhood cancer survivors: a systematic review. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 19*, 1275–1287. doi:10.1007/s00520-011-1193-x
- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., & Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 492–496. doi:10.1002/jts.20361
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 429–447.
- Meyerson, D., Grant, K., Carter, J., Kilmer, R. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 31*, 949–964. doi:10.1016/j.cpr.2011.06.003
- Milam, J. E., Ritt-Olsen, A., Tan, S., Unger, J. B., & Nezami, E. (2005). The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology, 11*, 233–246.
- Milam, J. E., Ritt-Olsen, A., & Unger, J. B. (2004). Posttraumatic growth among adolescents. *Journal of Adolescent Research, 19*, 192–204. doi:10.1177/0743558403258273
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*, 60–64.
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R. & Blank, T. O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 863–875. doi:10.1037/a0013348
- Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: the development and validation of the Values in

- Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891-909. doi:10.1007/s10902-005-3648-6
- Park, S. S. (2006). Exposure to community violence and aggressive beliefs in adolescents: Role of posttraumatic growth and developmental resources. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering*, 67, 1732.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (Eds.) (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (pp. 143-159). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1055-1066. doi:10.1093/jpepsy/jsm060
- Phipps, S., Long, A.M., & Ogden, J. (2007). Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1264-1271. doi:10.1093/jpepsy/jsl052
- Phipps, S., Steele, R. G., Hall, K., & Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: A replication and extension. *Health Psychology*, 20, 445-451. doi:10.1037/0278-6133.20.6.445
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394. doi:10.1098/rstb.2004.1521
- Santor, D. A., & Coyne, J. C. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment*, 9, 233-243. doi:10.1037/1040-3590.9.3.233
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. doi:10.1037/0278-6133.4.3.219
- Seligson, J. L., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2003). Preliminary validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research*, 61, 121 - 145. doi:10.1023/A:1021326822957
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1996). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tomich, P., & Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23. doi:10.1037/0278-6133.23.1.16
- Vami, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E. R., Meeske, K., & Dickinson, P. (2002). The PedsQLTM in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM Generic Core Scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. *Cancer*, 94, 2090-2106.
- Vami, J.W., Katz, E.R., Seid, M., Quiggins, D.J.L., Friedman-Bender, A., & Castro, C.M. (1998). The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL): I. Instrument development, descriptive statistics, and cross-informant variance. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 179-204
- Vaughn, A. A., Roesch, S. C., & Aldridge, A. A. (2009). Stress-related growth in racial/ ethnic minority adolescents: Measurement structure and validity. *Educational and Psychological Measurement*, 69, 131-145. doi:10.1177/0013164408318775
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2010). Terrorist attacks and benefit finding: The role of positive and negative emotions. *Journal of Positive Psychology*, 5, 154-163.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., & Hervás, G. (2008). Positive effects of terrorism and posttraumatic growth: An individual and community perspective. En S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 63-91). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691. doi:10.1037/0022-3514.64.4.678
- Zebrack, B., & Chesler, M. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 11, 132-141. doi:10.1002/pon.569

Artículo 2. Granting wishes in seriously-ill children: Effects on well-being reported by children and their parents / *Cumpliendo deseos a niños con enfermedades graves: Efectos sobre el bienestar informado por niños y sus padres.*

Resumen del artículo:

Las emociones positivas y otras dimensiones del bienestar juegan un papel importante a la hora de generar cambios físicos y psicológicos en niños con enfermedades graves. El objetivo de este estudio es examinar si una intervención positiva, como es cumplir un deseo a un niño, genera cambios positivos en variables psicológicas y físicas. Algunos estudios han mostrado resultados positivos tras la intervención de organizaciones similares, como las intervenciones de los payasos de hospital (Vagnoli, Caprilli, Robiglio, y Messeri, 2005; Fernandes y Arriaga, 2010). Sin embargo, cumplir un deseo es una intervención con ciertas características distintivas que va más allá de los componentes hedónicos de bienestar. Esta intervención también podría relacionarse con dimensiones eudaimónicas del bienestar a través de la satisfacción de necesidades básicas (Bornstein et al., 2003) y, por tanto, podría tener un efecto más mantenido en el tiempo.

Basándonos en el procedimiento habitual de una asociación que cumple deseos a niños, diseñamos un estudio que proporcionara un adecuado grupo control para comparar los efectos de esta intervención naturalista. Nuestras hipótesis son: (1) los niños en el grupo del deseo reportarían menos emociones negativas, más emociones positivas y más SV que el grupo control lista de espera; (2) el deseo generaría cambios en dimensiones no hedónicas (i.e., PB, creencias en el mundo justo, optimismo, fortalezas personales y calidad de vida); (3) dadas las múltiples evidencias que vinculan bienestar y salud (Diener y Chan, 2011) y dados los resultados recientes que

proporcionan apoyo empírico a algunas terapias alternativas y complementarias para manejar síntomas físicos (Hockenberry, 2004; Gold, Kim, Kant, Joseph, Rizzo, 2006; Karagozoglu, Tekyasar, y Yilmaz, 2013), esperamos que cumplir un deseo tendría consecuencias positivas para la salud percibida por los niños; y (4) dado que los padres son fuentes de información valiosas para el bienestar de niños con enfermedades crónicas (Varni y Limbers, 2009), esperamos que los padres en el grupo del deseo perciban también más cambios positivos en el bienestar de niños que los padres en el grupo control.

Setenta y ocho niños, 38 padres y 86 madres se asignaron aleatoriamente al grupo de deseo (completan las medidas de autoevaluación 2-3 días antes del deseo y 3 semanas después) o a un grupo control lista de espera (evaluados con el mismo intervalo de tiempo y que recibieron el deseo después de la evaluación).

Los resultados muestran que el cumplimiento de un deseo incrementa los niveles de emociones positivas, efecto que se alarga hasta 3 semanas después del deseo. Ya que estos niños tienen que afrontar múltiples estresores, promover las emociones positivas en medio de la adversidad puede ayudar a mejorar su ajuste ante la enfermedad (Tugade y Fredrickson, 2002). La teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas (Fredrickson, 1998; 2001) sugiere que las emociones positivas ayudan a construir recursos duraderos que son esenciales para poner en marcha estrategias de afrontamiento adaptativas tras circunstancias potencialmente traumáticas (Tugade y Fredrickson, 2002; Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, y Conway, 2009). Nuestro estudio refleja que además de las emociones positivas, los niños que cumplen un deseo muestran niveles más altos de SV, gratitud y amor. Los niños tras el deseo son más conscientes del apoyo proporcionado por lo que aumenta su sentido de agradecimiento y amor por los demás. El amor y la gratitud están asociadas a múltiples beneficios

físicos y psicológicos (Emmons y McCullough, 2003; Bono y McCullough 2006). Además, las madres del grupo del deseo también perciben cambios positivos en la PB en sus hijos y mejor calidad de vida tras el deseo en comparación con el grupo control. Estos resultados sugieren que aunque las emociones positivas pueden ser consideradas transitorias y efímeras, el deseo puede generar cambios positivos en el bienestar psicológico más profundos y duraderos mediante la puesta en marcha de recursos de afrontamiento más eficaces (Tugade, Fredrickson, y Feldman, 2004).

Por último, este estudio muestra que los niños del grupo del deseo informaron de un descenso significativo en las náuseas tras el deseo en comparación con el grupo control. Este resultado es consistente con los resultados obtenidos por otras terapias complementarias que se muestran efectivas para reducir las náuseas en pacientes adultos con enfermedades crónicas (Karagozoglu, Tekyasar, y Yilmaz, 2013).

Estos resultados suponen una importante contribución a la literatura en este campo ya que este es el primer estudio controlado de este tipo de intervenciones con niños. Además, la percepción de los padres de estos cambios positivos puede promover cambios positivos en los padres en sí mismos dada la estrecha relación entre la percepción de malestar del niño y el malestar de los padres. Estos hallazgos suponen un respaldo fundamental para continuar promocionando el bienestar a través de este tipo de intervenciones. Aunque es necesario proporcionar tratamientos eficaces para afrontar dificultades emocionales y conductuales cuando aparecen, es importante tener en cuenta objetivos más amplios que tengan que ver con la promoción de la resiliencia y el ajuste positivo.

Running head: Chaves et al. GRANTING WISHES IN SERIOUSLY-ILL CHILDREN

Positive interventions in seriously-ill children: Effects on well-being after granting a wish

Covadonga Chaves, Carmelo Vazquez, & Gonzalo Hervas

Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Complutense University, Madrid,

Spain

Abstract

We examined whether a positive intervention (i.e., granting a wish) could promote positive psychological and physical changes (e.g., reduced nausea and pain) in seriously-ill children. Children and their parent were randomly assigned to a wish group (completed measures 2-3 days before the wish and 3 weeks later) or to a waiting-list control group (with an equivalent time-lag and receiving the wish after the assessment). Wish intervention increased levels of positive emotions, satisfaction with life, personal strengths and reduced rates of nausea compared with the control group. Mothers in the wish group also perceived positive changes in benefit finding and quality of life.

Key words: childhood cancer; positive affect; satisfaction with life; quality of life; benefit finding; positive intervention.

Introduction

The onset of a serious illness and the subsequent periods of hospitalization are recognized as negative life events that may be potentially traumatic for children (Phipps, Long, & Ogden, 2007; Karanci & Dirik, 2003). Diagnosis procedures and lengthy treatments may have negative implications on patients' quality of life (Hedström, Haglund, Skolin, von Essen, 2003). Moreover, although survival rates have been increased through the use of improved treatments, nausea and pain are still among the most prevalent symptoms in hospitalized children with cancer (Miller, Jacob, & Hockenberry, 2011). Thus, there is a growing interest in assessing and promoting the well-being and quality of life among children with life-threatening illnesses (Klassen, Anthony, Khan, Sung, & Klaassen, 2011).

However, most of the studies are usually based on the idea that good quality of life is the absence of symptoms (Varni, Limbers, & Burwinkle, 2007). This approach may simply lead to focus on psychological difficulties or distress associated with illness while ignoring some positive factors that can also be present and can be instrumental in promoting well-being and improving treatment outcomes (Hedström, et al., 2003). Thus, positive interventions should be aimed not just at buffering the negative effects of the stress event on well-being or reducing negative symptoms (e.g. anxiety or depressive symptoms). They may also promote positive responses such as positive emotions (PE) or personal growth, or build positive psychological resources (Tugade & Fredrickson, 2002).

Research on well-being has thus far been adult-centric and hedonism-centric (Diener & Lucas, 1999). However, well-being consists of two compatible traditions: one that focuses on feelings toward life (hedonic well-being) and another that focuses on functioning in life (eudaimonic well-being) (Ryan & Deci, 2001). Although both streams of well-being research have focused on adults, there is a growing call for a similarly extensive approach to the study of the well-being of children (Bornstein, Davison, Keyes, & Moore, 2003). Whereas the

hedonic stream consists of perceptions of satisfaction with life and the balance of positive to negative affect over a period of time, the eudaimonia stream establishes that well-being lies in the performance of actions coherent with deep values that imply a full commitment to which people feel alive and real (Ryan & Deci, 2001). Current research from a positive perspective has yielded a series of constructs that are particularly relevant in life-threatening illness research: positive affect (Pressman & Cohen, 2005), satisfaction with life (Diener & Chan, 2011), eudaimonic well-being (Ryff, Singer, & Love, 2004), benefit finding (Phipps et al., 2007), beliefs in a just world (Park, Edmondson, Fenster, & Blank, 2008), dispositional optimism (Carver & Scheier, 2001), or personal strengths (Peterson, Park, & Seligman, 2006). Most of these constructs have been broadly studied in adults, but less so in pediatric research.

Based on the assumption that well-being is associated with the mental and physical health of patients, there has been a rapid growth of interventions provided by NGOs and organizations in pediatric settings (Koller & Gryski, 2008). Their common goal is helping these children to cope better with their situation and to promote well-being. A paradigmatic example is wish-granting interventions, which have the aim of fulfilling a wish expressed by the ill child. Although there are not rigorous research studies on the effects of these programs, some initial results based on a survey of participants suggested that the impact of granting a wish is not limited to immediate emotional effects but may also include life enrichment, social awareness, inspiration, enhanced resilience, gratification, and improved strength and desire to overcome their illnesses².

Although these interventions are promising to reduce distress and promote well-being in both children and parents, there are no previous controlled studies that have evaluated the efficacy of granting wishes to children with a life threatening illnesses. Some studies have shown positive outcomes after the intervention of similar organizations, such as clown

² These results were found by the Wish Impact Study (Make-A-Wish Foundation of America, 2011).

interventions. These findings suggest a decrease in the child's and the parent's distress and an increase in children's cooperation with medical procedures (Vagnoli, Bastiani, Turchi, Caprilli, & Messeri, 2007; Costa & Arriaga, 2010). However, it is not clear as to whether these positive outcomes are generalizable to wish-based interventions. Granting a wish is a distinctive intervention as it taps not only hedonic components of well-being but may also satisfy children's psychological needs (Bornstein et al., 2003) and, therefore, could have a more sustained effect than episodic hedonic interventions.

In general terms, there are no clear results on the impact of these positive interventions in ill children. Thus, because of their relevance and wide use, it is necessary to clarify the real value of these interventions.

The aim of this research is to investigate whether granting wishes promotes positive psychological responses (i.e. positive and negative emotions, life satisfaction, benefit finding, quality of life, beliefs in the benevolence of the world, personal strengths, optimism and depression) and positive physical changes (i.e. reductions in pain and nausea) in children with a life threatening illnesses. Based on a well-established wish-granting program, we designed a study that could provide an adequate control group to compare the effects of this naturalistic intervention. Firstly, we hypothesized that children in the wish group would report less negative emotions (NE), more PE and higher levels of life satisfaction than children in the waiting-list control group. Secondly, we also hypothesized that the wish would concomitantly improve non-hedonic dimensions of positive functioning (i.e., benefit finding, beliefs in the benevolence of the world, optimism, personal strengths, and quality of life). Thirdly, given the previous evidence that links well-being with better health (Diener & Chan, 2011) and given the recent findings supporting complementary and alternative therapies for managing physical symptoms (Hockenberry, 2004; Gold, Kim, Kant, Joseph, Rizzo, 2006; Karagozoglu, Tekyasar, & Yilmaz, 2013), we expected that fulfilling a wish would have positive

consequences for children's perceived health. Finally, since parents are potentially valuable sources of information about the well-being of children with chronic illness (Varni & Limbers, 2009), we also expected that parents in the wish group would perceive more positive changes in their children's well-being than parents in the control group.

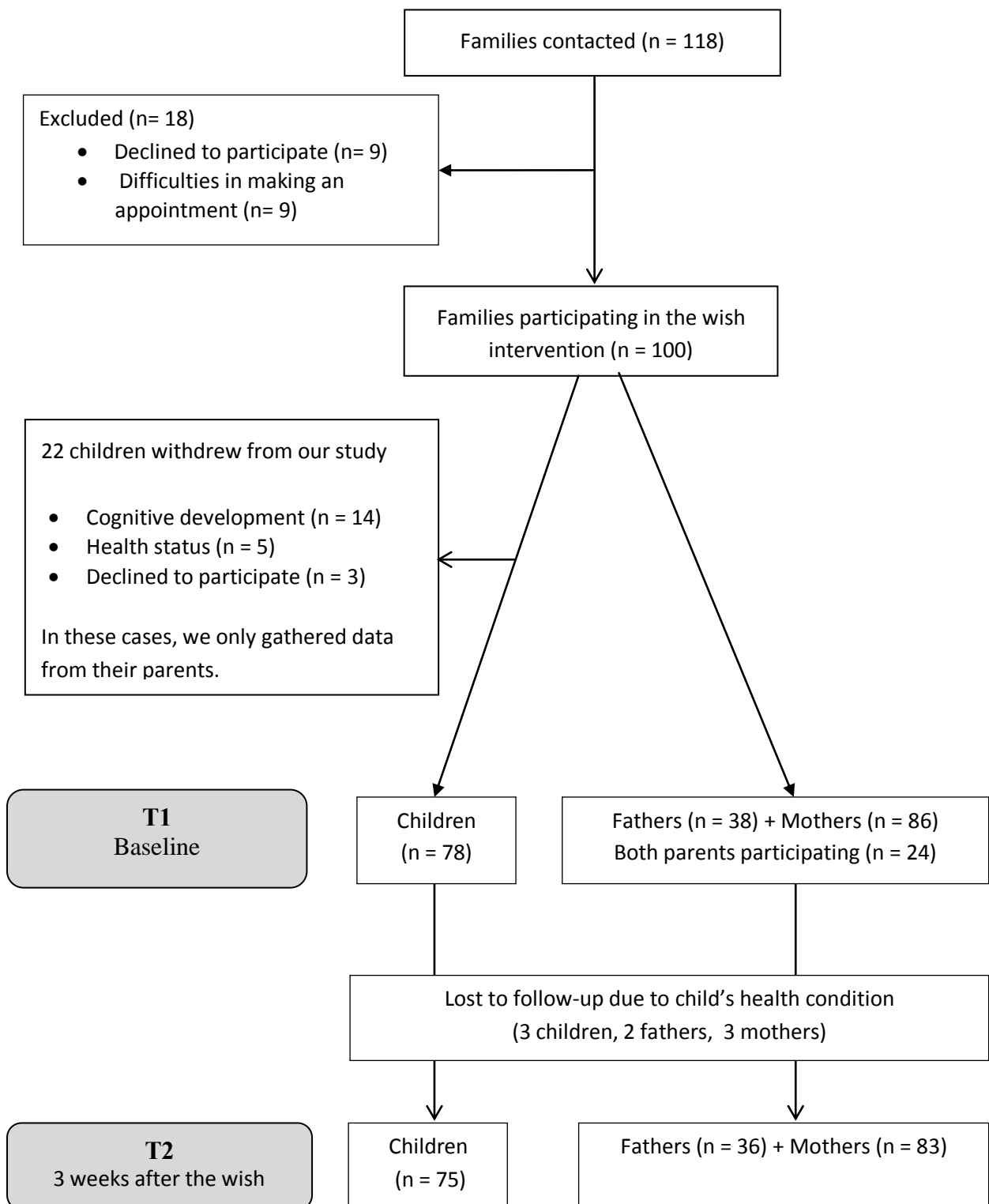
Methods

Participants

Children and their parents recruited in hospitals were invited to participate in our study. A participant flow diagram describing the recruitment process is presented in Figure 1. Finally, seventy-eight children with severe physical illnesses participated in the study. Children ages ranged from 5 to 18 years (mean: 11.68; SD: 3.39 years). All children were Caucasian and forty-five children were males (57.7%).

Moreover, thirty-eight fathers and eighty-six mothers were also interviewed. The mean age was 43.08 and 40.75, respectively. 80.4% are married or living with partner. 73.7% of fathers and 48.2% of mothers are working.

Figure 1. Participant flow diagram describing recruitment process.

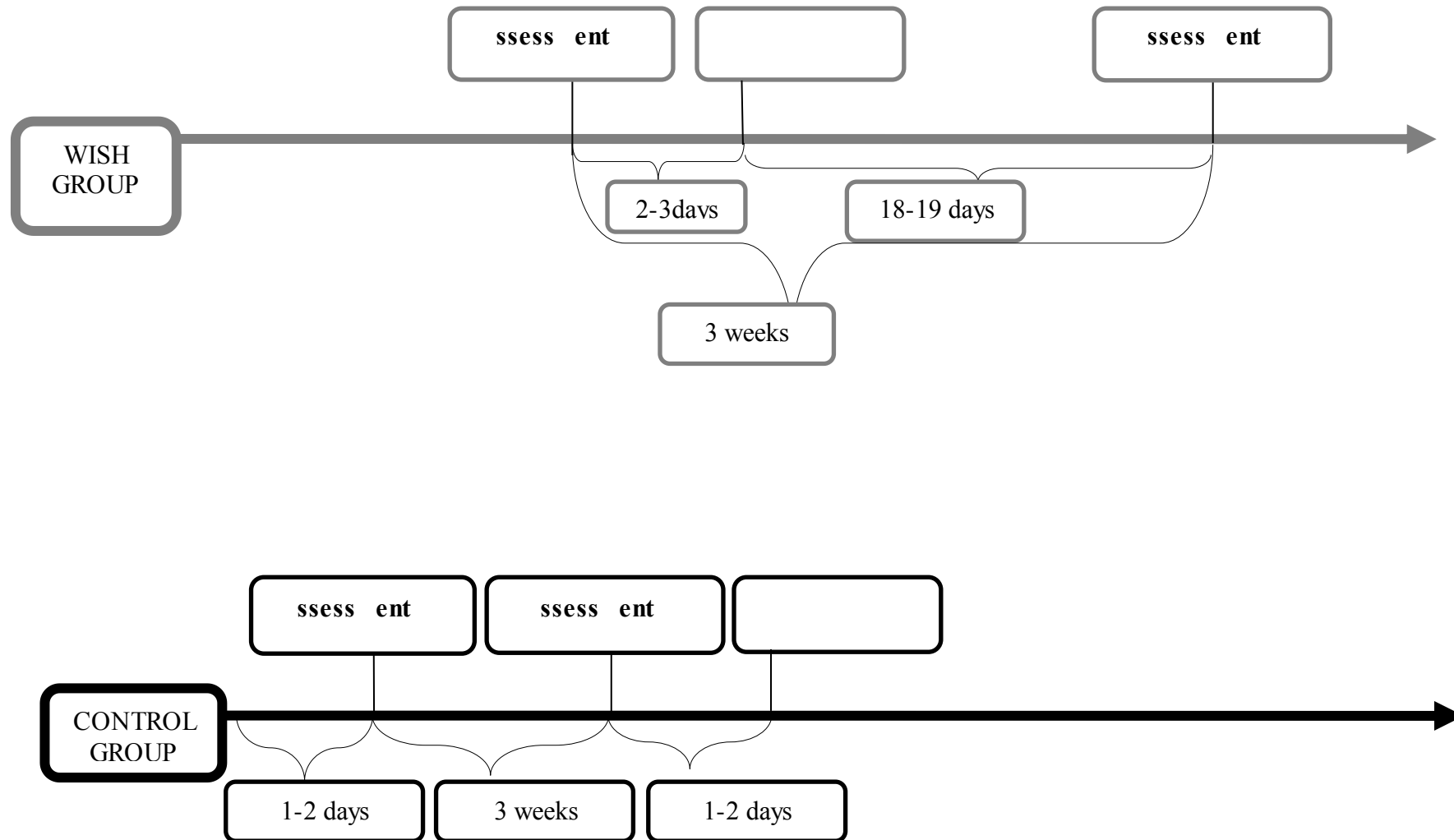


Procedure

All participants were involved in the Little Wish Spanish Foundation³ wish-granting program. Parents were contacted and informed about this study. Those who agreed to participate signed an informed consent. Children also provided verbal consent to participate in the study, which was presented as a study on well-being. Once they agreed to participate, children and their parents were randomly assigned before assessment to one of the two groups: the wish group or a waiting-list control group. A timeline with the procedure design is presented in Figure 2. Children and parents from the wish group completed self-report measures at Time 1 (T1: 2-3 days before fulfilling the wish) and at Time 2 (T2: 3 weeks after fulfilling the wish). The waiting-list control group was assessed following an equivalent time-lag. Children in the control group received the wish after the assessment. T2 questionnaires were completed by seventy-five children, thirty-six fathers and eighty-three mothers (96%, 95% and 96% of T1 participants, respectively). There were no significant differences in any of the main characteristics of the sample between those who completed the second measure and those who did not (all $p > 0.05$).

³ Little Wish Spanish Foundation (LWSF) operates in four different hospitals. Children who undergo a life-threatening illness and have not received a wish before may be eligible for a wish. After parental consent, all children are subjected to a masked interview by members of the LWSF staff (i.e. interview for writing a book about children in hospitals) through which a valued wish is identified for each participating child (e.g., a visit to Disneyland or meet with his/her favorite soccer player). Parents and doctors become accomplices to make the wish surprise comes true.

Figure 2. Procedure design timeline.



In order to ensure that the children understood the scales' response format, we used different strategies: 1) we incorporated a pre-test protocol to determine the cognitive competence of participants to use and understand Likert-format scales (Cummins & Lau, 2005). Children under 8 were trained (when needed) in ordering magnitudes, scaling concrete objects and scaling abstract references (i.e. emotion faces). Whenever children showed any problem with Likert-format scales, we used a reduced-choice format; 2) for some questionnaires (e.g. quality of life scales), we used age group versions (ages 5-7; ages 8-12; ages 13-18). They are parallel forms with minor differences in the test instructions and wording which are structured to be more appropriate for young children, children and teens. For instance, young children version (ages 5-7) used a reduced-choice Likert-format scale and visual aids (i.e. faces); 3) furthermore, to maximize the children's understanding of the multiple response options, we also used visual cards and thermometer images so that children could physically point out their answer if needed. The thermometer scale option has shown a good reliability for children below nine years of age (Cremeens, Eiser, & Blades, 2007). Finally, instruments were administered verbally when needed.

Measures

To explore a wide array of dimensions related to well-being, participants completed a number of questionnaires⁴:

- a) *Positive and negative emotions.* We used the *Positive and Negative Emotional Style Scale, PNES* (Cohen, Alper, Doyle, Treanor, & Turner, 2006). It contains twelve adjectives (six positive and six negative). The six positive adjectives represented three subcategories of positive emotion: vigor, well-being, and calm (Cohen et al., 2006). The six negative adjectives represented three subcategories of negative emotion: depression, anxiety, and hostility (Cohen et al., 2006). We added other PE and NE that

could reflect significant aspects of emotional experiences related to illness. Thus, we added four negative adjectives (lonely, isolated, tired and fatigued) that represented two subcategories of NE: loneliness and tiredness (Pressman & Cohen, 2012) and 10 positive adjectives (grateful, proud, safe, generous, hopeful, sociable, confident, important, attached and strong) to fully cover the two orthogonal dimensions, arousal and valence, underlying positive emotions (Pressman & Cohen, 2012). Children were asked to what extent (0 = “nothing” to 4 = “extremely”) they felt each emotion on the day of the assessment. In the current sample, both the PE scale ($\alpha = .92$) and the NE scale ($\alpha = .87$) showed strong internal consistency.

- b) *General Life Satisfaction. The Student Life Satisfaction Scale, SLSS* (Huebner, 1991) consists of seven items designed to measure overall satisfaction with life, without making any specific reference to a particular domain (e.g., “In my life things are going well”). Each item is answered on a 4-point Likert scale ranging from 0 = “never” to 3 = “almost always”. In our study, internal consistency was $\alpha = .78$.
- c) *Domains of Life Satisfaction*: We used *The Brief Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale, BMSLSS* (Seligson, Huebner, & Valois, 2003). This scale assesses six different aspects of life such as family, school, personal relationships, self-esteem, neighborhood and general satisfaction. For this study we added other relevant dimensions (e.g. standard of living, health, life achievements, and personal safety) from the *Personal Well-being Index* (Cummins & Lau, 2005). Finally, seventeen questions were asked to inquire about different domains of life satisfaction. Each item was answered on a 10-point Likert scale ranging from 0 = “lowest level of satisfaction” to 10 = “highest levels of satisfaction”.

⁴ Children’s benefit finding and quality of life was directly assessed by children. Parents also reported children’s benefit finding and quality of life through the completion of parents report versions.

- d) *Benefit finding. The Benefit Finding Scale for Children, BFSC* (Phipps et al., 2007) includes 10 items (e.g. “*Having had my illness has helped me become a stronger person*”) depicting potential benefits of the illness rated on 5-point Likert scales (1 = “not true at all” to 5 = “very true for me”). The children’s benefit finding was assessed by children and their parents through completion of a parent report version (e.g. “*This illness has helped my child become a stronger person*”). In our study, the level of internal consistency was $\alpha=.90$ for children, $\alpha=.85$ for fathers’ report and $\alpha=.87$ for mothers’ report. The intra-class correlation coefficient for father-child agreement was .11 and .43 for mother-child agreement. The intra-class correlation coefficient for father-mother agreement was .45.
- e) *Beliefs in the benevolence of the world*: We created a 10-item *Beliefs in the Benevolence of the World Scale* based upon Janoff-Bullman’s model (1989). It includes items assessing beliefs of living in a benevolent and just world (e.g., “*There are more good people than bad people in the world*”). Each item is answered on a 5-point Likert scale ranging from 0 (“not true at all”) to 4 (“very true for me”). In our study, the level of internal consistency was $\alpha = .74$.
- f) *Optimism. The Youth Life Orientation Test, YLOT* (Ey et al., 2005) is a measure of dispositional optimism developed as a child analogue of the widely used Life Orientation Test (Scheier & Carver, 1985). The 16-item measure (with 2 filler items) contains seven optimism and seven pessimism items, using a 5-point rating scale ranging from 0 (“strongly disagree”) to 4 (“strongly agree”). We added one item specifically related to the child’s illness (i.e. “*I think I am going to recover from my illness*”). Cronbach’s alpha for optimism was .79, and for pessimism .77.
- g) *Personal Strengths. The Values in Action Inventory of Character Strengths for Youth, VIA-Y* (Park & Peterson, 2006) is a 198-item scale that allows for the evaluation of 24

personal strengths. In order to keep the protocol as short as possible, we selected strengths (i.e., love, vitality, gratitude, love of learning and perseverance) that have shown the highest correlations with LS in a large sample of children ($N = 1200$) with similar demographic characteristics (Gimenez, 2010). The resulting scale contains 25 items. We used the highest-loading items on each scale. Each item is answered on a 5-point Likert scale ranging from 1 (“not true at all”) to 5 (“very true for me”). In our study, total internal consistency was $\alpha = .91$. Levels of internal consistency of subscales were $\alpha = .56, .78, .84, .73$ and $.76$, respectively.

h) Quality of life. We used *The Pediatric Quality of Life Scale, PedsQoL* (Varni, Burwinkle, Katz, Meeske, & Dickinson, 2002), a 50-item scale based on a modular approach to assess quality of life in children and adolescents with health problems. It is composed of two parallel forms: a patient self-report and parent proxy-report instrument (Varni et al., 2007). It is designed to provide a standardized assessment of the patient’s and the parents’ perception of the patient’s quality of life. The scale covers general quality of life and quality of life related to the health problem. General quality of life scale assesses physical, social, school and emotional domains. The health-related questionnaire assesses how often in the past month children have experienced anxiety related to medical procedures and treatment, cognitive problems, and concerns about the disease, physical appearance and communication with others about their disease. This scale also contains two physical health outcomes: pain and nausea. Items are presented on a 5-point Likert scale ranging from 0 (“never”) to 4 (“almost always”). Items were inverted. Minimal negative impact of the disease and treatment on the children and thus greater QoL is indicated by higher scores on the scale. In regard to general quality of life, Cronbach’s were $\alpha = .89, .84$ and $.87$ for children, fathers and mothers, respectively. In regard to health-related quality of life,

Cronbach's were $\alpha = .86, .88$ and $.87$ for children, fathers and mothers, respectively.

With regard to general quality of life, the intra-class correlation coefficient was $.82$ for father-child agreement and $.71$ for mother-child agreement. With regard to health-related quality of life, the intra-class correlation coefficient was $.59$ for father-child agreement and $.73$ for mother-child agreement.

- i) *Depression*. We used the abbreviated 7-item version of *The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CESD-7* (Santor & Coyne, 2007). This scale measures the severity of symptoms of depression during the week prior to the day of the assessment (e.g. "I felt that I could not shake off the blues even with the help from my family or friends") using a 4-point Likert scale ranging from 0 ("never" or rarely) to 3 ("almost always"). In our study, level of internal consistency was $\alpha = .87$.
- j) *Medical status*: To complement data on the children's health status, we collected information from their doctors about the children's diagnosis, severity (measured by a scale from 0 to 10), the stage of disease (i.e., active treatment / off treatment/ relapse / palliative), and perceived probability of survival at 1 and 5 years.

Data analysis

Chi-square and t-tests were used for confirming initial equivalence of groups in demographic variables. A chi-square (X^2) test was used for categorical variables, which was replaced by Fisher's exact test for small or empty cells. A series of mixed between-within subject analyses of variance were conducted to compare scores on the measures of well-being between the wish group and the waiting-list control group across two time periods (T1 and T2). We used repeated-measures ANCOVAs in order to include potential control variables such as covariates in our analyses. We further examined the univariate F tests for each dependent variable (confidence intervals adjusted by the Bonferroni procedure). SPSS 20 was used to conduct these analyses.

Results

Children and parent characteristics are shown in Table 1. The main characteristics of the sample (i.e. child's and parent's age, gender, diagnosis, time since diagnosis and severity) did not differ between groups (all $p > 0.05$) (Table 1). Only age and months since diagnosis showed significant correlations with some of the variables included in the study. Age was also related to satisfaction with life ($r = -.43, p < .001$) and vitality ($r = -.25, p = .03$). Time since diagnosis was related to satisfaction with life ($r = -.29, p = .02$) and vitality ($r = -.29, p = .03$). Thus, age and months since diagnosis were included as covariates in subsequent repeated-measures ANCOVAs analyses.

With regard to psychological variables, there were no statistically significant differences between groups in T1, except for optimism [$t(64) = -2.39, p = .02$] and beliefs in the benevolence of the world [$t(73) = -2.74, p = .008$], the wish group showing higher values in both variables. Therefore, optimism and beliefs in the benevolence of the world were used as covariates in subsequent repeated-measures ANCOVAs analyses.

Table 1. *N*, means and standard deviations for control group (CG) and wish group (WG).

	Children				Fathers				Mothers			
	CG	WG	X^2/t	p	CG	WG	X^2/t	p	CG	WG	X^2/t	p
N	37	41	--	--	18	20	--	--	43	43	--	--
Age, M (SD)	11.89 (3.56)	11.49 (3.25)	.52	.40	41.11 (7.02)	44.89 (6.65)	-1,7	.11	40.63 (6.71)	41.17 (7.24)	-.35	.73
Gender			.02	.87	--	--	--	--	--	--	--	--
Male	26.9%	30.8%										
Female	20.5%	21.8%										
Diagnosis			1.82	.40			.26	.88			1.12	.08
Cancer	32%	33%			15	16			34	30		
Transplants	9%	6.4%			2	2			6	3		
Other diseases	6.4%	12.8%			1	2			3	10		
Months since diagnosis, M (SD)	33.23 (52.84)	54.74 (61.16)	-1.3	.19	27.28 (47.36)	42.11 (61.10)	-,81	.42	31.13 (51.97)	54.44 (63.30)	-1.8	.08
Severity from 0 to 10; M (SD)	6.13 (2.73)	6.35 (2.77)	-.24	.81	7.13 (1.81)	7.88 (1.64)	-.87	.40	6.68 (2.36)	6.70 (2.80)	-.02	.99

Publicación 2. Granting wishes in children

Stage of the disease			1.02	.10			5.02	.08			1.05	.10
Active treatment												
Off-treatment	27.1%	23.1%			26.0%	21.3%			26.0%	22.2%		
Relapse	14.6%	18.6%			15.8%	15.8%			14.8%	18.8%		
	7.7%	7.7%			9.8%	11.3%			9.8%	9.3%		
Prognosis			.00	1			1.67	.43			.18	.91
Unfavorable	9.4%	9.4%			18.7%	6.2%			10.9%	10.9%		
Favorable	9.4%	9.4%			18.7%	18.7%			8.7%	6.5%		
Intermediate life risk	31.1%	31.1%			12.5%	25%			30.4%	32.6%		
Probability of survival												
from 0 to 100, M (SD)												
1 year												
5 years	83.41 (12.9)	79.75 (23.9)	.72	.47	78.13 (13.6)	73.75 (19.2)	.52	.61	79.57 (17.6)	74.13 (29.7)	.86	.40
	68.24 (17.0)	70.20 (28.2)	-.26	.80	58.75 (14.6)	63.13 (22.5)	-.46	.65	64.35 (18.8)	64.96 (29.7)	-.08	.93

Positive intervention effects: Children report

The means and standard deviations for well-being dimensions and other psychological resources are shown in Table 2. With regard to PE and NE, there was a significant interaction between group and time for PE, $F(1, 71) = 4.93, p = .03, \text{partial eta squared} = .07$ (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in T2, children in the wish group showed higher PE scores than the control group. More relevant for our study, in comparing PE scores between T1 and T2, the wish group showed a significant increase in that period whereas the control group did not change (Figure 3).

With regard to satisfaction with life, there was a significant interaction between group and time for multidimensional SLSS, $F(1,71) = 6.05, p = .02, \text{partial eta squared} = .08$ (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in comparing multidimensional SLSS scores between T1 and T2, the wish group showed a significant increment in that period whereas the control group did not change.

Regarding the personal strengths, there were significant interactions between group and time for gratitude [$F(1,69) = 7.68, p = .008, \text{partial eta squared} = .13$] and love [$F(1,69) = 4.33, p < .05, \text{partial eta squared} = .08$] (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in T2, children in the wish group showed higher gratitude and love scores than the control group. Specifically, in comparing scores between T1 and T2, the wish group showed significant increments in gratitude and love in that period whereas the control group did not change (Figure 3).

With regard to quality of life, there was only a significant interaction between group and time for nausea [$F(1,73) = 5.32, p = .02, \text{partial eta squared} = .10$] (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests confirmed that, in T2, children in the wish group showed greater functioning in this domain than the control group. Specifically, in

comparing scores in this domain between T1 and T2, the wish group showed a significant increment in that period whereas the control group did not change (Figure 3).

Table 2. Means, standard deviations, interaction effects (F) and eta partial square (ηp^2) for well-being dimensions and other psychological resources.

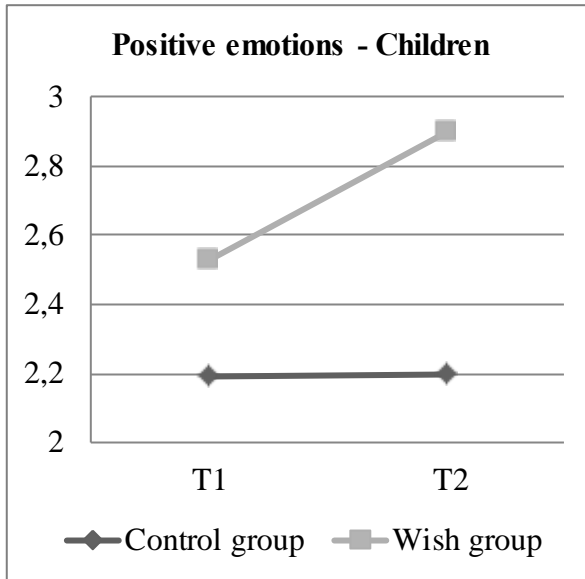
Measures	Min.- Max.	Time	Control group		Wish group		F	ηp^2
			M	SD	M	SD		
Positive emotions	0 – 4	T1	2.19	.76	2.53	.65	4.93*	.07
		T2	2.20	.71	2.90	.50		
Negative emotions	0 – 4	T1	.51	.74	.14	.24	.10	.02
		T2	.39	.74	.11	.17		
General satisfaction with life, SLSS	0 – 3	T1	1.93	.58	1.97	.53	3.11	.06
		T2	1.96	.53	2.24	.58		
Multidimensional satisfaction with life, MSLSS	0 – 10	T1	8.23	1.08	8.44	1.17	6.05*	.08
		T2	8.19	1.21	8.99	.94		
Benefit finding, BFSC	1 – 5	T1	3.99	.83	4.10	.64	1.54	.03
		T2	4.37	.77	4.39	.74		
Perseverance, VIA-Y	1 – 5	T1	3.57	.73	3.65	.88	.71	.00
		T2	3.59	.65	3.70	.87		
Vitality, VIA-Y	1 – 5	T1	3.88	.82	3.99	.68	3.51	.07
		T2	3.83	.71	4.12	.59		
Gratitude, VIA-Y	1 – 5	T1	4.27	.47	4.46	.51	7.86**	.13
		T2	4.22	.50	4.65	.34		
Love, VIA-Y	1 – 5	T1	4.21	.53	4.43	.45	4.33*	.08
		T2	4.19	.45	4.52	.37		

Love of learning, VIA-Y	1 – 5	T1	3.92	.83	4.20	.68	.09	.00
		T2	3.89	.68	4.16	.66		
General quality of life, PedsQoL	0 – 4	T1	2.64	.69	2.77	.55	.26	.01
		T2	2.77	.55	2.98	.58		
Health-related quality of life, HPedsQoL	0 – 4	T1	2.88	.60	2.95	.49	.34	.01
		T2	3.02	.62	3.11	.60		
Nausea, HPedsQoL	0 – 4	T1	2.61	1.06	2.74	.93	5.32*	.10
		T2	2.57	1.13	3.06	.82		
Depression, CESD-7	0 – 3	T1	.51	.61	.47	.62	.34	.01
		T2	.43	.52	.26	.44		

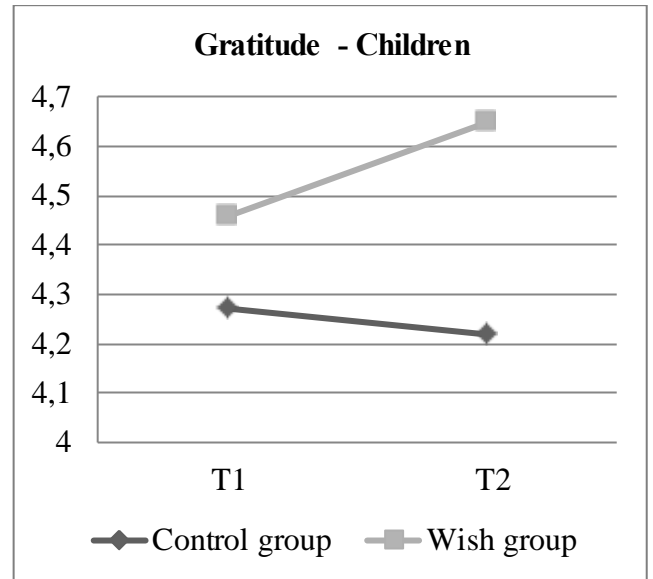
* $p < .05$

Note: SLSS (*The Student Life Satisfaction Scale*), BMSLSS (*The Brief Multidimensional Student Life Satisfaction Scale*), BFSC (*Benefit Finding Scale for Children*), VIA-Y (*Values in Action for Youth*), PedsQoL (*Pediatric Quality of Life Scale*), CESD-7 (*Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*).

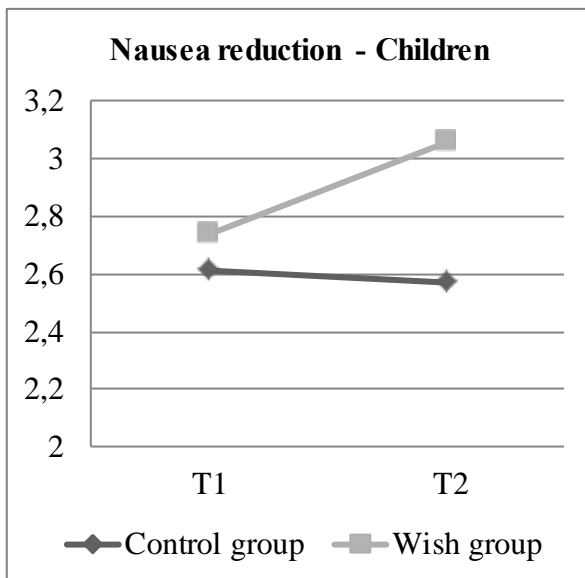
Figure 3. Main outcomes effects on well-being dimensions. (See score ranges in Tables 2 and 4).



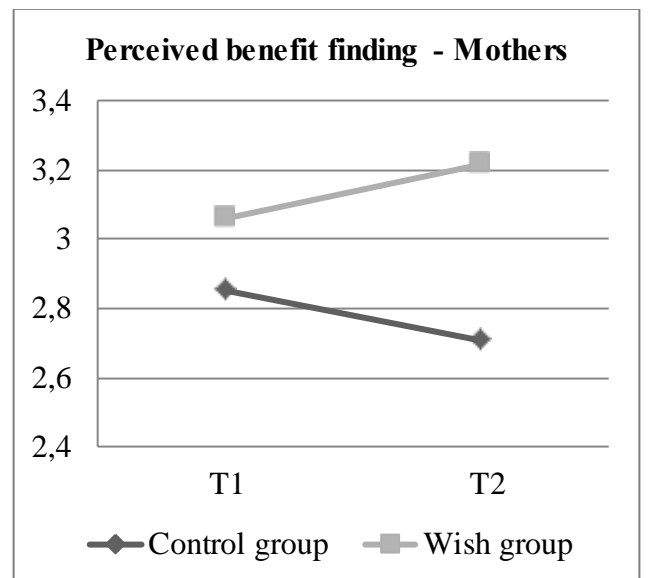
$F(1, 71) = 4.93, p = .03, \eta p^2 = .07$



$F(1,69) = 7.86, p = .008, \eta p^2 = .13$



$F(1,73) = 5.32, p = .02, \eta p^2 = .10$



$F(1,81) = 11.30, p = .001, \eta p^2 = .12$

*Results reported by fathers*⁵

The means and standard deviations for the fathers' reports are shown in Table 3.

There were no significant interactions between group and time for fathers' perception of benefit finding [$F(1, 34) = 2.67, p > .05, \text{partial eta squared} = .07$], general quality of life [$F(1, 34) = 1.56, p > .05, \text{partial eta squared} = .04$], or health-related quality of life [$F(1, 34) = 1.04, p > .05, \text{partial eta squared} = .03$].

Table 3. Means, standard deviations, interaction effects (F) and eta partial square (ηp^2) for well-being dimensions reported by fathers.

Measures	Minimum Maximum	Time	Control group		Wish group		F	ηp^2
			M	SD	M	SD		
Perceived benefit finding, PBFSC	1 – 5	T1	2.63	.78	2.94	.46	2.67	.07
		T2	2.71	.80	3.26	.49		
Perceived General quality of life, PedsQoL	0 – 4	T1	2.30	.58	2.38	.61	1.56	.04
		T2	2.35	.54	2.61	.81		
Perceived health-related quality of life, HPedsQoL	0 – 4	T1	2.71	.52	2.87	.63	1.04	.03
		T2	2.81	.48	3.15	.48		

Note: PBFSC (*Perceived Benefit Finding Scale in Children*), PedsQoL (*Pediatric Quality of Life Scale*).

⁵ We present data from all parents of the children who fulfilled a wish, regardless of whether or not their children participated in our study on impact on well-being. The same results were found when parents whose children did not participate in our study were excluded from analyses.

Results reported by mothers

The means and standard deviations for the mothers' reports are shown in Table 4. With regard to mothers' perception of benefit finding, there was a significant interaction between group and time, $F(1, 81) = 11.30, p = .001, \text{partial eta squared} = .12$. Post-hoc comparisons using Bonferroni tests confirmed that, although both wish group and control group showed a significant increment in that period, mothers in the wish group perceived higher benefits in their children in T2 than mothers in the control group (Figure 3).

With regard to general quality of life, there was a significant interaction between group and time, $F(1, 81) = 7.85, p = .006, \text{partial eta squared} = .09$. Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in T2, mothers in the wish group perceived better functioning in their children than mothers in the control group. More relevant for our study, in comparing general quality of life scores between T1 and T2, mothers in the wish group showed a significant increment in that period whereas the control group did not change. Specifically, there were significant interactions between group and time for the physical domain, $F(1, 81) = 6.27, p = .01, \text{partial eta squared} = .07$, the school domain, $F(1, 81) = 5.05, p = .03, \text{partial eta squared} = .06$, and the emotional domain, $F(1, 81) = 4.32, p = .04, \text{partial eta squared} = .05$.

With regard to health-related quality of life, there was no significant interaction between group and time, $F(1, 81) = 3.02, p = .09, \text{partial eta squared} = .04$. With regard to specific scales of health-related quality of life, there was only a significant interaction between group and time for concerns about disease, $F(1, 81) = 5.56, p = .02, \text{partial eta squared} = .06$. Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that mothers' perception of their children's quality of life in this domain was significantly

higher in T1 than in T2 whereas there was no time change in mothers of the control group.

Table 4. Means, standard deviations, interaction effects (F) and eta partial square (ηp^2) for well-being dimensions reported by mothers.

Measures	Min. - Max.	Time	Control group		Wish group		F	ηp^2
			M	SD	M	SD		
Perceived benefit finding, PBFSC	1 – 5	T1	2.85	.75	3.06	.56	11.30**	.12
		T2	2.71	.80	3.22	.53		
Perceived General quality of life, PedsQoL	0 – 4	T1	2.13	.68	2.30	.57	7.85**	.09
		T2	2.23	.67	2.64	.55		
Physical domain, PedsQoL	0 – 4	T1	1.78	1.05	2.00	.78	6.27*	.07
		T2	1.89	.98	2.44	.83		
Social domain, PedsQoL	0 – 4	T1	2.61	.89	2.85	.68	.06	.81
		T2	2.70	.76	2.97	.66		
School domain, PedsQoL	0 – 4	T1	2.04	1.05	2.21	.83	5.05*	.06
		T2	1.98	1.22	2.46	.76		
Emotional domain, PedsQoL	0 – 4	T1	2.32	.84	2.30	.70	4.32*	.05
		T2	2.54	.82	2.80	.63		
Perceived health-related quality of life, HPedsQoL	0 – 4	T1	2.59	.63	2.62	.67	3.02	.04
		T2	2.70	.57	2.90	.62		
Concerns about disease, HPedsQoL	0 – 4	T1	2.66	1.19	2.38	1.25	5.56*	.06
		T2	2.53	1.23	2.72	1.18		

* $p < .05$, ** $p < .01$. *** $p < .001$

Note: PBFSC (*Perceived Benefit Finding Scale in Children*), PedsQoL (*Pediatric Quality of Life Scale*).

Discussion

This study analyzed the effects of a positive intervention on children's well-being and several domains of positive functioning as assessed by themselves and their parents. According to our first hypothesis, we expected that granting a wish would reduce NE and increase both PE and life satisfaction. Although our results did not confirm our predictions for NE, we found that wish-granting was a promising intervention to promote PE, lasting its effects at least for several weeks. Since children with a life threatening illness are confronted with multiple stressors, promoting PE amidst a stressful situation may facilitate better adjustment to the chronic stress (Tugade & Fredrickson, 2002). The *broaden-and-build theory of PE* (Fredrickson, 1998; 2001) suggests that PE work by helping to build durable physical, intellectual, and social resources that are essential to promoting adaptive coping responses following traumatic circumstances (Tugade & Fredrickson, 2002; Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009).

Further, with regard to life satisfaction, our results showed that this intervention promotes life satisfaction, at least when it is assessed by the multidimensional measure. This finding has relevant implications given the previous evidences that link satisfaction with life to more positive functioning (Gilman & Huebner, 2006).

These results partially confirm our hypothesis. The wish did not cause significant decreases in NE or depression, perhaps due to a floor-effect (i.e, very low scores on these negative dimensions found in both groups). Research has consistently shown that although a significant minority has some difficulties with adjustment and/or symptoms of psychological distress, the majority of children with a chronic illness show good levels of adjustment (Noll, et al., 1999; Zebrack & Chesler, 2002). Thus, since

well-being is not severely impaired, interventions aimed at decreasing distress usually show limited results (Pai, Drotar, Zebracky, Moore, & Youngstrom, 2006).

As for our second hypothesis, we expected that granting a wish would promote positive functioning and other psychological resources (i.e., benefit finding, personal strengths and quality of life). Results revealed that the children in the wish group reported significantly higher gratitude and love after the granting of the wish than those in the comparison group. Children in the wish group became more aware of the support provided by others and this awareness could have led to a sense of thankfulness and love in response to fulfilling a wish. Gratitude and love are two of the strengths most robustly associated with life satisfaction (Park, Peterson, & Seligman, 2004). Gratitude appears to be a powerful resilience factor that may help people to cope with traumatic experiences (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003). Several studies have shown that interventions promoting gratitude reduce negative affect and increase levels of positive affect, life satisfaction, and optimism about the future (Emmons & McCullough, 2003; Bono & McCullough 2006). Thus, a grateful attitude may help the individual find positive meaning in negative circumstances (Emmons & McCullough, 2003). In addition to these psychological benefits, gratitude is associated with physical and physiological changes as well as reduced symptoms of illness (Emmons & McCullough, 2003). However, these beneficial effects of gratitude have been mainly described in adult samples, with only a few pediatric studies published. In one of these studies, Froh, Yurkewicz and Kashdan (2009) found in healthy children and adolescents a positive association between gratitude and positive affect, satisfaction with life, optimism, social support, prosocial behavior, and a negative association with physical symptoms.

On the other hand, loving and feeling loved provides emotional security and confidence which allow children to be more effective in coping with daily stress (Hazan, 2004). Caring ties can buffer people from adversity and pathology as well as enhance their health and well-being (Fredrickson, 2013). A recent study showed that perceived positive social connections account for the upward spiral between PE and health benefits, such as increases in vagal tone (Kok et al., 2013).

As for our third hypothesis, we expected these results may have some implications for children's health, given the large amount of evidence that link positive emotions, life satisfaction and personal strengths to health (Cohen et al., 2006; Diener & Chan, 2011; Emmons & McCullough, 2003). Our results showed that the children in the wish group reported significantly lower levels of nausea after wish than those in the comparison group. This result is consistent with some preliminary research. For instance, complementary approaches such as music therapy or visual imagery have recently shown to have positive effects on reducing nausea and other side effects in adult patients with chronic illnesses (Karagozoglu, Tekyasar, & Yilmaz, 2013).

As for our fourth hypothesis, we expected that parents in the wish group would perceive positive changes in their children's well-being. Although parents' perception may not replace children's reports, the analyses of the reports of these proxy informants are interesting. Particularly, mothers in the wish group reported positive changes in benefit finding and general quality of life in children, especially in physical, school and emotional domains. Mothers in the wish group also reported a perceived decrease in their children's concerns about the disease. This result supports previous research on clown interventions that showed a significant decrease in children's concerns about the hospitalization, the medical procedures, and the illness and its negative consequences (Costa & Arriaga, 2010). Those dimensions are particularly relevant in children with

life-threatening illnesses, given the different pathways in which BF and quality of life may improve physical and psychological health (Bower, Moskowitz, & Epel, 2009; Hedström et al, 2003). These findings are also relevant because although the PE promoted by granted wishes can be considered as transient and ephemeral, it may have an effect on increasing or maintaining people's subsequent psychological well-being by channeling more effective coping resources (Tugade et al., 2004). Furthermore, perception of the child's distress is one of the most common explanations for parental anxiety (Lamontagne, Hepworth, Salisbury, & Riley, 2003). Thus, parents' perception of positive changes may be an indicator of actual changes in the children but may also serve to promote well-being of the parents themselves. This in turn may contribute to creating or maintaining upwards spirals of PE within the turmoil of adverse experiences (Tugade & Fredrickson, 2002).

Our study has some limitations. First, our sample includes some very young children. Protocol was carefully designed to facilitate the understanding by children of all ages (i.e., providing visual aids such as faces or thermometers, reading each item to the child when needed, or pre-testing cognitive competence). However, we cannot be completely sure that all the children understood what they were being asked. Second, extremely-ill children or those who lacked the necessary language skills, attention span, or cognitive abilities to complete a questionnaire were excluded to ensure the quality of the study, but this may limit generalization of results. Third, it is noticeable that effect sizes of the intervention on the measures were relatively small. Yet, it is still remarkable that a rather small-scale and limited intervention may have a significant effect on children's well-being.

Despite these limitations, we believe that our study has some important contributions to the current literature in the field. This is, to our knowledge, the first

controlled study of this kind of intervention for ill children. In contrast to other studies which assess similar naturalistic interventions (e.g. clown interventions), we used a pre-post test comparison-group design. This procedure allowed us to evaluate changes in outcomes while controlling for potential baseline differences between groups. Secondly, positive interventions, like the one analyzed in this research, are increasingly being integrated into pediatric oncology care and this study supports its efficacy in several parameters related to positive functioning. Since healthcare policy mostly rests on empirically supported interventions, our results can foster a renewed interest in funding this kind of research to replicate and extend the results and these interventions.

Thirdly, most of the studies on psychological interventions in these clinical contexts are usually focused on the psychological distress associated with childhood chronic illness. Yet, an exclusive focus on the detrimental effects of the illness may bias the psychological assessment process and may impede the observation of changes in other relevant areas of psychological functioning. Multidimensional assessment including a wide array of well-being measures provides a more accurate picture of children's responses to potentially stressful events.

In conclusion, our results suggest that although it is necessary to provide effective treatments for emotional and behavioral difficulties when they do arise, a further aim should be taken into consideration to promote resilience and positive adjustment. Children who are cared for in terms of both their medical and psychological needs are more likely to adjust positively to any challenges arising from their condition, enabling them to participate more fully in ordinary childhood activities and lead as normal a life as possible. Thus, we would encourage the promotion of this kind of positive intervention for children with serious illnesses and we expect a growing presence of studies focusing on positive interventions in children with serious illnesses.

References

- Bono, G. & McCullough M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 147-158. doi:http://dx.doi.org/10.1891/jcop.20.2.147
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. M., & Moore, K., (Eds.) (2003). *Well-Being: Positive Development Across the Life Course*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bower, J. E., Moskowitz, J. T., & Epel, E. (2009). Is Benefit Finding Good for Your Health? Pathways Linking Positive Life Changes After Stress and Physical Health Outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 337-341. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01663.x
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 809–815. doi:10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368. doi: 10.1037/a0015952
- Costa, S. & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15, 405–415. doi:10.1177/1359105309350231

- Creameens, J., Eiser C & Blades, M. (2007) Brief report: assessing the impact of rating scale type, types of items, and age on the measurement of school-age children's self-reported quality of life. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 132-138. doi:10.1093/jpepsy/jsj119
- Cummins, R. A., & Lau, A. D. L. (2005). *Personal wellbeing index: School children (PWI-SC)* (3rd ed). Melbourne: Deakin University. Retrieved from http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., & Lucas, R. (1999). Personality, and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: Sage.
- Emmons, R. A. and McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389. doi:10.1037/0022-3514.84.2.377
- Ey, S., Hadley, W., Allen, D.N., Palmer, S., Klosky, J., Deptula, D., ...Cohen, R. (2005). A new measure of children's optimism and pessimism: the Youth Life Orientation Test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 548-558. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00372.x.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*, 218–226. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B.L. (2013). *Love 2.0*. New York: Hudson Street Press.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 365-376. doi:10.1037/0022-3514.84.2.365
- Froh, J.J., Yurkewicz, C. & Kashdan, T.B. (2008). Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of Adolescence*, *32*, 633-650. doi:10.1016/j.adolescence.2008.06.006
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*, 311–319. doi:10.1007/s10964-006-9036-7
- Gimenez, M. (2010) *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Y): Relación con Clima Familiar, psicopatología y bienestar psicológico* (Doctoral dissertation). Complutense University, Madrid. Retrieved from <http://eprints.ucm.es/11578/>
- Gold, J., Kim, S., Kant, A., Joseh, M. Rizzo, A. (2006). Effectiveness of virtual reality for pediatric pain distraction during i.v. placement. *Cyberpsychology & Behavior*, *9*, 207-212.
- Hazan, C. (2004). Love. In C. Peterson & M.E.P. Seligman (Eds.). *Character strengths and virtues: a handbook and classification* (pp. 303-324). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.

- Hedström, M., Kreuger, A., Ljungman, G., Nygren, P., von Essen, L. (2006). Accuracy of assessment of distress, anxiety, and depression by physicians and nurses in adolescents recently diagnosed with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 773-779. doi: 10.1002/pbc.10693.
- Hoeckenberry, M. (2004). Symptom management research in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21, 132–136. doi:10.1177/1043454204264387
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-240. doi:10.1177/0143034391123010
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, Special Issue: Social Cognition and Stress*, 7, 113-136.
- Karagozogu, S., Tekyasar, F., Yilmaz, F.A.. (2013). Effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy-induced anxiety and nausea-vomiting. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 39-50. doi: 10.1111/jocn.12030.
- Karanci, A. N., & Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 363-369. doi:10.1016/S0022-3999(02)00631-1
- Klassen, A. F., Anthony, S. J., Khan, A., Sung, L., Klaassen, R. (2011). Identifying determinants of quality of life of children with cancer and childhood cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*, 19, 1275-1287. doi: 10.1007/s00520-011-1193-x
- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algeo, S. B., Brantley, M., & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward

- spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24, 1123-1132. doi:10.1177/0956797612470827.
- Koller, D., & Gyski, C. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 5, 17-25. doi: 10.1093/ecam/nem033
- LaMontagne, L., Hepworth, J., Salisbury, M., & Riley, L. (2003). Optimism, anxiety, and coping in parents of children hospitalized for spinal surgery. *Applied Nursing Research*, 16, 228-225. doi: 10.1016/S0897-1897(03)00052-1
- Make-A-Wish Foundation of America (2011). Wish impact study. Retrieved August 8, 2013 from <http://makeawish.ca/news-events/media-kit/wish-impact-study>
- Miller, E., Jacob, E. Hoeckenberry, M.J. (2011). Nausea, pain, fatigue, and multiple symptoms in hospitalized children with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38, 382-392. doi: 10.1188/11.
- Noll, R. B., Garstein, M. A., Vannatta, K., Correll, J., Bukowski, W. M., & Davies, W. H. (1999). Social, emotional, and behavioral functioning of children with cancer. *Pediatrics*, 103, 71–78. doi:10.1002/ajmg.a.31923
- Pai, A., Drotar, D., Zebracky, K., Moore, M. Youngstrom, E. (2006) A Meta-analysis of the effects of psychological interventions in Pediatric Oncology on outcomes of psychological distress and adjustment. *Journal Pediatric Psychology*, 31, 978-988. doi:10.1093/jpepsy/jsj109
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J. R., & Blank, T. O. (2008). Positive and negative health behavior changes in cancer survivors: A stress and coping perspective. *Journal of Health Psychology*, 13, 1198-1206. doi:10.1177/1359105308095978

- Park, N. & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: the development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891-909. doi:10.1007/s10902-005-3648-6
- Park, N., Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619. doi:10.1521/jscp.23.5.603.50748
- Peterson, C., Park, N. & Seligman, M.E.P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *Journal of Positive Psychology*, 1, 17-26. Doi: 10.1080/17439760500372739
- Phipps, S., Long, A.M., & Ogden, J. (2007). Benefit Finding Scale for Children: Preliminary Findings from a Childhood Cancer Population. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1264–1271. doi:10.1093/jpepsy/jsl052
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971. doi:10.1037/0033-2909.131.6.925
- Pressman, S.D., & Cohen, S. (2012). Positive emotion words and longevity in famous deceased psychologists. *Health Psychology*, 31, 297-305. doi: 10.1037/a0025339
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394. doi:10.1098/rstb.2004.1521

- Santor, D. A. & Coyne, J. C. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment*, 9, 233-243. doi:10.1037/1040-3590.9.3.233
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247. doi:10.1037//0278-6133.4.3.219
- Seligson, J. L., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2003). Preliminary validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research*, 61, 121 – 145. doi:10.1023/A:1021326822957
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2002). Positive emotions and emotional intelligence. In L. F. Barrett & P. Salovey (Eds.), *The Wisdom in Feeling* (pp. 319-340). New York: Guilford Press.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., & Feldman-Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72, 1161-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x
- Vagnoli, L., Bastiani, C., Turchi, F., Caprilli, S., & Messeri, A. (2007). Preoperative anxiety in pediatrics: is clown's intervention effective to alleviate children discomfort? *Algia Hospital*, 2, 114-119. doi: 10.1177/1359105309350231
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E. R., Meeske, K., & Dickinson, P. (2002). The PedsQLTM in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. *Cancer*, 94, 2090–2106.

- Varni, J.W., & Limbers, C.A. (2009). The Pediatric Quality of Life Inventory: Measuring pediatric health-related quality of life from the perspective of children and their parents. *Pediatric Clinics of North America*, *56*, 843-863.
- Varni, J.W., Limbers, C.A., & Burwinkle, T.M. (2007). Parent proxy-report of their children's health-related quality of life: An analysis of 13,878 parents' reliability and validity across age subgroups using the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*, 1-10. doi: 10.1186/1477-7525-5-2
- Zebrack, B., & Chesler, M. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *11*, 132–141. doi:10.1002/pon.569

Artículo 3. Granting wishes in seriously ill children: Effects on parents' well-being / Cumpliendo deseos en niño con enfermedades graves: Efectos en el bienestar de los padres.

Resumen del artículo:

Cuando un niño es diagnosticado con una enfermedad grave, los padres se ven afectados en diferentes maneras (Witt et al., 2010; Klassen et al., 2008). La percepción de las preocupaciones y del dolor de los niños asociados a la enfermedad son probablemente las dos principales fuentes de malestar para los padres (Lamontagne et al., 2003). Los padres (especialmente las madres) están en un mayor riesgo de TEPT que los niños. Sin embargo, algunos estudios han encontrado también cambios psicológicos positivos en padres de niños enfermos (Colville et al., 2009; Barakat et al., 2006; Hungerbuehler et al., 2011). No hay muchos estudios sobre variables positivas en los padres asociadas a la enfermedad de sus hijos (Fotiadou et al., 2008; Litzelman, et al., 2011). En relación a la respuesta diferencial entre padres y madres en relación a la enfermedad del niño la información es aún más limitada. Ya que el bienestar de los niños está a menudo asociado al bienestar de los padres (Lamontagne et al., 2003), investigamos si una intervención positiva en los niños (i.e., cumplir un deseo) podría generar cambios psicológicos positivos en sus padres y madres. Nuestras hipótesis son: (1) un incremento en las emociones positivas y una reducción de las emociones negativas en el grupo del deseo; (2) una mejora en dimensiones no hedónicas (i.e., PB, creencias en la benevolencia del mundo, optimismo, fortalezas personales) que tienen una relación más profunda con las necesidades psicológicas (Deci y Ryan, 2000); (3) exploramos el posible impacto diferencial del deseo sobre padres respecto a las madres.

Treinta y ocho padres y ochenta y seis madres de niños con enfermedades graves fueron asignados a un grupo de deseo (completan las medidas de autoevaluación 2-3 días antes del deseo y 3 semanas después) o a un grupo control lista de espera (evaluados con el mismo intervalo de tiempo y que recibieron el deseo después de la evaluación).

Los resultados muestran que tanto los padres como las madres del grupo de deseo muestran niveles de emociones positivas significativamente más altos que el grupo control. La experiencia de emociones positivas en medio de la adversidad puede proporcionar los recursos psicológicos necesarios ayudan a amortiguar los efectos negativos del estrés y a restaurar esfuerzos de afrontamiento (Tugade y Fredrickson, 2002).

En segundo lugar, tanto los padres como las madres del grupo de deseo muestran más creencias sobre la benevolencia del mundo que el grupo control. La hipótesis de mundo justo (Daltbert, 2002) afirma que la gente necesita creer en un mundo justo y benevolente en el que todos consiguen lo que uno merece y merece lo que consigue. Cuando una injusticia ocurre (e.g. como una enfermedad), estas creencias se ven amenazadas. Si la injusticia no se resuelve, las personas tratan de restaurar la justicia cognitiva mediante la reevaluación de la situación. Estos resultados sugieren que la experiencia del deseo puede tener un papel importante en el incremento de estas creencias. La experiencia de sentirse querido puede ayudar a resolver las discrepancias entre las creencias sobre el mundo pre-trauma y las creencias post-trauma (Park, 2010).

Además, las madres del grupo del deseo percibieron más beneficios y mayores niveles de gratitud y amor que las madres del grupo control. Las madres del grupo experimental son más conscientes del apoyo brindado por los demás y esta conciencia

aumenta su sentimiento de agradecimiento y amor tras el deseo. La gratitud y el amor son dos de las fortalezas más fuertemente asociadas con la SV (Park et al., 2004).

En conclusión, estos resultados apoyan la necesidad de estudiar cómo la experiencia de la enfermedad puede afectar mutuamente a otros miembros familiares. El diagnóstico de una enfermedad grave está inevitablemente asociado a el funcionamiento emocional de toda la familia (Stam et al., 2006). Es posible que las circunstancias positivas, como la que se analiza en este estudio, ayuden a poner en marcha espirales ascendentes positivas dentro de la familia donde el bienestar de padres e hijos se influyan recíproca y prospectivamente, aumentando el bienestar global de toda la familia con el tiempo (Tugade y Fredrickson, 2002).

Running head: GRANTING WISHES IN SERIOUSLY-ILL CHILDREN

Granting wishes in seriously ill children: Effects on parents' well-being

Covadonga Chaves, Gonzalo Hervas, & Carmelo Vazquez

Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Complutense University

(Madrid)

Objective. When a child is diagnosed with a life-threatening illness, parents are often affected in many ways. We investigated whether a positive intervention in children (i.e., granting a wish) could promote positive psychological responses and well-being in their parents.

Method. Mothers ($N = 86$) and fathers ($N = 38$) of hospitalized children with a chronic illness were randomly assigned to either the wish group (completed measures 2-3 days before the wish and 3 weeks later) or to a waiting-list control group (with an equivalent time-lag and receiving the wish after the assessment).

Results. Both mothers and fathers from the wish group showed significantly higher levels of positive emotions and beliefs in the benevolence of the world than the control group. Moreover, mothers from the wish group reported higher benefit finding, gratitude, and love than the control group 3 weeks after the intervention.

Conclusion. The experience of the positive intervention in children promotes changes in many parents' well-being dimensions, with lasting effects for at least several weeks. We discuss the relevance of studying parents' positive responses to these positive interventions in children which could, in turn, improve children's adjustment to illness.

Key words: childhood cancer; positive affect; satisfaction with life; quality of life; benefit finding; positive intervention.

The diagnosis and treatment of childhood illnesses often have a negative impact on parents' psychological well-being (Witt et al., 2010; Klassen et al., 2008). Anxiety, depression, denial, anger, and low self-esteem are among the emotional reactions to their child's illness experienced by parents (Langton, 2000). The perception of their child's pain and the worries associated with the development of their child's illness are probably two of the most important sources of distress for parents (Lamontagne, Hepworth, Salisbury & Riley, 2003).

Existing literature that focuses on parents of children with a life-threatening illness is very limited and focuses almost exclusively on the detrimental effects of the serious illness on their well-being (Langton, 2000; Sloper, 2000). For instance, some studies showed that 50% of mothers of children diagnosed with cancer exhibited PTSD symptoms and about 20% met diagnostic criteria for PTSD (Pelcovitz et al., 1996; Landolt, Vollrath, Ribi, Gnehm and Sennhauser, 2003; Ozone et al., 2007). Parents, especially mothers, seem to be at greater risk of showing higher PTSD scores than their children. However, some studies have also found positive psychological changes in parents of critically ill children (Colville et al, 2009; Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006; Hungerbuehler, Vollrath & Landolt, 2011), which could favor a positive emotional climate and a mutual reinforcing psychological environment for the child and his/her relatives (Ochoa, Castejón, Sumalla y Blanco, 2013). Although this is likely a common phenomenon, there currently is not much literature on positive parental outcomes associated with children's diagnosis and treatment (Fotiadou, Barlow, Powell, & Langton, 2008; Litzelman, et al., 2011). Only assessing symptomatology may bias the psychological assessment process and it is therefore important to broaden the focus of psychological assessment. Current research from a positive perspective has yielded a series of constructs that are particularly relevant in life-threatening illness research:

positive affect (Pressman & Cohen, 2005), dispositional optimism (Carver & Scheier, 2001), benefit finding (Phipps, Long, Ogden, 2007; Michel, Taylor, Absolom, Eiser, 2010), personal strengths (Peterson, Park, & Seligman, 2006) or beliefs in a just world (Park, Edmondson, Fenster, & Blank, 2008). Although there is a growing interest in assessing these variables among children with a life-threatening illness (Meyerson, Grant, Carter, Kilmer, 2011), there are only a few studies that assess the well-being of parents of children with a life threatening illness.

In regard to the differential response of fathers and mothers in reaction to their child's chronic illness, the existing literature is even more limited. Although paternal roles have changed over the past few decades, with fathers becoming more involved in the care of their children, most studies have only investigated the impact of the child's chronic illness on mothers, assuming that fathers perceive the illness, react, and cope in a similar way (Katz, 2002). Therefore, it is critical that more studies are conducted to investigate fathers' perceptions and responses to their child's illness.

Based on the assumption that well-being is associated with the mental and physical health of patients, there has been a rapid increase in the number and variety of interventions provided by NGOs and organizations in pediatric settings (Koller & Gryski, 2008). Their common goal is to help these children to better cope with their situation and to promote their well-being. A paradigmatic example is wish-granting interventions, which aim to fulfill a wish expressed by the ill child. Although there have not been rigorous studies conducted on the effects of these programs, some initial results based on a survey of participants suggested that the impact on parents when a wish is granted to their child is not limited to immediate emotional effects but also may

include life enrichment, social awareness, inspiration, enhanced resilience, gratification, and improved strength and desire to overcome their illnesses⁶.

As a child's well-being is usually associated with parents' well-being (Lamontagne et al., 2003), it could be assumed that positive interventions in children (e.g., granting a wish) may give parents some relief while dealing with their child's situations and mitigate their experiences of emotional pain. In fact, some studies with clown interventions have found a significant decrease in both children's and parent's distress (Vagnoli, Caprilli, Robiglio, & Messeri, 2005; Fernandes & Arriaga, 2010). However, it is not clear whether these positive interventions not only reduce distress but also increase positive psychological outcomes as assessed with well-being measures. Furthermore, an intervention like granting a wish is a unique one, as it taps not only hedonic components of well-being but also satisfies children's psychological needs (Bornstein et al., 2003). Thus, wish granting interventions may engender greater long-term effects on children's general well-being than episodic hedonic interventions (eg., Vagnoli et al., 2005)

The aim of our study was to investigate whether granting a wish in a child with life threatening illness promotes well-being in his or her parents. Based on a well-established wish-granting program, we designed a study that could provide an adequate control group to compare the effects of this naturalistic intervention. Firstly, we hypothesized that parents in the wish group would report less negative emotions (NE) and more positive emotions (PE) than parents in the waiting-list control group. Secondly, we hypothesized that the wish would concurrently improve non-hedonic dimensions of positive functioning (i.e., benefit finding, beliefs in the benevolence of the world, optimism, personal strengths) which have a deeper relation with core

⁶ These results were found by the Wish Impact Study (Make-A-Wish Foundation of America, 2011).

psychological needs and functioning (Deci & Ryan, 2000). Finally, we explored the differential impact that fulfillment of the child's wish has on the fathers and mothers separately.

Methods

Participants

Children with a life-threatening illness and their parents recruited from local hospitals were invited to participate in our study. One hundred and eighteen families were contacted. Eighteen cases declined participation due to difficulties in making an appointment or unwillingness to participate.

a) Parents' characteristics

Thirty-eight fathers and eighty-six mothers participated in the study. In twenty-nine cases, both parents participated in the study. The mean ages of mothers and fathers were 43.08 years and 40.75 years, respectively. 80.4% of parents were married or living with partner. 73.7% of fathers and 48.2% of mothers were working.

Procedure

All participants were involved in the Little Wish Foundation⁷ wish-granting program. Parents were contacted and informed about this study⁸. Those who agreed to participate signed an informed consent. Then, children and their parents were randomly assigned to one of the two groups: the wish group or a waiting-list control group. Children and parents from the wish group completed self-report measures at Time 1 (T1: 2-3 days before fulfilling the wish) and at Time 2 (T2: 3 weeks later after fulfilling

⁷ Little Wish Foundation (LWF) operates in four different hospitals. Children who undergo a life-threatening illness and have not received a wish before may be eligible for a wish. After parental consent, all children were subjected to a masked interview by members of the staff (i.e. interview for writing a book about children in hospitals) through which a valued wish was identified (e.g., a visit to Disneyland or meet with his/her favorite soccer player). Parents and doctors became accomplices to make the wish surprise comes true.

⁸ This is part of a larger longitudinal study.

the wish). The waiting-list control group was assessed following an equivalent time-lag. T2 questionnaires were completed by thirty-six fathers and eighty-three mothers (95% and 96% of T1 participants, respectively). There were no significant differences in any of the main characteristics of the sample between those who did not complete the second measurement and those who completed it (all $ps > 0.05$).

Measures

Participants completed a number of questionnaires covering a wide range of well-being variables:

- k) *Positive and negative emotions.* We used the *Positive and Negative Emotional Style Scale, PNES* (Cohen, Alper, Doyle, Treanor, & Turner, 2006). It contains twelve adjectives (six positive and six negative). The six positive adjectives represented three subcategories of positive emotion: vigor, well-being, and calm (Cohen et al., 2006). The six negative adjectives represented three subcategories of negative emotion: depression, anxiety, and hostility (Cohen et al., 2006). Besides this scale, we added other PE and NE that could reflect significant aspects of emotional experiences related to illness. Thus, we added four negative adjectives (lonely, isolated, tired, and fatigued) that represented two subcategories of NE: loneliness and tiredness (Pressman & Cohen, 2012) and also included 10 positive adjectives (grateful, proud, safe, generous, hopeful, sociable, confident, important, attached, and strong). Parents were asked to what extent (0 = “nothing” to 4 = “extremely”) they felt each emotions on the day of the assessment. In the current sample, both the PE scale ($\alpha = .91$ for fathers and $\alpha = .89$ for mothers) and the NE scale ($\alpha = .87$ for fathers and $\alpha = .85$ for mothers) showed good internal consistency.

- l) *Benefit finding. The Benefit Finding Scale for Children, BFSC* (Phipps et al., 2007) includes 10 items (e.g. “*Having had my illness has helped me become a stronger person*”) depicting potential benefits of the illness rated on 5-point Likert scales (1 = “not true at all” to 5 = “very true for me”). Parents completed this measure slightly modified to report their own perception of benefits (e.g. “*This illness has helped me become a stronger person*”). In our study, the level of internal consistency was $\alpha=.88$ for fathers and $\alpha=.87$ for mothers.
- m) *Beliefs in the benevolence of the world*: We created a 10-item *Beliefs in the Benevolence of the World Scale, BBWS*, based upon Janoff-Bullman’s model (1989). It includes items assessing beliefs of living in a benevolent and just world (e.g., “*There are more good people than bad people in the world*”). Each item is answered on a 5-point Likert scale ranging from 0 (“not true at all”) to 4 (“very true for me”). In our study, the level of internal consistency was $\alpha=.76$ for fathers and $\alpha=.70$ for mothers.
- n) *Optimism. The Life Orientation Test, LOT* (Scheier & Carver, 1985) is a 10-item self-report scale (six target items, four filler items) to assess dispositional optimism. Each item is answered on a 5-point rating scale ranging from 0 (strongly disagree) to 4 (strongly agree). We added one item specifically related to the child’s illness (i.e. “I think my child is going to recover from his/her illness”). Cronbach's coefficient alpha for the scale was $\alpha=.71$ for fathers and $\alpha=.63$ for mothers.
- o) *Personal Strengths. The Values in Action Inventory of Strengths, VIA-IS* (Peterson & Seligman, 2004) is a 240-item scale that allows for the evaluation of 24 personal strengths. Ratings are made on a 5-point scale ranging from 1 (not at all like me) 5 (very much like me). For this study, we selected the same

strengths assessed in their children (i.e., love, perseverance, vitality, gratitude and love of learning). These strengths were found as the most strongly associated with life satisfaction in a large sample ($n = 1200$) of children from the same city and similar cultural background (Gimenez, 2010). In our study, total internal consistency $\alpha = .95$ for fathers and $\alpha = .93$ for mothers.

p) Medical status. To complement data on the children's health status, we collected information from their doctors about children's diagnosis, severity (measured by a scale from 0 to 10), the stage of disease (i.e., active treatment / off treatment / relapse / palliative), and perceived probability of survival at 1 and 5 years.

Data analysis

Chi-square and t-tests were used to confirming that initially there were no significant differences between both groups in regards to demographic variables. A chi-square (X^2) test was used for categorical variables, which was replaced by Fisher's exact test for small or empty cells. A series of mixed between-within subject analyses of variance were conducted to compare scores on the measures of well-being between the wish group and the waiting-list control group across two time periods (T1 and T2). We further examined the univariate F tests, for each dependent variable (confidence intervals adjusted by the Bonferroni procedure).

Results

The main characteristics of the sample (i.e. parent's age and children's diagnosis, time since diagnosis and severity) did not differ between both groups (all p -values > 0.05) (Table 1). With regard to psychological variables, there were no statistically significant differences between groups in T1 (all p -values > 0.05).

Table 1. *N*, means and standard deviations for control group (CG) and wish group (WG).

	Children			Fathers			Mothers		
	CG	WG	p	CG	WG	p	CG	WG	p
N	37	41	--	18	20	--	43	43	--
Age, M (SD)	11.89 (3.56)	11.49 (3.25)	.40	41.11 (7.02)	44.89 (6.65)	.11	40.63 (6.71)	41.17 (7.24)	.73
Gender (male/female)	21/16	24/17	.87	--	--	--	--	--	--
Diagnosis,			.40			.88			.08
Cancer	25	26		15	16		34	30	
Transplants	7	5		2	2		6	3	
Other diseases	5	10		1	2		3	10	
Time since diagnosis	33.23 (52.84)	54.74 (61.16)	.08	27.28 (47.36)	42.11 (61.10)	.42	31.13 (51.97)	54.44 (63.30)	.08
Severity	6.13 (2.73)	6.35 (2.77)	.81	7.13 (1.81)	7.88 (1.64)	.40	6.68 (2.36)	6.70 (2.80)	.99

Results reported by fathers

The means and standard deviations for well-being dimensions and other psychological resources for fathers are shown in Table 2. With regard to PE and NE, there was a significant interaction between group and time for PE, $F(1, 34) = 7.26$, $p = .011$, *partial eta squared* = .28 (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in T2, fathers in the wish group showed higher PE scores than the control

group. Furthermore, in comparing PE scores between T1 and T2, the wish group showed a significant increase during that period whereas the control group showed no change in PE score. Specifically, fathers in the wish group showed significantly higher levels of calm [$F(1, 34) = 6.36, p = .017, \text{partial eta squared} = .16$] and well-being [$F(1, 34) = 6.23, p = .018, \text{partial eta squared} = .15$].

With regard to the remaining of positive variables, there was also a significant interaction between group and time for beliefs in the benevolence of the world, $F(1, 34) = 4.97, p = .033, \text{partial eta squared} = .13$ (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in T2, fathers in the wish group showed higher beliefs in the benevolence of the world scores than the control group. In addition, in comparing scores between T1 and T2, the wish group showed significant increases in this scale during that period whereas the control group showed no change. There were no significant results regarding the rest of the variables (i.e, benefit finding, personal strengths and optimism).

Table 2. Means, standard deviations, interaction effects (F) and eta partial square (ηp^2) for well-being dimensions and other psychological resources reported by fathers⁹.

Measures	Minimum- Maximum	Time	Control group	Wish group	F	ηp^2
Positive emotions (PE)	0 – 4	T1	2.23 (.57)	2.18 (.64)	13.12**	.28
		T2	2.12 (.54)	2.58 (.56)		
Negative emotions (NE)	0 – 4	T1	.54 (.34)	.57 (.67)	1.02	.03
		T2	.63 (.65)	.48 (.42)		
Benefit finding, BFSC	1 – 5	T1	2.91 (.73)	3.12 (.58)	3.23	.09
		T2	2.91 (.72)	3.29 (.46)		
Beliefs in the benevolence of the world, BBWS	1 – 5	T1	2.49 (.44)	2.63 (.59)	4.97*	.13
		T2	2.48 (.423)	2.82 (.52)		
Optimism, LOT	0 – 4	T1	2.82 (.48)	2.62 (.64)	3.91	.10
		T2	2.74 (.57)	2.77 (.49)		
Love, VIA-IS	1 – 5	T1	2.97 (.64)	2.99 (.56)	.048	.002
		T2	3.07 (.61)	3.13 (.54)		
Perseverance, VIA-IS	1 – 5	T1	2.93 (.68)	3.00 (.62)	.17	.01
		T2	3.00 (.61)	3.12 (.42)		
Gratitude, VIA-IS	1 – 5	T1	2.98 (.64)	3.08 (.65)	1.75	.05
		T2	3.06 (.55)	3.36 (.52)		
Love of learning, VIA-IS	1 – 5	T1	2.52 (.56)	2.33 (.81)	2.79	.08
		T2	2.47 (.59)	2.49 (.77)		
Vitality, VIA-IS	1 – 5	T1	2.65 (.54)	2.72 (.63)	1.50	.05
		T2	2.71 (.41)	2.93 (.68)		

* $p < .05$, ** $p < .01$. *** $p < .001$

⁹ Note: BFSC (*Benefit Finding Scale for Children*), BBWS (*Beliefs in the Benevolence of the World*), LOT (*Life Orientation Test*), VIA-IS (*Values In Action Inventory of Strengths*).

Results reported by mothers

The means and standard deviations for well-being dimensions and other psychological resources for mothers are shown in Table 3. With regard to PE and NE, there was a significant interaction between group and time for PE, $F(1, 81) = 13.92, p < .001, \text{partial eta squared} = .15$ (Table 3). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in T2, mothers in the wish group showed higher PE scores than the control group. Furthermore, in comparing PE scores between T1 and T2, the wish group showed a significant increase during that period whereas the PE scores of the control group did not change. Specifically, mothers in the wish group showed significantly higher levels of vigor [$F(1, 81) = 5.42, p = .022, \text{partial eta squared} = .06$], calm [$F(1,81) = 5.27, p = .024, \text{partial eta squared} = .06$], and well-being [$F(1, 81) = 7.83, p = .006, \text{partial eta squared} = .09$].

There was a significant interaction between group and time for benefit finding [$F(1, 81) = 4.52, p = .037, \text{partial eta squared} = .05$] (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in comparing benefit finding scores between T1 and T2, the benefit finding scores of the wish group showed a significant increase during that period whereas the scores of the control group did not change.

There was also a significant interaction between group and time for beliefs in a benevolence world, $F(1,81) = 4.15, p = .04, \text{partial eta squared} = .05$ (Table 2). Post-hoc comparisons using Bonferroni tests indicated that, in comparing beliefs in a benevolence world scores between T1 and T2, the wish group showed a significant increase during that period whereas the scores of the control group did not change.

With regard to personal strengths, there were significant interactions between group and time for gratitude [$F(1, 81) = 4.01, p = .049, \text{partial eta squared} = .05$] and love [$F(1, 81) = 7.42, p = .008, \text{partial eta squared} = .09$] (Table 2). Post-hoc

comparisons using Bonferroni tests indicated that, in T2, mothers in the wish group showed higher gratitude and love scores than the control group. Furthermore, in comparing scores between T1 and T2, the wish group showed a significant increase in gratitude and love in that period whereas the control group did not change.

Table 3. Means, standard deviations, interaction effects (F) and eta partial square (ηp^2) for well-being dimensions and other psychological resources reported by mothers.

Measures	Minimum- Maximum	Time	Control group	Wish group	F	ηp^2
Positive emotions (PE)	0-4	T1	2.10 (.70)	2.09 (.51)	13.92***	.15
		T2	2.08 (.68)	2.53 (.51)		
Negative emotions (NE)	0-4	T1	.83 (.61)	.73 (.57)	.30	.004
		T2	.76 (.64)	.60 (.46)		
Benefit finding, BFSC	1-5	T1	3.19 (.78)	3.29 (.49)	4.52*	.05
		T2	3.14 (.81)	3.40 (.51)		
Beliefs in the benevolence of the world, BBWS	0-4	T1	2.45 (.55)	2.47 (.49)	4.15*	.05
		T2	2.45 (.57)	2.63 (.45)		
Optimism, LOT	0-4	T1	2.73 (.55)	2.63 (.61)	.27	.003
		T2	2.77 (.62)	2.72 (.60)		
Love, VIA-IS	1-5	T1	3.06 (.69)	3.19 (.51)	7.42**	.09
		T2	3.04 (.71)	3.37 (.48)		
Perseverance, VIA-IS	1-5	T1	2.83 (.65)	2.99 (.61)	.17	.002
		T2	2.93 (.69)	3.11 (.62)		
Gratitude, VIA-IS	1-5	T1	3.12 (.63)	3.22 (.53)	4.01*	.05
		T2	3.16 (.69)	3.43 (.46)		

Love of learning, VIA-IS	1-5	T1	2.53 (.76)	2.70 (.65)	.02	.000
		T2	2.53 (.67)	2.72 (.74)		
Vitality, VIA-IS	1-5	T1	2.62 (.62)	2.75 (.60)	1.19	.02
		T2	2.70 (.60)	2.91 (.66)		

* $p < .05$, ** $p < .01$. *** $p < .001$

Note: BFSC (*Benefit Finding Scale for Children*), BBWS (*Beliefs in the Benevolence of the World Scale*), LOT (*Life Orientation Test*), VIA-IS (*Values In Action Inventory of Strengths*).

Discussion

This study analyzed the effects of a positive intervention on parent's well-being and domains of positive functioning covering several aspects that have not been studied extensively before. According to our first hypothesis, we expected that granting a wish to children would reduce parent's NE and increase PE. Although our results did not confirm our predictions for NE, we found that wish-granting interventions successfully promoted PE in parents, and, moreover had effects that lasted for at least for several weeks. Since parents with seriously-ill children are confronted with multiple stressors, the occurrence of PE amidst adversity, whether in isolation or coexisting with NE (Larsen, Hemenover, Norris, & Cacioppo, 2003), may provide the necessary psychological resources to help buffer the negative effects of stress and restore further coping efforts (Tugade & Fredrickson, 2002).

According to our second hypothesis, we expected that granting a wish would promote positive functioning and other psychological resources in parents (i.e., benefit finding, beliefs in the beliefs of the world, optimism, and personal strengths). Results revealed that fathers and mothers showed a differential pattern of results. Both fathers

and mothers in the wish group increased their beliefs in the benevolence of the world compared to the control group. These beliefs are considered to be a cognitive coping mechanism, which serves as a buffer to protect subjective well-being (Daltbert, 2002). The just world hypothesis states that people need to believe in a just and benevolent world in which everyone gets what they deserve and deserves what they get (Daltbert, 2002). When this belief is threatened by an injustice, people are motivated to defend it. If the injustice seems unlikely to be resolved in reality, people restore justice cognitively by re-evaluating the situation in line with their belief in a just world and adopting belief systems that serve to justify the new reality. The findings of the present study suggest that the wish-granting intervention may have an important role in enhancing these beliefs in the benevolence of the world. Additionally, the observed changes reveal that, although PE promoted by granted wishes may be considered transient and ephemeral, changes in core beliefs may have long-lasting effects on parents' well-being through deeper cognitive change. The experience of feeling cared for may help to resolve the discrepancies between pre-trauma assumptive worldviews and post-trauma situations (Park, 2010).

In addition to changes in beliefs, mothers also exhibited other significant results. Mothers in the wish group reported significantly higher benefit finding in comparison to the control group. Benefit finding is a particularly relevant dimension in parents with children undergoing a life-threatening illness, given the different mechanisms by which BF is associated with positive outcomes (Helgeson et al., 2006). Furthermore, results revealed that the mothers in the wish group showed significantly higher gratitude and love after the granting of the wish than those in the comparison group. Increases in personal strengths after trauma are supported by previous research (Peterson and Seligman, 2003). Mothers in the wish group became more aware of the support provided by others and this awareness may led to a sense of thankfulness and love in

response to fulfilling a wish. Gratitude and love are two of the strengths most robustly associated with life satisfaction (Park, Peterson, & Seligman, 2004). Gratitude appears to be a powerful resilience factor that may help people to cope with traumatic experiences (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003). Several studies have shown that interventions promoting gratitude reduced negative affect and increased levels of positive affect, life satisfaction, and optimism about the future (Emmons & McCullough, 2003; Bono & McCullough 2006). Thus, a grateful attitude may help the individual find positive meaning in negative circumstances (Emmons & McCullough, 2003). On the other hand, love (and feeling loved) is perhaps the central human emotion (Fredrickson, 2013) as it provides emotional security and confidence which, in this case, would help mothers be more effective in coping with daily stress (Hazan, 2004). Caring ties can buffer people from adversity and pathology as well as enhance their well-being (Fredrickson, 2013).

Our study has some limitations. Only thirty-eight fathers participated in this study and therefore future research should recruit a larger number of fathers. Moreover, although fathers are becoming more involved in the care of their children, mothers are still usually the main caregiver and fathers' are usually less available to participate in studies. Literature on the differential impact of the child's chronic illness on the fathers and mothers is limited (Katz, 2002). To consider mothers and fathers separately is a novel and complementary approach which should be considered given that fathers and mothers probably have different patterns of responses to these interventions.

Despite this limitation, we believe that our study made some important contributions to the current literature in the field. Diagnosis of a life threatening illness in children is inevitably associated with emotional involvement of the whole family (Stam *et al.* 2006). Perception of the child's distress is one of the most common

explanations for parental anxiety (Lamontagne et al., 2003). Thus, parents' perception of positive changes may be an indicator of actual changes in the children but also may serve to promote the well-being of the parents themselves, which may contribute to creating or maintaining upwards spirals of PE in the nuclear family within the turmoil of adverse experiences (Tugade & Fredrickson, 2002). Thus, it is important to promote studies including parents' measures and/or the dynamics between children and parents. Positive interventions, like the one analyzed in this research, are increasingly being integrated into pediatric oncology care and this is, to our knowledge, the first controlled study of the effects on parents' well-being pertaining to this kind of intervention for ill children. Although this intervention is aimed at children, it involves both parents and children and the results indicate that parents may also experience and appreciate positive changes as a result.

Thirdly, most of the studies on psychological interventions in these clinical contexts are usually focused on the parents' psychological distress associated with the illness. Yet, an exclusive focus on the detrimental effects may impede the observation of changes in other relevant areas of psychological functioning. Multidimensional assessment that includes a wide array of well-being measures provides a more accurate picture of parents' responses to potentially stressful events.

Although it is necessary to provide effective treatments for emotional and behavioral difficulties when they do arise, to future treatments should also aim to promote resilience and positive adjustment. A neglected area of research is the dynamics of emotional changes that illnesses, and other stressful life events, may produce in the affected and their relatives. Following the thread of recent research (Ochoa et al., 2013), we believe that our data highlight the importance of how the experience of illness may mutually affect all the family members. It is also possible that

positive circumstances, like the one analysed in this study, may help to trigger positive upward spirals within the family in which both parents' and children's well-being reciprocally and prospectively predict one another, enhancing higher global family well-being over time (Tugade & Fredrickson, 2002).

Acknowledgements

This study was funded by Lafourcade-Ponce Foundation. The authors would like to thank Fundación Pequeño Deseo (Little Wish Spanish Foundation) for providing contact with the children and for always being available to help.

Referencias

- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 413–9. doi:10.1093/jpepsy/jsj058
- Bono, G., & McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 147–158. doi:10.1891/jcop.20.2.147.
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. M., & Moore, K., (Eds.) (2003). *Well-Being: Positive Development Across the Life Course*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2001). Optimism, pessimism, and self-regulation. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine, 68*, 809–815. doi:10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c
- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V, Alcock, J., y Noyes, J. (2009). The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive Critical Care Nursing, 25*, 72-79.
- Dalbert, C. (2002). Beliefs in a just world as a buffer against anger. *Social Justice Research, 15*, 123–145.

- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389. doi:10.1037/0022-3514.84.2.377
- Fernandes, S. C., & Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 405-415.
- Fotiadou, M., Barlow, J. H., Powell, L. A., & Langton, H. (2008). Optimism and psychological well-being among parents of children with cancer: an exploratory study. *Psycho-Oncology*, 17(4), 401-409.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376. doi:10.1037/0022-3514.84.2.365
- Fredrickson, B.L. (2013). *Love 2.0*. New York: Hudson Street Press.
- Gimenez, M. (2010) *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Y): Relación con Clima Familiar, psicopatología y bienestar psicológico* (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://eprints.ucm.es/11578/>
- Hazan, C. (2004). Love. In C. Peterson & M.E.P. Seligman (Eds.). *Character strengths and virtues: a handbook and classification* (pp. 303-324). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797–816. doi:10.1037/0022-006X.74.5.797
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M.E. & Landolt, M.A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology, 16*, 1259-1267.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition, 7*(2), 113-136.
- Katz, S. (2002). When the Child's Illness is Life Threatening: Impact on the Parents. *Pediatric Nursing, 28*(5), 453-464.
- Klassen, A. F., Klaassen, R., Dix, D., Pritchard, S., Yanofsky, R., O'Donnell, M., ... & Sung, L. (2008). Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life. *Journal of Clinical Oncology, 26*(36), 5884-5889.
- Koller, D., & Gryski, C. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 5*(1), 17-25.
- LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., Salisbury, M. H., & Riley, L. P. (2003). Optimism, anxiety, and coping in parents of children hospitalized for spinal surgery. *Applied nursing research, 16*(4), 228-235.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Ribi, K., Gnehm Hp.E. & Sennhauser, F.H. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in paediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1199-1207.

- Langton, H. (Ed.). (2000). *The child with cancer: Family-centred care in practice*. Elsevier Health Sciences.
- Larsen, J. T., Hemenover, S.H., Norris, C.J., & Cacioppo, J. T. (2003). Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. In L. G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field* (pp. 211-226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., & Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 20(8), 1261-1269.
- Meyerson, D., Grant, K., Carter, J., Kilmer, R. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 949-964. doi:10.1016/j.cpr.2011.06.003
- Michel, C., Taylor, N.C., Absolom, K., Eiser, C. (2010). Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children. *Child: care, health and development*, 36, 123-129.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E.C., & Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos: ¿Crecimiento vicario o secundario?. *Terapia psicológica*, 31(1), 81-92.
- Ozone, S., Saeki, T., Mantani, T., Ogata, A., Okamura, H., y Yamawaki, S. (2007). Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Supportive Care in Cancer*, 15, 309-317.

- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, *136*, 257-301. doi: 10.1037/a0018301
- Park, C. L., Edmondson, D., Fenster, J.R. & Blank, T.O. (2008). Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 863-875. doi:10.1037/a0013348
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of social and Clinical Psychology*, *23*(5), 603-619.
- Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Kaplan, S., Weinblatt, M., Mandel, F., Meyers, B., et al., (1996). Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics*, *37*, 116-126.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (Eds.) (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification* (pp. 143-159). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, *14*, 381-384. doi: 10.1111/1467-9280.24482
- Peterson, C., Park, N. & Seligman, M.E.P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, *1*, 17-26. doi:10.1080/17439760500372739
- Phipps, S., Long, A.M., & Ogden, J. (2007). Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*, 1264–1271. doi:10.1093/jpepsy/jsl052

- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, *131*(6), 925
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2012). Positive emotion word use and longevity in famous deceased psychologists. *Health Psychology*, *31*(3), 297.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219-247. doi:10.1037//0278-6133.4.3.219
- Sloper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: A prospective study. *Journal of pediatric psychology*, *25*(2), 79-91.
- Stam, H., Hartman, E. E., Deurloo, J. A., Groothoff, J., & Grootenhuis, M. A. (2006). Young adult patients with a history of pediatric disease: impact on course of life and transition into adulthood. *Journal of adolescent health*, *39*(1), 4-13.
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2002). Positive emotions and emotional intelligence. In L. F. Barrett & P. Salovey (Eds.). *The Wisdom in Feeling* (pp. 319-340). New York: Guilford Press.
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A., & Messeri, A. (2005). Clown doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study. *Pediatrics*, *116*(4), e563-e567
- Witt, W. P., Litzelman, K., Wisk, L. E., Spear, H. A., Catrine, K., Levin, N., & Gottlieb, C. A. (2010). Stress-mediated quality of life outcomes in parents of childhood cancer and brain tumor survivors: a case-control study. *Quality of Life Research*, *19*(7), 995-1005.

Artículo 4. Building life satisfaction through positive emotions, benefit finding and strengths of character: A longitudinal study in children with a life-threatening illness / *Construyendo satisfacción vital a través de las emociones positivas, la percepción de beneficios y las fortalezas de carácter: Un estudio longitudinal en niños con enfermedades amenazantes para la vida.*

Resumen del artículo:

En este artículo, se propone un modelo explicativo que permite entender el proceso de construcción de recursos del bienestar con el tiempo. Este modelo explora las vías a través de las cuales los niños consiguen un buen ajuste psicológico a la hora de afrontar una enfermedad grave. La literatura sugiere que las personas incrementan sus niveles de SV en el tiempo gracias al desarrollo de recursos para afrontar mejor las circunstancias (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, y Conway, 2009). Siguiendo este razonamiento, exploramos asociaciones con SV y variables conceptualmente relevantes que se han asociado tradicionalmente con SV. Concretamente, exploramos si los cambios en calidad de vida relacionada con la salud y los cambios en algunos recursos psicológicos (i.e., PB y fortalezas) pueden generar cambios positivos en SV en el tiempo (Hedstrom et al., 2003; Meyerson, Grant, Carter, y Kilmer, 2011; Gilham, et al., 2011).

Además de este objetivo, este artículo plantea cuáles son las dinámicas a través de las que los niños encuentran beneficios a una experiencia difícil. Hay un creciente interés en proporcionar apoyo empírico al papel que las emociones positivas puede desempeñar como facilitadoras del afrontamiento adaptativo y ajuste a la enfermedad crónica (e.g. Folkman y Moskowitz, 2000). Además, el carácter de las personas puede cambiar durante la adversidad y quizás un cambio en las fortalezas de las personas pueda acompañar la construcción de resiliencia o incluso ser responsable de ella

(Peterson et al., 2006). A su vez, este crecimiento personal tiene un efecto recíproco y puede desencadenar el fortalecimiento del carácter (Peterson et al., 2008).

Este estudio pretende explorar el papel de los problemas de funcionamiento relacionados con la salud, la PB y las fortalezas personales como predictores de los cambios en SV en el tiempo. En nuestra hipótesis se plantean dos diferentes vías generales por las que la SV puede cambiar con el tiempo. Primero, esperábamos que, siguiendo planteamientos más tradicionales, la SV estuviera negativamente predicha por los problemas de funcionamiento relacionados con la salud. En segundo lugar, basado en literatura más reciente sobre salud mental positiva, esperamos que los cambios en SV en la muestra de niños con enfermedad grave dependieran de en qué medida los niños hubieran desarrollado recursos durante los últimos 6 meses. Así, la SV estaría positivamente predicha por los cambios tanto en fortalezas personales como en PB. Finalmente, se hipotetizó que las fortalezas personales mediarían la relación entre emociones positivas y los cambios en PB en el tiempo.

Usando análisis de senderos a través de modelos de ecuaciones estructurales y a través de un diseño longitudinal exploramos las dinámicas entre las variables. Los resultados mostraron que los cambios en los problemas de funcionamiento relacionados con la salud fueron negativamente relacionados con los cambios en SV. Además, el cambio positivo en PB y en fortalezas del carácter como el amor o la gratitud, predecían cambios positivos de SV en el tiempo. Finalmente las emociones positivas predecían cambios en PB en el tiempo a través de las fortalezas personales (concretamente, vitalidad y gratitud).

Estos resultados apoyan la evidencia previa de que los cambios positivos en recursos psicológicos (i.e., emociones positivas, PB, amor, gratitud y vitalidad) pueden

incrementarse durante situaciones altamente estresantes y estas mejoras pueden ayudar a los niños a generar resultados positivos bajo circunstancias adversas.

Este es el primer estudio, hasta donde sabemos, que ha examinado relaciones entre estas variables conceptualmente relevantes tomadas en conjunto en una muestra pediátrica expuesta a dificultades graves. Además, la mayoría de estas asociaciones han sido exploradas a través de estudios transversales (Meyerson et al., 2011). Por tanto este estudio, usando un modelo de ecuaciones estructurales, permite arrojar luz sobre los posibles roles causales de estas variables en SV y sobre cómo las emociones positivas generan crecimiento a través de las fortalezas personales.

Running head: BUILDING LIFE SATISFACTION IN ILL CHILDREN

Building life satisfaction through positive emotions, benefit finding and strengths of character: A longitudinal study in children with a life-threatening illness

Covadonga Chaves¹, Gonzalo Hervas¹, Felipe E. García² & Carmelo Vazquez¹

¹Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Complutense University
(Madrid)

²School of Psychology, Santo Tomás University (Concepción, Chile)

Abstract

Introduction. Recent literature has suggested that people increase their life satisfaction over time as a result of developing positive psychological resources (e.g. benefit finding). However, previously this hypothesis had not been tested in children. Since suffering from illness is usually associated with challenge and growth, we hypothesized that changes in life satisfaction in a sample of ill children would depend on to what extent they developed resources.

Methods. Children with a life threatening illness ($N = 67$, ages 7 - 18 years) completed the Student Life Satisfaction Scale (SLSS), a measure of health-related functioning problems, a measure of positive emotions (PE), the Benefit Finding Scale for Children (BFSC), and a measure of strengths from the Values in Action Inventory of Character Strengths for Youth (VIA-Y). The same measures were assessed six months after the first assessment.

Results. Using structural equation modeling techniques, results revealed that health-related functioning problems were associated with negative changes in life satisfaction over time. Moreover, increases in benefit finding and character strengths (i.e., love and gratitude) predicted positive changes in LS over time. Finally, positive emotions predicted changes in benefit finding over time through several personal strengths (i.e., vitality and gratitude).

Conclusion. The development of positive psychological resources in children experiencing high levels of stress may promote desirable psychological outcomes. Therefore, in order to help clinicians prevent negative outcomes, future research should strive to better understand life satisfaction and its underlying predictors in children experiencing difficult life circumstances.

Introduction

Traditional assessments of children's mental health in the context of chronic illness have focused on measuring distressing experiences and symptoms of psychopathology (Bennett, 1993; Collins, et al., 2000; Hedström, Haglund, Skolin, & von Essen, 2003). However, there is growing interest in assessing and promoting well-being, particularly now when survival rates are increasing and medical treatments have advanced significantly (Zebrack & Chesler, 2002; Klassen, Anthony, Khan, Sung, Klaassen, 2010; Hedström, Skolin, von Essen, 2004; Huebner, et al., 2004).

Life satisfaction (LS) has been defined as an individual's perception of the quality of his or her life as a whole or within specific life domains (e.g., family life, school experiences) (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Huebner, Suldo, Valois, 2005). Although research in relation to LS in children and adolescents is relatively scarce compared with research pertaining to adults, recently it has become common for pediatric studies to incorporate these measures, reflecting a growing awareness of the fact that well-being goes beyond the mere absence of symptoms (Huebner et al., 2005). The importance of using both positive and negative well-being indicators in child mental health has been well supported (Greenspoon & Saklofske, 2001; Joseph & Wood, 2010). LS is one of the key indicators of positive psychological well-being in this dual-factor model of mental health.

Research with children has revealed a wide array of correlates of LS, including a variety of psychopathological symptoms (depression, anxiety, low self-efficacy, loneliness) and physical health indices (e.g., eating behavior, exercise) (Huebner et al., 2005). Furthermore, some research suggests that LS is likely to be not only an outcome but also a source of well-being. Longitudinal studies over the life span reveal that high levels of LS often precede and predict subsequent positive well-being outcomes.

Therefore, LS is not only an outcome but also a source of positive well-being (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005; Helliwell, Layard, & Sachs, 2013).

With regard to predictors of LS in children with a life threatening illness, health-related quality of life plays an important role. Illness during childhood and adolescence is connected with a wide range of negative experiences such as fears of alienation, fears of altered appearance, fears of dying, and various physical concerns (Hedstrom et al., 2003). Furthermore, symptoms often associated with treatment and other long-term consequences of illness (e.g. chronic fatigue or pain negatively) often negatively impact overall quality of life (Zebrack & Chesler, 2002; Whitaker, Nascimento Bousso, & Lima, 2013).

However, existing research on the contribution of psychological resources toward increased LS over time is fairly limited. Previous studies suggest that people increase their LS over time not only from the summation of good and bad feelings, but also as a result of the development of resources for better living (Cohn et al., 2009). These skills include resilience, emotion regulation, problem solving, and the ability to change perspective (Cohn et al., 2009). Consistent with this model, in this study we explored whether certain psychological resources previously shown to be associated with positive adjustment (i.e. benefit finding and personal strengths) also promote increased LS over time in children with a life threatening illness.

Regarding benefit finding (BF), over the last couple decades there has been increasing evidence suggesting that although a minority of children has some difficulties with adjustment and/or symptoms of psychological distress, the majority with a medical condition or a chronic illness also experience positive changes and growth (Canning, Canning, & Boyce, 1992; Currier, Hermes, & Phipps, 2009; Phipps, Long, & Ogden, 2007). For instance, Barakat, Alderfer, and Kazak (2006) found that

84.7% of adolescent survivors of childhood cancer reported at least one positive consequence of having had cancer. From this perspective, the onset of a serious illness may be considered not only as a potentially traumatic event for the patient, but also as a potential catalyst for resilience and growth (Phipps et al., 2007). Research on the construct of BF is particularly relevant for children with a life threatening illness given the different pathways by which BF may improve physical and psychological health (Bower, Moskowitz & Epel, 2009). Studies of the relationship between BF and other positively-valenced outcomes among children and adolescents with a life threatening illness largely suggest that a positive relationship exists between these variables (Meyerson, Grant, Carter, & Kilmer, 2011). However, some studies did not find a relationship between reported growth and adjustment (Calhoun, Tedeschi, Cann, Hanks, 2010). These inconsistent results suggest that this relationship may be more complex than previously believed. In their review, Helgeson, Reynolds, and Tomich (2006) suggested that BF was more likely to be associated with other positive outcomes when more time had elapsed since the traumatic event, highlighting the potential utility of perceived benefits to serve as catalyst for long-term change beyond itself. Alternatively, third variables may be moderating this relationship. For example, Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve (2012) found that reported growth had a significant but weak association with life satisfaction. When they tested the indirect path through meaning in life by which reported growth is linked to life satisfaction, this path was also statistically significant.

Personal strengths may help to explain these relationships. Research on character strengths has shown that personal strengths play an important role in adjustment during heightened levels of stress (Peterson & Seligman, 2003; Peterson, Park & Seligman, 2006). Some studies have suggested that growth following trauma may entail the

strengthening of character (Peterson, Park, Pole, D'Andrea, Seligman, 2008). In a study of changes in character before and after the terrorist attacks of 9/11, Peterson and Seligman (2003) found that certain personal strengths, namely faith, hope, and love, increased among Americans suggesting that psychological strengths and virtues may be context-dependent and especially sensitive to changes in life circumstances. Similarly, previous research on personal strengths has shown that people with serious physical illnesses report higher levels of appreciation of beauty, bravery, curiosity, fairness, forgiveness, gratitude, humor, kindness, love of learning, and spirituality (Peterson et al., 2006). Furthermore, some studies have indicated that changes in character strengths accompany, or even predict, the positive changes in LS over time (Peterson et al., 2006; Proyer, Gander, Wellenzohn, & Ruch, 2013). The role of personal strengths as predictors of subjective well-being has been also demonstrated in a sample of adolescents (Gilham, et al., 2011).

Taken together, these studies suggest that LS may change amidst adversity and changes in health-related quality of life, BF and character strengths, among other mediators, may be partly responsible for changes in LS. Furthermore, these studies suggest that character strengths play an especially important role during heightened levels of stress. That being the case, pathways by which children actually derive benefits from a difficult experience are still unclear.

Thus far, empirical studies have still paid little attention to emotional states as predictors of growth. However, some studies have found that resilient children are characterized by high positive emotionality (Block & Kremen, 1996). Although traditional research on coping with a chronic illness has largely focused on the management of negative emotions (Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012; Patenaude & Kupst, 2005; Kazak, et al., 2004), there is a growing interest in providing empirical

support for the role that PE may have as important facilitators of adaptive coping and adjustment to chronic stress (e.g., Folkman & Moskowitz, 2000). The occurrence of PE amidst adversity, whether in isolation or coexisting with negative emotions (Larsen, Hemenover, Norris, & Cacioppo, 2003), may provide the necessary psychological resources to help buffer the negative effects of stress and restore further coping efforts (Tugade & Fredrickson, 2002). Furthermore, beyond this buffering effect, Folkman and Moskowitz (2000) highlight three kinds of coping related to the occurrence and maintenance of PE: (1) positive reappraisal (i.e., finding a “silver lining”), (2) problem-focused coping (i.e., efforts directed at solving or managing the distressing problem), and (3) infusing ordinary events with positive meaning (e.g., appreciating a compliment). Thus, PE may facilitate adaptive responses through multiple mechanisms in the coping process. Recently, Joseph, Murphy, and Regel (2012) modified their previous model of growth to include affective components (e.g., positive and negative affect) as predictors of growth. They suggested that emotional states occur as a repetitive cyclic process until discrepancies between pre-trauma assumptive worldviews and post-trauma information are resolved.

The *broaden-and-build theory* of PE (Fredrickson, 1998; 2001) provides a useful theoretical framework to understand how PE may promote resilience and BF. According to this theory, to the extent that PE broaden the scope of attention and cognition, enabling flexible thinking, PE should also enhance people’s enduring personal resources that are essential to adaptive coping responses following traumatic circumstances (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003). In turn, patterns of adaptive coping can be considered a durable personal resource, which can contribute to a greater potential to ‘bounce back’ and to find positive meaning in future adversities. Thus, according to the theory, experiences of PE might also, over time, build psychological resilience, not just

reflect it (Fredrickson, 2001). These reciprocal relations among PE and positive meaning suggest that, over time, the effects of PE accumulate and trigger upward spirals, in part, by building resilience and other psychological resources that influence the ways people cope with adversity (Tugade & Fredrickson, 2002). Other personal resources include physical (e.g. healthy behaviors) (Cohen, Alper, Doyle, Treanor, & Turner, 2006), social (Kok, et al., 2013), intellectual (Tugade & Fredrickson, 2002), and psychological resources (e.g., optimism, creativity) (Scheier & Carver, 1993). An individual's character may change amidst adversity. It is likely that a change in character strengths often accompanies this building of resilience or is even partly responsible for its development (Peterson et al., 2006). In turn, as mentioned above, these growth experiences have a reciprocal effect and may entail the strengthening of character (Peterson et al., 2008). Therefore, although PE can be considered transient and ephemeral, they may have a rather long-term effect on increasing or maintaining people's subsequent psychological well-being since they help foster more effective long-term coping resources (Tugade, Fredrickson & Feldman, 2004).

Currently, there are no studies that have considered the relationships among these specific variables and most of the studies that examine these dimensions have been conducted with adult samples (Peterson et al., 2006; Cohn et al., 2009; Fredrickson, 2001). Another limitation of previous studies is that most of them are cross-sectional (Meyerson et al., 2011), which makes it difficult to shed light on the causal role of BF and character strengths in positive psychological changes during illness. In order to address some of the existing gaps in the coping literature, we examined several factors that seem to be related to and/or influence BF among children and adolescents coping with a serious illness.

In this paper, we will specifically focus on aspects of positive adjustment that children may exhibit across time when they have a life threatening illness. Using path analysis through structural equation modeling (SEM) and a longitudinal design to explore the dynamics between variables, the present study aims to explore the role of health-related functioning problems, BF and personal strengths as predictors of changes in LS over time. We hypothesized two different general pathways by which LS can change over time. First, it was expected, following more traditional research, that LS would be negatively predicted by health-related functioning problems. Second, based on more recent literature on positive mental health, it was expected that LS would be positively predicted by changes in both personal strengths and BF. Finally, we hypothesized that personal strengths may mediate the relationship between positive emotions and changes in benefit finding over time.

Methods

Participants

Forty-nine children (59% male) with a severe illness participated in this study. Participants ranged from 7 to 18 years of age (mean = 12.06; *SD* = 3.31 years). In terms of pathology, 69.4% of participants were diagnosed with cancer, 10.2% had undergone or were about to undergo organ transplantation and 20.4% suffered from other life-threatening diseases. Regarding the stage of the disease, the percentages were distributed as follows: 34.5% were off treatment, 48.3% in active treatment, and 17.2% in relapse. Mean months since diagnosis was 53.74 (*SD* = 68.34). The mean severity of the disease, which was assessed by doctors on a scale from 0 to 10, was 6.26 over 10 (*SD* = 2.90). Regarding the prognosis reported by doctors, the percentages were distributed as follows: 14.3% unfavorable, 17.9% favorable, and 69.6% intermediate

risk. The average probability of survival at 1 and 5 years were 83.39% and 69.61%, respectively.

Measures

- a) *General life satisfaction. The Student Life Satisfaction Scale, SLSS* (Huebner, 1991) consists of seven items designed to measure overall satisfaction with life, without making any specific reference to any particular domain (e.g., “In my life things are going well”). Each item is answered on a 4-point Likert scale ranging from 0 = “never” to 3 = “almost always”. In our study, internal consistency was $\alpha = .78$.
- b) *Positive emotions. The Positive and Negative Emotional Style Scale, PNES* (Cohen et al., 2006) contains twelve adjectives (six positive and six negative). The six positive adjectives represent three subcategories of positive emotion: vigor, well-being, and calm (Cohen et al., 2006). Participants were asked to what extent (0 = “nothing” to 4 = “extremely”) they felt each emotion on the day of the assessment (in order to ameliorate retrospective biases or memory errors). In the current sample, the positive emotions scale ($\alpha = .92$) showed adequate internal consistency.
- c) *Benefit finding. The Benefit Finding Scale for Children, BFSC* (Phipps et al., 2007) includes 10 items (e.g. “Having had my illness has helped me become a stronger person”) depicting potential benefits of the illness rated on 5-point Likert scales (1 = “not true at all” to 5 = “very true for me”). In our study, the level of internal consistency was $\alpha = .90$.
- d) *Personal strengths. The Values in Action Inventory of Character Strengths for Youth, VIA-Y* (Park & Peterson, 2006) is a 198-item scale that allows for the evaluation of 24 personal strengths. In order to keep the protocol as short as

possible, we selected strengths (i.e., love, vitality, and gratitude) that have shown the highest correlations with LS in a large sample of children (N = 1200) with similar demographic characteristics (Gimenez, 2010). The resulting scale contains 25 items. We used the highest-loading items on each scale. Each item is answered on a 5-point Likert scale ranging from 1 (“not true at all”) to 5 (“very true for me”). Levels of internal consistency of subscales were $\alpha = .56$, $.84$, and $.73$, respectively.

e) *Health-related functioning problems.* We used *The Pediatric Quality of Life Scale, PedsQoL* (Varni, Burwinkle, Katz, Meeske, & Dickinson, 2002). The health-related questionnaire assesses how often in the past month children have had problems with pain, anxiety related to medical procedures and treatment, nausea, cognitive problems, and concerns about the disease, physical appearance and communication with others about their disease. Items are presented on a 5-point Likert scale ranging from 0 = never to 4 = almost always. In the present study Cronbach’s alpha was $\alpha = .86$.

f) *Medical status:* To complement data on the children’s health status, we collected information from their doctors about children’s diagnosis, severity (measured by a scale from 0 to 10), the stage of disease (i.e., active treatment / off treatment/ relapse / palliative), and estimated probability of survival at 1 and 5 years.

Procedure

Children in the study were recruited from four public hospitals where they were hospitalized¹⁰. A total of 81 children (ranging in age from 7 to 18 years) were initially contacted. Participants who were unable to answer the provided questionnaires due to

¹⁰ The present study is part of a larger longitudinal study on the work of organizations and foundations working with children in hospitals.

their cognitive development ($n = 6$), health status ($n = 5$) or who declined to participate ($n = 3$) in the study were excluded. For their inclusion, both parents and children had to agree to participate and sign an informed consent. Sixty-seven children completed self-report measures at the first assessment, T1. In order to ensure that children understood the scales' response format to give the correct answer, we used different strategies: 1) we incorporated a pre-test protocol to determine the cognitive competence of participants and make sure they understood Likert-format scales (Cummins & Lau, 2005). When needed, children were trained in ordering magnitudes, scaling concrete objects, and scaling abstract references (i.e. emotion faces). Whenever children showed any problem with Likert-format scales, we used a reduced-choice format; 2) for some questionnaires (e.g. quality of life scales), we used age group versions (ages 5-7; ages 8-12; ages 13-18). They are parallel forms with minor differences in the test instructions and wording which are structured to be more appropriate for young children, children and teens. For instance, the young children version (ages 5-7) used a reduced-choice Likert-format scale and visual aids (i.e. faces); 3) furthermore, to maximize the children's understanding of the multiple response options, we also used visual cards and thermometer images so that children could physically point out their answer if needed (Cummins & Lau, 2005). The thermometer scale option has shown a good reliability for children below nine years of age (Cremeens, Eiser, & Blades, 2007). Finally, instruments were administered verbally when needed.

At T2, six to nine months after the first assessment, children were contacted again. Forty-nine participants (73% of the initial sample, 57% male) completed a second set of measurements of PE, personal strengths, and BF. The loss of participants at the time of our T2 follow-up was due to mortality ($n = 5$), health status ($n = 8$) and difficulties in making an appointment ($n = 5$). There were no significant differences in

any of the main characteristics of the sample (i.e. age, gender, diagnosis, time since diagnosis, severity, and prognosis at 1 and 5 years) between those who did not complete the second measurement and those who completed it (all $p > 0.05$).

Data analysis

Descriptive and correlation analyses were initially conducted. Then, different path models were tested to assess which showed best fit, using path analysis through SEM.

The hypothesized structural equation models were tested using AMOS v18.0 (SPSS). The full information maximum likelihood (FIML) estimation method was used to generate the standardized parameter estimates. The following criteria (Hu & Bentler, 1999; Yu, 2002) were utilized: a) χ^2 : a perfect fit is indicated by a non-significant value; b) χ^2/df : a good fit is indicated by a value lower than 2; c) CFI and TLI: an acceptable fit is indicated by a value $\geq .90$, whereas a good fit is indicated by a value $\geq .95$; d) RMSEA: an acceptable fit is indicated by a RMSEA value $\leq .08$ (90% CI ≤ 0.10), whereas a good fit is indicated by a RMSEA $\leq .05$ (90% CI ≤ 0.08); e) AIC: is a comparative indicator, where a lower values favor the choice of model.

Mardia coefficient yielded a value of 3.87, which was within the suggested score of ± 5 to assume multivariate normality (Bentler, 2005). These results allowed the use of the full information maximum likelihood (FIML) estimation method to generate the standardized parameter estimates (Rodriguez & Ruiz, 2008). As recommended for small sample sizes, we used non-parametric bootstrapping to test the indirect effects (Preacher & Hayes, 2004; Byrne, 2001).

Results

Participant characteristics

There were no statistically significant differences between boys and girls in any of the main characteristics of the sample (i.e. age, type of diagnosis, months since diagnosis, stage of disease, prognosis and attitude toward treatment). There were also no statistically significant differences between recovered children and children undergoing treatment in any of the key study measures.

Preliminary analyses

Table 1 shows means and standard deviations of all variables included in the study. As shown in this table, whereas all well-being related measures showed a significant increase at T2, measures of health-related functioning problems did not significantly change from T1 to T2. Table 2 shows a correlation analysis of all the variables included in the study.

Table 1. Mean and standard deviation of the variables included in the study (N = 49)

	M	SD	t	P
Life satisfaction (SLSS)			-4.23	.000
T1	13.86	3.98		
T2	16.31	3.62		
Positive emotions (PE)				.025
T1	14.42	5.25	-2.31	
T2	15.86	4.71		
Benefit finding (BFSC)			-3.05	.004
T1	38.91	9.07		
T2	41.21	7.26		
Vitality (VIA-Y)			-2.26	.028
T1	17.45	4.25		
T2	18.69	4.23		
Gratitude (VIA-Y)			-2.34	.024
T1	20.87	2.99		
T2	22.17	2.72		
Love (VIA-Y)			-2.31	.025
T1	16.51	2.38		
T2	17.33	2.46		
Health-related functioning problems (PedsQoL)			-.88	.38
T1	28.53	13.75		
T2	26.42	18.00		

Table 2. Bivariate correlations among the variables included in the study (N=49)

	PE 1	BFSC 1	Vitality 1	Gratitude 1	Love 1	PedsQoL 1	SLSS 2	BFSC 2	Vitality 2	Gratitude 2	Love 2	PedsQoL 2
Life satisfaction (SLSS, T1)	.59**	.22	.45**	.36**	.32*	-.33*	.38**	.31*	.30*	.11	.30*	.03
Positive emotions (PE, T1)	1	.30*	.53***	.51***	.37**	-.39**	.42**	.49***	.39**	.17	.18	-.09
Benefit finding, (BFSC, T1)		1	.53***	.48***	.32*	-.19	.21	.85***	.31*	.48***	.32*	-.04
Vitality, (VIA-Y, T1)			1	.70***	.49** *	-.34*	.40**	.71***	.60***	.33*	.33*	-.04
Gratitude, (VIA-Y, T1)				1	.60** *	-.12	.40**	.66***	.32*	.42**	.35*	.11
Love, (VIA-Y, T1)					1	-.02	.40**	.46***	.30*	.45***	.69***	.28*
PedsQoL, T1						1	-.21	-.30*	-.17	.02	.004	.47***
Life satisfaction (SLSS, T2)							1	.28*	.43**	.43**	.48***	-.33*
Benefit finding, (BFSC, T2)								1	.31*	.40**	.32*	-.02
Vitality, (VIA-Y, T2)									1	.61***	.55***	-.11
Gratitude, (VIA-Y, T2)										1	.70***	.06
Love, (VIA-Y, T2)											1	.15

SLSS= Student Life Satisfaction Scale; BFSC=Benefit Finding Scale for Children; VIA-Y = Values in Action Inventory of Character Strengths for Youth; PedsQoL= Pediatric Quality of Life Scale (Health-related functioning problems)

*<0.05; **<0.01; ***<0.001

Structural Model

We hypothesized and tested two distinct plausible structural models including the three selected variables that have theoretically shown a significant relationship with LS: personal strengths (i.e., love, gratitude and vitality), BF, and health-related functioning problems. Both models proposed changes in health-related functioning problems (Whitaker et al., 2013), changes in personal strengths (Gillham et al., 2011) and changes in BF (Meyerson et al., 2011) as predictors of changes in LS. We tested whether personal strengths and BF predicted LS directly or through a third variable: through changes in BF (Figure 1) or through changes in personal strengths (Figure 2). Moreover, both models tested whether the relationship between PE and changes in BF was mediated by personal strengths. Goodness of fit indicators for each model is shown in Table 3.

Table 3. *Fit Indices for Model 1, Model 2, and Model 2R*

<i>Model</i>	χ^2 (<i>gl</i>)	<i>p</i>	χ^2 / <i>gl</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>AIC</i>	<i>RMSEA</i> (90% <i>CI</i>)
Model 1	166.94 (51)	.000	3.27	.68	.51	272.94	.22 (.18 - .25)
Model 2	164.18 (51)	.000	3.22	.68	.52	270.18	.21 (.18 - .25)
Model 2R	50.14 (36)	.06	1.39	.96	.95	132.14	.06 (.00 - .15)

According to the criteria described above, model 2 presented better fit indices. However, since the fit of this model was poor, re-specification was conducted by removing paths with non-significant *p* values (consecutively, Love 1 → BF 2; Vitality 2 → LS 2; Gratitude 1 → Gratitude 2; BF 2 → Vitality 2; BF 2 → Love 2; BF 2 → LS 2; PE 1 → BF 2; Love 1 → Love 2; PE → Love 1). Following the recommendations of the modification indices, two new significant paths were added (Gratitude 2 → Love 2; LS 1

→ Love 2; Gratitude 1 ↔ Vitality 1). Model 2R yielded favorable fit indices (Table 3). This model showed a direct effect of health-related functioning problems on changes in LS over time and an indirect effect of changes in BF on changes in LS through the strengths of love and gratitude. In other words, the relationship between BF and LS is fully mediated by two psychological strengths (i.e., gratitude and love). The reverse sequence (i.e., Love 2→ Gratitude 2) was also tested showing worse fit indices. According to the model, changes in BF over time help to develop gratitude in children, which in turn, promotes the personal strength of love. Love partially mediated changes in LS at T2. Finally, the strengths of vitality and gratitude at T1 fully mediated the relationship between PE and changes in BF over time. In other words, the direct relationship between PE and changes in BF was no longer significant after mediators were factored into the model. Testing mediators through this multiple mediation analysis allowed us to know the relative regression weights of these two personal strengths. In this case, vitality was a stronger mediator than gratitude (see Figure 3).

To analyze whether the indirect effects were significant, a bias-corrected bootstrap estimation (2000 bootstrap samples with 95% confidence interval) was performed (MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004). Mediation is supported if zero is not included in any confidence interval. Results showed that all indirect effects were significant (Table 4).

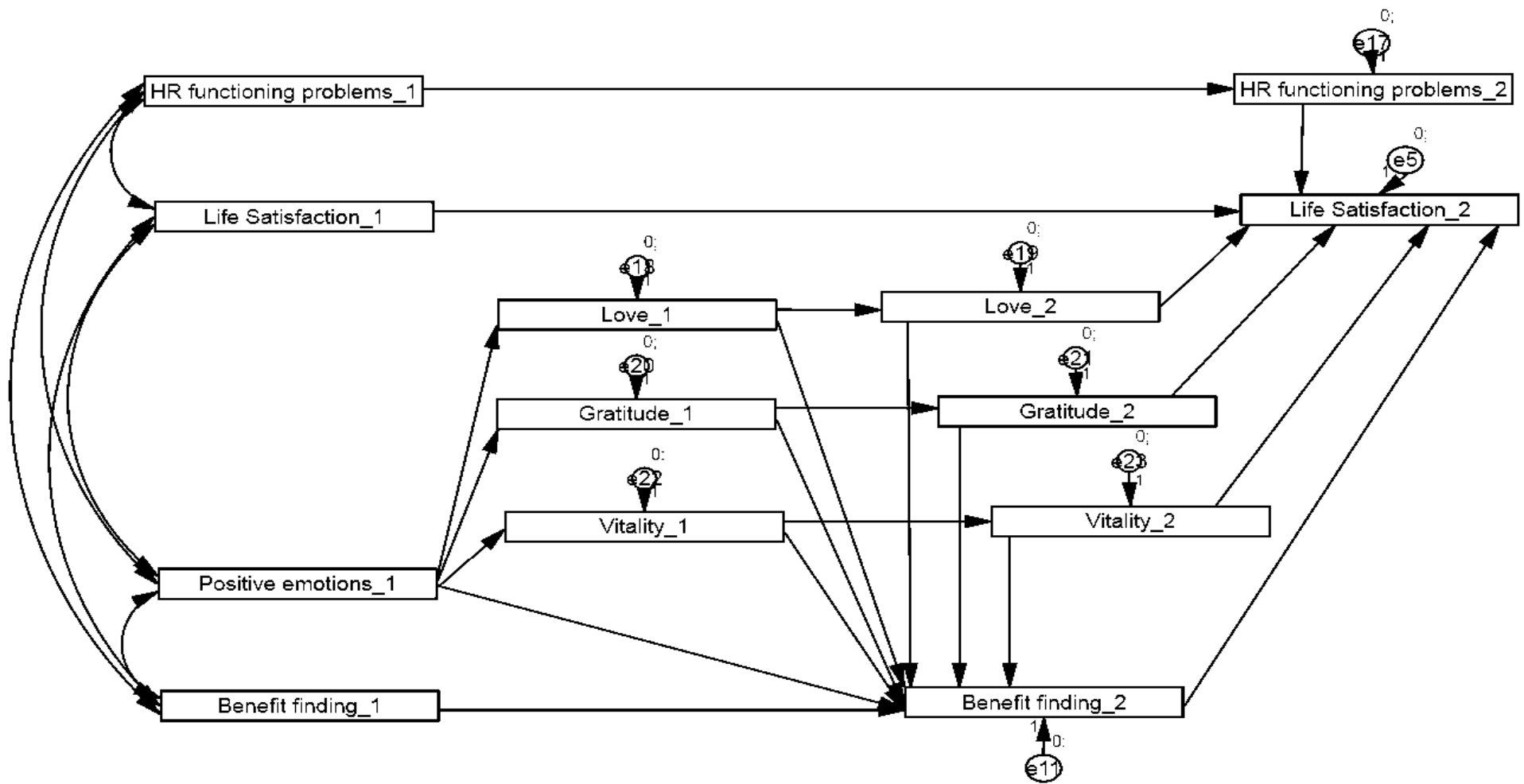


Figure 1. Initial model 1

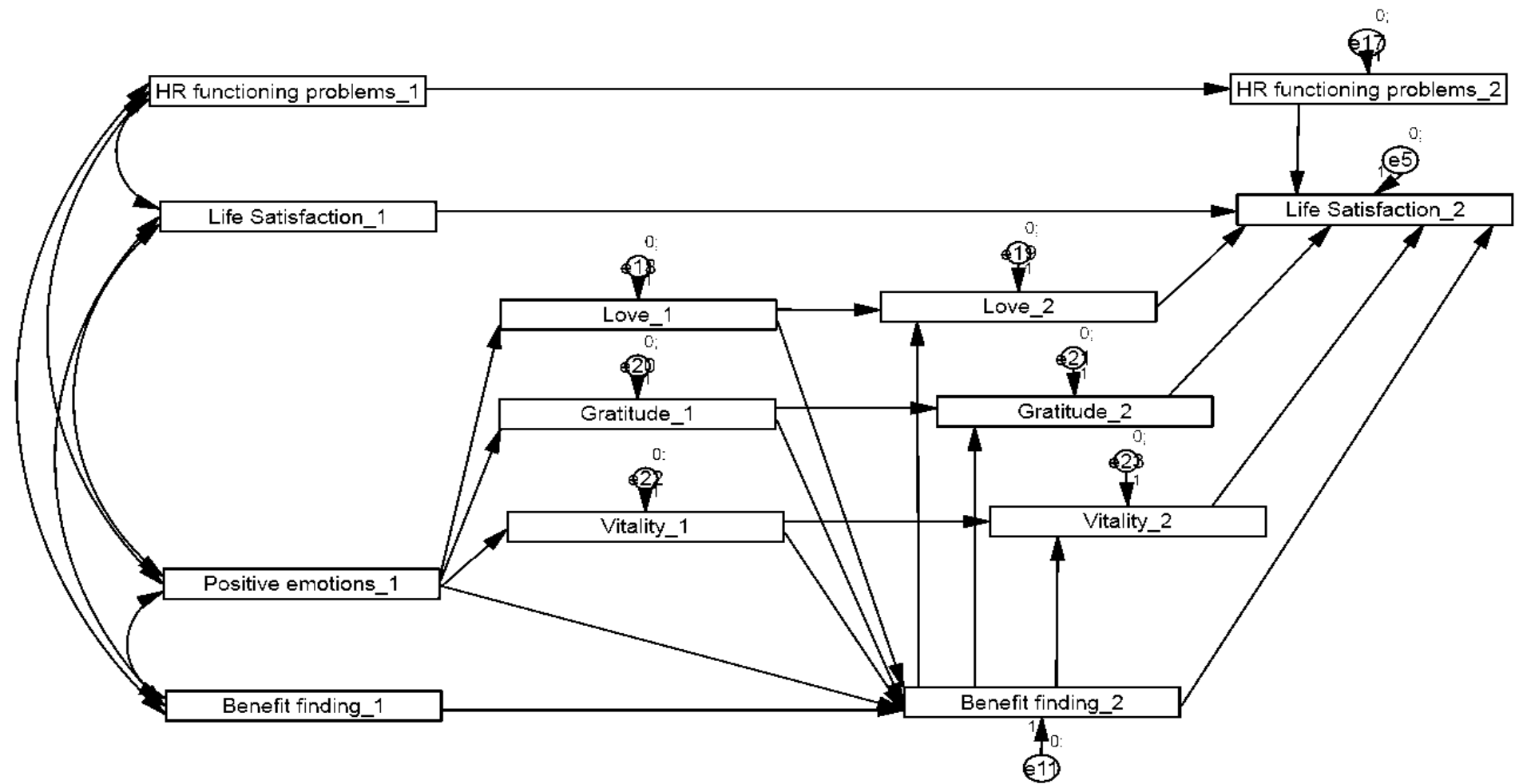


Figure 2. Initial model 2

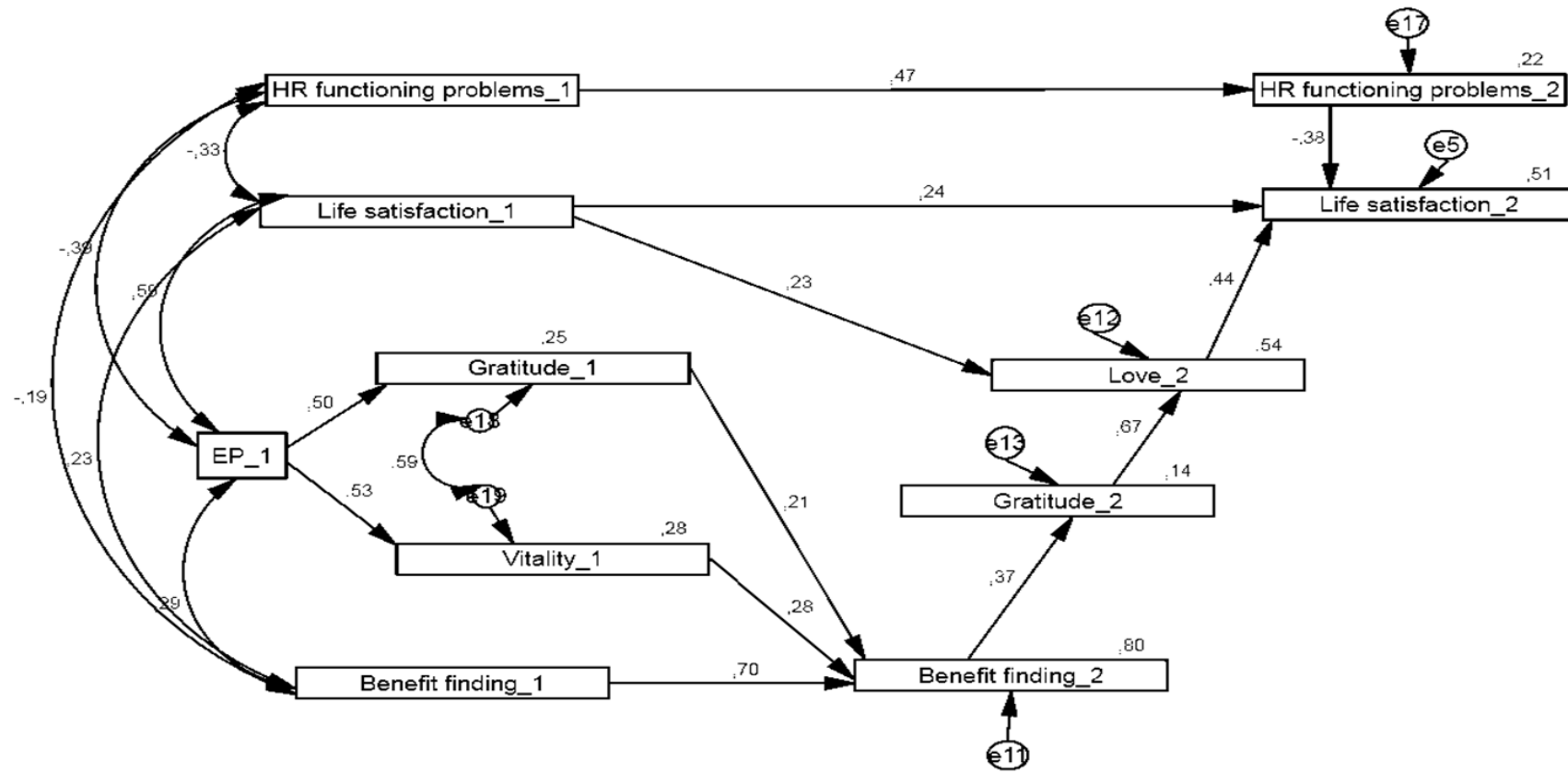


Figure 3. Re-specified model (Model 2R)

Table 4. *The standardized indirect effects, the 95% CI for the estimates (lower and upper bound), their standard errors, and p-values.*

Variable	Indirect effects		
	Estimates (95% CI)	SE	p
PE1 → BF 2	.11-.38	.07	.001
BF2 → Love 2	.08 - .46	.098	.006
Vitality 1 → Gratitude 3	.02-.13	.044	.006
BF 1 → Gratitude 2	.02-.14	.105	.008
Gratitude 1 → Gratitude 2	.02-.15	.033	.009
Vitality 1 → Love 2	.006- .059	.031	.004
BF 1 → Love 2	.051-.33	.071	.005
Gratitude 1 → Love 2	.012-.106	.023	.009
BF 2 → Love 2	.083-.460	.098	.006
Vitality 1 → LS 2	.006-.059	.013	.004
BF 1 → LS 2	.017-.140	.031	.004
Gratitude 1 → LS2	.005-.049	.010	.006
BF 2 → LS2	.028-.201	.045	.005
HRPF1 → LS2	-.358 - .087	.068	.001
Gratitude 2 → LS2	.102-.396	.078	.001

Discussion

The study of coping in children with life threatening illnesses recently shifted the focus from the study of psychological symptoms to the study of positive mental health resources (Klassen et al., 2010; Hedström et al., 2004). In this study, we explored predictors of LS in seriously-ill children. Research to date demonstrates that those who typically experience high levels of LS accrue many benefits. These benefits may include positive outcomes in intrapersonal, interpersonal, vocational, health, and educational arenas (King, Lyubormirsky, & Diener, 2003; Helliwell, et al., 2013). Research on the construct of LS is particularly relevant for children with a life threatening illness as research has shown that low levels of LS are similarly predictive of a variety of negative outcomes, including psychopathological symptoms (depression, anxiety, low self-efficacy, loneliness) and physical health problems (Huebner et al., 2005). Taken together, research suggests that assessment of LS and its predictors in children may provide important information to promote positive outcomes and prevent subsequent psychological problems.

Previous literature suggests that BF, character strengths, and health-related quality of life have an important role among children and adolescents coping with an illness, but did not address whether children actually derive benefit from this difficult experience by finding benefits or building strengths of character. Therefore, as a way of addressing some of the gaps in the existing literature, we examined the dynamics among these factors that seem to be related to and/or influence LS using a longitudinal design.

Our first hypothesis was that health-related functioning problems can predict a decrease in LS. Our results confirmed that health-related functioning problems are

inversely related to changes in LS over time, which is consistent with previous studies (Zebrack & Chesler, 2002; Whitaker et al., 2013).

Our second hypothesis, closer to a positive mental health perspective, predicted that changes in BF over time and changes in character strengths might mediate changes in LS over time (Meyerson et al., 2011; Gillham et al., 2011). According to the model, changes in BF indirectly predicted changes in LS over time. The relationship between changes in BF and changes in LS was fully mediated by love and gratitude. This model suggests that changes in BF over time may help an individual build or develop gratitude, which in turn, helps to increase his or her disposition to love, which is ultimately related with positive changes in LS. This result is consistent with previous research that found that changes in BF lead to the strengthening of character (Peterson et al., 2008). This indirect relationship between BF and LS through third variables has been suggested in previous research (Triplett et al., 2012). These studies confirm that although there is a positive relationship between reported growth and adjustment, this relationship is not as simple as we previously might have expected

In regard to the factors that contribute to perceived benefits, vitality and gratitude at T1 fully mediated the association between PE and changes in BF, such that PE ‘operate’ through these strengths to increase BF over time. Therefore, children who have high levels of PE are likely to report greater BF over time, and this is, at least in part, due to their personal strengths of gratitude and vitality. Consistent with Fredrickson’s (2001) “broaden and build” theory, this “building effect” of PE and personal strengths is particularly useful in contexts of chronic stress, where such resources can often become depleted (Tugade & Fredrickson, 2002). PE promote psychological resources that provide the cognitive context for finding positive meaning

(Fredrickson et al., 2003; Tugade & Fredrickson, 2002). Thus, character strengths may predict growth over time (Peterson et al., 2006).

Our analyses highlighted that gratitude, love and vitality play important roles in increasing LS over the course of a child's experience with illness. Although physical illness may place children at greater risk of poor psychological adjustment outcomes (Compas et al., 2012), these three character strengths may help children find positive meaning in their life threatening illnesses, which may in turn promote better adjustment (Peterson et al., 2006; Proyer et al., 2013).

Gratitude has been found to be a significant factor in helping people to cope with traumatic experiences (Fredrickson et al., 2003). Several studies have shown that interventions promoting gratitude reduced negative affect and increased levels of positive affect, LS, and optimism about the future (Emmons & McCullough, 2003; Bono & McCullough 2006; Proyer, Ruch, & Buschor, 2012). Gratitude also increases prosocial behaviors such (e.g. kindness) and strengthens social relationships (Tsang, 2006). Thus, a grateful attitude may help the individual find positive meaning in negative circumstances (Emmons & McCullough, 2003). Specifically, those who are ill may become more aware of the needs of others and also more willing to help them. Besides these psychological benefits, gratitude is associated with physiological changes (McCraty, Atkinson, Tiller, Rein, and Watkins, 1995) and with fewer symptoms of illness (Emmons & McCullough, 2003). Yet, these beneficial effects of gratitude have been mainly described in adult samples. In one of the few existing pediatric studies, Froh, Yurkewicz and Kashdan (2009) found that there was a positive association between gratitude and positive affect, satisfaction with life, optimism, social support, prosocial behavior, and a negative association with physical symptoms in healthy

children and adolescents. Additionally, Shoshani and Slone (2012) found that gratitude was a significant predictor of students' life satisfaction.

Love and feeling loved provide emotional security and confidence which allow children to cope with daily stress more effectively (Hazan, 2004). Caring relationships can buffer people from adversity and pathology as well as enhance their health and well-being (Fredrickson, 2013). A recent study showed that perceived positive social connections account for the upward spiral between PE and health benefits, such as increases in vagal tone (Kok et al., 2013). Performing acts of love for others may help an individual find meaning and purpose and thereby create more LS (Frankl, 1975; Otake, Shimai, Tanaka-Matsumi, Otsui, & Fredrickson, 2006).

Vitality can be described as an aspect of well-being related to the subjective experience of energy and feeling full of life (Ryan & Frederick, 1997). Vitality is a personal and emotional strength and it is comprised of both physical components (feeling well, without fatigue or illness) and psychological components (feeling motivated, satisfied with yourself and with others, etc.). Being enthusiastic or feeling full of life can be the result of certain habits, thoughts or behaviors. It may also become a protective factor since it reflects the availability of sufficient self-regulatory resources and energy to successfully cope the challenges of daily life (Ryan & Frederick, 1997; Wood, Linley, Maltby, Kashdan & Hurling, 2011).

In conclusion, these findings provide new evidence that PE, BF, love, gratitude and vitality actively help children create desirable outcomes under adverse life circumstances. Previous theories proposed that PE and the building of new psychological resources may help people better cope with their daily difficulties (Fredrickson, 2002). Our model suggests that children became more satisfied with life

because they built resources that helped them deal with difficult situations during illness.

This study has some limitations. First, our sample includes some very young children. Although we took careful precautions to minimize reporting difficulties (e.g. providing visual aids such as thermometers to facilitate children's comprehension of the response options and reading each item slowly to the child when needed), we cannot be entirely sure that children of all ages understood the scales in the same way. Second, extremely-ill children or those who lacked the necessary language skills, attention span, or cognitive abilities to complete a questionnaire were excluded, to ensure the quality of the study, but this may limit generalization of results. Third, we focused on children that have experienced life threatening illnesses, which may limit generalization to other populations of children experiencing other significant life events specially when there is an interpersonal source (e.g., violence).

Yet, despite these limitations, we believe that our study has some important contributions to the current literature in the field. This is the first study, as far as we know, that has examined relationships among these variables taken as a whole in a pediatric sample exposed to serious difficulties. We explored associations between LS and conceptually-relevant variables previously found to be associated with LS in adults and hypothesized they played similar roles in young people. Furthermore, most of these associations have only been previously explored by using cross-sectional designs (Meyerson et al., 2011). Thus, this study, using structural equation modeling, sheds light on possible causal roles of these variables on LS and on how PE may generate BF through character strengths.

While resilience and positive adjustment were once widely considered to be rare characteristics held by extraordinary individuals, the construct of resilience is now generally believed to be a common trait “that results from the operation of basic human adaptational systems” (Masten, 2001). This study helps to identify specific causal pathways to a positive adjustment and provides a clearer and broader picture of children’s responses to highly stressful events. That is, from a positive psychology perspective, this study helps make evident what factors underlie a child’s ability to positively cope with illness. Thus, our study might help delineate recommendations for future interventions with these children in order to prevent psychopathological symptoms and promote the development of positive resources.

Acknowledgements

This study was funded by Fundacion Lafourcade-Ponce. The authors would like to thank Cristina Lafuente for her continuous support and enthusiasm. We are also especially grateful to Cristina Cuadrado, Miriam Gil, Cristina Pozo, Cecilia del Valle and Elena Perez, members of Fundacion Pequeño Deseo, for providing contact with the children and for always being available to help. We would like to express our sincere gratitude to the collaborating hospitals, doctors and children who have participated in this study. Special thanks to Juanjo Rahona for his support in the initial phase of this research. Thanks to Matthew Abrams for his assistance in improving the manuscript.

References

- Barakat, L. P., Alderfer, M. A., & Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 413–9. doi:10.1093/jpepsy/jsj058
- Bennett, D.S. (1993). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 19*, 149-169
- Bentler, P. (2005). EQS Structural equations program manual. Encino, CA: Multivariate Software.
- Bono, G., & McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 147–158. doi:10.1891/jcop. 20.2.147.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 349–361. doi: 10.1037/0022-3514.70.2.349
- Bower, J. E., Moskowitz, J. T., & Epel, E. (2009). Is Benefit Finding Good for Your Health? Pathways Linking Positive Life Changes After Stress and Physical Health Outcomes. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 337-341. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01663.x
- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with amos, eqs, and lisrel: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing, 1*, 55-86. doi:0.1207/S15327574IJT0101_4
- Calhoun LG, Tedeschi RG, Cann A, Hanks E. (2010). Positive outcomes following bereavement: paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica, 50*, 125-143.

- Canning, E. H., Canning, R. D., & Boyce, W. T. (1992). Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1120–1124. doi:10.1097/00004583-199211000-00021
- Cohen, S., Alper, C. M., Doyle W. J., Treanor, J. J., & Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 809–815. doi:10.1097/01.psy.0000245867.92364.3c
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368. doi: 10.1037/a0015952
- Collins, J.J., Byrnes, M.E., Dunkel, I.J., Lapin, J., Nadel, T., Thaler, H.T., Polyak, T., Rapkin, B., Portenoy, R.K., 2000. The measurement of symptoms in children with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 19 (5), 363–377.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–80. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
- Creameens, J., Eiser C & Blades, M. (2007) Brief report: assessing the impact of rating scale type, types of items, and age on the measurement of school-age children's self-reported quality of life. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 132-138. doi:10.1093/jpepsy/jsj119
- Cummins, R. A., & Lau, A. D. L. (2005). Personal wellbeing index: School children (PWI-SC) (3rd ed). Melbourne: Deakin University. Retrieved from http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/wellbeing_index.htm

- Currier, J. M., Hermes, S., & Phipps, S. (2009). Children's response to serious illness: Perceptions of benefit and burden in a pediatric cancer population. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 1129–1134. doi:10.1093/jpepsy/jsp021
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 377-389. doi:10.1037/0022-3514.84.2.377
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*, 647-654. doi:10.1037/0003-066X.55.6.647
- Frankl, V. (1946). *Man's Search for Meaning*. New York: Washington
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology, 2*, 300-319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*, 218–226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. L. (2002) Positive emotions. In C. R. Snyder & S. J. López (Eds.) *Handbook of Positive Psychology* (pp. 120-134). New York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B.L. (2013). *Love 2.0*. New York: Hudson Street Press.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001.

Journal of Personality and Social Psychology, 84, 365-376. doi:10.1037/0022-3514.84.2.365

Froh, J.J., Yurkewicz, C. & Kashdan, T.B. (2009). Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of Adolescence*, 32, 633-650. doi:10.1016/j.adolescence.2008.06.006

Gillham, J., Adams-Deutsch, Z., Werner, J., Reivich, K., Coulter-Heindl, V., Linkins, M., Seligman, M.E.P (2011). Character strengths predict subjective well-being during adolescence. *Journal of Positive Psychology*, 6, 31-44.

Gimenez, M. (2010) *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Y): Relación con Clima Familiar, psicopatología y bienestar psicológico* (Doctoral dissertation). Complutense University, Madrid Retrieved from <http://eprints.ucm.es/11578/>

Golan G, Tighe P, Dobija N, Perel A, Keidan I. Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: A randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*. 2009;19(3),262–266.

Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81–108.

Hazan, C. (2004). Love. In C. Peterson & M.E.P. Seligman (Eds.). *Character strengths and virtues: a handbook and classification* (pp. 303-324). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.

Hedstrom, M., Haglund, K., Skolin, I., von Essen, L., 2003. Distressing events for children and adolescents with cancer: child, parent, and nurse perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 20, 120–132.

Hedström, M., Skolin, I., von Essen, L. (2004). Distressing and positive experiences and important aspects of care for adolescents treated for cancer: adolescent and nurse

perceptions. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 6-17.

doi:10.1016/j.ejon.2003.09.001

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797–816. doi:10.1037/0022-006X.74.5.797

Helliwell, J.F., Layard, R. & Sachs, J. (eds.). (2013). *World Happiness Report*. (Mandated by the General Assembly of the United Nations). New York: The Earth Institute, Columbia University.

Hu, L. & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118

Huebner, E. S. (1991). Initial development of the Students' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-240. doi:10.1177/0143034391123010

Huebner, E. S., Valois, R. F., Suldo, S. M., Smith, L. C., McKnight, C. G., Seligson, J. L., & Zullig, K. J. (2004). Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34 (4), 270 – 278.

Huebner, E. S., Suldo, S. M., & Valois, R. F. (2005) Children's life satisfaction. In K. A. Anderson & L. H. Lippman (Eds.), *What do children need to flourish? Conceptualizing and measuring indicators of positive development*. New York: Springer, 41 – 59.

Joseph, S. and Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30, 830–838.

- Joseph, S. , Murphy, D. & Regel, S. (2012). An effective-cognitive processing model of posttraumatic growth. *Clinical psychology and psychotherapy*, *19*, 316-325.
- Kazak, A. E., Alderfer, M., Rourke, M. T., Simms, S., Streisand, R., & Grossman, J. R. (2004). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, *29*, 211–219. doi:10.1093/jpepsy/jsh022
- Lyubomirsky, S., King, L. and Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*, 803–855.
- Klassen, A. F., Anthony, S. J., Khan, A., Sung, L., Klassen, R. (2011). Identifying determinants of quality of life of children with cancer and childhood cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*, *19*, 1275-1287. doi: 10.1007/s00520-011-1193-x
- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M., & Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, *24*, 1123-1132.
- Larsen, J. T., Hemenover, S.H., Norris, C.J., & Cacioppo, J. T. (2003). Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. In L. G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field* (pp. 211-226). Washington, DC: American Psychological Association.

- Lyubomirsky, S., King, L. and Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–855.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 99–128.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238. doi:10.1037/0003-066X.56.3.227
- McCraty, R., Atkinson, M., Tiller, W. A., Rein, G., & Watkins, A. D. (1995). The effects of emotions on short-term heart rate variability using power spectrum analysis. *American Journal of Cardiology*, 76, 1089-1093.
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 949-964.
- Otake, K., Shimai, S., Tanaka-Matsumi, J., Otsui, K., & Fredrickson, B. L. (2006). Happy people become happier through kindness: A counting kindnesses intervention. *Journal of Happiness Studies*, 7, 361-375. doi: 10.1007/s10902-005-3650-z
- Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: the development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891-909. doi:10.1007/s10902-005-3648-6
- Patenaude, A. F., & Kupst, M. J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 9–28. doi: 10.1093/jpepsy/jsi012

- Peterson, C., Park, N. & Seligman, M.E.P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 17-26. doi:10.1080/17439760500372739
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science, 14*, 381-384. doi: 10.1111/1467-9280.24482
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D'Andrea, W., & Seligman, M.E.P. (2008). Strengths of Character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 214–217.
- Phipps, S., Long, A.M., & Ogden, J. (2007). Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology, 32*, 1264–1271. doi:10.1093/jpepsy/jsl052
- Preacher, K.J., & Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 36*, 717-731. doi:10.3758/BF03206553
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2013). What good are character strengths beyond subjective well-being? The contribution of the good character on self-reported health-oriented behavior, physical fitness, and the subjective health status. *Journal of Positive Psychology, 8*, 222-232
- Proyer, R., Ruch, W. & Buschor, C. (2012). Testing strengths-based interventions: A preliminary study on the effectiveness of a program targeting curiosity, gratitude, hope, humor, and zest for enhancing life satisfaction. *Journal of Happiness Studies, 14*, 275-292. doi: 10.1007/s10902-012-9331-9.

- Rodríguez, M., & Ruíz, M. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29, 205-227.
- Ryan, R.M. & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565. doi:10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30. doi:10.1111/1467-8721.ep10770572
- Shoshani, A., & Slone, M. (2012). Middle school transition from the strengths perspective: Young adolescents' character strengths, subjective well-being, and school adjustment. *Journal of Happiness Studies*.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 400-410. doi: 10.1037/a0024204
- Tsang, J. (2006). Gratitude and prosocial behavior: An experimental test of gratitude. *Cognition and Emotion*, 20, 138-148. doi:10.1080/02699930500172341
- Tugade, M.M. & Fredrickson, B.L. (2002). Positive emotions and emotional intelligence. In L. F. Barrett & P. Salovey (Eds.). *The Wisdom in Feeling* (pp. 319-340). New York: Guilford Press.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., & Feldman-Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72, 1161-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x

- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E. R., Meeske, K., & Dickinson, P. (2002). The PedsQLTM in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM Generic Core Scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. *Cancer, 94*, 2090–2106.
- Whitaker, M. C., Nascimento, L.C., Bousso, R.S., Lima, R.A. (2013). Life after childhood cancer: experiences of the survivors. *Revista brasileira de enfermagem, 66*, 873-878.
- Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Kashdan, T. B., & Hurling, R. (2011). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the Strengths Use Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 50*, 15-19.
- Yu, C. Y. (2002). *Evaluating cutoff criteria of model fit Indices for latent variable models with binary and continuous outcomes*. (Unpublished Doctoral Dissertation). University of California, Los Angeles, USA. Retrieved from <http://www.statmodel.com/download/Yudissertation.pdf>
- Zebrack, B., & Chesler, M. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology, 11*, 132–141. doi:10.1002/pon.569

CONCLUSIONES

1. Recapitulación de los resultados obtenidos.

Al comienzo, proponíamos varios objetivos para este estudio. En primer lugar, describir el funcionamiento psicológico de niños con enfermedades graves en términos de variables de bienestar. En segundo lugar, conocer si una intervención ya implantada en los hospitales (i.e. el cumplimiento de un deseo) genera cambios positivos psicológicos y físicos en estos niños así como en las percepciones de los padres sobre el bienestar de sus hijos. En tercer lugar, examinar si esta intervención podía generar cambios positivos en el bienestar de los padres y las madres de estos niños. Y por último, generar un modelo explicativo que permitiera conocer los mecanismos involucrados en la construcción de recursos positivos y examinar los posibles predictores de SV a largo plazo en niños con enfermedades graves o de mal pronóstico.

En cuanto al primer objetivo, encontramos que la PB no se relaciona con la edad, ni el género, ni el tiempo desde el diagnóstico ni con la fase de la enfermedad. Además, definimos una relación no lineal entre la gravedad de la enfermedad y PB, sugiriendo resultados más altos de PB para niveles moderados de gravedad en la enfermedad. Estos resultados son importantes ya que permite ampliar la evidencia disponible hasta el momento acerca de resultados que la literatura ha mostrado inconsistentes. La PB se relacionó de manera positiva con otras variables de bienestar mientras que no se encontraron relaciones con dimensiones negativas como el pesimismo, las emociones negativas, los síntomas depresivos u otros problemas de funcionamiento. Estos resultados subrayan la idea de que la PB se encuentra genuinamente asociada a mejor ajuste psicológico, reflejando así un resultado positivo en sí mismo y no la mera ausencia de la reducción del malestar.

En segundo lugar, encontramos que el bienestar puede incrementarse a través de las intervenciones que se llevan a cabo en los entornos hospitalarios. Concretamente, el cumplimiento de un deseo incrementa los niveles de emociones positivas, SV, gratitud y amor y reduce las náuseas en los niños tres semanas después del deseo. Estos resultados son interesantes ya que a pesar de que las emociones positivas generadas por el deseo podrían considerarse transitorias y efímeras, estos resultados muestran que los cambios se mantienen durante un tiempo, e incluso, se generan beneficios más allá de la dimensión puramente hedónica. Además, estos beneficios son especialmente interesantes para esta población y vienen a ampliar la amplia evidencia que muestra las conexiones entre dimensiones del bienestar y salud física percibida. Por otra parte, tras el deseo, las madres perciben más cambios positivos en los niños y mejor calidad de vida en sus hijos en comparación con el grupo control. Además, las madres también perciben cambios en áreas de calidad de vida relacionadas con la salud. Estos resultados suponen una importante contribución en la literatura de este campo ya que este es el primer estudio controlado de este tipo de intervenciones con niños. Estos hallazgos motivan un interés renovado en el estudio de esta área y, sin duda, suponen un respaldo fundamental para continuar promocionando el bienestar a través de este tipo de intervenciones.

En relación al tercer objetivo, encontramos que el deseo aumenta el nivel de emociones positivas y creencias sobre la benevolencia del mundo de los padres y madres en comparación con el grupo control. Además, las madres informan de un mayor número de experiencias de crecimiento y de mayores niveles de gratitud y amor. Dado que el principal foco de estudio se ha concentrado en la evaluación a los niños con enfermedades dejando a un lado su entorno más cercano, este estudio contribuye a avanzar en el conocimiento sobre el bienestar de los padres de estos niños. Teniendo en

cuenta la eficacia de estas intervenciones en los padres (especialmente en el caso de las madres), podemos concluir que es necesario considerar a los padres a la hora de diseñar y evaluar estas intervenciones destinadas a promocionar el bienestar ya que eso podría contribuir a la generación de espirales positivas en el núcleo familiar.

Por último, exploramos las variables predictoras de cambios de SV en el tiempo a través de un modelo centrado en la construcción de recursos positivos. Los cambios positivos en calidad de vida relacionada con la enfermedad las fortalezas personales y las experiencias de crecimiento ante la adversidad predicen cambios en SV en el tiempo. Además, las emociones positivas predicen cambios positivos en la PB en el tiempo a través de la construcción de recursos como las fortalezas de gratitud y vitalidad. Este modelo, a través de su diseño longitudinal, supone un apoyo a la idea de que las emociones positivas, la PB, el amor, la gratitud, y la vitalidad ayudan activamente a los niños a crear resultados positivos bajo circunstancias adversas.

2. Aportaciones de esta investigación.

En definitiva, esta investigación pertenece a una nueva generación de estudios destinados a la evaluación de diferentes dimensiones e intervenciones relacionadas bienestar psicológico en niños con enfermedades crónicas o de mal pronóstico y su entorno familiar más cercano. Como hemos visto, la investigación se ha centrado fundamentalmente en el estudio de estas variables dentro del rango de la edad adulta, descuidando así la investigación de estas dimensiones en el contexto infantil. De manera similar, la literatura sobre bienestar de padres de niños con enfermedades crónicas es aún más escasa. Es necesario seguir avanzando en el estudio del bienestar en población infantil así como su entorno familiar, ya que la enfermedad del niño repercute en el

bienestar de la familia completa. Un foco exclusivo en los efectos negativos de la enfermedad puede sesgar el proceso de evaluación y puede dificultar la observación de cambios en otras áreas relevantes del funcionamiento psicológico. Una prioridad en el diseño de nuestro estudio fue incluir un amplio rango de medidas del bienestar para obtener una imagen más clara y extensa de las respuestas de niños y padres ante eventos altamente estresantes. Algunas dimensiones del bienestar están comenzando a tener bastante presencia en la literatura pediátrica, mientras que otros como las emociones positivas, las fortalezas personales o las creencias en la benevolencia del mundo son todavía muy escasos o prácticamente inexistentes. Hemos visto en este estudio que la reducción del malestar no garantiza un estado psicológico positivo ya que el bienestar y el malestar parecen ser algo más que meros polos opuestos de una misma dimensión. La evaluación multidimensional es relevante en la medida que nos ayuda a mejorar el conocimiento del bienestar de estos niños, a consolidar la evidencia previa que como hemos visto en muchos casos contradictoria y a conocer su asociación con otros constructos relevantes en el área de la enfermedad crónica.

Así mismo, los resultados de esta investigación muestran que las intervenciones puestas en marcha en el entorno hospitalario no sólo deben ir dirigidas a reducir los efectos negativos del estrés o reducir los síntomas negativos (e.g., ansiedad o depresión), sino que además deben promover respuestas positivas como las emociones positivas, las fortalezas personales o la construcción de recursos psicológicos. La evaluación de una intervención positiva como la evaluada en este estudio es una excelente oportunidad para explorar los cambios positivos en el funcionamiento psicológico de niños y padres. Es posible que ante estas circunstancias positivas se pongan en marcha espirales positivas ascendentes dentro de la familia y, aunque las emociones positivas generadas por el deseo pueden considerarse transitorias y efímeras,

hemos visto que pueden tener un efecto mantenido en otras dimensiones más profundas gracias a la construcción de recursos psicológicos más duraderos.

Además, dadas las diferentes vías por las que el bienestar puede estar relacionado con la salud física, el estudio de estos constructos parece fundamental para esta población. Además, esta investigación muestra cambios tras el deseo en algunos indicadores de salud percibida.

Este estudio muestra la importancia de considerar la puesta en marcha de intervenciones positivas dentro del ámbito hospitalario y la necesidad de poner el foco en el estudio de este tipo de intervenciones. Dada la gran proliferación de intervenciones bien intencionadas surgidas en los últimos años, es necesario plantear si son realmente efectivas como forma de cuidado complementario. Para ello, es fundamental llevar a cabo investigaciones fiables que evalúen estas intervenciones de manera que podamos seguir mejorando los procedimientos empleados para mejorar el bienestar infantil. La difusión de estos resultados será fundamental para contar con el apoyo en el entorno hospitalario y social. Insertar estas prácticas en el mundo sanitario será más fácil si cuentan con un aval empírico.

Este estudio también ayuda a identificar las vías causales específicas hacia el ajuste positivo y proporciona un modelo para explorar el proceso por el que los niños construyen recursos de bienestar para conseguir un buen ajuste psicológico. Dada la ausencia de modelos teóricos sobre bienestar en los niños, este modelo podría ayudar a delinear algunas recomendaciones de intervenciones futuras con estos niños para prevenir síntomas psicológicos y promover sus recursos positivos para afrontar estos eventos altamente estresantes. Además, tomando estos resultados en conjunto, podemos observar cómo el deseo genera cambios en las variables claves del modelo de

predicción de SV por lo que esta intervención se postula como un buen ejemplo de intervenciones que promuevan un buen ajuste psicológico en estos niños.

En conclusión, es importante centrar nuestro interés en evaluar las dimensiones del bienestar para proporcionar a estos niños y sus padres un estímulo adicional que va más allá de la enfermedad y de los síntomas psicológicos y ayudarles a enfrentar situaciones altamente adversas, escenarios donde “niños normales afrontan retos anormales” (Houghton, 2005).

REFERENCIAS

-
- Aaronson, N.K. y Beckmann, J.H. (Comps.) (1987) *The quality of life of the cancer patient*. Nueva York: Raven Press
- Affleck, G., y Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 899–922.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile*. Burlington VT: University of Vermont.
- Affleck, G., Tennen, H. y Gershman, K. (1985). Cognitive adaptations to high-risk infants: The search for mastery, meaning and protection from future harm. *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 652-656.
- Ai, A. L., Cascio, T., Santangelo, L. K. y Evans-Campbell, T. (2005). Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, terrorist attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 523–548.
- Aisenberg, E., Ayon, C., y Orozco-Figueroa, A. (2008). The role of young adolescents' perception in understanding the severity of exposure to community violence and PTSD. *Journal of Interpersonal Violence*, 23,1555-1578.
- Alderfer M.A., Kazak, A.E. (2006). Family issues when a child is on treatment for cancer. In: Brown R, editor. *Pediatric hematology/oncology: A biopsychosocial approach (pp. 53-74)*. New York: Oxford University Press
- Alderfer, M., Navsaria, N., y Kazak, A. (2009). Family functioning and posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer. *Journal of Family Psychology*, 23, 717-725.
- Aldwin, C.M., Levenson M.R. y Spiro, A. (1994) Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Journal of Personality*, 64, 899-922.
- Algoe, S.B., y Stanton, A.L. (2009). Is benefit finding good for individuals with chronic disease? En C. Park, S.C. Lechner, A.L. Stanton, y M.H. Antoni (Eds.), *Medical*

- illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* (pp. 173–193). Washington, DC: American Psychological Association. Allen y Land, 1999.
- Allen, J. P. y Land, D. (1999). Attachment in Adolescence. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 319-335). Nueva York: The Guilford Press.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New Yorl: Holt, Rinehart y Winston.
- Almedom, A.M. and Glandon, D. (2007) Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma* 12: 127-143.
- American Cancer Society (2014) *Cancer facts and figures*. Nueva York.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psyquiatic Asociation (APA). (1994). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washintong D.C.: American Psyquiatic Asociation
- American Psyquiatic Asociation (APA). (2000). *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washintong D.C.: American Psyquiatic Asociation.
- Antoni, M. H., Lehman, J. M., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., ... y Carver, C.S. (2001). Cognitive–behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20–32.
- Antoni, M.H., Carrico, A.W., Duran, R.E, Spitzer S, Penedo F, Ironson G, ... y Schneiderman N (2006). Randomized clinical trial of cognitive behavioral stress

- management on human immunodeficiency virus viral load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatics Medicine*, 68, 143–151
- Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. En A. Tesser y N. Schwarz (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes* (pp. 591-614). Malden, MA: Blackwell. (Reprinted in M.B. Brewer y M. Hewstone (Eds.), 2004, *Applied social psychology* [pp. 3-27]. Malden, MA: Blackwell. Published, 2001.
- Aspinwall, L. G. y Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of behavioral medicine*, 39, 4-15.
- Avia, M. D., y Vázquez, C. (2011). *Optimismo Inteligente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barakat, L. P., Alderfer, M. A, y Kazak, A. E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 413–9.
- Barakat, L. P., Kunin-Batson, A., y Kazak, A. E. (2003). Child health psychology. En A. M. Nezu, C. M. Nezu, y P. A. Geller (Eds.), *Handbook of psychology: Health psychology (Vol. 9, pp. 439–464)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Barofsky, I. y Sugarbaker, P.H. (1990) Cancer. En B. Spilker (Ed.), *Quality of life assessment in clinical trials*. Nueva York. Raven Press.
- Barskova T, Oesterreich R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 31(21):1709-33.
- Bellizzi, K.M., y Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25 (1), 47-56.

- Bennett, D.S. (1993). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology, 19*, 149-169
- Boehm, J. K., Williams, D. R., Rimm, E., Ryff, C. D., y Kubzansky, L. D. (2013). The association between optimism and serum antioxidants in the Midlife in the United States Study. *Psychosomatic Medicine, 75(1)*, 2-10.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months post-loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1150-1164.
- Bonanno, George A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist, 59*, 20–28.
- Bono, G., y McCullough, M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 147–158.
- Bornstein, M. H., Davidson, L., Keyes, C. M., y Moore, K., (Eds.) (2003). *Well-Being: Positive Development Across the Life Course*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bostock, L., Sheikh, A.I., Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 16(4)*, 281-296
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., y Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(6)*, 979–986.

-
- Bower, J. E., Moskowitz, J. T., y Epel, E. (2009). Is Benefit Finding Good for Your Health? Pathways Linking Positive Life Changes After Stress and Physical Health Outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 337-341.
- Bower, J.E., y Segerstrom, S.C. (2004). Stress management, finding benefit, and immune function: Positive mechanisms for intervention effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 9-11.
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psico-oncología*, 6, 327-341
- Brown, N. J. L., Sokal, A. D., y Friedman, H. L. (2013). The complex dynamics of wishful thinking: The critical positivity ratio. *American Psychologist*, 68, xxx–xxx. doi:10.1037/a0032850
- Brown, R.T., Madan-Swain, A., y Lambert, R. (2003). Posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their mothers, *Journal of Traumatic Stress*, 16, 309-318.
- Bussell, V.A. y Naus, M.J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61-78.
- Calhoun LG, Tedeschi RG, Cann A, Hanks E. (2010). Positive outcomes following bereavement: paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50, 125-143.
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (Eds.) (2006). *Handbook of post-traumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (2000). Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth. En J.M. Violanti, D. Patton, y D. Dunning (Eds.),
-

- Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives.*
Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., y Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 151-166.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., y Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: The Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24(2), 137-156.
- Canning, E. H., Canning, R. D., y Boyce, W. T. (1992). Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1120–1124
- Carboon, I., Anderson, V. A., Pollard, A., Szer, J., y Seymour, J. F. (2005). Global meaning, posttraumatic growth and emotional adjustment to a recent cancer diagnosis. *Traumatology* 11, 269-283.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology. The Science of Happiness and Human Strengths.*
Hove y Nueva York: Brunner-Routledge.
- Carrico, A.W., Ironson, G., Antoni, M.H., Lechner, S.C., Duran, R.E., Kumar, M., y Schneiderman, N. (2006). A path model of the effects of spirituality on depressive symptoms and 24-h urinary-free cortisol in HIV-positive persons. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 51–58.
- Carver, C., y Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595–598.

-
- Carver, C.S., Blaney, P.H. y Scheier, M.F. (1979). Reassertion and giving up: the interactive role of self-directed attention and outcome expectancy. *Journal of personality and Social Psychology*, 10, 1859-1870.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris. S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. y Clark, K.C. (1994) Optimiss versus pessimisms predicts the quality of women´s adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220.
- Castellano-Tejedor, C., Blasco-Blasco, T., Pérez-Campdepadrós, M. y Capdevilla, L.(2013) Making sense of resilience: A review from the field of paediatric psycho-oncology and a proposal of a model for its study. *Anales de Psicología*,
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prespective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756.
- Christie, D. et al. (2011) Exploring views on satisfaction with life in young children with chronic illness: An innovative approach to the collection of self-report data from children under 11. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17,5-15
- Clay, R., Knibbs, J., y Joseph, S. (2009). Measurement of posttraumatic growth in young people: A review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 411-422.
- Cohen, S., Alper, C. M., y Doyle W. J., Treanor, J. J., Turner, R. B. (2006). Positive emotional style predicts resistance to illness after experimental exposure to rhinovirus or influenza A virus. *Psychosomatic Medicine*, 68, 809–815.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., y Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9, 361-368.

- Collins, J.J., Byrnes, M.E., Dunkel, I.J., Lapin, J., Nadel, T., Thaler, H.T., Polyak, T., Rapkin, B., Portenoy, R.K., 2000. The measurement of symptoms in children with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 19 (5), 363–377.
- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V, Alcock, J., y Noyes, J. (2009). The impact on parents of a child's admission to intensive care: integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive Critical Care Nursing*, 25, 72-79.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., y Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–80.
- Cook, W. L. (2000). Understanding attachment security in family context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 285-294.
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. (2001). Posttraumatic Growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Cordova, M. J. (2008). Facilitating posttraumatic growing following cancer. En S. Joseph y P. A. Linley (Eds.), *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress* (pp. 185-206). New Jersey: John Wiley y Sons, Inc.
- Costa, F. y Arriaga, P. (2010). The effects of clown intervention on worries and emotional responses in children undergoing surgery. *Journal of Health Psychology*, 15, 405–415
- Coyne, J.C., Tennen, H., Ranchor, A.V. (2010) Positive psychology in cancer care: A story line resistant to evidence. *Annual Behavior Medicine*, 39, 35–42.

-
- Crittenden, C. N., Pressman, S. D., Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Smith, B. W., y Seeman, T. E. (2014). Social integration and pulmonary function in the elderly. *Health Psychology, 33*, 535–543.
- Cruess, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A. S., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., et al. (2000). Cognitive behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early-stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 62*, 304~308.
- Cryder CH, Kilmer RP, Tedeschi RG, Calhoun LG. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*:65–69.
- Currier, J. M., Hermes, S., y Phipps, S. (2009). Children's response to serious illness: Perceptions of benefit and burden in a pediatric cancer population. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 1129–1134.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos*, Ed. Gedisa.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A. y Friesen, W.V. (2001) positive emotions in early life and longevity: findings from the Nun study. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 804-813
- Davis, C. G., y Nolen-Hoeksema, S. (2009). Making sense of loss, perceiving benefits, and posttraumatic growth. En S. Lopez y C. R. Snyder, (Eds.). *Handbook of Positive Psychology, 2nd Ed.* (pp. 641-649). New York: Oxford University Press
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (2000). The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.
- Derogatis, L. R., Abeloff, M. D., y Melisaratos, N. (1979). Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association, 242*, 1504- 1508.

- Diener , E. , Lucas , R. E. , y Scollon , C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of wellbeing. *American Psychologist*, 61, 305 – 314.
- Diener, E., y Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1-43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. E. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diplacido, J.; Zauber, A. y Redd, W.H. (1998) Psychosocial issues in cancer screening. En J.C. Holland (Ed.) *Psychooncology*. Nueva York. Oxford.
- Dunn, Jeff, Occhipinti, Stefano, Campbell, Alistair, Ferguson, Megan, and Chambers, Suzanne K. (2011) Benefit finding after cancer: the role of optimism, intrusive thinking and social environment. *Journal of Health Psychology*, 16 (1). pp. 169-177.
- Duval, T.S., Duval, V.H. y Mulilis, J.P. (1992). Effects of self-focus, discrepancy between self and standard, and outcome expectancy favourability on the tendency to match self to standard or to withdraw. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 340-348.
- Eiser C, Hill JJ, Vance YH. 2000. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: Systematic review as a research method in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychol* 25(6), 449–460.
- Emmons, R. A., y McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-389.

-
- Engvall, G., Cernvall, M., Larsson, G., von Essen, L., Mattsson, E. (2011). Cancer during adolescence: negative and positive consequences reported three and four years after diagnosis. PLoS ONE. Advance online publication. doi:10.1371/journal.pone.0029001.
- Erickson, S. J., y Steiner, H. (2001). Trauma and personality correlates in long-term pediatric cancer survivors. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(3), 195–213
- Fang CY, Miller SM, Bovbjerg DH, et al. (2008). Perceived stress is associated with impaired T-cell response to HPV16 in women with cervical dysplasia. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 87-96.
- Fernández Abascal, E.G. (2009). Emociones positivas, psicología positiva y bienestar. En Fernández Abascal, E.G. (Coord.). *Emociones Positivas* (27-46). Madrid, Pirámide.
- Fitzgerald, P. (1998). Gratitude and justice. *Ethics*, 109, 119-153.
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 647-654.
- Frankl, V. (1946). El hombre en busca de sentido. Herder: Barcelona
- Frazier, P., Conlon, A., y Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048–1055
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity: Groundbreaking Research Reveals How to Embrace the Hidden Strength of Positive Emotions, Overcome Negativity, and Thrive* . Nueva York: Crown.

- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Fredrickson, B.L. (2013). *Love 2.0*. New York: Hudson Street Press.
- Fredrickson, B. L. (2002) Positive emotions. En C. R. Snyder y S. J. López (Eds.) *Handbook of Positive Psychology* (120-134). Nueva York: Oxford University Press.
- Fredrickson, B. L. y Cohn, M.A. (2007). Positive Emotions. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, and L. F. Barrett (Eds). *Handbook of Emotions*, Nueva York: Guilford.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., y Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365-376.
- Fredrickson, B.L., Grewen, K.M., Coffey, K.A., Algoe, S.B., Firestine, A.M., Arevalo, J.M.G., Ma, J., Cole, S.W. (2013). A functional genomic perspective on human well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110, 13684–13689.
- Friedman, E. M., Love, G. D., Rosenkranz, M. A., Urry, H. L., Davidson, R. J., Singer, B. H., y Ryff, C. D. (2007). Socioeconomic status predicts objective and subjective sleep quality in aging women. *Psychosomatic Medicine*, 69, 682-691.

-
- Friedman, E.M., Hayney, M. Love, G.D., Singer, B.L., y Ryff, C.D. (2007). Plasma interleukin-6 and soluble IL-6 receptors are associated with psychological well-being in aging women. *Health Psychology*, 26, 305-313.
- Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M. y Smith, F. E. (1990). Adjustment to breast cancer: A replication study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8, 27-40.
- Galea, S., Vlahovm, D., Ahern, J., Susser, E.Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress Disorder in New York City after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-136.
- Garmezy, N., y Rodnick, E. (1959). Premorbid adjustment and performance in schizophrenia: Implications for interpreting heterogeneity in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129, 450-466.
- Gili, M. y Roca, M. (1996) Trastornos afectivos en oncología. En M. M. Roca y M. Bernardo (Eds.) *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona Masson.
- Gillham, J., Adams-Deutsch, Z., Werner, J., Reivich, K., Coulter-Heindl, V., Linkins, M., Seligman, M.E.P (2011). Character strengths predict subjective well-being during adolescence. *Journal of Positive Psychology*, 6, 31-44.
- Gil-Rivas, V., Silver, R. C., Holman, E. A., McIntosh, D. N., y Poulin, M. (2007). Parental response and adolescent adjustment to the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1063-1068.

- Gimenez, M. (2010) *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Y): Relación con Clima Familiar, psicopatología y bienestar psicológico* (Doctoral dissertation). Complutense University, Madrid. Retrieved from <http://eprints.ucm.es/11578/>
- Gorin, S. S. (2010). Theory, measurement, and controversy in positive psychology, health psychology, and cancer: Basics and next steps. *Annals of Behavioral Medicine, 39*(1), 43-47.
- Greenspoon, P. J., y Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research, 54*, 81–108.
- Harrington, S., Mc Gurk, M., y Llewellyn, C. D. (2008). Positive consequences of head and neck cancer: Key correlates of finding benefit. *Journal of Psychosocial Oncology, 26*(3), 43-62.
- Hazan, C. (2004). Love. En C. Peterson y M.E.P. Seligman (Eds.). *Character strengths and virtues: a handbook and classification* (pp. 303-324). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Hedstrom, M., Haglund, K., Skolin, I., von Essen, L., 2003. Distressing events for children and adolescents with cancer: child, parent, and nurse perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing 20*, 120–132.
- Hedström, M., Skolin, I. y von Essen, L. (2004). Distressing and positive experiences and important aspects of care for adolescents treated for cancer. Adolescent and nurse perceptions. *European Journal of Oncology Nursing, 8*, 6-17.
- Hefferon, K., Greal, M., y Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British Journal of Health Psychology, 14*(Pt. 2), 343-378.

-
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., y Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 797–816.
- Helliwell, J.F., Layard, R. y Sachs, J. (eds.). (2013). *World Happiness Report*. (Mandated by the General Assembly of the United Nations). New York: The Earth Institute, Columbia University.
- Hernangómez, L., Vázquez, C. y Hervás, G. (2009) El paisaje emocional a lo largo de la vida. La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ho, S. M., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., Mc Grath, C., y Zwahlen, R. (2010). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology, 47*(2), 121-124.
- Hobbie, W. L., Stuber, M., Meeske, K., Wissler, K., Rourke, M. T., Ruccione, K., Hinkle, A., y Kazak, A. E. (2000). Symptoms of posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology, 18*(24), 4060-4066.
- Houghton, J. (2005). Paediatric psychology in the twenty-first century: forward together? *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10*, 112-115.
- Hubert, W., y De Jong-Meyer, R. (1990). Psychophysiological response patterns to positive and negative films stimuli. *Biological Psychology, 11*, 131-140
- Huebner, E. S., Gilman, R. y Laughlin, J. (1999). The multidimensionality of children's well-being reports: Discriminant validity of life satisfaction and self-esteem. *Social Indicators Research, 46*, 1-22.
-

- Huebner, E. S., Suldo, S. M., y Valois, R. F. (2005) Children's life satisfaction. En K. A. Anderson y L. H. Lippman (Eds.), *What do children need to flourish? Conceptualizing and measuring indicators of positive development*. New York: Springer, 41 – 59.
- Huebner, E. S., Valois, R. F., Suldo, S. M., Smith, L. C., McKnight, C. G., Seligson, J. L., y Zullig, K. J. (2004). Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health, 34* (4), 270 – 278.
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M.E. y Landolt, M.A. (2011). Posttraumatic growth in mothers and fathers of children with severe illnesses. *Journal of Health Psychology, 16*, 1259-1267.
- Isen, A.M. (2000). Positive Affect and decision making. En M. Lewis y J.M. Haviland (eds.), *Handbook of emotions*, (pp. 417-520). Nueva York: Guilford Press.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social cognition, 7*(2), 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. NY: Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Post-traumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15*, 30-34.
- Janoff-Bulman, R. y Brickman, P. (1982). Expectations and what people learn from failure. En N.T. Feather (Ed.). *Expectations and actions* (pp. 207-237). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

-
- Javaloy, F. (Coord.). (2007). *Bienestar y felicidad de la juventud española*. Madrid: INJUVE.
- Johnson, S., Ring, W., Anderson, P. y Marlow, N. (2005) Randomised trial of parental support for families with very preterm children: outcome at 5 years. *Archives of Diseases in Childhood*, 90, 909-915.
- Joseph, S., y Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262–280. Joseph et al. 2012
- Joseph, S., y Linley, P. A. (2006). *Positive therapy: A meta-theory for positive psychological practice*. New York: Routledge. Joseph y Linley, 2006
- Joseph, S., Murphy, D., y Regal, S. (2012). An affective-cognitive processing model of post-traumatic growth. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 316-325.
- Joseph, S. y Linley, P.A. (2010) Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30, 830–838
- Kangas, M., Henry, J. L., y Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499-524.
- Karanci, A. N., y Dirik, G. (2003). Predictors of pre- and postoperative anxiety in emergency surgery patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 363-369. doi:10.1016/S0022-3999(02)00631-1
- Kazak, A. E., Alderfer, M., Rourke, M. T., Simms, S., Streisand, R., y Grossman, J. R. (2004). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 211–219.

- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95–108.
- Keyes, C. L. M., y Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C. L.M., y Waterman, M. B. (2003). Dimensions of Well-Being and Mental Health In Adulthood- En M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes y K. Moore (eds.), *Well-being: Positive Development Throughout the Life Course* (pp. 447-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Keyes, C. L.M., y Waterman, M. B. (2003). Dimensions of Well-Being and Mental Health In Adulthood- En M. Bornstein, L. Davidson, C.L.M. Keyes y K. Moore (eds.), *Well-being: Positive Development Throughout the Life Course* (pp. 447-497). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Keyes, L. M., Shmotkin, D., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8, 1007-1022
- Kilmer RP. (2006). Resilience and posttraumatic growth in children. In: Calhoun LG, Tedeschi RG, editors. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006. pp. 264–288.
- Kilmer, R. P., y Gil-Rivas, V. (2010). Exploring posttraumatic growth in children impacted by Hurricane Katrina: Correlates of the phenomenon and developmental considerations. *Child Development*, 81, 1211–1227.

-
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., y Taku, K. (2009). Use of the revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 248–253
- Kim, Y., Schulz, R., y Carver, C. S. (2007). Benefit finding in the cancer caregiving experience. *Psychosomatic Medicine*, 69, 283-291.
- Klassen, A. F., Anthony, S. J., Khan, A., Sung, L., Klaassen, R. (2011). Identifying determinants of quality of life of children with cancer and childhood cancer survivors: a systematic review. *Support Care Cancer*, 19, 1275-1287.
- Koller, D., y Gyski, C. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 5, 17-25.
- Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe, S. B., Brantley, M., y Fredrickson, B. L. (2013). How positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24, 1123-1132.
- Kvaavik, E., Batty, G. D., Ursin, G., Huxley, R., y Gale, C. R. (2010). Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: The United Kingdom health and lifestyle survey. *Archives of Internal Medicine*, 170, 711-718.
- Lamers, S.M., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F. and Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional wellbeing on long-term recovery and survival in physical illness: a meta- analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 538–547.
- Landolt, M.A., Vollrath, M., Ribl, K., Gnehm Hp.E. y Sennhauser, F.H. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms

- in paediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1199-1207.
- Larsen, J. T., Hemenover, S.H., Norris, C.J., y Cacioppo, J. T. (2003). Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. En L. G. Aspinwall y U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field* (pp. 211-226). Washington, DC: American Psychological Association.
- Laufer, A., y Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 429-447.
- Laufer, Avital, Raz-Hamama, Yaira, Levine, Stephen Z., Solomon, Zahava (2009). Posttraumatic growth in adolescence: The role of religiosity, distress, and forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(7), 862-880.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109.
- Lazarus, R. S. y Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. Nueva York: Oxford University Press
- Leary, M.R., y Tangney, J.P. (Eds.), *Handbook of self and identity (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Lechner, S., Antoni, M., y Zakowski, S. (2002). Coping mediates the relationship between emotional support and benefit finding in cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 24: S059 (Abstract).
- Lechner, S., Carver, C., Antoni, M, Weaver, K., y Phillips, K. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 828-840.

-
- Lechner, S., Zakowski, S., y Antoni, M. (2003). Do socio-demographic and disease-related variables influence benefit finding in cancer patients? *Psycho-oncology*, *12*(5), 491-499.
- Leung, J. y Zhang, L. (2000). Modelling life satisfaction of Chinese adolescents in Hong Kong. *International Journal of Behavioural Development*, *24*, 99-104.
- Levine, S. Z., Laufer, A., Hamama-Raz, Y., Stein, E., y Solomon, Z. (2008). Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 492-496.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., y Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma*, *5*(1), 50-55.
doi:10.1037/a0022030
- Linge, L. (2012). Magical attachment: children in magical relations with hospital clowns. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *7*, 1-12.
- Linley, P. A., Joseph S., Maltby J., Harrington S., y Wood, A. M. (2009). Positive psychology applications. En S. Lopez [Ed], *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 35-49). Oxford: Oxford University Press.
- Linley, P. A., y Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(1), 11-21.
- Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., y Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of Life Research*, *20*(8), 1261-1269.

- Luszczynska, A., Mohamed, N. E. and Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping. *Psychology, Health and Medicine*, 10, 365-375.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Lyubomirsky, S., King, L. and Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Maier, H., y Smith, J. (1999). Psychological predictors of mortality in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54, 44-54.
- Man, P. (1991). The influence of peers and parents on youth Life Satisfaction in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 24, 347-365.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Martín, D. (2009). Emociones positivas y salud. En Fernández Abascal, E.G. (Coord.). *Emociones Positivas* (27-46). Madrid, Pirámide.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A. S., y Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. En B. Lahey y A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 1-52). Nueva York: Plenum Press.
- Masten, A. S., y Wright, M. O'D. (2009). Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation. En J. W. Reich, A. J.

-
- Zautra, y J. S. Hall (eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213-237). New York: Guilford Press.
- Mattsson, E., Lindgren, B. y von Essen, L. (2008). Are there any positive outcomes related to childhood cancer? A review of the literature. *Acta Oncologica*, 47, 199-206. Maurice-Stam, Grootenhuis, Caron y Last, 2007
- Mattsson, E., Ringnér, A., Ljungman, G., y von Essen, L. (2007). Positive and negative consequences with regard to cancer during adolescence. Experiences two years after diagnosis. *Psycho-oncology*, 16(11), 1003-1009.
- McCullough, M.E., Emmons, R.A. y Tsang, J. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-127.
- McGregor, B. A., Bowen, D. J., Ankerst, D. P., Andersen, M. R., Yasui, Y., y McTiernan, A. (2004). Optimism, perceived risk of breast cancer, and cancer worry among a community-based sample of women. *Health Psychology*, 23(4), 339-344.
- McGregor, B.A., y Antoni, M.H. (2009). Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: A review of stress pathways and biological mediators. *Brain Behavior and Immunity*, 23, 159–166.
- Meeske, K. A., Ruccione, K., Globe, D. R., y Stuber, M. L. (2001). Posttraumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 481-489.
- Meisel, V., Chellew, K., Ponsell, E., Ferreira, A., Bordas, L. y García-Banda, G. (2010). El efecto psicológico de los "Payasos de Hospital" en el malestar psicológico y

- las conductas desadaptativas de niños y niñas sometidos a cirugía menor. *Psicothema*, 21, 604-609.
- Meyer, W.U. (1987). Perceived ability and achievement-related behaviour. En F. Halisch y J. Kuhl (Eds.). *Motivation, intention and volition*. (pp. 73-86). Berlin: Springer-Verlag.
- MacLeod A., Coates, E., y Hetherington, J. (2008). Increasing wellbeing through teaching goal-setting and planning skills: result of a brief intervention. *Journal of Happiness Studies*, 185-196
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., y Kilmer, R. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 31, 949-964.
- Michel, G., Taylor, N., Absolom, K., y Eiser, C. (2010). Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: Further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children. *Child: Care, Health y Development*, 36(1), 123-129.
- Milam, J. E., Ritt-Olsen, A., Tan, S., Unger, J. B., y Nezami, E. (2005). The September 11th 2001 terrorist attacks and reports of posttraumatic growth among a multi-ethnic sample of adolescents. *Traumatology*, 11, 233-246.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., y van den Poll-Franse, L. V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology y Health*, 24(5), 583-595.
- Moore, A. M., Gamblin, T. C., Geller, D. A., Youssef, M. N., Hoffman, K. E., Gemmell, L., . . . Likumahuwa, S. M. (2011). A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho-oncology*, 20, 479-487.

-
- Mora Ripoll, R. y García Roderer, M. C. (2008). El valor terapéutico de la risa en medicina. *Medicina Clínica*, 131, 694-698.
- Murphy, S. A., Johnson, C., y Lohan, J. (2003). Challenging the myths about parents' adjustment after the sudden, violent death of a child. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 359-64
- Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C.G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 60-64.
- Norberg, A.L., Boman, K.K. (2008). Parent distress in childhood cancer: A comparative evaluation of posttraumatic stress symptoms, depression and anxiety. *Acta Oncologica* 47, 267-274.
- O'Leary, V. E., y Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy*, 1, 121-142.
- Ochoa, C., Castejón, V., Sumalla, E.C., y Blanco, I. (2013). Crecimiento Post-traumático en supervivientes de cáncer y sus otros significativos: ¿Crecimiento vicario o secundario?. *Terapia psicológica*, 31(1), 81-92.
- Okamoto, S., y Robinson, W. P. (1997). Determinants of gratitude expressions in England. *Journal of Language and Social Psychology*, 16, 411-433.
- Organización Mundial de la Salud (2010). www.who.int/es

- Overbeek, G., Vollebergh, W., Engels, C. y Meeus, W. (2003). Parental attachment and romantic relationships. Associations with emotional disturbance during late adolescence. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 28-39.
- Ozone, S., Saeki, T., Mantani, T., Ogata, A., Okamura, H., y Yamawaki, S. (2007). Factors related to posttraumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents. *Supportive Care in Cancer*, 15, 309-317.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136, 257-301. doi: 10.1037/a0018301
- Park, C. L. y Fenster, J. R. (2004). *Stress-related growth: predictors of Occurrence and correlates with Psychological adjustment*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (2), 195-215.
- Park, C. L., y Hegelson, V. (2006). Introduction to the special section: Growth following highly stressful life-events: Current status and future directions. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 74(5), 791-796.
- Park, C. L., Aldwin, C. M., Fenster, J. R., y Snyder, L. B. (2008). Pathways to posttraumatic growth versus posttraumatic stress: Coping and emotional reactions following the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 300-312.
- Park, C. L., Cohen, L. H. y Murch, R. (1996). Assesment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71-105.
- Park, C., L., Chmielewski, J., y Blank, T. O. (2009). Post-traumatic growth: finding positive meaning in cancer survivorship moderates the impact of intrusive thoughts on adjustment in younger adults. *Psycho-oncology*, 19(11), 1139-1147.

-
- Park, C.L. y George, L. (2013). Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 8, 483-504.
- Park, N., y Peterson, C. (2006). Character strengths and happiness among young children: Content analysis of parental descriptions. *Journal of Happiness Studies*, 7, 323-341.
- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619.
- Park, S. S. (2006). Exposure to community violence and aggressive beliefs in adolescents: Role of posttraumatic growth and developmental resources. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering*, 67, 1732.
- Parkes, C. (1971). Psycho-social transitions: A field for study. *Social Science and Medicine*, 5, 101-115.
- Patenaude, A. F. y Kupst, M.J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 9-27.
- Pelcovitz, D., Goldenberg, B., Kaplan, S., Weinblatt, M., Mandel, F., Meyers, B., et al., (1996). Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 116-126.
- Peris Bonet, R., Giner Ripio, B. (2006) Incidencia y supervivencia del cáncer en la infancia. En: Antillon, T., Bernaola E., Patiño A., Sierrasesumaga L. (Eds), *Tratado de Oncología Pediátrica* (pp. 1-15). Madrid: Pearson Educación
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.

- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (Eds.) (2004). *Character strengths and virtues: a handbook and classification* (pp. 143-159). Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press.
- Peterson, C., Seligman, M.E.P. y Vaillant, G. (1988). Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Phipps, S. (2005). Contexts and challenges in pediatric psychosocial oncology: Chasing moving targets and embracing 'good news' outcomes. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 41-46.
- Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. *Journal Pediatric Psychology*, 32, 1055-1066.
- Phipps, S., Long, A.M., y Ogden, J. (2007). Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1264-1271.
- Phipps, S., Steele, R. G., Hall, K., y Leigh, L. (2001). Repressive adaptation in children with cancer: A replication and extension. *Health Psychology*, 20, 445-451.
- Prati, G., yPietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth:A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 364-388.
- Pressman, S. D., y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971
- Pressman, S.D., y Cohen, S. (2012). Positive emotion words and longevity in famous deceased psychologists. *Health Psychology*, 31, 297-305.
- Recklitis, C. J., Parsons, S. K., Shih, M., Mertens, A., Robison, L. L., y Zeltzer, L. (2006). Factor structure of the brief symptom inventory-18 in adult survivors of

- childhood cancer: Results from the childhood cancer survivor study. *Psychological Assessment*, 18, 22–32.
- Reed, G., Kemeny, M.E., Taylor, S.E. y Visscher, B.R. (1999) Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18. 357-363.
- Registro Nacional de Tumores Infantiles (2014). <http://www.uv.es/rnti/>
- Reiker, P., Edbril, S., y Garnick, M. (1985). Curative testis cancer therapy: Psychological sequelae. *Journal of Clinical Oncology*, 3(8), 1117-1126.
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS), *Salud Mental*, 26.
- Robles, T. F., Brooks, K.P., y Pressman, S.D. (2009). Trait positive affect buffers the effects of acute stress on skin barrier recovery, *Health Psychology*, 28, 373-8.
- Rodríguez-Carvajal, R., Darío, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A., van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22, 63-70.
- Ryan, R.M. y Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069– 1081.

- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., y Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 359, 1383-1394.
- Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.
- Ryff, C.D. y Singer, B. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119.
- Ryff, C.D., y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C.D., y Singer, B. (2000). Biopsychosocial challenges of the new millennium. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 170-177.
- Ryff, C.D., Love, G.D., Urry, H.L., et al. (2006). Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics* 75, 85–95.
- Sala, F., Krupat, E. y Roter, D. (2002). Satisfaction and the use of humor by physicians and patients. *Psychology and Health*, 17, 269-280.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B. y Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sandí, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Scheier, M. F., y Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 26-30.

-
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimist. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1257-1264.
- Schwartz, L., y Drotar, D. (2006). Health effects of written emotional disclosure in adolescents with asthma: a randomized controlled trial. *Journal of pediatric psychology*, *31*, 569-573.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., y Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, *22*(5), 487-497.
- Seligman, M. (2003). The past and future of positive psychology. En C.L.M. Keyes y J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 11-20). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Nueva York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P. (1999). The President's address. APA 1998 Annual Report. *American Psychologist*, *54*, 559-562.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourishing*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. and Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Sieber, W. J., Rodin, J., Larson, L., y Ortega, S. (1992). Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain, Behavior and Immunity*, *6*, 141-156.
-

- Smith, A. W. y Baum, A. (2003). The influence of psychological factor on restorative function in health and illness. En J. Suls y K. A. Wallston (eds.), *Social Psychological foundations of health and illness* (pp. 431-457). Malden: USishers.
- Smith, M. Y., Redd, W., Peyser, C., y Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psycho-oncology*, 8(6), 521-537.
- Sociedad Española de Oncología Médica (2014). www.seom.org
- Springer, K.W., Hauser, R.M. and Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35, 1120-1131.
- Stam, H., Hartman, E. E., Deurloo, J. A., Groothoff, J., y Grootenhuis, M. A. (2006). Young adult patients with a history of pediatric disease: impact on course of life and transition into adulthood. *Journal of adolescent health*, 39(1), 4-13.
- Stanton, A. L., Bower, J. E., y Low, C. A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. En L. G. Calhoun y R. G. Tedeschi (Eds.), *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 138-175). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L.A., Collins, C.A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, A. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4160– 4168.
- Stephoe, A., Wardle, J., y Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 6508-6512.
- Stone, A. A., Cox, D. S., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L., y Neale, J. M. (1987). Evidence that Secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 988–993.

-
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science and Medicine*, 48, 1449-1462
- Sundberg, K. K., Lampic, C., Björk, O., Arvidson, J., y Wettergren, L. (2009). Positive and negative consequences of childhood cancer influencing the lives of young adults. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(3), 164-170.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(2), 129-136.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Taylor, S., E. (1983). Adjusting to threatening events : A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Thombre, A., Sherman, A. C., y Simonton, S. (2010). Religious coping and posttraumatic growth among family caregivers of cancer patients in India. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(2), 173-188.
- Thornton, A. (2002). Psychological adjustment and benefit finding in prostate cancer patients and their partners. *Dissertation Abstracts International*, B63(2B), 1052.
- Tice, D.M., Wallace, H.M. y Harter, A.C. (2004). *Persistence*. En C. Peterson y M.E.P.

- Tomich, P., y Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23*, 16–23.
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., y Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 400–410.
- Tugade, M.M. y Fredrickson, B.L. (2002). Positive emotions and emotional intelligence. En L. F. Barrett y P. Salovey (Eds.). *The Wisdom in Feeling* (pp. 319-340). New York: Guilford Press.
- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., y Feldman-Barrett, L. (2004). Psychologicaresilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality, 72*, 1161-1190.
- UNICEF (2007). *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- UNICEF (2012). Informe sobre la infancia en España 2012-2013. UNICEF Comité Español
- Vagnoli, Caprili y Messeri (2010) Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Paediatric Anaesthesia, 20(10)*, 937-43.
- Vagnoli, L., Caprilli, S., Robiglio, A. y Messeri, A. (2005). The presence of clowns reduces preoperative anxiety in children. *Pediatrics, 116*, 563-567.

-
- Vallerand, R.J. y Bissonnette, R. (1992). Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behaviour: a prospective study. *Journal of Personality*, 60, 599-620.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E. R., Meeske, K., y Dickinson, P. (2002). The PedsQLTM in pediatric cancer: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM Generic Core Scales, multidimensional fatigue scale, and cancer module. *Cancer*, 94, 2090–2106.
- Varni, J.W., Limbers, C., y Burwinkle, T. M. (2007). Literature Review: Health-Related Quality of Life Measurement in Pediatric Oncology: Hearing the Voices of the Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 8, 560-578
- Vaughn, A. A., Roesch, S. C., y Aldridge, A. A. (2009). Stress-related growth in racial/ethnic minority adolescents: Measurement structure and validity. *Educational and Psychological Measurement*, 69, 131–145.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial
- Vazquez, C. (2013). A new look at trauma: From vulnerability models to resilience and positive changes. En K.A. Moore, K. Kaniasty, P. Buchwald, y A. Sese (Eds), *Stress and Anxiety: Applications to health and well-being, work stressors and assessment*(pp. 27-40). Logos Verlag: Berlin.
- Vazquez, C. and Hervas, G. (eds.). (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial
- Vázquez, C. y Páez, D. (2010). Posttraumatic growth in Spain. En T. Weiss y Berger, R. eds.), *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe* (pp. 97-112). New York: Wiley
-

- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2007). Reacciones ante el trauma: resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.). *Las emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). Psychological well-being and health: Contributions from Positive Psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., and Matt, G. (2006). Post-Traumatic stress reactions following the Madrid March 11, terrorist attacks: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *Spanish Journal of Psychology*, 9, 161-174.
- Vázquez, C., Rahona, J.J., Gómez, D., Caballero, F., y Hervás, G. (2014). A national representative study of the relative impact of physical and psychological problems on life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*.
- Vázquez, C., y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 385-404
- Vázquez, C., y Hervás, G. (2008). (Eds.), *Psicología Positiva aplicada*. Bilbao: Desclee de Brower
- Vázquez, C., (2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11S (USA) y del 11M (Madrid): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 9-25.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L., Tedeshi, R., y Demakis, G. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34, 110-120.
- Waller, E.M., Rose, A. (2010) Adjustment trade-offs of co-rumination in mother-adolescent relationships. *Journal of Adolescence*. 33(3) 487-497

-
- Waterman, A. S. (2008) Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 234-252.
- Weaver, K. E., Llabre, M. M., Lechner, S. C., Penedo, F., y Antoni, M. H. (2008). Comparing unidimensional and multidimensional models of benefit finding in breast and prostate cancer. *Quality of Life Research*, 17(5), 771-781.
- Weiss, H. y Sherman, J. (1973). Internal-external control as a predictor of task effort and satisfaction subsequent to failure. *Journal of Applied Psychology*, 57, 132-136.
- Werner, E. E., y Smith, E. E. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E., y Smith, E. E. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, Nueva York: Cornell University Press.
- Whitaker, M. C., Nascimento, L.C., Bousso, R.S., Lima, R.A. (2013). Life after childhood cancer: experiences of the survivors. *Revista brasileira de enfermagem*, 66, 873-878.
- Wiener, L., Battles, H., Bernstein, D., Long, L., Derdak, J., Mackall, C. L., y Mansky, P. J. (2006). Persistent psychological distress in long term survivors of pediatric sarcoma: The experience at a single institution. *Psycho-oncology*, 15(10), 898-910.
- Wijnberg-Williams, B. J., Kamps, W. A., Klip ED, C., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2006). Psychological adjustment of parents of pediatric cancer patients revisited: Five years later. *Psycho-oncology*, 15(1), 1-8.
- Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Kashdan, T. B., y Hurling, R. (2011). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time:

- A longitudinal study and the development of the Strengths Use Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 50, 15-19.
- Wortman, C. B., y Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349–357.
- Yalom, I. D., y Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334-345.
- Yanez, B. R., Stanton, A. L., Hoyt, M. A., Tennen, H., y Lechner, S. (2011). Understanding perceptions of benefit following adversity: How do distinct forms of growth relate to coping and adjustment to stressful events? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(7), 699-721.
- Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A., et al. (2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: Relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 730-741.
- Zebrack, B., y Chesler, M. (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-oncology*, 11, 132-141.
- Zoellner, T., y Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.

APÉNDICE

PROCOLO PARA LOS NIÑOS

Indica de 0 a 10 (siendo 0 muy triste y 10 muy contento) **CÓMO TE SIENTES** en las siguientes áreas de la vida.

¿Cómo te sientes...

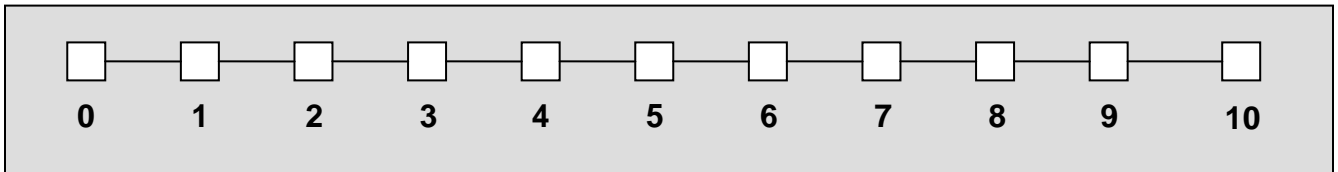
1. ... con tu vida en general?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



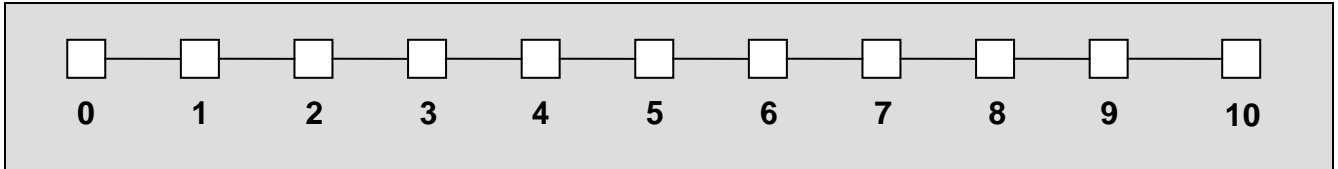
2. ... con las cosas que tienes, como por ejemplo, tus juguetes, tu dinero,...?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



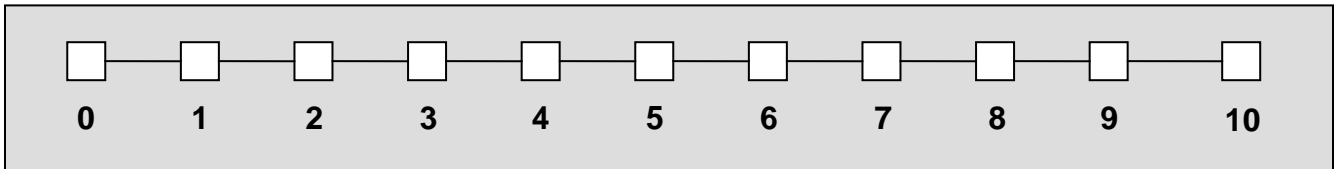
3. ... con tu salud?.....

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



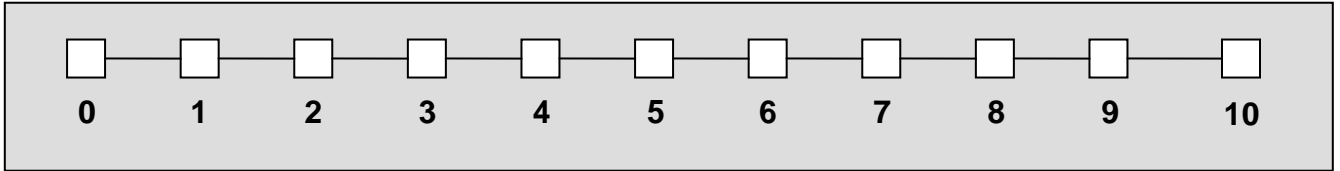
4. ... con tu familia?.....

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



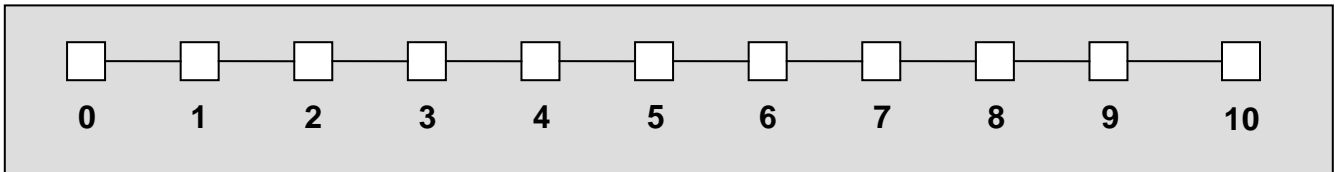
5. ... con tu padre?.....

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



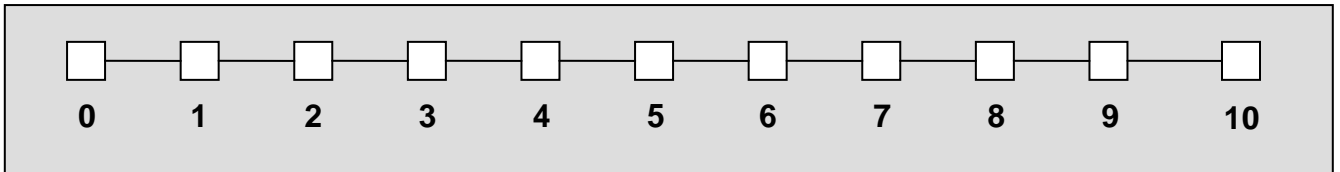
6. ... con tu madre?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



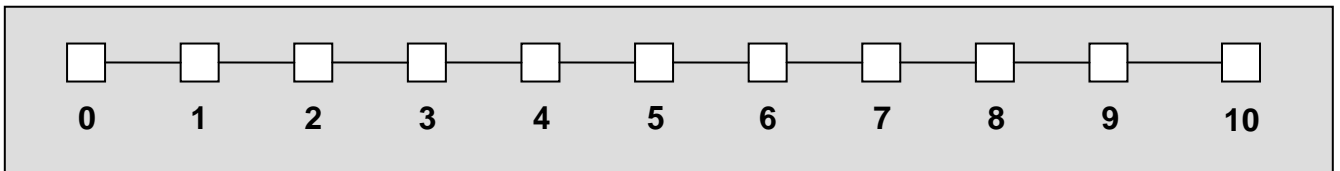
7. ... con tus hermanos?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



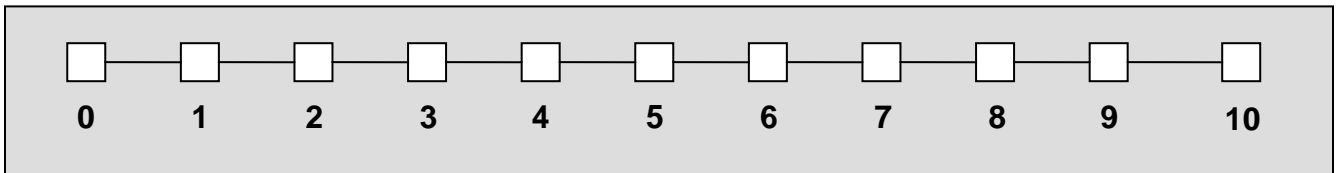
8. ...con tus amigos?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



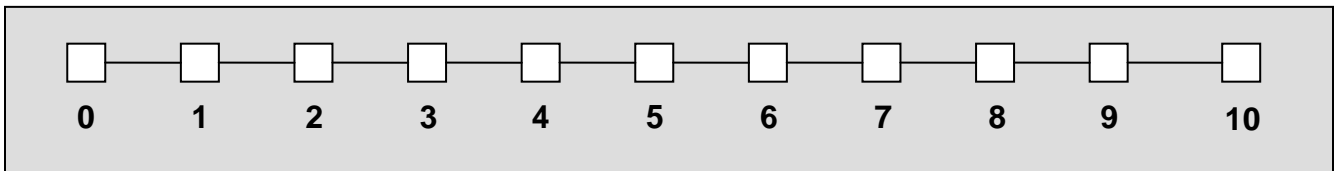
9. ... con tu colegio (cuando vas)?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



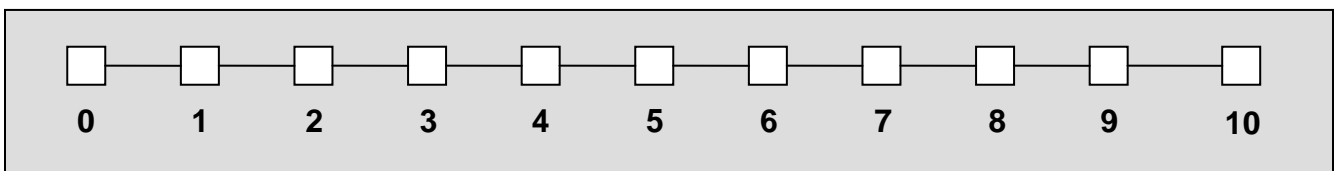
10. con tus médicos?.....

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



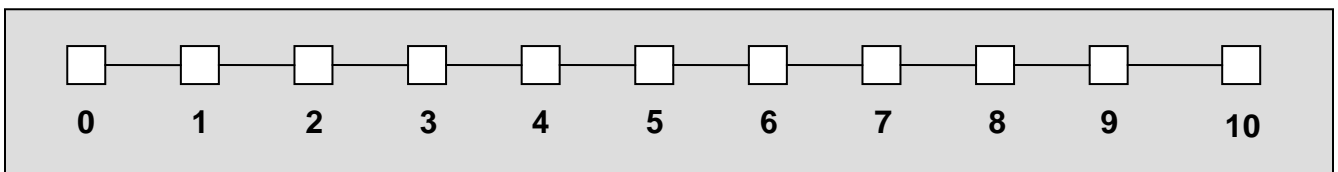
11. con tus enfermeras?.....

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



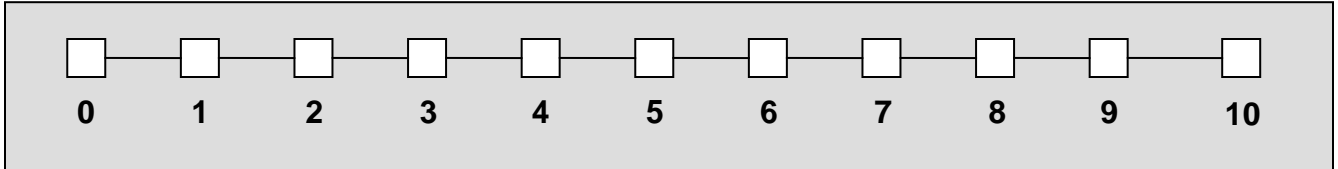
12. con tu hospital?.....

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



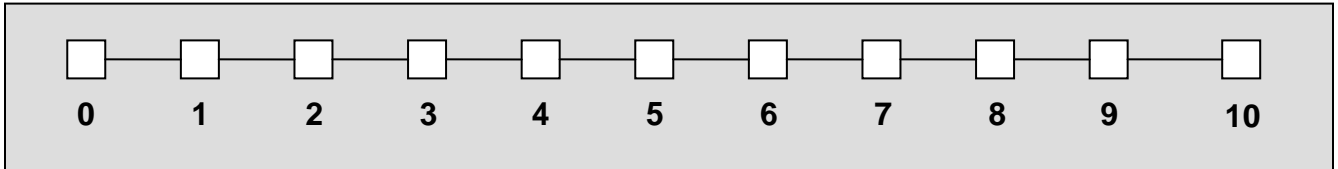
13. ... con las cosas en las que quieres ser bueno¹?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



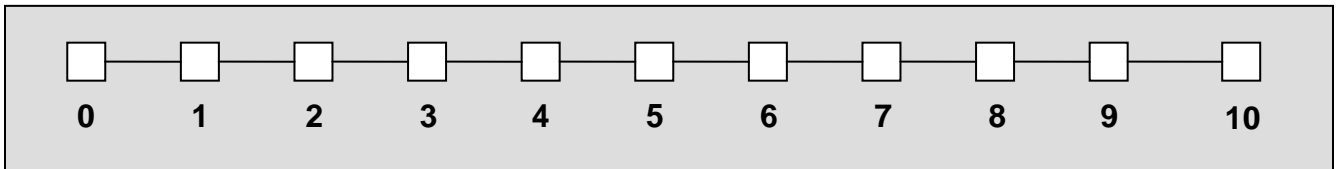
14. ... con cómo te llevas con la gente que conoces?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



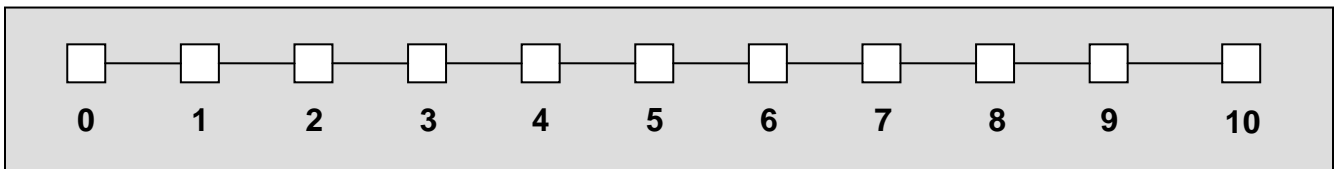
15. ... en cómo te sientes de seguro y protegido?

PS

MUY TRISTE

NI TRISTE NI CONTENTO

MUY CONTENTO



¹ Nota entrevistador: Si el niño tiene dudas, especificar “¿Qué es importante para ti? ¿Eres bueno en eso?”

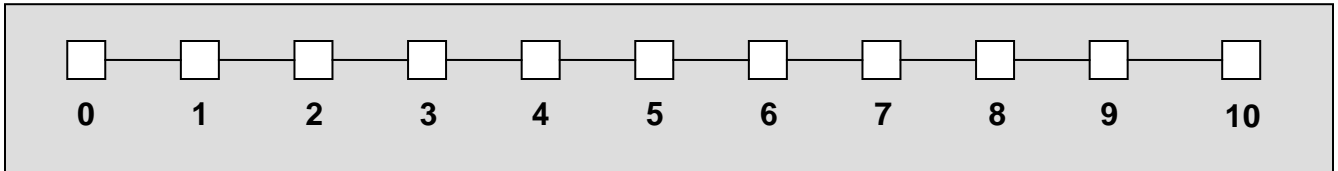
16. con la zona en la que vives (vecinos, lugares,...)?

PS

**MUY
TRISTE**

**NI TRISTE NI
CONTENTO**

**MUY
CONTENTO**



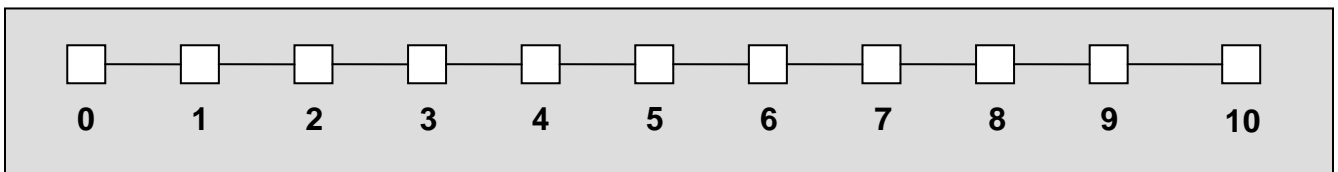
17. ... con las cosas que pueden pasarte en el futuro?

PS

**MUY
TRISTE**

**NI TRISTE NI
CONTENTO**

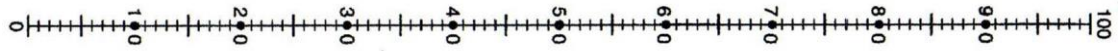
**MUY
CONTENTO**



Indica con qué frecuencia son ciertas las siguientes afirmaciones.

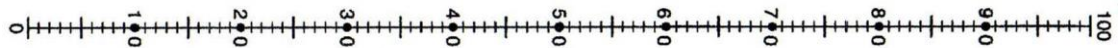
	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. En mi vida, las cosas me van bien.	0	1	2	3
2. Mi vida es justo lo que quiero.	0	1	2	3
3. Me gustaría cambiar muchas cosas de mi vida.	0	1	2	3
4. Ojalá tuviera un tipo de vida diferente.	0	1	2	3
5. Tengo una vida buena.	0	1	2	3
6. Tengo lo que quiero en mi vida.	0	1	2	3
7. Mi vida es mejor que la de muchos niños o niñas.	0	1	2	3

1. Me siento capaz de resolver las dificultades que me encuentro cada día.



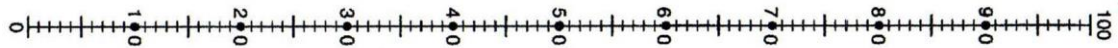
Totalmente en desacuerdo 		Ni de acuerdo ni en desacuerdo 		Totalmente de acuerdo 
---	--	---	--	---


2. Voy aprendiendo cosas nuevas en la vida.



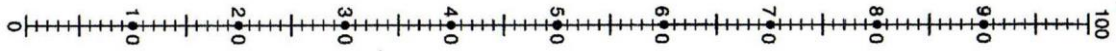
Totalmente en desacuerdo 		Ni de acuerdo ni en desacuerdo 		Totalmente de acuerdo 
---	--	---	--	---

3. Le encuentro sentido a las experiencias que vivo.



Totalmente en desacuerdo 		Ni de acuerdo ni en desacuerdo 		Totalmente de acuerdo 
---	--	---	--	---

4. Tengo libertad para ser como soy y hacer las cosas a mi forma.



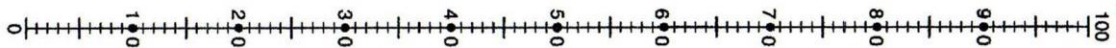
Totalmente en desacuerdo 		Ni de acuerdo ni en desacuerdo 		Totalmente de acuerdo 
---	--	---	--	--

5. Me siento unido a las personas que me rodean.



Totalmente en desacuerdo 		Ni de acuerdo ni en desacuerdo 		Totalmente de acuerdo 
---	--	---	--	--

6. Me gusta como soy.

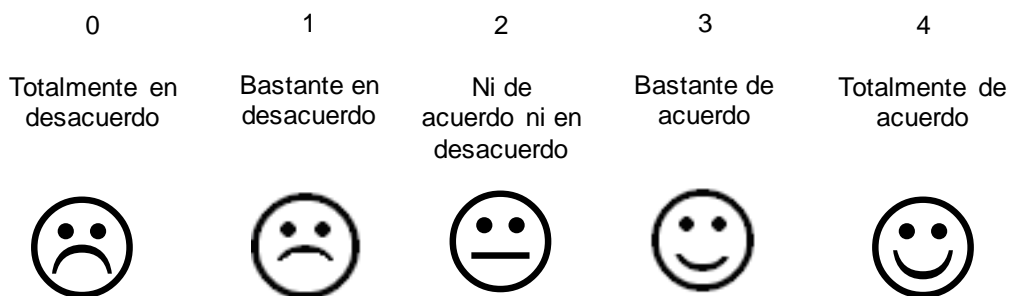


Totalmente en desacuerdo 		Ni de acuerdo ni en desacuerdo 		Totalmente de acuerdo 
---	--	---	--	--

BFSC






A continuación aparecen algunas experiencias que has podido experimentar como consecuencia de haber tenido una enfermedad. Rodea con un círculo según la frase refleje más o menos tu situación teniendo en cuenta la siguiente escala.

Haber tenido mi enfermedad...








...me ha ayudado a ser una persona más fuerte	0	1	2	3	4
...me ha enseñado quiénes son mis verdaderos amigos	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a darme cuenta de cuánto me quieren	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a hacer algunos muy buenos amigos	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a aprender a enfrentar mejor mis problemas.	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a tener más paciencia.	0	1	2	3	4
...me ha enseñado a ser más cariñoso con los demás.	0	1	2	3	4
...ha hecho que mi familia esté más unida.	0	1	2	3	4
...me ha enseñado lo que es realmente importante en la vida.	0	1	2	3	4
...me ha enseñado a ser feliz y a disfrutar las cosas buenas cuando aparecen.	0	1	2	3	4






Contesta las siguientes preguntas anotando si estás o no de acuerdo con estas afirmaciones. No hay Respuestas correctas o incorrectas simplemente rodea el número que te describa mejor.

		Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
						
1	Siempre soy optimista respecto al futuro.	0	1	2	3	4
2	Las cosas suelen irme mal.	0	1	2	3	4
3	Cuando no sé que va a ocurrir, normalmente espero lo mejor.	0	1	2	3	4
4	Casi nunca espero que las cosas vayan a ir como yo quiero.	0	1	2	3	4
5	Normalmente, no espero que me pasen cosas buenas.	0	1	2	3	4
6	Soy una persona afortunada.	0	1	2	3	4
7	Si algo bueno ocurre, es probable que no sea para mí.	0	1	2	3	4
8	Cada día espero divertirme mucho.	0	1	2	3	4
9	Cuando las cosas van bien, espero que algo salga mal.	0	1	2	3	4
10	Normalmente espero tener un buen día.	0	1	2	3	4
11	Haga lo que haga, no creo que las cosas vayan a funcionar.	0	1	2	3	4
12	Suelo esperar que me pasen más cosas buenas que malas.	0	1	2	3	4
13	Cada día espero que pasen cosas malas.	0	1	2	3	4
14	Cuando las cosas van mal, espero que mejoren.	0	1	2	3	4
15	Creo que me voy a curar de mi enfermedad.	0	1	2	3	4

Señala el grado de acuerdo con estas afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo 	Bastante en desacuerdo 	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 	Bastante de acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
1. Me parece que en mi vida me pasan más cosas buenas que malas.					
2. Por regla general, la gente me trata de forma justa.					
3. Pienso que, en general, las cosas que deciden los mayores por mí son justas.					
4. Estoy rodeado de gente que me cuida y me quiere.					
5. A la gente que se porta bien o es buena, al final le salen bien las cosas.					
6. La gente que se porta mal, al final recibe siempre el castigo que se merece.					
7. En el mundo hay muchas más personas buenas que malas.					
8. En el mundo pasan más cosas malas que buenas.					
9. Da igual lo que yo haga o deje de hacer porque al final todo depende de la suerte.					
10. Me parece que, a pesar de todo, he tenido suerte en esta vida.					

Indica el grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo 	Bastante en desacuerdo 	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 	Bastante de acuerdo 	Totalmente de acuerdo 
1. Trabajo sin descanso en mis deberes/tareas hasta que las acabo.					
2. Soy muy entusiasta.					
3. Puedo encontrar muchas cosas en mi vida por las que dar las gracias.					
4. Quiero a los miembros de mi familia hagan lo que hagan.					
5. Cuando alguien me ayuda o es amable conmigo, siempre doy las gracias					
6. Pongo todo mi esfuerzo en lo que hago.					
7. Cuando hay una oportunidad para aprender cosas nuevas participo activamente.					
8. Siempre estoy entusiasmado/a con cualquier cosa que hago.					
9. Soy una persona agradecida.					
10. Siempre me siento lleno/a de energía.					
11. No dejo las cosas para mañana si las puedo hacer hoy.					
12. Aunque mis familiares y yo nos peleemos, les sigo queriendo.					
13. Siempre soy muy activo/a					
14. Cuando me suceden cosas buenas, me acuerdo de la gente que me ayudó.					
15. Me encanta aprender cosas nuevas					
16. A menudo doy las gracias por los padres y familia que tengo.					

17. Soy muy trabajador.					
18. Comparto mis sentimientos con mis amigos o familia.					
19. Me encanta aprender cómo hacer cosas diferentes.					
20. Creo que la vida es emocionante.					
21. A menudo me siento con suerte por lo que tengo en la vida.					
22. A menudo les digo a mis amigos y a mi familia que les quiero.					
23. Cuando quiero aprender algo, intento averiguar todo sobre ello.					
24. Estoy siempre alegre.					
25. Cuando tengo un problema, sé que alguien estará a mi lado.					

Pensando en tu felicidad, en una escala de 0 a 100, señala...

¿Cómo de feliz crees que eres ahora mismo?



¿Cómo eras de feliz antes de que te pusieras enfermo?



¿Cómo de feliz crees que serías ahora mismo si no tuvieses la enfermedad?



¿Cómo de feliz te gustaría ser ahora mismo?



Señala cómo **TE SIENTES HOY**

FECHA:					
Hoy me siento...	Nada 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremadamente 4
1. Feliz					
2. Cansado					
3. Triste					
4. Tranquilo					
5. Lleno de entusiasmo					
6. Agresivo					
7. A punto de explotar					
8. Solo					
9. Fatigado					
10. Vital					
11. Enfadado					
12. Alegre					
13. Tenso					
14. A gusto					
15. Infeliz					
16. Apartado					
17. Unido a otras personas					
18. Agradecido					
19. Fuerte					
20. Orgullosa de mi mismo					
21. Seguro					
22. Generoso					
23. Esperanzado					
24. Confiado					
25. Sociable, simpático					
26. Importante					
27. Decepcionado					

CUESTIONARIO para NIÑOS (8-12 años)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente se enumeran una serie de cosas que pueden resultar un problema para ti. Dinos **si** estas cosas son un **problema** para ti durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS** marcando con un círculo:

- 0 si **nunca** es un problema
- 1 si **casi nunca** es un problema
- 2 si **a veces** es un problema
- 3 si **muchas veces** es un problema
- 4 si **casi siempre** es un problema

En este cuestionario no existen respuestas correctas o incorrectas.
Consúltanos si no entiendes alguna pregunta.

En las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ha sido un **problema** para ti...

Mi salud y actividades (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me cuesta caminar más de cinco minutos	0	1	2	3	4
2. Me cuesta correr	0	1	2	3	4
3. Me cuesta participar en actividades deportivas o hacer ejercicio	0	1	2	3	4
4. Me cuesta levantar objetos pesados	0	1	2	3	4
5. Me cuesta ducharme o bañarme solo/a	0	1	2	3	4
6. Me cuesta ayudar en casa	0	1	2	3	4
7. Tengo dolor	0	1	2	3	4
8. Me siento cansado/a	0	1	2	3	4

Mis sentimientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Tengo miedo	0	1	2	3	4
2. Me siento triste	0	1	2	3	4
3. Me enfado	0	1	2	3	4
4. Tengo dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupa lo que me pueda pasar	0	1	2	3	4

Mis relaciones con los demás (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Tengo dificultad para relacionarme con otros niños (o niñas) de mi edad	0	1	2	3	4
2. Los otros niños (o niñas) no quieren ser mis amigos/as	0	1	2	3	4
3. Otros niños (o niñas) se burlan de mí	0	1	2	3	4
4. No puedo hacer las mismas cosas que los otros niños (o niñas) de mi edad	0	1	2	3	4
5. Me cuesta seguir el ritmo cuando juego con otros niños (o niñas)	0	1	2	3	4

Actividades escolares (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me cuesta prestar atención en clase	0	1	2	3	4
2. Me olvido cosas	0	1	2	3	4
3. Tengo dificultad para acabar todas las tareas del colegio	0	1	2	3	4
4. Pierdo clase porque no me encuentro bien	0	1	2	3	4
5. Pierdo clase por tener que ir al médico o al hospital	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO para ADOLESCENTES (13-18 años)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente se enumeran una serie de cosas que pueden resultar un problema para ti. Dinos **si** estas cosas son un **problema** para ti durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS** marcando con un círculo:

- 0** si **nunca** es un problema
- 1** si **casi nunca** es un problema
- 2** si **a veces** es un problema
- 3** si **frecuentemente** es un problema
- 4** si **casi siempre** es un problema

En este cuestionario no existen respuestas correctas o incorrectas.
Consúltanos si no entiendes alguna pregunta.

En las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ha sido un **problema** para ti...

Mi salud y actividades (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me cuesta caminar más de cinco minutos	0	1	2	3	4
2. Me cuesta correr	0	1	2	3	4
3. Me cuesta participar en actividades deportivas o hacer ejercicio	0	1	2	3	4
4. Me cuesta levantar objetos pesados	0	1	2	3	4
5. Me cuesta ducharme o bañarme solo/a	0	1	2	3	4
6. Me cuesta ayudar en casa	0	1	2	3	4
7. Tengo dolor	0	1	2	3	4
8. Me siento cansado/a	0	1	2	3	4

Mis sentimientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Tengo miedo	0	1	2	3	4
2. Me siento triste	0	1	2	3	4
3. Me enfado	0	1	2	3	4
4. Tengo dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Me preocupa lo que me pueda pasar	0	1	2	3	4



Mis relaciones con los demás (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Tengo dificultad para relacionarme con otros chicos (o chicas) de mi edad	0	1	2	3	4
2. Otros chicos (o chicas) no quieren ser mis amigos/as	0	1	2	3	4
3. Otros chicos (o chicas) se burlan de mí	0	1	2	3	4
4. No puedo hacer las mismas cosas que los otros chicos (o chicas) de mi edad	0	1	2	3	4
5. Me cuesta seguir el ritmo de mis compañeros/as	0	1	2	3	4

Actividades escolares (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me cuesta prestar atención en clase	0	1	2	3	4
2. Me olvido cosas	0	1	2	3	4
3. Tengo dificultad para acabar todas las tareas del colegio	0	1	2	3	4
4. Pierdo clase porque no me encuentro bien	0	1	2	3	4
5. Pierdo clase por tener que ir al médico o al hospital	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO para NIÑOS (5 - 7 años)**INSTRUCCIONES**

Voy a hacerte unas preguntas sobre cosas que pueden ser un problema para niños como tú. Quiero que me digas cuánto problema son para ti estas cosas:.
(Enseñar plantilla de respuesta).

- Si para ti no es un problema, señala la cara sonriente.
- Si para ti a veces es un problema, señala la cara del medio.
- Si es un problema para ti, señala la cara seria.

	Nunca 	A veces 	Casi siempre 	
--	--	--	---	--

Hagamos un ejemplo...

Escucha atentamente. ¿Tienes problemas con...?

Dolor y daño (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Te duelen los huesos o los músculos?	0	2	4
2. ¿Tienes muchos dolores?	0	2	4

Nauseas (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Te ponen las medicinas malo del estómago?	0	2	4
2. ¿Te sabe mal la comida ?	0	2	4
3. ¿Te pones malo del estómago cuando piensas en las medicinas?	0	2	4
4. ¿Te sientes tan mal del estómago que no comes bien?	0	2	4
5. ¿Algunas comidas u olores te ponen malo del estómago?	0	2	4

Ansiedad con los procedimientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Te duelen los pinchazos como las inyecciones o cuando te sacan sangre?	0	2	4
2. ¿Te da miedo cuando te sacan sangre?	0	2	4
3. ¿Te dan miedo los pinchazos (inyecciones,...)?	0	2	4

Ansiedad ante los tratamientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Tienes miedo cuando estás esperando al médico?	0	2	4
2. ¿Tienes miedo cuando tienes que ir al médico?	0	2	4
3. ¿Tienes miedo cuando tienes que ir al hospital?	0	2	4

Problemas cognitivos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Sabes qué hacer cuando algo te molesta?	0	2	4
2. ¿Te cuesta resolver problemas de matemáticas?	0	2	4
3. ¿Tienes problemas para escribir alguna redacción para el colegio?	0	2	4
4. ¿Te cuesta prestar atención a las cosas?	0	2	4
5. ¿Te resulta difícil recordar lo que has leído?	0	2	4

Apariencia física percibida (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Te ves poco guapo/a?	0	2	4
2. ¿Te molesta que vean tus cicatrices?	0	2	4
3. ¿Te da vergüenza que los demás vean tu cuerpo?	0	2	4

Comunicación (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Te cuesta decirle a los médicos y enfermeras cómo te sientes?	0	2	4
2. ¿Te cuesta hacer preguntas a los médicos o enfermeras?	0	2	4
3. ¿Te cuesta explicar tu enfermedad a otras personas?	0	2	4

Preocupaciones (PROBLEMAS CON...)	Nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Te preocupa cómo te hacen sentir las medicinas?	0	2	4
2. ¿Te preocupa si tus medicinas están funcionando o no?	0	2	4
3. ¿Te da miedo que tu cáncer / enfermedad vaya a peor?	0	2	4

CUESTIONARIO para NIÑOS (8-12 años)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente se enumeran una serie de cosas que pueden resultar un problema para ti. Dinos **si** estas cosas son un **problema** para ti durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS** marcando con un círculo:

- 0 si **nunca** es un problema
- 1 si **casi nunca** es un problema
- 2 si **a veces** es un problema
- 3 si **muchas veces** es un problema
- 4 si **casi siempre** es un problema

En este cuestionario no existen respuestas correctas o incorrectas.
Consúltanos si no entiendes alguna pregunta.

En las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ha sido un **problema** para ti...

Dolor y daño (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me duelen las articulaciones o los músculos	0	1	2	3	4
2. Tengo muchos dolores	0	1	2	3	4

Náuseas (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me pongo malo del estómago cuando tengo tratamientos médicos	0	1	2	3	4
2. La comida no me sabe bien.	0	1	2	3	4
3. Me pongo malo del estómago cuando pienso en los tratamientos médicos.	0	1	2	3	4
4. Me siento tan mal del estómago que no como bien.	0	1	2	3	4
5. Algunas comidas u olores me ponen malo del estómago.	0	1	2	3	4

Ansiedad con los procedimientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me duelen los pinchazos como las inyecciones o cuando me sacan sangre.	0	1	2	3	4
2. Me da miedo sacarme sangre	0	1	2	3	4
3. Me dan miedo los pinchazos (inyecciones,...).	0	1	2	3	4

Ansiedad ante los tratamientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Tengo miedo cuando estoy esperando al médico	0	1	2	3	4
2. Tengo miedo cuando tengo que ir al médico.	0	1	2	3	4
3. Tengo miedo cuando tengo que ir al hospital	0	1	2	3	4

Problemas cognitivos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me cuesta averiguar qué puedo hacer cuando algo me molesta.	0	1	2	3	4
2. Me cuesta resolver problemas de	0	1	2	3	4
3. Tengo problemas para escribir alguna redacción para el colegio.	0	1	2	3	4
4. Me cuesta prestar atención a las cosas.	0	1	2	3	4
5. Me resulta difícil recordar lo que he leído.	0	1	2	3	4

Apariencia física percibida (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Siento que no estoy guapo / guapa	0	1	2	3	4
2. No me gusta que los demás que vean mis	0	1	2	3	4
3. Me siento avergonzado cuando los demás ven mi cuerpo.	0	1	2	3	4

Comunicación (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me cuesta decirle a los médicos y enfermeras cómo me siento	0	1	2	3	4
2. Me cuesta hacer preguntas a los médicos o enfermeras	0	1	2	3	4
3. Me cuesta explicar su enfermedad a otras personas.	0	1	2	3	4

Preocupaciones (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me dan miedo los efectos secundarios de los tratamientos.	0	1	2	3	4
2. Me preocupo de si mis tratamientos están funcionando o no.	0	1	2	3	4
3. Me da miedo que mi cáncer/enfermedad vaya a peor o tenga una recaída.	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO para NIÑOS (13-18 años)

INSTRUCCIONES

En la página siguiente se enumeran una serie de cosas que pueden resultar un problema para ti. Dinos **si** estas cosas son un **problema** para ti durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS** marcando con un círculo:

- 0** si **nunca** es un problema
- 1** si **casi nunca** es un problema
- 2** si **a veces** es un problema
- 3** si **muchas veces** es un problema
- 4** si **casi siempre** es un problema

En este cuestionario no existen respuestas correctas o incorrectas.
Consúltanos si no entiendes alguna pregunta.

En las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ha sido un **problema** para ti...

Dolor y daño (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Tengo dolores en las articulaciones o los músculos.	0	1	2	3	4
2. Tengo muchos dolores.	0	1	2	3	4

Náuseas (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me pongo malo del estómago cuando tengo tratamientos médicos	0	1	2	3	4
2. La comida no me sabe bien.	0	1	2	3	4
3. Me pongo malo del estómago cuando pienso en los tratamientos médicos.	0	1	2	3	4
4. Me siento tan mal del estómago que no como bien.	0	1	2	3	4
5. Algunas comidas u olores me ponen malo del estómago.	0	1	2	3	4

Ansiedad con los procedimientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me duelen los pinchazos como las inyecciones o cuando me sacan sangre.	0	1	2	3	4
2. Me da miedo sacarme sangre	0	1	2	3	4
3. Me dan miedo los pinchazos (inyecciones,...).	0	1	2	3	4

Ansiedad ante los tratamientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Tengo miedo cuando estoy esperando al médico	0	1	2	3	4
2. Tengo miedo cuando tengo que ir al médico.	0	1	2	3	4
3. Tengo miedo cuando tengo que ir al hospital	0	1	2	3	4

Problemas cognitivos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me cuesta averiguar qué puedo hacer cuando algo me molesta.	0	1	2	3	4
2. Me cuesta resolver problemas de matemáticas.	0	1	2	3	4
3. Tengo problemas para escribir alguna redacción para el colegio.	0	1	2	3	4
4. Me cuesta prestar atención a las cosas.	0	1	2	3	4
5. Me resulta difícil recordar lo que he leído.	0	1	2	3	4

Apariencia física percibida (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Siento que no estoy guapo / guapa	0	1	2	3	4
2. No me gusta que los demás que vean mis cicatrices.	0	1	2	3	4
3. Me siento avergonzado cuando los demás ven mi cuerpo.	0	1	2	3	4

Comunicación (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me cuesta decirle a los médicos y enfermeras cómo me siento	0	1	2	3	4
2. Me cuesta hacer preguntas a los médicos o enfermeras	0	1	2	3	4
3. Me cuesta explicar su enfermedad a otras personas.	0	1	2	3	4

Preocupaciones (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me dan miedo los efectos secundarios de los tratamientos.	0	1	2	3	4
2. Me preocupo de si mis tratamientos están funcionando o no.	0	1	2	3	4
3. Me da miedo que mi cáncer / enfermedad vaya a peor o tenga una recaída.	0	1	2	3	4

En la última semana....

	RARAMENTE O NINGUNA VEZ (menos de un día)	ALGUNAS O POCAS VECES (1-2 días)	OCASIONALMENTE (3-4 días)	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO (5-7 días)
1. Sentí que no podía quitarme de encima la tristeza ni con la ayuda de mi familia	0	1	2	3
2. Tuve dificultades para mantener mi mente en lo que hacía	0	1	2	3
3. Me sentí deprimido.	0	1	2	3
4. Todo lo que hice me costó mucho esfuerzo	0	1	2	3
5. Mi sueño era inquieto.	0	1	2	3
6. Disfruté de la vida.	0	1	2	3
7. Me sentí triste.	0	1	2	3

¡¡GRACIAS!!



-- Anexo --

BINESTAR PERSONAL POR DOMINIOS (CUMMINS-HUEBNER-UNICEF)

PREESCOLAR (0-6 años):

Realice el pre test.

- Si el niño supera el procedimiento para una escala de 0 a 10, use la escala que se presenta a continuación.
- Si no lo supera, elija la escala de caras que corresponda al nivel máximo de su capacidad para discriminar (2, 3 o 5). Anote qué procedimiento emplea y puntúe según la siguiente escala en la casilla correspondiente :

Código:	(a) 2 caras (2-pt)	(b) 3 caras (3-pt)	(c) 5 caras (5-pt)
	Triste = 0 Contento = 1	Triste = 0 Ni contento ni triste = 1 Contento = 2	Muy triste = 0 Un poco triste = 1 Ni contento ni triste = 2 Un poco contento = 3 Muy contento = 4

ESCOLAR (6 - 17 años):

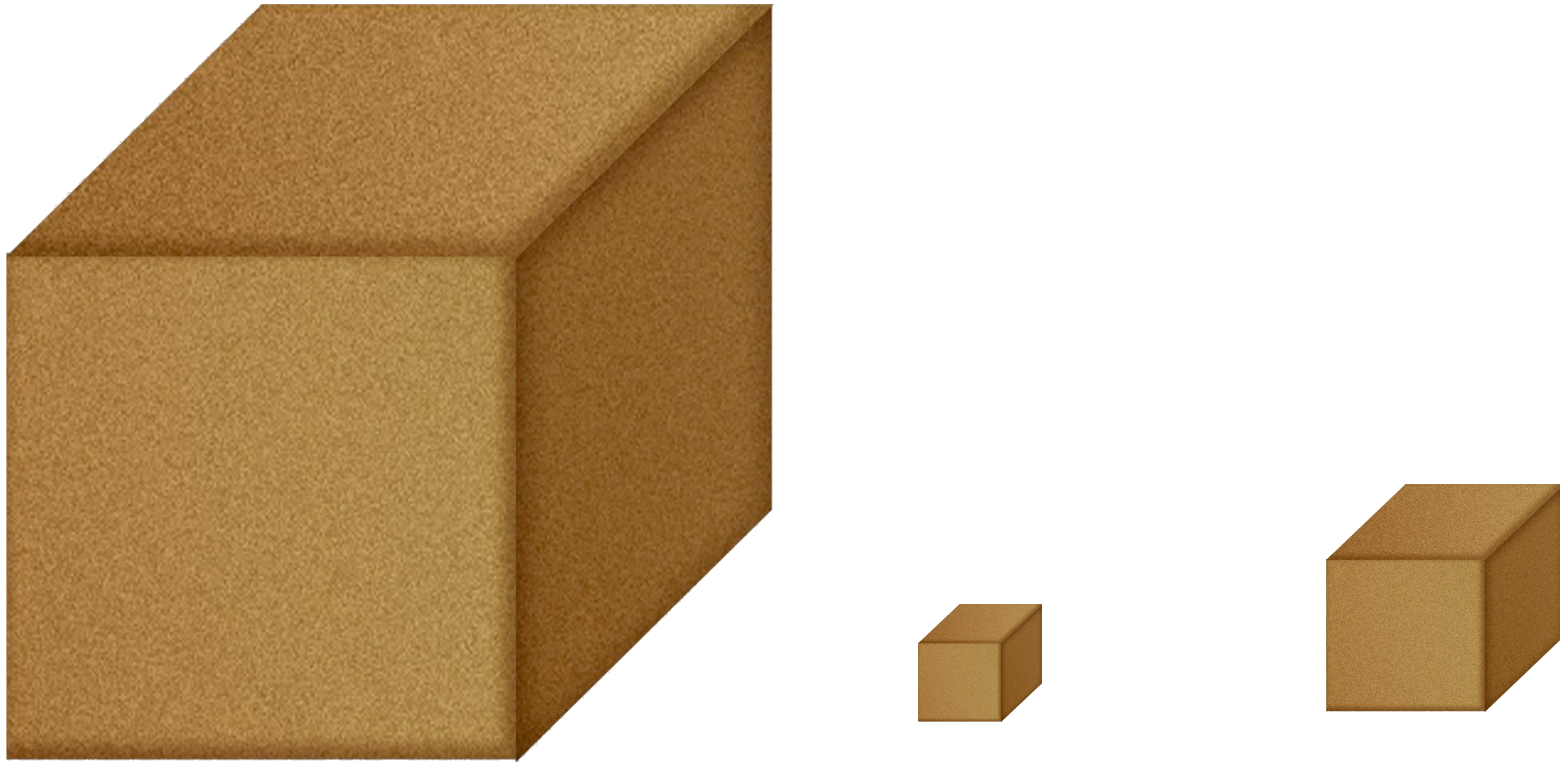
Emplear la escala de 10 puntos siempre y cuando el niño supere el procedimiento para escala likert 0-10.

Marque el procedimiento empleado:

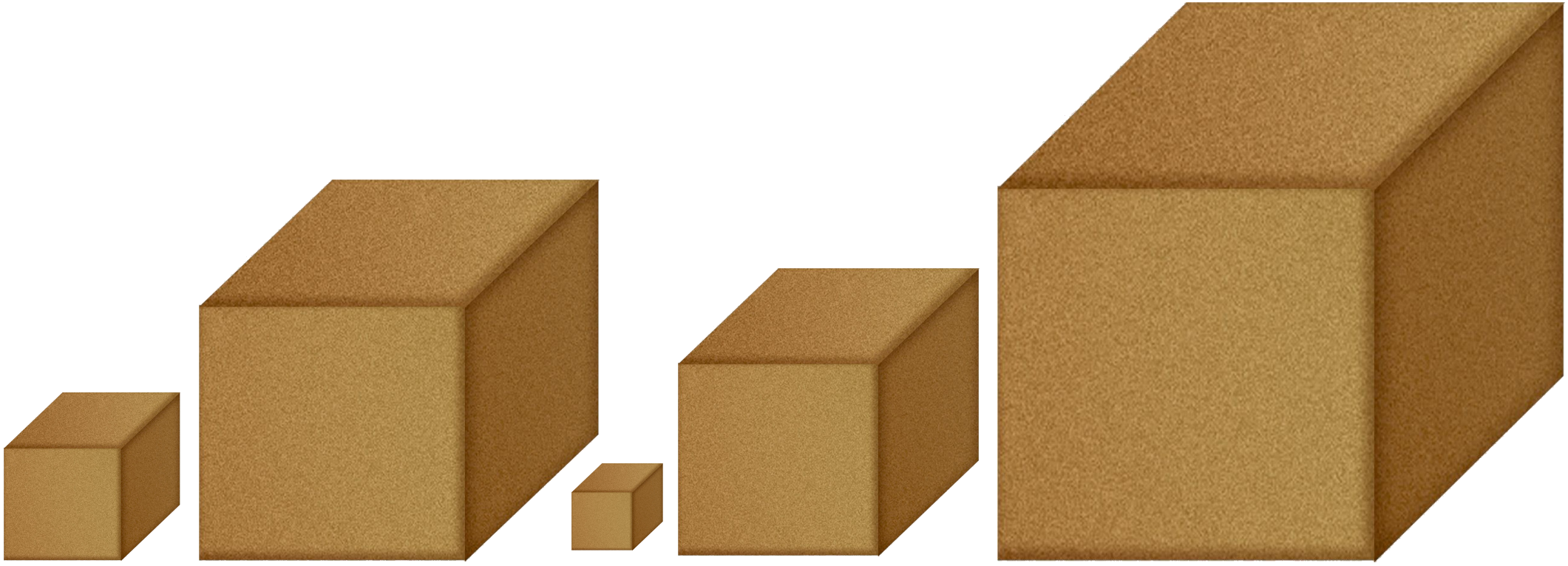
- Escala de 2 caras
- Escala de 3 caras
- Escala de 5 caras
- Escala de 10 puntos



DOS BLOQUES

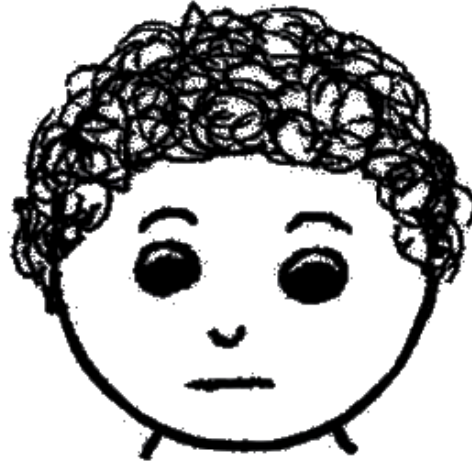


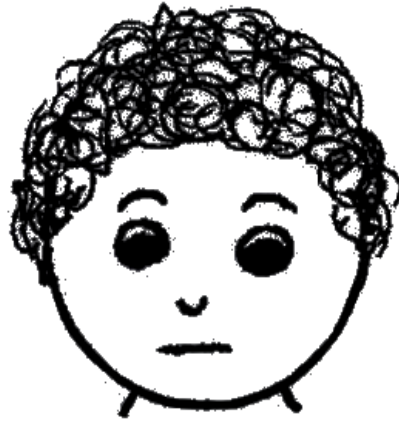
TRES BLOQUES



CINCO BLOQUES







PROTOCOLO PARA LOS PADRES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: ___ del ___ de 200___

D/Dña manifiesta que ha sido informado/a sobre la participación voluntaria en un estudio de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con la Fundación Pequeño Deseo y la Fundación Lafourcade Ponce, con el fin de conocer mejor el funcionamiento y bienestar psicológico de su hijo/a así como del entorno familiar próximo. La participación que se requiere es completamente voluntaria y anónima y consiste en completar unos cuestionarios de una duración aproximada de 45 minutos.

Todos los datos serán protegidos y sometidos a las garantías dispuestas en la ley 15/1999 de 13 de diciembre y no serán transmitidos a terceras personas o instituciones.

Para cualquier duda o cuestión sobre el estudio, puede contactar con el responsable, Dr. Carmelo Vázquez, en el correo electrónico cvazquez@psi.ucm.es.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a participar en este estudio para cubrir los objetivos especificados.

Firma del participante: _____

Acepta sesión de seguimiento: SI NO



Nº Caso: _____

Datos sociodemográficos
Padre

Madre /

Nombre: _____ Edad: _____

Nivel de estudios (rodée el que corresponda):

- 1 = No sabe leer ni escribir.
- 2 = Sin estudios (estudios primarios sin terminar).
- 3 = Primer grado (Certificado escolar, EGB, 1ª etapa, 10 años).
- 4 = Segundo Grado: Primer Ciclo (Graduado escolar, o EGB 2ª etapa; o 1º y 2º ESO - primer ciclo; hasta 14 años).
- 5 = Segundo Grado: Segundo Ciclo (FP I y II, Bachiller Superior, BUP, 3º y 4º ESO - segundo ciclo, COU, PREU, 1º y 2º Bachillerato, hasta los 18 años).
- 6 = Tercer Grado: 1º Ciclo (equivalente a Ingeniero técnico, 3 años, Escuelas Universitarias, Ingenieros técnicos, Arquitectos técnicos, Peritos, Magisterio, ATS, Diplomados Universitarios, 3 años de carrera, Graduados Sociales, Asistentes Sociales, etc.).
- 7 = Tercer Grado: 2º Ciclo (Universitarios, Licenciados superior, Facultades, Escuelas técnicas superiores, Doctorado).

Profesión y trabajo (rodée el número que corresponda a su situación):

- 1 = Trabaja
- 2 = Retirado / pensionista / incapacitado
- 3 = Parado, ha trabajado anteriormente
- 4 = Parado, busca primer empleo
- 5 = Estudiante (que no trabaja)

Si usted está trabajando, rodee el número que corresponda a su situación.

A. Si trabaja por **cuenta propia**:

B. Si trabaja **por cuenta ajena**:

<p>Agricultura / Pesca</p> <p>1 = Empresarios agrarios con 6 y más empleados</p> <p>2 = Empresarios agrarios con 1 a 5 empleados</p> <p>3 = Propietarios agrícolas sin empleados</p> <p>4 = Miembros de cooperativas agrarias</p> <p>Comercio / Industria</p> <p>5 = Empresarios / comerciantes con 6 y más empleados</p> <p>6 = Empresarios / comerciantes con 1 a 5 empleados</p> <p>7 = Empresarios / comerciantes sin empleados</p> <p>8 = Miembros de cooperativas no agrarias</p> <p>9 = Profesionales y técnicos por cuenta propia (médicos, abogados, etc.)</p> <p>10 = Trabajadores manuales y artesanos por cuenta propia (albañil, fontanero, etc.)</p>	<p>1 = Directores de empresas públicas y privadas, 25 y mas trabajadores</p> <p>2 = Directores de empresas públicas y privada menos de 25 trabajadores.</p> <p>3 = Mandos superiores / empleados a nivel superior de empresas, administración pública y jefes ejército</p> <p>4 = Mandos intermedios / empleados a nivel medio de empresas, administración pública y oficiales ejército</p> <p>5 = Capataces, encargados, suboficiales del ejército</p> <p>6 = Agentes comerciales representantes</p> <p>7 = Administrativos</p> <p>8 = Obreros especializados números, Guardia Civil y policía</p> <p>9 = Vendedores, dependientes</p> <p>10= Empleados subalternos (conserjes, etc.)</p> <p>11 = Obreros sin especializar, peones, servicio doméstico</p> <p>12 = Jornaleros del campo</p> <p>13 = Otro personal no cualificado</p>
--	--

Composición de la familia

- ¿Convive la pareja en el domicilio familiar? (0= No; 1= Sí)
- Especifique el número de hijos
- Lugar que ocupa su hijo/a entre los hermanos
(Teniendo en cuenta que: el mayor = 1)

Marque con una "X" la casilla que mejor describa **CÓMO SE SIENTE USTED HOY**.

FECHA:					
Hoy me siento...	Nada 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremadamente 4
1. Feliz					
2. Cansado					
3. Triste					
4. Tranquilo					
5. Lleno de entusiasmo					
6. Agresivo					
7. A punto de explotar					
8. Solo					
9. Fatigado					
10. Vital					
11. Enfadado					
12. Alegre					
13. Tenso					
14. A gusto					
15. Infeliz					
16. Apartado					
17. Unido a otras personas					
18. Agradecido					
19. Fuerte					
20. Orgullosa de mi mismo					
21. Seguro					
22. Generoso					
23. Esperanzado					
24. Confiado					
25. Sociable, simpático					
26. Importante					
27. Decepcionado					

CUESTIONARIO para PADRES de NIÑOS de 5-18 años

INSTRUCCIONES

En la página siguiente se enumeran una serie de cosas que pueden resultar un problema para **su hijo/a**. Díganos **hasta qué punto** estas cosas han sido un **problema** para **su hijo/a** durante las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, marcando con un círculo:

- 0** si **nunca** es un problema
- 1** si **casi nunca** es un problema
- 2** si **a veces** es un problema
- 3** si **frecuentemente** es un problema
- 4** si **casi siempre** es un problema

En este cuestionario no existen respuestas correctas o incorrectas.
Consúltenos si no entiende alguna pregunta.

En las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, hasta qué punto ha sido un **problema** para su hijo/a...

Salud física y actividades (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente - mente	Casi siempre
1. Caminar más de cinco minutos	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Participar en actividades deportivas o hacer ejercicio	0	1	2	3	4
4. Coger objetos pesados	0	1	2	3	4
5. Ducharse o bañarse solo/a	0	1	2	3	4
6. Ayudar en casa (por ejemplo recoger sus juguetes, etc)	0	1	2	3	4
7. Tener dolor	0	1	2	3	4
8. Sentirse cansado/a	0	1	2	3	4

Estado emocional (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente - mente	Casi siempre
1. Tener miedo	0	1	2	3	4
2. Sentirse triste	0	1	2	3	4
3. Enfadarse	0	1	2	3	4
4. Tener dificultad para dormir	0	1	2	3	4
5. Estar preocupado/a por lo que le pueda ocurrir	0	1	2	3	4

Actividades sociales (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente - mente	Casi siempre
1. Relacionarse con otros niños (o niñas)	0	1	2	3	4
2. Otros niños (o niñas) no quieren ser sus amigos	0	1	2	3	4
3. Otros niños (o niñas) se burlan de él/ella	0	1	2	3	4
4. Poder hacer las mismas cosas que otros niños (o niñas) de su edad	0	1	2	3	4
5. Seguir el ritmo de sus compañeros/as cuando juegan	0	1	2	3	4

Actividades escolares (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente - mente	Casi siempre
1. Prestar atención en clase	0	1	2	3	4
2. Olvidarse cosas	0	1	2	3	4
3. Acabar todas las tareas del colegio	0	1	2	3	4
4. Perder clase por no encontrarse bien	0	1	2	3	4
5. Perder clase por haber tenido que ir al médico o al hospital	0	1	2	3	4

En las **ÚLTIMAS 4 SEMANAS**, ha sido un **problema** para su hijo/a...

Dolor y daño (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Dolores en las articulaciones o los músculos.	0	1	2	3	4
2. Tener muchos dolores.	0	1	2	3	4

Náuseas (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Sentirse mareado durante el tratamiento médicos	0	1	2	3	4
2. La comida no le sabe bien.	0	1	2	3	4
3. Sentirse mareado cuando piensa en los tratamientos médicos.	0	1	2	3	4
4. Sentirse tan mareado que no come bien.	0	1	2	3	4
5. Algunas comidas u olores le generan nauseas.	0	1	2	3	4

Ansiedad con los procedimientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Le duelen los pinchazos como las inyecciones o cuando le sacan sangre.	0	1	2	3	4
2. Le dan miedo las extracciones de sangre.	0	1	2	3	4
3. Le dan miedo los pinchazos (inyecciones,...).	0	1	2	3	4

Ansiedad ante los tratamientos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Se pone nervioso cuando está esperando al médico	0	1	2	3	4
2. Se pone nervioso cuando tiene que ir al médico.	0	1	2	3	4
3. Se pone nervioso cuando tiene que ir al hospital	0	1	2	3	4

Preocupaciones (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Le dan miedo los efectos secundarios de los tratamientos.	0	1	2	3	4
2. Se preocupa de si sus tratamientos están funcionando o no.	0	1	2	3	4
3. Le da miedo que su cáncer vaya a peor o tenga una recaída.	0	1	2	3	4

Apariencia física percibida (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Sentir que no está guapo / guapa	0	1	2	3	4
2. No permitir a los demás que vean sus cicatrices.	0	1	2	3	4
3. Sentirse avergonzado cuando los demás ven su cuerpo.	0	1	2	3	4

Comunicación (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Dificultades para decirle a los médicos y enfermeras cómo se siente	0	1	2	3	4
2. Dificultades para hacer preguntas a los médicos o enfermeras	0	1	2	3	4
3. Dificultades para explicar su enfermedad a otras personas.	0	1	2	3	4

Problemas cognitivos (PROBLEMAS CON...)	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Le cuesta adivinar qué puede hacer cuando algo le molesta.	0	1	2	3	4
2. Le cuesta resolver problemas de matemáticas.	0	1	2	3	4
3. Tiene problemas para escribir redacciones para el colegio.	0	1	2	3	4
4. Le cuesta prestar atención a las cosas.	0	1	2	3	4
5. Le resulta difícil recordar lo que ha leído o se le ha leído	0	1	2	3	4

BFSC

A continuación aparecen algunas experiencias que usted ha podido experimentar como consecuencia de haber tenido una enfermedad. Rodee con un círculo el número de la frase que refleje más o menos su situación teniendo en cuenta la siguiente escala.

- 0: Totalmente en desacuerdo
1: Bastante en desacuerdo
2: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
3: Bastante de acuerdo
4: Totalmente de acuerdo

Que mi hijo haya tenido esta enfermedad...

...me ha ayudado a ser una persona más fuerte	0	1	2	3	4
...me ha enseñado quiénes son mis verdaderos amigos	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a darme cuenta de cuánto me quieren	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a hacer algunos muy buenos amigos	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a aprender a enfrentar mejor mis problemas.	0	1	2	3	4
...me ha ayudado a tener más paciencia.	0	1	2	3	4
...me ha enseñado a ser más cariñoso con los demás.	0	1	2	3	4
...ha hecho que mi familia esté más unida.	0	1	2	3	4
...me ha enseñado lo que es realmente importante en la vida.	0	1	2	3	4
...me ha enseñado a ser feliz y a disfrutar las cosas buenas cuando aparecen.	0	1	2	3	4

A continuación, evaluaremos **CÓMO VE USTED A SU HIJO/A** en relación a las afirmaciones anteriores.

0: Totalmente en desacuerdo

1: Bastante en desacuerdo

2: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

3: Bastante de acuerdo

4: Totalmente de acuerdo

Que mi hijo/a haya tenido esta enfermedad...

...le ha ayudado a ser una persona más fuerte	0	1	2	3	4
...le ha enseñado quiénes son sus verdaderos amigos	0	1	2	3	4
...le ha ayudado a darse cuenta de cuánto le quieren	0	1	2	3	4
...le ha ayudado a hacer algunos muy buenos amigos	0	1	2	3	4
...le ha ayudado a aprender a enfrentar mejor sus problemas.	0	1	2	3	4
...le ha ayudado a tener más paciencia.	0	1	2	3	4
...le ha enseñado a ser más cariñoso con los demás.	0	1	2	3	4
...ha hecho que su familia esté más unida.	0	1	2	3	4
...le ha enseñado lo que es realmente importante en la vida.	0	1	2	3	4
...le ha enseñado a ser feliz y a disfrutar las cosas buenas cuando aparecen.	0	1	2	3	4

Por favor, sea tan honesto y preciso como le sea posible. Intente que la respuesta dada a cada pregunta no influya en sus respuestas a las preguntas siguientes. En esta prueba no existen respuestas "correctas" ni "incorrectas". Responda de acuerdo a sus propios sentimientos y no pensando en cómo contestaría "la mayoría de las personas".

Responda a TODAS las preguntas rodeando con un círculo el número que se ajuste mejor a su opinión.

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Cuando no se sabe qué va a suceder, normalmente espero lo mejor.	0	1	2	3	4
2. Cuando algo malo puede ocurrirme, termina sucediéndome.	0	1	2	3	4
3. Siempre soy optimista sobre mi futuro.	0	1	2	3	4
4. Casi nunca espero que las cosas vayan a ir como yo deseo.	0	1	2	3	4
5. Pocas veces cuento con que vayan a sucederme cosas buenas.	0	1	2	3	4
6. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas.	0	1	2	3	4
Y ahora, más en concreto diga en qué medida está de acuerdo con esta afirmación:					
Creo que mi hijo se va a curar de esta enfermedad.	0	1	2	3	4

Señale su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me parece que en mi vida me pasan más cosas buenas que malas.	0	1	2	3	4
2. Por regla general, la gente me trata de forma justa.	0	1	2	3	4
3. Pienso que, en general, las cosas que deciden los demás por mí son justas.	0	1	2	3	4
4. Estoy rodeado de gente que me cuida y me quiere.	0	1	2	3	4
5. A la gente que se porta bien o es buena, al final le salen bien las cosas.	0	1	2	3	4
6. La gente que se porta mal, al final recibe siempre el castigo que se merece.	0	1	2	3	4
7. En el mundo hay muchas más personas buenas que malas.	0	1	2	3	4
8. En el mundo pasan más cosas malas que buenas.	0	1	2	3	4
9. Da igual lo que yo haga o deje de hacer porque al final todo depende de la suerte.	0	1	2	3	4
10. Me parece que, a pesar de todo, he tenido suerte en esta vida.	0	1	2	3	4

Indique en qué medida le describen las siguientes afirmaciones.

	Muy parecido a mi	Algo parecido a mi	Neutro	Algo diferente a mi	Muy diferente a mi
1. Siempre hago lo posible por asistir a actividades educativas.	0	1	2	3	4
2. Nunca abandono una tarea antes de que esté acabada.	0	1	2	3	4
3. Estoy siempre dispuesto/a a asumir riesgos para establecer una relación.	0	1	2	3	4
4. Siempre doy las gracias a las personas que se preocupan por mí	0	1	2	3	4
5. Quiero involucrarme totalmente en la vida, no simplemente mirar desde fuera	0	1	2	3	4
6. Me encanta aprender cosas nuevas.	0	1	2	3	4
7. Siempre acabo lo que empiezo	0	1	2	3	4
8. Hay personas en mi vida que cuidan de mis sentimientos y mi bienestar tanto como de ellas mismas.	0	1	2	3	4
9. Se me pone la piel de gallina cuando me entero de actos de gran generosidad.	0	1	2	3	4
10. Nunca me da pereza/flojera levantarme por la mañana.	0	1	2	3	4
11. Me fascina aprender algo nuevo.	0	1	2	3	4
12. Soy una persona que se marca objetivos.	0	1	2	3	4
13. Hay personas que aceptan mis defectos	0	1	2	3	4
14. Al menos una vez al día paro y recuerdo todas las cosas positivas que hay en mi vida.	0	1	2	3	4
15. Nunca afronto las cosas con desgana.	0	1	2	3	4
16. Todos los días, espero la oportunidad de aprender y crecer.	0	1	2	3	4
17. Terminó las cosas a pesar de los obstáculos del camino	0	1	2	3	4
18. Soy la persona más importante en la vida de alguien	0	1	2	3	4
19. Si recibo un regalo, siempre se lo agradezco a la persona que me lo dio	0	1	2	3	4
20. Me encanta lo que hago.	0	1	2	3	4
21. Soy un/a verdadero/a aprendiz de por vida.	0	1	2	3	4
22. Soy muy trabajador/a.	0	1	2	3	4
23. Hagan lo que hagan mi familia y mis amigos íntimos, no dejaré de quererlos.	0	1	2	3	4
24. Soy una persona extremadamente agradecida.	0	1	2	3	4
25. Espero con ilusión cada nuevo día.	0	1	2	3	4
26. Siempre hago lo posible para visitar museos.	0	1	2	3	4
27. No me doy por vencido/a.	0	1	2	3	4

28. Siempre siento presente el amor en mi vida.	0	1	2	3	4
29. Llego muy lejos a la hora de dar reconocimiento a la gente que ha sido buena conmigo.	0	1	2	3	4
30. Tengo mucha energía.	0	1	2	3	4
31. Leo todo el tiempo.	0	1	2	3	4
32. Nunca me distraigo cuando trabajo.	0	1	2	3	4
33. Puedo expresar mi cariño o amor a otra persona.	0	1	2	3	4
34. Me siento agradecido/a por las cosas que he recibido en la vida.	0	1	2	3	4
35. No puedo contener las ganas de comenzar en un proyecto.	0	1	2	3	4
36. Si quiero saber algo, inmediatamente voy a la biblioteca o a internet y lo busco.	0	1	2	3	4
37. Me comprometo con todo lo que haya decidido hacer.	0	1	2	3	4
38. Soy capaz de aceptar el amor o el cariño de los demás	0	1	2	3	4
39. Cuando miro a mi vida, encuentro muchas cosas por las que estar agradecido/a.	0	1	2	3	4
40. No puedo casi contener las ganas de ver lo que la vida me tiene preparado en las semanas y años que vienen.	0	1	2	3	4
41. Leo una gran variedad de libros.	0	1	2	3	4
42. Cuando hago planes, estoy seguro/a de que conseguiré llevarlos a cabo.	0	1	2	3	4
43. Tengo un vecino o alguien en el trabajo o en los estudios por quien realmente me preocupo como persona.	0	1	2	3	4
44. Siento un profundo sentido de agradecimiento todos los días.	0	1	2	3	4
45. Me despierto con una sensación de entusiasmo sobre las oportunidades del día.	0	1	2	3	4
46. Me encanta leer libros que no son de ficción por diversión.	0	1	2	3	4
47. Cuando logro lo que quiero, es porque he trabajado duro para conseguirlo.	0	1	2	3	4
48. Comparto mis sentimientos con los demás con facilidad.	0	1	2	3	4
49. He sido profundamente afortunado/a en mi vida.	0	1	2	3	4
50. La gente me describe como lleno de entusiasmo.	0	1	2	3	4

¡¡GRACIAS!!

