



Liberabit. Revista de Psicología

ISSN: 1729-4827

liberabit@psicologia.usmp.edu.pe

Universidad de San Martín de Porres

Perú

Lamas Rojas, Héctor

Promoción de salud: una propuesta desde la psicología positiva

Liberabit. Revista de Psicología, núm. 10, 2004, pp. 45-67

Universidad de San Martín de Porres

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

PROMOCIÓN DE SALUD: UNA PROPUESTA DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

Dr Héctor Lamas Rojas*

RESUMEN

Se discute la postura sustentada en el modelo del déficit en la comprensión de la conducta humana y cuan relevante es una psicología orientada a la construcción teórica y la investigación hacia las potencialidades humanas y sus aplicaciones en la promoción de la salud dirigida a la identificación y desarrollo de fortalezas humanas, en la perspectiva de la formación de una sociedad eficaz y saludable.

Palabras clave: psicología positiva, personalidad resistente, estrés postraumático, resiliencia, promoción de la salud.

ABSTRACT

The position support on the model of deficit of human behavior understanding is discussed and also how outstanding is a psychology oriented to the theoretical construction and the investigation towards the human possibilities and their applications on health's promotion directed to the identification and development of human strengths in the perspective of the construction of an affective and healthy society.

Key words: Positive psychology, strong personality, posttraumatic stress, resilience, health promotion.

INTRODUCCIÓN:

Más allá de los modelos patogénicos de salud que son asumidos por la mayoría de los expertos, que focalizan su atención en las debilidades del ser humano y conciben al sujeto que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología y asumir una visión pesimista de la naturaleza humana; existen otras formas de entender y conceptualizar el trauma que, desde modelos más salutogénicos, entienden al individuo como un sujeto activo y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de la vivencia de adversidades. Una concepción que puede enmarcarse dentro de una rama de la psicología de reciente aparición, la psicología positiva, centrada en estudiar y comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano.

Desde la psicología positiva se recuerda que el ser humano tiene una remarcable capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, capa-

cidad que ha sido ignorada e inexplicada por la psicología durante muchos años (Park, 1998; Gillham y Seligman, 1999; Davidson, 2002). Así, distintos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo salutogénico que, basado en métodos positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Paton et al., 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000; Gist y Woodall, 2000; Bartone, 2000; Manciaux, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2003).

La reacción de un sujeto que se enfrenta a una experiencia traumática puede adoptar diferentes formas:

-Trastorno: La psicología tradicional se ha centrado en este aspecto de la respuesta humana, asumiendo que potencialmente toda persona expuesta a una situación traumática puede desarrollar un TEPT u otras patologías (Mitchell, 1992; Paton et al., 2000) y elaborando estrategias de intervención temprana des-

tinadas a todos los sujetos afectados por un suceso de esta índole. Sin embargo, el porcentaje de sujetos expuestos a sucesos traumáticos que desarrollan patologías posteriores es mínimo. Además, no hay que olvidar que del porcentaje de sujetos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología la mayoría se van recuperando de forma natural y en un breve espacio de tiempo recuperan el nivel normal de funcionalidad. De forma que el porcentaje de personas que desarrollan un trastorno duradero o crónico es mínimo.

No es posible ponerle una fecha exacta al descubrimiento de los "traumas de la guerra" o del "estrés post traumático" como problema humanitario internacional, sin embargo se trata de algo reciente. Marcó la entrada de un

modo significativo de los profesionales occidentales de la salud mental como consultores, formadores, practicantes - en un área emergente de operaciones que se basan en el entendimiento de que la guerra supone una catástrofe psicológica para poblaciones enteras. Los proyectos han sido o catalogados bajo el término general "Psicológico" o designados de forma más específica como trabajos "relacionados con los traumas de guerra", lo cual les permitieron adquirir un alto grado de atracción llegando a veces a convertirse en un asunto "de moda" para los donantes occidentales.

De forma implícita o explícita, la mayoría de los proyectos que apuntalan el trabajo relacionado con traumas asumen algunos o la totalidad de los postulados siguientes:

1. Las experiencias de guerra y atrocidades son tan extremas que no causan solamente un gran sufrimiento sino que causan un proceso de "Traumatización".

Existe una especie de abuso de lenguaje donde "angustia" tiende a ser utilizado para hablar de "angustia psicológica", lo que a su vez no se distingue a menudo de "trastorno psicológico". Existe una enorme diferencia entre las respuestas emocionales normalmente entendibles e incluso ordinarias en la guerra y la esfera de los trastornos mentales definidos desde la salud mental.

La palabra "Traumatización" se utiliza ampliamente para hablar de condiciones psicológicas provocadas por la guerra, pero no existe una definición consistente del término incluso entre los que proponen activamente esta noción.

Esta forma de ver las cosas procede de la suposición de que todos los acontecimientos adversos dejan heridas psicológicas en las poblaciones. No existe base empírica para esta generalización corta de miras que es capaz de distorsionar el debate sobre los costes humanos de la guerra. Es absolutamente crucial volver a afirmar que la angustia o el sufrimiento de por sí no son trastornos psicológicos.

2. Existe básicamente una respuesta universal humana a los acontecimientos muy estresantes.

Con la mirada del mundo entero puesta en los acontecimientos brutales y hasta grotescos que sucedieron en Rwanda en abril de 94, las agencias humanitarias acudieron en estampida a la región. Todavía no habían empezado a reducirse los flujos de refugiados desamparados tutsi cuando ya empezaron a llegar desde muy lejos un número sorprendente de ONGs, la mayoría con un conocimiento escaso del país y empezaron a lanzar proyectos psicosociales para tratar la traumatización masiva. Una de ellas fue Médicos sin Fronteras (MSF) Holanda, cuyo modelo, llamado "Cuidado Psicosocial de Emergencia" (De Smedt, J. (1995) intentaba realizar una intervención psicosocial rápida para proporcionar un alivio inmediato y a la vez como medida preventiva del posterior desarrollo de problemas mentales más serios en la población expuesta. Su modelo incluía tareas de "psicoeducación" para la comunidad de refugiados y se prepararon 75.000 copias de un folleto a tal efecto. Se encontraron algunas dificultades en la traducción ya que en Kinyarwanda, no existe ninguna palabra para expresar "estrés". Por otra parte, términos como "miembros de la familia" causaron problemas ya que se utilizaron distintas palabras en contextos diferentes. En primer lugar, MSF distribuyó un cuestionario para evaluar el nivel base de conocimiento sobre trauma psicológico de forma que después podían repetir la evaluación para, de esta forma, poder evaluar si hubo (les cito textualmente): "un incremento del conocimiento". La pregunta del millón aquí es ¿De qué conocimiento estaban hablando?. No se trataba del de los refugia-

dos, sino del suyo propio. Para ser justo con MSF, hay que decir que se llevaron a un antropólogo para mejorar su entendimiento de las poblaciones locales, pero no pudieron quitarse de encima las suposiciones que traían consigo al llegar a la zona: que existe una respuesta universal al trauma y que por lo tanto existe un conocimiento estandarizado de dicho trauma que puede enseñarse.

Una vez que se acepta que existe una respuesta universal, es fácil asumir que los cuestionarios y modelos occidentales pueden aplicarse en el mundo entero y que además, esto es lo importante de la experiencia, estén o no de acuerdo las víctimas. Esta visión del trauma se centra en el individuo y está en la línea de la tradición de la biomedicina y psicología occidental que considera al ser humano como la unidad de base de estudio. Pero, los sistemas de diagnóstico occidentales diseñados para clasificar enfermedades más que poblaciones, se vuelven problemáticos cuando se aplican a poblaciones supervivientes no occidentales (Bracken et al 1995, Mollica et al, 1992). Así lo demuestran las limitaciones demostradas por el uso de los cuestionarios de TEPT u otros.

Es una análisis simplista considerar a las víctimas como meros receptores de efectos psicológicos negativos que pueden estar "presentes" o "ausentes". Una lista que no ofrecerá una distinción entre angustia subjetiva y desorden objetivo. Se podría argumentar que los trastornos de sueño y las pesadillas, como un ejemplo característico de síntomas de TEPT, reflejan una faceta de la respuesta humana universal a los acontecimientos traumáticos, pero ¿nos llevaría esto muy lejos? ¿Cuántas víctimas piensan que esto es importante o evitable? Además, aunque la literatura existente sugiere que el TEPT tiene un predominio mundial, es un error asumir que porque el fenómeno se puede identificar regularmente en distintos grupos sociales, esto significa la misma cosa en cada grupo. Esto es lo que Kleinman (1987) llama una falacia de categoría. Para un ser humano, unas pesadillas violentas y recurrentes pueden resultar irrelevantes, reconocidas solamente en caso de preguntas directas; para otro puede indicar una necesidad de acudir a un centro profesional de ayuda sanitaria; para un tercero, puede representar un mensaje de ayuda de parte de sus ancestros.

3. Numerosas víctimas traumatizadas por la guerra necesitan una ayuda profesional

Agger et al alertan sobre los peligros del sobre-diagnóstico y del enfoque individual de problemas que son básicamente sociales y políticos, pero en la frase siguiente advierten que un diagnóstico insuficiente puede llevar al desarrollo de trastornos crónicos a largo plazo. Lo mismo hacen Arcel et al (1995) del International Rehabilitation Council for Torture Victims, con sede en Copenhague, que ha promovido el trabajo clínico con personas que sufren síndromes traumáticos en 67 centros de 43 países. Estiman que el 25-30% de los refugiados desarrollan el TEPT y necesitan la ayuda de profesionales cualificados de la salud mental. Ninguna de estas fuentes parece tener un análisis que incluya el papel de los factores situacionales y socioculturales ni reconoce las posibles limitaciones de los enfoques psicológicos occidentales en los contextos no occidentales. Un diagnóstico médico de TEPT es algo sólido y robusto en sí mismo como entidad clínica, y es poco probable que se pueda resolver por sí solo con el paso del tiempo.

Por supuesto, habrá una minoría que desarrollará problemas psicológicos claros o incluso una verdadera enfermedad mental, como resultado de las presiones de la guerra y de sus trastornos asociados. En algunos de estos casos habrá un historial previo de problemas psicológicos y de contactos con servicios de salud mental.

4. Los enfoques psicológicos occidentales son aplicables a los conflictos violentos en todo el mundo

En cada una de las culturas las tradiciones locales y las diferentes opiniones de los profesionales dan lugar al conocimiento psicológico, a los paradigmas que dan significado de los acontecimientos, y a la forma en la que, congruentemente, se busca ayuda y curación. No hay una sola verdad en el mundo.

Boothby (1992), que ha trabajado en Mozambique, argumenta que las intervenciones basadas en las terapias orales occidentales, desarrolladas en sociedades estables y opulentas, carecen de éxito. Los modelos occidentales tienden a localizar la causa y la responsabilidad dentro del individuo. Los factores sociales pueden ser considerados como un factor de influencia, pero en el análisis final, es de la respuesta o la actitud del individuo de la que dependen los resultados.

Pero, la guerra es una experiencia colectiva donde se produce la destrucción de un mundo social que encarna una historia, una identidad y unos valores de vida. Incluso si apartamos la cultura, existe un contexto social totalmente diferente: una guerra en el Tercer Mundo no tiene nada que ver con un desastre colectivo como el del campo de fútbol de Hillsborough o el del ferry Herald of Free Enterprise. Se ha ido aceptando en la cultura occidental que las víctimas de acontecimientos traumáticos deberían hablar cuanto antes de lo que se les ha ocurrido. Esta actividad denominada debriefing psicológico parece que debería ser del dominio de los psicólogos y asesores en vez de la familia, amigos y colegas. Algunos profesionales creen que la recuperación personal no se puede realizar correctamente sin este proceso de alivio psicológico, de forma que las víctimas que parecen haberse recuperado bien y haber reconstruido su vida siguen teniendo un problema "real y escondido". La idea de que el hecho de contar su propia historia pueda causar una "retraumatización" a no ser que el proceso sea correctamente controlado fue una de las (innecesarias) preocupaciones en los tribunales de la Haya que juzgaron los crímenes de guerra en la ex Yugoslavia. No existe ninguna base empírica para estas ideas ni siquiera entre la población occidental (Raphael et al (1995). De hecho, muchas culturas no occidentales no consideran adecuado hablar de asuntos íntimos fuera del círculo familiar. Los mozambiqueños describen el olvido como su forma habitual de hacer frente a dificultades pasadas; los etíopes lo llaman "olvido activo".

5. Hay grupos e individuos vulnerables que necesitan específicamente ayuda psicológica

Agger et al tienen una definición de grupo "especialmente vulnerable" en el conflicto bosnio que incluye (1) niños y adolescentes huérfanos, que han estado en campos de concentración o cuya educación ha sido interrumpida por la huida o el refugiado, (2) mujeres violadas o torturadas, o que han perdido a su marido, hijos o casa, o cuyo matrimonio es mixto; (3) hombres que han estado en campos de concentración, o que han sido testigos o han cometido atrocidades, o cuyo matrimonio es mixto; (4) ancianos que han sufrido situaciones de terror, o que no tienen apoyo familiar o social ni de los servicios sanitarios. ¡Sin duda la lista incluye un porcentaje alto de la

población total! Una lista adicional podría incluir a los pobres y los marginados socialmente ya antes de la guerra y a las personas que sufrían enfermedades o discapacidades físicas o mentales.

Los modelos donde el enfoque se centra en un acontecimiento particular ("violación") o un grupo particular de la población ("niños") exageran la diferencia entre algunas víctimas y otras, y corren el riesgo de hacer que estos se individualicen de su comunidad y del contexto más amplio de sus experiencias y del significado que estas tienen para ellos. Richman (1993) señala que el bienestar emocional de los niños sigue razonablemente intacto si sus padres u otros familiares, están con ellos afrontando los hechos. Si esto se pierde, el bienestar de los niños se puede deteriorar rápidamente y la tasa de mortalidad infantil aumenta

6. Las guerras son una emergencia de salud mental

Agger et al afirman tajantemente que la falta de atención a los problemas de estrés postraumático "puede impactar por lo menos a las dos generaciones siguientes, vía aumento del consumo de alcohol y de drogodependencias, suicidios, violencia criminal y doméstica así como enfermedades psiquiátricas. Las experiencias traumáticas sin resolver son susceptibles de provocar nuevos odios y nuevas guerras". Estas afirmaciones me resultan asombrosas y me recuerdan la edad del Imperio español, cuando los misioneros cristianos se echaron al mar para aplacar el salvajismo de los pueblos primitivos y redimir sus almas que de otra forma se habrían perdido. Nociones de este tipo son las que se usan a veces para "explicar" la crueldad de Israel hacia los Palestinos en función de lo que los Nazis les hicieron a ellos. Nuestros ancestros han realizado guerras desde hace miles de años. Este tipo de pensamiento da una visión muy pobre de la historia de la humanidad, en la que cada generación transmite sus traumas psicológicos sin resolver a la siguiente. En tiempo de los primeros cristianos, habrían descrito esta herencia como el Pecado Original.

7. Los trabajadores locales están desbordados y pueden ellos mismos sufrir síntomas traumáticos.

No hay que minusvalorar la gran presión que hay sobre los trabajadores locales, que luchan por mantener los servicios de salud dañados por la guerra y que están tan amenazados como cualquier otra persona. (A veces incluso más cuando son elegidos

como objetivo militar). Agger et al afirman que los trabajadores locales no sufren solamente de exceso de trabajo, de problemas de sueño y como todo el mundo, se encuentran afligidos, tristes o con miedo sino que es posible que estén "traumatizados".

- Trastorno retardado: Algunas personas enfrentadas a un suceso traumático y que no han desarrollado patologías en un primer momento, pueden hacerlo mucho tiempo después, incluso años más tarde. Sin embargo, la aparición de este tipo de casos es relativamente infrecuente.
- Recuperación: Muchos de los sujetos que viven una experiencia traumática experimentan en los primeros momentos síntomas postraumáticos o reacciones disfuncionales de estrés, que no deben ser considerados como patológicos, sino como reacciones normales ante situaciones anormales. Desde la psicología tradicional se ha tendido a ignorar este fenómeno de la recuperación natural, y se ha asumido que es necesaria la intervención de profesionales con el fin de prevenir la potencial aparición de patologías. Sin embargo, los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática siguen este proceso de recuperación natural y no desarrollan ningún tipo de trastorno. En este sentido, parece necesario establecer si la intervención psicológica en situaciones de crisis debe realizarse con todas las personas como ha venido creyéndose hasta ahora (la técnica conocida como debriefing es un reflejo de esta suposición) o si realmente el valor de estas intervenciones ha sido sobreestimado.
- Resiliencia: La resiliencia es una capacidad humana que nace de las relaciones: puede haber una parte que depende de aspectos constitutivos del individuo que favorece su desarrollo, pero también esta parte se ve influida por la respuesta que recibe del entorno.
El concepto de resiliencia nos sirve no sólo como guía para establecer criterios de actuación con los niños y sus padres en el sentido de apoyar sus recursos naturales, sino que además son criterios para evaluar nuestras propias capacidades resilientes en tanto profesionales.
- Crecimiento: Otro fenómeno que ha tendido a no recibir la atención de los teóricos del trauma es el de la posibilidad de aprender y crecer a par-

tir de experiencias adversas. Como en el caso de la resiliencia, la investigación ha demostrado que este es un fenómeno común, y son muchas las personas que consiguen encontrar beneficio en la vivencia traumática, en el proceso de lucha que han tenido que emprender. De hecho, unos dos tercios de los supervivientes de experiencias traumáticas encuentran caminos a través de los cuales beneficiarse de su lucha contra los abruptos cambios que el suceso traumático provoca en sus vidas (Tedeschi y Calhoun, 2000).

En definitiva, lo que se deduce de las investigaciones actuales sobre trauma y adversidad, es que las personas son mucho más fuertes de lo que la psicología ha venido considerando. Los psicólogos han subestimado la capacidad natural de los supervivientes de experiencias traumáticas de resistir y rehacerse (Bonanno, 2004).

El porqué la psicología ha ignorado durante tantos años la otra cara del afrontamiento traumático, la positiva, es una cuestión que merece ser considerada. En este sentido, algunos autores afirman que existe un proceso social de carácter cognitivo, la "amplificación social del riesgo" que se refleja en una tendencia general a sobreestimar la magnitud, generalización y duración de los sentimientos de los demás (Paton et al., 2000; Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1978), tendencia que quizá puede explicar en parte la victimización a la que se ven sometidas aquellas personas que sufren experiencias traumáticas.

Se ha venido considerando que tras sufrir una experiencia traumática las personas, al ser invadidas por emociones negativas como tristeza, ira o culpa se muestran incapaces de experimentar emociones positivas. De hecho, históricamente, la aparición y potencial utilidad de las emociones positivas en contextos adversos ha sido ignorada o rechazada como una forma de negación poco saludable (Bonanno, 2004) y como un impedimento hacia la recuperación (Sanders, 1993). Sin embargo, recientemente, la investigación ha demostrado que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas (Folkman y Moskowitz, 2000; Calhoun y Tedeschi, 1999; Shuchter y Ziskook, 1993) y además pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen a la experimentación

de dichas circunstancias (Fredrickson, 1998). A través de esta nueva manera de entender la experiencia traumática, sería completamente lícito, y, de hecho, se comprueba que así es, que personas que han sufrido alguna experiencia traumática manifiesten y expresen emociones y sentimientos positivos.

Podemos encontrar en la literatura científica tres conceptos que tienen que ver con esta corriente positiva de pensamiento en torno a la psicología del trauma: *hardiness*, resiliencia y crecimiento postraumático.

HARDINESS O EL CONCEPTO DE PERSONALIDAD RESISTENTE

El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección frente a los estresores. Son Kobasa y Maddi los psicólogos que desarrollan y teorizan sobre este constructo, al observar el hecho de que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno. En años posteriores, han sido muchos los autores que han investigado sobre este tópico y los estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado su existencia y su relación positiva con la salud física y mental tanto actual como futura (Florian, Mikulincer y Taubman, 1995). En este sentido, podemos encontrar estudios que relacionan la personalidad resistente con reactividad cardiovascular (Wiebe, 1991), optimismo (Scheier y Carver, 1987), síntomas depresivos (Funk y Houston, 1987), estrés (Topf, 1989), niveles de inmunoglobina A (Dillon y Totten, 1989), salud mental general (Maddi y Khoshaba, 1994, Florian et al., 1995), burnout (Boyle et al., 1991, Hills y Norwell, 1991), personalidad tipo A (Nowack y Pentkowski, 1994) o calidad de vida (Evans et al., 1993), entre otros.

Desde las perspectivas tradicionales la ecuación del estrés es, en definitiva, una ecuación pesimista que cuestiona aquella orientación psicológica que subraya la iniciativa y la resistencia del ser humano. Por el contrario, la personalidad resistente refleja una perspectiva fundamental y olvidada en la psicología, aquella que enfatiza la salud en lugar de la enfermedad (Peñacoba y Moreno, 1998).

Frente a las limitaciones de la concepción tradicional del ser humano como sujeto pasivo y reactivo, en la

que los individuos son considerados meras víctimas de los cambios que acontecen en su entorno, Kobasa y Maddi proponen un cambio en el estudio del estrés y establecen el concepto de *hardiness* o personalidad resistente, apostando por interpretaciones más optimistas del funcionamiento humano (Kobasa, 1979a). El concepto de personalidad resistente se desarrolla a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecen tener unas características de personalidad que les protegen. Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. Mientras que las personas no resistentes, mostrarían carencias en el sentido del compromiso (alienación), un locus de control externo y una tendencia a considerar el cambio como negativo y no deseado (Allred y Smith, 1989).

La personalidad resistente se asocia con una tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos en términos menos amenazadores (Kobasa, 1982) y sus efectos están mediados por mecanismos de evaluación del ambiente y por mecanismos de afrontamiento (Kobasa, 1979b). En efecto, se ha demostrado que las personas resistentes experimentan los eventos estresantes de forma similar a las personas menos resistentes, si bien, evalúan estos eventos como menos amenazantes y se mantienen más optimistas sobre su habilidad para afrontarlos (Allred y Smith, 1989; Wiebe, 1991; Florian et al., 1995), lo que resulta en una menor activación del organismo y en una menor probabilidad de enfermar a raíz de sufrir un evento estresante.

LA PERSONALIDAD RESISTENTE ACTUARÍA A TRAVÉS DE DIFERENTES VÍAS:

- Contribuyendo a modificar las percepciones sobre el estímulo estresante: los sujetos con personalidad resistente serían más propensos a percibir los estímulos estresantes como positivos y controlables.
- Induciendo a un determinado estilo de afrontamiento (coping transformacional): las características de personalidad resistente pueden moderar los efectos del estímulo estresante faci-

litando estrategias de coping adaptativas o inhibiendo estrategias poco adaptativas. Así, al utilizar el coping transformacional se perciben los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento, por lo que se les hace frente de manera optimista y activa, en contraste con los individuos que utilizan el coping regresivo, que evitan o se separan de los estímulos potencialmente estresantes.

- Afectando indirectamente a las estrategias de afrontamiento a través de la influencia del apoyo social.
- Favoreciendo cambios hacia determinados estilos de vida saludables: La variable hardiness influiría en determinadas prácticas como el ejercicio o el descanso, que repercutirían finalmente en la salud del individuo. En este sentido, se ha demostrado que existen relaciones positivas entre personalidad resistente y estilos de vida saludables (Wiebe y McCallum, 1986, Nagy y Nix, 1989).
- Esta característica de personalidad no puede entenderse como un rasgo inherente y estático sino como el resultado cambiante de la relación individuo-medio. En este sentido, no se debe pasar por alto que el concepto de personalidad resistente está íntimamente ligado al existencialismo, y la teoría existencial resultó central en los comienzos del concepto, al concebir la personalidad como una transacción entre los componentes del ambiente y las predisposiciones del individuo, de forma que el individuo no es concebido como portador de unos rasgos estáticos e internos, sino como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones y al concebir la vida como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés (Peñacoba y Moreno, 1998). De hecho, los componentes que se han venido considerando claves en la descripción de la personalidad resistente son tres conceptos claramente existencialistas: compromiso, control y reto.
- Compromiso: Las personas con compromiso poseen tanto las habilidades como el deseo de enfrentarse exitosamente a situaciones de ansiedad. Esta cualidad contribuye a mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida.

- Control: Las personas con control buscan explicaciones sobre el porqué de los acontecimientos tanto en las acciones de los demás como en su propia responsabilidad. Así, la capacidad de control permite al individuo percibir en muchos de los acontecimientos estresantes consecuencias predecibles debidas a su propia actividad, y en consecuencia, manejar los estímulos en su propio beneficio, siendo capaces de interpretar los acontecimientos estresantes e incorporarlos dentro de un plan personal de metas, transformándolos en algo consistente con el sistema de valores del organismo y no en perturbador.
- Reto: Hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida. Así, la mayor parte de la insatisfacción asociada a un evento estresante puede ser evitada al entender el evento como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal, y no como una amenaza a la propia seguridad. Sin embargo, este componente ha sido el peor evaluado y el más inconsistente con el resto de las dimensiones. De hecho muchos autores defienden que este componente debería ser excluido de la conceptualización de la personalidad resistente ya que afirman que no existe unidad en el concepto de hardiness y que las tres variables no están igualmente relacionadas. Así, aunque compromiso y control sí tendrían relación con la salud, la variable reto no parece guardar ninguna relación (Hull et al., 1987, Funk et al, 1995).

Se ha afirmado que el mecanismo por el cual puede actuar la personalidad resistente al reducir la posibilidad de enfermedad es el menor uso que los sujetos con alta personalidad resistente harían de estrategias de afrontamiento inefectivas y regresivas (Kobasa, 1982b). Los sujetos resistentes no experimentarían los fenómenos de forma cualitativamente distinta que los no resistentes, simplemente los interpretarían como más positivos y tendrían un mayor control sobre su afrontamiento (Rhodewalt y Agustsdottir, 1984).

El entrenamiento en personalidad resistente se apoya en la hipótesis de que si la personalidad resistente puede aprenderse en la niñez, también puede ser

aprendida en la edad adulta (Peñacoba y Moreno, 1998). Kobasa y Maddi, desde el Hardiness Institute han desarrollado un programa de entrenamiento compuesto por tres técnicas relacionadas (reconstrucción situacional, focalización y autocompensación) que tiene como objetivo incrementar la personalidad resistente, de modo que los individuos sean capaces de enfrentarse a situaciones estresantes transformándolas en menos estresantes. Frente a otros programas de reducción de estrés que se centran en disminuir la respuesta de estrés producida por determinados estímulos estresantes, este entrenamiento focaliza su actuación en la causa de la respuesta de estrés, es decir, trata de evitar la experiencia del estímulo estresante. Por lo que podemos hablar de que se trataría de un tratamiento preventivo. Un efecto especialmente llamativo de los resultados obtenidos por este entrenamiento es que el incremento de la personalidad resistente se sigue produciendo de manera paulatina, incluso cuando el programa ya ha concluido (Peñacoba y Moreno, 1998).

Se ha propuesto que la variable hardiness actuaría sobre la salud de dos formas distintas. De forma indirecta ("buffering role"), reduciendo el impacto de los eventos estresantes a través del empleo de estrategias de afrontamiento positivas y de forma directa, por la que los propios factores componentes del constructo, principalmente el compromiso, actuarían reduciendo la tensión psicológica asociada a la enfermedad (Hull et al., 1987). Sin embargo, la evidencia empírica avala los efectos directos de hardiness sobre la salud pero no así los indirectos, de los que se ha sido puesta en duda su existencia (Hull et al., 1987, Funk y Houston, 1987).

Resiliencia o la capacidad de resistir y rehacerse

Desde hace algunos años ha comenzado a manejarse el concepto de resiliencia como aquella cualidad de las personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida. La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux et al., 2001). Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología,

sino un ajuste saludable a la adversidad (Masten, 2001; Bonanno, 2004). La posibilidad de que la ausencia de sufrimiento tras una pérdida sea indicativo de resiliencia no ha sido considerada por la psicología tradicional (Bonanno, Wortman et al, 2002), aunque está claramente demostrado que un considerable número de individuos muestra poco o nada de sufrimiento tras una pérdida personal (Bonanno y Kaltman, 2001). Del mismo modo, los teóricos del trauma han tendido a sorprenderse cuando individuos expuestos a un suceso traumático no mostraban signos de estrés postraumático, considerando a estas personas como excepcionales (Bonanno, 2004). Sin embargo, los estudios han demostrado que la resiliencia no es un fenómeno inusual ni extraordinario, muy al contrario es un fenómeno común que surge a partir de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001).

Las capacidades resilientes se desarrollan cuando los niños y niñas conocen contextos relacionales que le ofrecen en cantidad suficientes las siguientes experiencias:

- Experiencias de buenos tratos, caracterizados por un apego sano y seguro, además de los aportes nutritivos, afectivos y culturales en cantidad suficientes para sentirse una persona digna de ser amada.
- Haber participado en procesos de conversación que les han permitido tomar conciencia y conocer su realidad familiar y social por muy dura que ésta sea. Esto con el apoyo social y afectivo suficiente como para tener la energía de buscar modos alternativos de vida.
- Vivir experiencias de apoyo social, es decir, ser considerado en ocasiones como una persona central en una red social, para recibir afectos y de apoyo.
- Haber participado en procesos sociales para luchar contra las injusticias, una mejor distribución de los bienes y de la riqueza ofreciendo así ideas para paliar situaciones de pobreza y sufrimiento.
- Haber aprovechado de procesos educativos que potencien el respeto de los derechos de todas las personas especialmente de los niños y niñas, así como el respeto por la naturaleza.
- Haber participado en movimientos sociales con otros niños y niñas en actividades que les permitieron acceder a un compromiso social, religioso o político para lograr sociedades más justas, solidarias y sin violencia.

La investigación sobre resiliencia está dirigida a estudiar esa relativa inmunidad contra los acontecimientos de presión que aparecen en la vida diaria. No se refiere a disposiciones genéticas sino, y en particular a factores protectores que surgen en la compleja interacción de elementos tales como naturaleza-educación y persona-situación. La resiliencia no está considerada como una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y las circunstancias. Es la resultante de un balance sensible entre el riesgo y los factores protectores. Estos factores protectores pueden no solamente ser inherentes al individuo(recursos personales), sino que pueden brotar y desarrollarse del medio que lo rodea(factores sociales).

Los factores protectores no son independientes uno del otro sino que están relacionados de tal manera que los recursos sociales pueden fortalecer los recursos personales, así como estos pueden hacer detonar reacciones positivas provenientes de redes de apoyo. Pero el punto importante pareciera ser, en que medida algunas características son consideradas como protectoras. Esta es una pregunta que surge del contexto y de la incidencia de los riesgos dados. La orientación religiosa, por ejemplo, puede "normalmente" tener una función estabilizadora frente a una situación adversa. Sin embargo, dentro del contexto de determinadas sectas puede convertirse en un riesgo para la salud mental.

En lo que se refiere a la intervención, una conclusión importante es la de que el proceso evolutivo está siempre abierto a la posibilidad de ser optimizado por la interacción moldeadora del entorno.

Ciertamente que lo biológico y lo psicológico son estructuras de cualquier ser humano, pero lo que hace que tal ser sea humano, se vaya haciendo hombre, vaya deviniendo humano, es su capacidad de transformar todo- en el proceso de desarrollo de la personalidad- en actos humanos, es decir, psicológicamente conscientes y socialmente responsables. Y este es un proceso que presupone lo biofisiológico y lo sociocultural, pero ni separados ni determinísticamente asumidos.

Sin embargo, lo que hasta ahora se ha venido sosteniendo- en base a la comprobación de determinadas secuelas en determinados grupos de niños- es que las condiciones ambientales de la gran mayoría de niños

peruanos, por ser de riesgo, afectan de manera irreversible sus posibilidades de desarrollo sano y de una inteligencia cabal, sobre todo en los primeros años de vida, sugiriendo relaciones unidireccionales de causa-efecto y la imagen de un entorno material capaz de ejercer influencia sobre los niños como una virtual e imbatible determinación.

Lo que no ha formado parte de nuestras interpretaciones es que los niños, como cualquier organismo vivo, siempre han estado biológicamente capacitados para afectar las condiciones de su entorno vital y orientar el curso de su propio desarrollo, sorteando obstáculos y limitaciones del ambiente

Una función como ésta, sin embargo más que un simple postulado teórico, es el resultado de incontables observaciones y comprobaciones empíricas. En el caso de los estudios sobre el desarrollo humano, al lado de los numerosos estudios sobre el impacto de los factores de riesgo en el desarrollo temprano, se ha venido articulando a nivel internacional una corriente importante de estudio de la capacidad de los niños para enfrentar diversas situaciones adversas demostrando resistencia, flexibilidad y capacidad de adaptación (resiliency), así como de los factores que suelen contribuir a fortalecer y dinamizar esta capacidad.

Personas resilientes que enfrentadas a un suceso traumático no experimentan síntomas disfuncionales ni ven interrumpido su funcionamiento normal, sino que consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática.

Este fenómeno ha tendido a ser considerado como raro o propio de personas excepcionales, con alguna característica especial, sin embargo, está claramente demostrado que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas (Masten, 2001).

La resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las

circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida y que puede expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux et al., 2001). Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el propio individuo y su entorno. Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental. No se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y su proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrulnik, 2001). La resiliencia nunca es absoluta, total, lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico, evolutivo, en que la importancia de un trauma siempre puede superar los recursos del sujeto (Manciaux et al., 2001).

La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática han conseguido encajarlas y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, a menudo en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados (Manciaux, et al., 2001).

Un concepto de resiliencia se relaciona con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia como la capacidad no sólo de salir indemne de una experiencia adversa sino de aprender de ella y mejorar. Otro es el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos que es más restringido, y hace referencia exclusivamente al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona enfrentada a un suceso adverso a mantenerse intacta, se sugiere que el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior. Esta confusión terminológica es reflejo de la relativa reciente aparición de la corriente que estudia los potenciales efectos positivos de la experiencia traumática (Park, 1998).

De todas formas, en ambos casos, dos dimensiones son inseparables del concepto de resiliencia: la resistencia a un trauma y la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable.

Es importante también 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, mientras que la resiliencia refleja la habilidad de mantener un equilibrio estable durante todo el proceso.

En un principio, la resiliencia surge a partir de la observación de comportamientos individuales, a priori paradójicos e inesperados, que parecían casos aislados y anecdóticos pero que con el tiempo se ha ido descubriendo que son frecuentes en muchas personas (Vanistendael, 2001), y la resiliencia ha pasado a ser entendida como hecho real y probado.

Aunque la resiliencia ha sido aplicada tradicionalmente al estudio de niños en situaciones de extrema adversidad, en la actualidad su campo de actuación no se restringe únicamente a este sector de la población, y, de hecho, se estudia la resiliencia también en población adulta al mismo nivel que en población infantil (O`Leary, 1998).

En el estudio llevado a cabo por Fredrickson y colaboradores a partir de los atentados de Nueva York el 11 de septiembre de 2001, se encontró que la relación entre resiliencia y ajuste tras los atentados estaba mediada por la experimentación de emociones positivas. Así, se afirma que las emociones positivas protegerían a las personas contra la depresión e impulsarían su ajuste funcional. De hecho, se ha sugerido que la experimentación recurrente de emociones positivas puede ayudar a las personas a desarrollar la resiliencia (Fredrickson et al., 2003). Por otro lado, parece ser que la experimentación y expresión de emociones positivas elicitán a su vez emociones positivas en los demás, de forma que las redes de apoyo social se ven fortalecidas (Fredrickson et al., 2003).

En esta misma línea, la investigación ha demostrado que las personas resilientes conciben y afrontan la vida de un modo más optimista, entusiasta y enérgico, son personas curiosas y abiertas a nuevas experiencias caracterizadas por altos niveles de emocionalidad positiva (Block y Kremen, 1996; Klohnén, 1996). Y si bien puede argumentarse que la experimentación de emociones positivas no es más que el reflejo de un modo resiliente de afrontar las situaciones adversas,

también existe evidencia de que las personas resilientes utilizan las emociones positivas como estrategia de afrontamiento, 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).

CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO O APRENDIZAJE A TRAVÉS DEL PROCESO DE LUCHA

El concepto de crecimiento postraumático hace referencia al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático (Calhoun y Tedeschi, 1999). Para la corriente americana, este concepto, aunque estrechamente relacionado con otros como *hardiness*, o resiliencia no es sinónimo de ellos, ya que, al hablar de crecimiento postraumático no sólo se hace referencia a que el individuo enfrentado a una situación traumática consigue sobrevivir y resistir sin sufrir trastorno alguno, sino que, además la experiencia opera en él un cambio positivo que le lleva a una situación mejor a la que se encontraba antes de ocurrir el suceso (Calhoun y Tedeschi, 2000). Sin embargo, como ya se ha expuesto, según la forma de concebir el término de los franceses, si serían equiparables crecimiento postraumático y resiliencia.

La idea del cambio positivo fruto del hombre enfrentado a la adversidad aparece ya en la psicología existencial de autores como Frankl, Maslow, Rogers o Fromm.

Además, la concepción del ser humano como capaz de transformar la experiencia traumática en aprendizaje y crecimiento personal ha sido un tema central en siglos de literatura, poesía, filosofía... (Saakvitne, Tennen y Affleck, 1998). Sin embargo, ha sido ignorada por la psicología clínica científica durante muchos años. En la actualidad, existe una sólida base empírica que demuestra que esto es real y la psicología ha comenzado a tomarlo en consideración.

Es importante recordar, que cuando hablamos de crecimiento postraumático nos referimos al cambio positivo que experimenta un individuo no por el suceso traumático en sí, sino como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de él. Tampoco

hay que dejar de lado el hecho de que aunque el crecimiento postraumático es un fenómeno común en individuos que han sufrido diferentes eventos traumáticos no es universal. No todas las personas que pasan por una experiencia traumática encuentran beneficio y crecimiento personal en ella (Park, 1998; Calhoun y Tedeschi, 1999).

En relación a este tema, se han venido realizando gran variedad de estudios que intentan definir qué características y qué variables determinan que se de este crecimiento postraumático. Concretamente, las investigaciones se han centrado en delimitar qué características de personalidad facilitan o impiden un desarrollo o un cambio positivo a raíz de experiencias traumáticas. Optimismo, esperanza, sentimientos religiosos y extraversión son algunas de las características que de forma más frecuente aparecen en los estudios como factores de resistencia y crecimiento.

Calhoun y Tedeschi, dos de los autores que más han aportado a este concepto, dividen en tres categorías el crecimiento postraumático que pueden experimentar los individuos: cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida.

Cambios en uno mismo: Un sentimiento común en muchas de las personas que se enfrentan a una situación traumática es un aumento en la confianza en las capacidades de uno mismo para afrontar cualquier adversidad que pueda ocurrir en el futuro. Al lograr hacer frente a un suceso traumático el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier otra cosa. Este tipo de cambio puede encontrarse en aquellas personas que por sus circunstancias se han visto sometidas a roles muy estrictos u opresivos en el pasado y que a raíz de lucha que han emprendido contra la experiencia traumática han conseguido oportunidades únicas de redireccionar su vida. Con este tema, enlazan también los trabajos que indican que la convicción política e ideológica es el principal factor positivo de resistencia en presos políticos y torturados (Pérez Sales y Vázquez, 2003).

La visión de uno mismo como más fuerte y poseedor de más altos niveles de autoeficacia que muchas personas experimentan en su lucha con el trauma no

conlleva necesariamente una sensación de invulnerabilidad, de hecho, paradójicamente, puede coexistir con un incremento de la sensación de vulnerabilidad.

Cambios en las relaciones interpersonales: La investigación demuestra que existe un significativo número de personas que, a raíz de la vivencia de una experiencia traumática, ven fortalecidas sus relaciones con otras personas. Suele ser común la aparición de pensamientos tales como "ahora se 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, los resultados demostraron que un 20% de estas mujeres decían sentirse más cercanas que antes a sus familias y que su relación se había fortalecido (Affleck, Tennen y Gershman, 1985). Por otro lado, a veces, 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 altruistas.

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 construimos nuestra forma de ver el mundo. Las experiencias traumáticas pueden desbaratar las suposiciones sobre las que las personas construyen su vida día a día (Janoff-Bulman, 1992). Es el tipo de cambio más frecuente. Cuando un individuo pasa por una experiencia traumática, se hace consciente de la realidad de la muerte, y esto puede conllevar a una mayor apreciación del valor de las pequeñas cosas de la vida, del día a día.

Aunque se tiende a pensar que la mayoría de la evidencia empírica sobre la existencia de resiliencia y crecimiento postraumático se ha basado en estudios de caso único de personas excepcionalmente fuertes o extraordinarias (Masten, 2001), la realidad demuestra que existen estudios sistemáticos que analizan grandes grupos de sujetos y que encuentran resultados favorables que apoyan el hecho de que son fenómenos comunes. Así por ejemplo, en un estudio realizado con 154 mujeres que en su infancia habían sufrido abuso sexual, casi la mitad de ellas (46,8%) informaron de haber encontrado algún tipo de beneficio en la experiencia vivida, benefi-

cios que pudieron agruparse en cuatro categorías: capacidad de protección de los niños frente al abuso, capacidad de auto-protección, incremento en el conocimiento del abuso sexual y desarrollo de una personalidad más resistente y autosuficiente. Este estudio viene a contradecir la creencia tradicional de que la mayoría de las personas que sufren abuso sexual en la infancia desarrollan un sentimiento de indefensión que les hace vulnerables, y sugiere que muchas de las mujeres abusadas parecen salir fortalecidas de su experiencia y con mayores herramientas para protegerse a sí mismas y a sus hijos (McMillen y Zurvain, 1995). En la línea de lo que afirman Calhoun y Tedeschi sobre la coexistencia de emociones positivas y negativas, un 88.9% de las mujeres que percibieron beneficio de la experiencia de abuso sexual informaron también de percepción de daño.

Es importante resaltar que el crecimiento postraumático debe ser entendido siempre como un constructo multidimensional. Es decir, el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no experimentarlos o experimentar cambios negativos en otros dominios (Calhoun y Tedeschi, 1998).

De otro lado, podemos concebir el crecimiento postraumático como una estrategia en sí misma, es decir, el sujeto utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, de forma que el crecimiento postraumático más que un resultado es en sí mismo un proceso (Park, 1998).

Las teorías que defienden la posibilidad de un crecimiento o aprendizaje postraumático adoptan la premisa de que de alguna manera, la adversidad puede, a veces, perder parte de su severidad a través de o gracias a procesos cognitivos de adaptación consiguiendo no sólo restaurar las visiones adaptativas de uno mismo, los demás y el mundo que en un principio podían haberse distorsionado debido a la experiencia traumática, sino incluso fomentar la convicción de que uno es mejor de lo que era antes del suceso (Affleck y Tennen, 1996). Así, se ha propuesto que el crecimiento postraumático tiene lugar desde la cognición, más que desde la emoción (Calhoun y Tedeschi, 1999). En esta línea, la búsqueda de significado y las estrategias de afrontamiento cognitivo parecen ser aspectos críticos en el crecimiento postraumático (Park, 1998).

La posibilidad de que los niveles de resiliencia o resistencia puedan ser incrementados en los individuos es aún una gran intriga que plantea enormes implicaciones (Bartone, 2000). De hecho, si somos capaces de entender cómo y por qué algunas personas resisten y se benefician de experiencias extremadamente adversas, y somos capaces de enseñar esta habilidad a los demás, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables (Carver, 1998). Es necesario por tanto un gran volumen de investigación empírica que lleve a clarificar la naturaleza de los procesos de resistencia y crecimiento,

La investigación a nivel latinoamericano ya cuenta con algunos importantes resultados. Así, Casullo y sus colaboradores desarrollaron un instrumento en la República Argentina, aplicándolo a 1270 adolescentes estudiantes de secundaria en Buenos Aires, Tucumán y Patagonia argentina. Su cuestionario, basado en las propuestas de Ryff, es denominado Escala BIEPS, y tiene dos formatos, uno para adultos y otro para adolescentes. Explora cinco dimensiones: autonomía (capacidad de actuar en modo independiente), control de situaciones (sensación de control y autocompetencia), vínculos psicosociales (calidad de las relaciones interpersonales), proyectos (metas y propósitos en la vida) y aceptación de sí mismo (sensación de bienestar con uno mismo). Al estudiar la confiabilidad y validez de la escala, se encontró una adecuada validez convergente y concurrente, al cotejarla por ejemplo con el SCL 90 R de DeRogatis, así como un análisis discriminante adecuado al comparar adolescente en riesgo en sus respuestas. Posteriormente esta escala fue aplicada también con resultados metodológicamente satisfactorios en Perú, Cuba, y España.

En una muestra chilena se aplicó el cuestionario de Diener a 207 estudiantes universitarios, con una mayoría de mujeres (71.9%), y con edades que fluctuaron entre 18 y 27 años. No se encontraron diferencias significativas en los puntajes por sexo, por edad ni por nivel de ingresos familiares. Se encontró que la mayoría de los estudiantes percibían su vida positivamente. Por ejemplo en la afirmación "mi vida está cerca de mi ideal", un 44.7% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo, un 28.4% adicional estuvo algo de acuerdo, y solo un 8.2% estuvo en desacuerdo. Para la afirmación "estoy satisfecho con mi vida", un 45%

estuvo de acuerdo o muy de acuerdo, y un 27.3% adicional algo de acuerdo. Sólo un 11% estuvo en desacuerdo. Con la afirmación "las condiciones de mi vida son excelentes", un 45% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo, un 27.3% adicional estuvo algo de acuerdo, y solo un 11% estuvo en desacuerdo. Como se ve, hay consistencia clara en los resultados entre un ítem y otro. Estos resultados se dan en una población de estudiantes de dos universidades, una pública y otra privada, por lo que no representan una muestra de población general.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD : UNA TAREA PARA LA PSICOLOGÍA LATINOAMERICANA.

"El amplio espectro de situaciones problemáticas en salud que el psicólogo debe enfrentar para responder a las demandas existentes lo obligan a hacer uso de los recursos teórico-metodológicos disponibles, así como implementar intervenciones que ni siempre son posibles conjugar con un encuadre teórico de la Psicología. Esto ha generado dificultades para establecer la correspondencia entre ambos niveles de abordaje, creando un falsa ruptura, casi mítica, entre los psicólogos prácticos que tienen que resolver problemas concretos en instituciones de salud con cierto, y muchas veces hipercriticado, eclecticismo, y los que trabajan en instituciones académicas. El asunto se agudiza cuando los proyectos de trabajo en instituciones de salud tienen lugar a partir de Universidades y otras instituciones de enseñanza, como frecuentemente sucede en los países latinoamericanos." (Grau 1997.citado por Sebastián, R et al 2002)

La discusión sobre este impasse es todavía incipiente en el medio académico y carece de profundos cambios en el programa curricular para que los nuevos psicólogos que ingresan en el mercado puedan efectivamente satisfacer la demanda que se les impone.

La salud de los rangos poblacionales más jóvenes se encuentra, por consiguiente, muy amenazada, y ahí es donde se identifica, de forma más intensa, el contraste de la sobreposición de convivencias con los agravios a la salud generados de una parte por las condiciones sociosanitarias y acceso a la educación precarios, en que la morbilidad infantil está muy alta, como se subrayó arriba, pero, de otro parte, se

agrava el problema a medida que están más expuestos a la violencia urbana y doméstica, sufriendo abusos de los más diferentes tipos, tales como enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz, drogadicción, entre otros, generados principalmente por la intensificación de la migración hacia los grandes centros urbanos, por la degradación ambiental y por los consecuentes perjuicios que ésta causa a la calidad de vida y desarrollo de esos jóvenes.

Considerándose que los mecanismos de afrontamiento psicosociales del niño y del joven son, en muchos sentidos, limitados ya por el hecho de que todavía están en fase de estructuración, ya por la baja condición de las estructuras de sostén ofrecidas por la sociedad (pobreza, falta de acceso a la educación, o alto índice de retiro escolar, malnutrición, promiscuidad social - caracterizada sobre todo por las condiciones de vivienda, ambiente y estructuras sociales relacionadas al ocio, convivencia social sana, entre otros), se observa la creación, ampliación y mantenimiento de un escenario extremadamente nocivo al desarrollo global estructurado de ese rango de la población.

Las cuestiones afectas a; comportamiento, autoestima, estructuración de valores, desarrollo de autonomía, capacidad crítica, acaban por experimentar condiciones de extrema precariedad para su desarrollo, lo que significa en última instancia que los futuros adultos (aquellos que sobrevivan) se presentarán con un precario repertorio biopsicosocial de recursos para afrontar las vicisitudes de la vida y todos los condicionantes de agravio de su salud global, retroalimentando así este cuadro que ahora se presenta, agravándolo cada vez más.

La colaboración de la Psicología de la Salud en estos problemas, por lo tanto, está íntimamente vinculada a las acciones destinadas a la educación en salud, articulando programas de fomento de la autoestima, impulsando comportamientos saludables y formando competencias para el desarrollo de la capacidad de hacer una lectura crítica sobre su vida y sobre el mundo, de la toma de decisiones, del desarrollo de la autonomía y la ciudadanía, todo esto se debe realizar en los más distintos espacios; en escuelas, centros de salud, núcleos comunitarios, entre otros, donde la participación conjunta entre los agentes de promoción de la salud y las comunidades puedan efectivamente ocurrir.

Martínez et al (1988), consideran- y compartimos estos criterios- que la prevención no conlleva una visión positiva de hacer progresar el bienestar o calidad de vida, sino que pretende mantener el nivel actual: que la mayoría de casos se dirige a grupos de riesgo, y que la responsabilidad de las acciones preventivas recae fundamentalmente sobre los profesionales y sobre los recursos del Sistema de Salud y de los Servicios Sociales. Partiendo de estas críticas, proponen la promoción entendida como una estrategia mediadora entre la gente y sus ambientes, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social, de manera que se cree un futuro mejor. Nutbean (1985) define la promoción del bienestar, la calidad de vida o la salud como: " el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud (bienestar, etc), y, de ese modo, mejorar su salud"(citado por Martínez et al, 1988).

Entre las características de las actividades de promoción estos autores citan:

- Tienen connotaciones positivas, no están orientadas al déficit
- Implican necesariamente a la población en su conjunto, en vez de enfocarse a grupos de riesgo
- Intentan, en especial, conseguir una efectiva y concreta participación de la comunidad, tanto en la definición de problemas, como en la toma de decisiones sobre las medidas que se deben adoptar
- Se orientan hacia los estilos de vida, promoviendo habilidades personales para influir sobre los factores que determinan la salud y el bienestar, así como para el desarrollo de estrategias adecuadas para afrontar situaciones problemáticas
- Procura reforzar las redes y apoyos sociales, como determinantes de actitudes, valores y conductas significativas
- Se relacionan muy directamente con las condiciones de vida (vivienda, trabajo, etc) prerrequisitos de la salud y el bienestar social
- Influye sobre el entorno físico y social para fortalecer los factores favorables y modificar los que dificultan los estilos de vida saludables. Se trataría de conseguir que las opciones que mejoran la calidad de vida sean fáciles de elegir

- Combinan enfoques y estrategias diversas, pero complementarias: comunicación, educación, cambios organizacionales, desarrollo comunitario, etc.

Consideramos que en la etapa actual, el psicólogo de salud debe priorizar su trabajo hacia la prevención:

- en perspectiva multinivel y multistémica
- con énfasis en la promoción de competencias y habilidades(para afrontar situaciones problemáticas, así como apoyo social para hacer frente a cambios vitales)
- capacitación (empowerment) de individuos y grupos
- Sensibilidad ante el nivel de desarrollo de la población objetivo, y ante el sistema en el que se desarrolla el programa

Pero sobre todo orientarse hacia la promoción de la calidad de vida, en la que reconocemos componentes: bienestar/ satisfacción subjetivos, desempeño de roles(sociales) y condiciones externas de vida material " nivel de vida" y social, como la red social y el apoyo social ; lo que debe evaluarse en ámbitos vitales separados (valoración de múltiples áreas), pues la calidad de vida de una persona puede ser excelente en un ámbito(por ejemplo, en la familia) e inferior en otro (por ejemplo, en el trabajo) y, finalmente, que la valoración de los cambios en la calidad de vida debe tener en cuenta las distintas "velocidades" de cambio que son inherentes a los distintos componentes : bienestar/ satisfacción, factores contextuales, y estado funcional.

Cualquier programa, por sofisticado y fundamentado que sea, si es vertical es rechazado por la comunidad; "nuestra experiencia nos dicta que los programas deben hacerse con la comunidad y no para la comunidad".

Para que un programa tenga éxito se debe asumir una visión diferente del mundo y de la relación de ayuda, sin jerarquías, sino con la activación de los recursos internos que todos los individuos, familias y comunidades tienen para sobrellevar los conflictos y crisis propias de la condición humana. De la gama de propuestas contemporáneas emerge la Resiliencia como una alternativa que recrea otras opciones de trabajo en un contexto socio-comunitario y potencia acciones concertadas entre las instituciones, profesionales

y usuarios/clientes de los programas. Es la preparación de las comunidades y familias para que activen la Resiliencia en el marco de garantizar la Calidad de Vida y el desarrollo sostenible y asegurar condiciones adecuadas de supervivencia a las generaciones futuras. En términos técnicos-metodológicos, la Resiliencia no requiere la asistencia permanente del profesional o agente de cambio, al igual que con los GAM-Grupos de Ayuda Mutua, aquel no es sino un potenciador de los procesos de cambio en sus etapas iniciales, cuando aporta sus herramientas conceptuales y técnicas para la organización y autogestión de las habilidades y destrezas, que permitan enfrentar las condiciones adversas de cualquier índole.

La Resiliencia, propicia modificaciones conceptuales importantes en las ciencias sociales, humanas y naturales asumiendo el componente bio-psico-social-jurídico-espiritual que ilumina y cohesiona los proyectos de avanzada. Conlleva una visión holística, integradora de los dilemas humanos, pues plantea que la activación de factores resilientes en individuos genera también cambios en las familias y comunidades de las cuales hacen parte.

La Promoción sugiere que la Resiliencia active los mecanismos protectores sobre eventos críticos y posibilite un equilibrio armónico entre los estados de tensión y estrés naturales a la cotidianidad y los sucesos imprevistos e inesperados que desatan las crisis. Es preparar a los sistemas humanos para que fortalezcan la capacidad de enfrentar la adversidad e incorporarla a los proyectos de vida, como un asunto que no detiene el desarrollo integral sino que le permite reencuadres y cambios de perspectiva. El papel del profesional en las experiencias reseñadas, es como facilitador de procesos de cambio que dependen en lo primordial de la motivación y expectativas de la comunidad, familia o individuo, en una mirada interdisciplinaria que congrega todas las áreas del conocimiento interesadas en promocionar la Resiliencia.

Todo ello exige asumir una cosmovisión diferente del mundo, donde el profesional aporta elementos conceptuales y metodológicos, pero en esencia quienes potencian y proyectan los factores positivos para sobrellevar y enfrentar las condiciones adversas del

continente son los propios individuos, familias, comunidades y regiones que las viven. Es apostar a crear mejores condiciones de vida a las generaciones futuras. Para concluir en el tema de promoción de la salud es inevitable mencionar algunos de los puntos más importantes de la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud.

- Promover la responsabilidad social en la salud.
- Aumentar las inversiones en desarrollo de la salud.
- Consolidar y expandir las asociaciones para la salud.
- Aumentar la capacidad de la comunidad y potenciar a los individuos.
- Contar con una infraestructura para la promoción de la salud

De esta manera se insta a los países a adoptar ciertas estrategias que favorezcan las actividades con el fin de promover la salud en el ámbito internacional.

Se trata de producir un cambio en el modo de pensar las cuestiones comunitarias en salud, tarea que compromete a todos los actores sociales. Utilizar e integrar los recursos existentes, individuales, colectivos e institucionales; cooperar en lugar de confrontar; concebir la integridad dentro de la diversidad; crear espacios de decisión y de aprendizaje permanente. Que cada grupo social que comparte un proyecto común para responder a una necesidad o interés, constituya más que una estrategia de supervivencia, una organización en red, apelando a y tomando conciencia de lo ya existente creando respuestas novedosas y valorizando el aporte mutuo.

Es nada más y nada menos que responder al desafío de institucionalizar nuevos modos de hacer, de intervenir, de enfrentar la complejidad, construir sobre ella y aún salir fortalecidos. Convertir la crisis en oportunidad esto es en otras palabras fomentar la resiliencia de los habitantes.

En otras palabras, desarrollar la resiliencia, es decir la capacidad de recuperarse ante la adversidad, y aprender de ella, de experiencias en los cuales los individuos pueden probarse a si mismos que son capaces de pensar, de hacer, de decidir o como lo denomina Rutter (1993) como un conjunto de procesos sociales

e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida "sana" viviendo en un medio "insano".

Por estos motivos, es relevante dirigir todos los esfuerzos hacia la comprensión de los mecanismos que actúan a nivel individual, familiar y comunitario.

Porque, promover la resiliencia apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, del modo como ellos perciben y enfrentan el mundo.

Ciertas condiciones permiten a los niños encontrar un espacio de libertad y de creatividad favoreciendo la construcción de su resiliencia frente a situaciones adversas :

- Generar una actitud de escucha, apoyo e interés en el niño
- Establecer reglas claras, con expectativas altas - pero sin sobrecargar al niño
- Favorecer la participación activa del niño en la vida de la familia, de la escuela o de la comunidad

Estos elementos que favorecen la resiliencia tienen implicaciones fundamentales para la educación y las políticas de la infancia. Ellos confirman, en particular, la importancia y la pertinencia de la Convención relativa a los Derechos del Niño, en la cual se encuentran los elementos de base de la resiliencia :

- El respeto del niño, en su persona y su integridad
- La protección del niño contra diversos riesgos y peligros
- La prevención de amenazas contra la salud y la integridad
- La participación del niño, el respeto a su palabra y la valoración de su opinión.

Además, la Convención relativa a los Derechos del Niño, con la afirmación de derechos básicos, nos da a todos, niños y adultos, un marco de derechos y de reglas, de límites y de exigencias. El estudio de la resiliencia de los niños víctimas de abuso sexual muestra la importancia del proceso de justicia. La justicia comienza por exponer el derecho, situar las culpas y afirmar la inocencia. Este proceso contribuye a la reconstrucción de la autoestima de la víctima, y puede así ayudar a los niños a sobrevivir y desarrollar una resiliencia .

Para orientar nuestras prácticas, la resiliencia nos lleva a las proposiciones siguientes :

- Prevenir los riesgos: los riesgos son una realidad, a la cual podemos todos estar expuestos. Los programas deben apuntar a eliminar o a limitar los riesgos y las amenazas para los niños. Es el papel de las acciones de información, de sensibilización, de desarrollo de competencias para reconocer una situación de riesgo y protegerse.
- No hay invulnerabilidad: ningún programa de prevención, ninguna política social llegará a suprimir los riesgos y las amenazas.
- No hay fatalidad: no hay determinismo absoluto. Frente a situaciones aparentemente sin esperanza, es muchas veces posible encontrar, construir un camino de resiliencia. Las acciones de prevención deben apuntar a favorecer, en el niño, las competencias que le permitirán desarrollar una resiliencia.
- Cambiar de mirada. Tener una mirada positiva sobre las personas y sus capacidades. Esto implica por ejemplo incluir sistemáticamente en la anamnesis las preguntas sobre los aspectos positivos del desarrollo y la salud .
- Favorecer la resiliencia de una persona cercana. La resiliencia se construye gracias a un vínculo fuerte con una persona, con apoyo de un amigo, de un familiar, de una red de conocidos. Todos podemos tomar este papel frente un amigo, un niño, un conocido en dificultad.

Hay aquí un mensaje esencial para todos nosotros, niños, adultos, sociedades, que muestra la importancia del vínculo y la solidaridad. Nos invita a un cambio de perspectiva de la prevención, a no dirigirse más a los niños solamente como víctimas potenciales, sino como personas que tienen recursos para desarrollar su propia resiliencia, y que además, puedan volverse un recurso para su prójimo.

El termino genérico de competencia parental - que nos propone Barudy (2004) - engloba la noción de capacidades parentales fundamentales y las habilidades parentales. Es evidente que a la hora de evaluar el grado de competencias, como para aportar ayuda educativa o terapéutica a los padres para mejorarlas, estos dos niveles se entremezclan en un proceso dinámico.

Las capacidades parentales fundamentales:

- La capacidad de apegarse a sus crías o apego: corresponde a la capacidad de los padres a vincularse a sus crías respondiendo a sus necesidades. Las diferentes investigaciones sobre el apego nos ha ayudado a integrar que el niño posee una capacidad innata para apegarse. De esta capacidad depende su supervivencia. Por otra parte, la capacidad del adulto de apegarse a sus crías depende no sólo de sus potenciales biológicos, sino de sus propias experiencias de apego así como de la existencia de factores ambientales que faciliten u obstaculicen las vinculaciones con sus crías.
- La empatía: o capacidad de percibir las necesidades del otro y sintonizar con ellas.
- Los modelos de crianza: resultado de los aprendizajes sociales y familiares que se transmiten como fenómenos culturales de generación en generación. Estos modelos se aprenden fundamentalmente en el seno de la familia de origen, mediante la transmisión de modelos familiares y por mecanismos de aprendizaje: imitación, identificación, aprendizaje social. En esta transmisión influyen también el contexto social y cultural en que se desenvuelve la familia. En estos modelos las formas de percibir y comprender las necesidades de los niños están implícitamente o explícitamente incluidos, así como las respuestas para satisfacer estas necesidades.
- La capacidad de participar de la vida comunitaria aportando y recibiendo cuidados y apoyo social. Esto forma parte de la necesidad que todos tenemos de contar con apoyos para estar bien y resultar funcionales en nuestras responsabilidades.

El concepto de resiliencia nos sirve no sólo como guía para establecer criterios de actuación con los niños y sus padres en el sentido de apoyar sus recursos naturales, en la perspectiva de la psicología positiva, sino que además son criterios para evaluar nuestras propias capacidades resilientes en tanto profesionales.

Las capacidades resilientes se desarrollan cuando los niños y niñas conocen contextos relacionales que le ofrecen en cantidad suficientes las siguientes experiencias:

- Experiencias de buenos tratos, caracterizados por un apego sano y seguro, además de los apor-

tes nutritivos, afectivos y culturales en cantidad suficientes para sentirse una persona digna de ser amada.

- Haber participado en procesos de conversación que les han permitido tomar conciencia y conocer su realidad familiar y social por muy dura que ésta sea. Esto con el apoyo social y afectivo suficiente como para tener la energía de buscar modos alternativos de vida.
- Vivir experiencias de apoyo social, es decir, ser considerado en ocasiones como una persona central en una red social, para recibir afectos y de apoyo.
- Haber participado en procesos sociales para luchar contra las injusticias, una mejor distribución de los bienes y de la riqueza ofreciendo así ideas para paliar situaciones de pobreza y sufrimiento.
- Haber aprovechado de procesos educativos que potencien el respeto de los derechos de todas las personas especialmente de los niños y niñas, así como el respeto por la naturaleza.
- Haber participado en movimientos sociales con otros niños y niñas en actividades que les permitieron acceder a un compromiso social, religioso o político para lograr sociedades mas justas, solidarias y sin violencia.

En lo que se refiere al aporte de la comunidad, podemos afirmar que las políticas destinada a la promoción del bienestar infantil, así como los programas de protección infantil son los recursos específicos que la sociedad pone a disposición de las familias para contribuir al buen trato infantil.

Aunque esto no es una realidad en ninguna parte del mundo, si esto ocurriera tendría que basarse en estos dos pilares:

- Influir positivamente el desarrollo de competencias parentales (promoviendo su adquisición o mejora)
- Apoyar a las familias en la cobertura de las necesidades y los derechos de sus miembros infantiles.

Por otra parte, en el caso de familias cuyos padres no poseen las competencias parentales y como consecuencia dañan a sus hijos, los servicios sociales de protección deben desarrollar, por un lado programas específicos para evaluar estas incompetencias paren-

tales. Esto para determinar su gravedad y las posibilidades de recuperación con un programa adecuado. Por otra parte es fundamental, evaluar las necesidades especiales de las niñas y niños dañados por estas incompetencias, para proporcionarles los recursos de protección y educativos terapéuticos necesarios.

Un modelo de protección infantil que considere como objetivo el asegurar, el bienestar infantil a través de la promoción de dinámicas de buenos tratos, deberá por tanto responder a tres desafíos:

- Evaluar y aportar recursos terapéuticos y educativos para generar cambios cualitativos y cuantitativos en las competencias de los padres y madres, para cuidar, proteger y educar a sus hijos.
- Satisfacer las necesidades terapéuticas y educativas, singulares de estos niños y niñas, consecuencias de la incompetencia de sus padres y de los factores socioeconómicos y culturales que han favorecido los malos tratos.
- Favorecer y proteger los recursos resilientes de los niños, de los padres y también de los profesionales de la infancia, a través del fomento de dinámicas de buentrato, a nivel institucional y social.

Esta forma de introducirnos en los fenómenos de los buenos tratos, pretende ser un aporte para seguir contribuyendo a la tarea de promover al bienestar integral de niños y niñas que por desgracia les toca vivir en el seno de familias cuyos padres por sus tragedias infantiles y la falta de apoyo de su comunidad no desarrollaron las competencias para cuidarles, protegerles ni asegurarles un desarrollo sano y que, además, en muchas ocasiones les provocan daños irreversibles.

Hacer frente a la tarea de evaluar las competencias de estos padres, y a partir de datos objetivos, proponer las mejores medidas para el niño y programas de rehabilitación parental que parezcan los más adecuados, nos parece en la actualidad una muestra de valentía, pero sobre todo de solidaridad con todos los implicados. A los primeros para asegurarles el derecho a una vida sana y sin violencia, a los segundos para proporcionarles los recursos adecuados para el desarrollo de competencias parentales, que por las injusticias de la vida

no pudieron adquirir. Por lo tanto, este nos parece también un recurso fundamental para la prevención de todas las formas de violencia. En efecto, proporcionar recursos a los padres para que mejoren sus capacidades parentales, es al mismo tiempo facilitar a los hijos modelos más sanos para la crianza de sus futuros hijos. Si a pesar de los recursos proporcionados los padres no pueden mejorar sus competencias, tenemos la posibilidad de ofrecer a sus hijos una acogida familiar o residencial para asegurarles un desarrollo sano como personas. Si además se complementa el acompañamiento de estos niños con experiencias familiares, esto podrá facilitar la adquisición de modelos de crianza que podrá permitirles superar en sus propias historias como padres los que sus propios padres no pudieron mejorar. En otra perspectiva, un modelo basado en el buen trato y el bienestar infantil pretende ayudar a disminuir la duración de los períodos de inestabilidad en que muchos niños se encuentran a la espera de medidas que les protejan, luego que se ha realizado la detección de sus situaciones de riesgo e incluso de desamparo. Esto asegurándole medidas que garanticen los cuidados que los niños necesitan, pero además la continuidad de vínculos significativos necesarios para su desarrollo.

Siempre que nos planteamos cómo tratar un problema humano lo primero que hay que hacer es definirlo, luego co-construir un modelo explicativo que incluya su origen y su desarrollo. A partir de esto podremos determinar cuáles son los medios que tenemos para influir no sólo las personas implicadas en el origen del problema, sino también los procesos que lo perpetúan. Como se trata de problemas humanos, tenemos que hacer todo lo necesario para lograr un consenso entre las personas implicadas para facilitar la emergencia de soluciones. Esto incluyendo un acuerdo sobre la existencia misma del problema.

Por esto que, la hora de hablar sobre prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia humana, el desafío es lograr un acuerdo de aceptación de esta definición no sólo por parte de los profesionales, sino también de los miembros de la sociedad.

El desafío es tener los recursos y las competencias profesionales para facilitar consensos sobre la existencia, la naturaleza y el origen de un problema con

los miembros de una comunidad, de un grupo, de una familia. Esto para trabajar juntos en la resolución de estos, movilizándolo y potenciando los recursos naturales, así como los profesionales.

En el marco de esta presentación hablaremos de las capacidades indispensables para trabajar con familias que de acuerdo a nuestros modelos hemos definido como productoras de violencia y de abusos de poder.

- La capacidad de vincularnos como personas a otras personas. Esto significa, relacionarnos con las personas en el marco de un ambiente emocional compatible con lo que llamamos "los contextos amorosos". Que implica sencillamente relacionarse con el, ella y los otros comunicándoles nuestro respeto incondicional por su condición de vivientes humanos. Sabiéndoles influidos por sus historias personales y los contextos en que les ha tocado o han optado vivir. Esto no implica estar de acuerdo con sus prácticas cuando éstas son violentas y abusivas, sino al contrario, nuestro desacuerdo es una forma de comunicar este respeto, al mismo tiempo que comunicamos nuestra confianza en sus posibilidades de cambio. Para implicarse en el tratamiento de los problemas de las familias en donde los adultos producen abuso y violencia, los profesionales debemos movilizar nuestros recursos para apegarnos emocionalmente a todos los miembros transmitiéndoles que son importantes para nosotros. Se trata de construir contextos de confianza y seguridad. Por esto no podemos permitir que se sigan violando los derechos de las personas, por ejemplo de los niños, mujeres o ancianos al interior de la familia.
- La capacidad de facilitar conversaciones para encontrar consensos sobre nuevas formas de definir los problemas y sus causas para promover cambios cuando es posible.
- La capacidad de producir prácticas asociativas para actuar en el sentido de cambiar las dinámicas de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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

- AFFLECK, G., TENNEN, H., CROOG, S. Y LEVE, S. (1987) *Casual attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack: An 8-year study*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55 (1): 29-35
- AFFLECK, G. Y TENNEN, H. (1991) *The effect of newborn intensive care on parent's psychological well-being*. Children's Health Care, 20: 6-14
- AFFLECK, G. Y TENNEN, H. (1996) *Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning*. Journal of Personality, 64(4):899-922
- AGGER, A. (1993). *Mental Health Issues in Refugee Populations: A Review*. Boston: Harvard Centre for the Study of Culture and Medicine.
- AGGER, I., VUK, S. & MIMICA, J. (1995). Theory and practice of psychosocial projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia. Zagreb ECHO/ECTF.
- ALLRED, K.D. Y SMITH, T.W. (1989) The hardy personality: Cognitive and physiological responses to evaluative threat. Journal of Personality and Social Psychology, 56: 257-266
- ARGEL, L., FOLNEGOVIC-SMALE, V., KOZARIC-KOVACIC, D. & MARUSIC, A. (1995). *Psycho-Social Help to War Victims: Women Refugees and their Families*. Copenhagen IRCT.
- AVIA, MD. Y VÁZQUEZ, C. (1999) *Optimismo Inteligente*. Madrid, Alianza Editorial
- AVIA, MD Y SÁNCHEZ, ML (1995). *Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.
- Bartone, PT. *Hardiness as a resiliency factor for United States Forces in the Gulf War* En: Violanti, JM., Patton, D. y Dunning, D. (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*, Charles C. Thomas. Publisher, LDT. Springfield, Illinois, 2000
- BARUDY JORGE. "El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil" Ed. Paidós . Barcelona. 1998.
- BARUDY JORGE "Maltrato Infantil. Ecología Social: Prevención y reparación" Ed. Galdoc. Santiago de Chile. 2000.
- BARUDY JORGE, DANTAGNAN MARYORIE "Guía de valoración de competencias parentales" Ed. IFIVF , Barcelona . 1999.
- BARUDYJ (2004) Promover el buen trato y los recursos resilientes como bases de la prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia humana. www.peretarres.org/entres/recursos/inauguracio_vio.
- BLOCK, J. Y KREMEN, A.M. (1996) IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. Journal of Personality and Social Psychology, 70:349-361
- BONANNO, G.A. (2004) Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American Psychologist, 59(1): 20-28
- BONANNO, G.A. Y KALTMAN, S. (2001) *The varieties of grief experience*. Clinical Psychology Review, 21:705-734
- BONANNO, G.A. Y KELTNER, D. (1997) *Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement*. Journal of Abnormal Psychology, 106:126-137
- 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, G.A., FIELD, N.P., KOVACEVIC, A. Y KALTMAN, S. (2002) *Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States*. Personality and Social Psychology Bulletin, 28: 184-196
- BOOTHBY, N. (1992). *Displaced Children: Psychological Theory and Practice from the Field*. Journal of Refugee Studies. 5: 106-22.
- BOOTHBY, N. (undated). *Children of war: survival as a collective act*. In *The Psychological Well-being of Refugee Children. Research, Practice and Policy Issues*. (ed. M. McCallin). pp.169-84. Geneva. International Catholic Child Bureau.
- BOYLE, A., GRAP, M.J., YOUNGER, J. Y THORNBLY, D. (1991) *Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses*. Journal of Advanced Nursing, 16(7): 850-857
- BRACKEN, P., GILLER, J. & SUMMERFIELD, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. Social Science & Medicine. 40: 1073-82.
- BRICKMAN, P., COATES, D., JANOFF-BULMAN, R. (1978) *Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?* Journal of Personality and Social Psychology, 36 (8): 917-927
- CABANILLAS, W. (2001). *De la patología a la búsqueda de la virtud: Una introducción a la psicología positiva*. Revista Peruana de Psicología: 5 (11) 27-44
- CALHOUN, L.G. Y TEDESCHI, R.G. (1998) *Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice research*. Journal of Social Issues, 54(2): 357-372
- CALHOUN, L.G. Y TEDESCHI, R.G. (1999) *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide*. New Jersey: LEA
- CALHOUN, L.G. Y TEDESCHI, R.G. (2000) *Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth*. En:

- Violanti, J.M., Patton, D. y Dunning, D.(Eds.) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives, Charles C.
- THOMAS. PUBLISHER, LDT. Springfield, Illinois, 2000
- CARVER, C.S. (1998) *Resilience and thriving: issues, models and linkages*. Journal of Social Issues, 54(2): 245-266
- CYRULNIK, B. (2001) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Madrid, Gedisa, 2002
- CYRULNIK B et al. La résilience : le réalisme de l'espérance. Toulouse, Érès, coll. "Fondation pour l'Enfance", 2001
- DAVIDSON, J.R.(2002) Surviving disaster: what comes after trauma? British Journal of Psychiatry, 181: 366-368
- DE SMEDT, J. (1995). Report of the anthropological research for the mental health programme. Medecins Sans Frontieres Holland. Unpublished manuscript
- DILLON, K.M. Y TOTTEN, M.C. (1989) *Psychological factors, immunocompetence and health of breast-feeding mothers and their infants*. Journal of Genetic Psychology, 150: 155-162
- EVANS, D.R., PELLIZZARI, J.R., CULBERT, B.J. Y METZEN, M.E. (1993) *Personality, marital and occupational factors associated with quality of life*. Journal of Clinical Psychology, 49(4): 477-485
- FLORIAN, V., MIKULINCER, M. Y TAUBMAN, O. (1995) *Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping*. Journal of Personality and Social Psychology, 68(4):687-695
- FOLKMAN, S. Y MOSKOVITZ, J.T. (2000) *Positive affect and the other side of coping*. American Psychologist, 55(6): 647-654
- FRANKL, V. (1946) *El hombre en busca de sentido*. Madrid: Herder, 1998
- FREDRICKSON, BL. Y TUGADE, MM. (2003) *What Good are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the USA on September 11th, 2001*. Journal of Personality and Social psychology, vol.84 (2):365-27
- FUNK, S.C. (1992) *Hardiness: A review of theory and research*. Health Psychology, 11(5):335-345
- FUNK, S.C. Y HOUSTON, B.K. (1987) *A critical analysis of the Hardiness Scale's validity and utility*. Journal of Personal and Social Psychology, 53:572-578
- GILLHAM, JE. Y SELIGMAN MEP.(1999) *Footsteps on the road to a positive psychology*. Behavior Research and Therapy, 37:163-173
- GIST, R. Y WOODALL, J. (2000) *There are no simple solutions to complex problems*. En: J.M.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (81-96) Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- HILLS, H. Y NORWELL, N. (1991) *An examination of hardiness and neuroticism as potential moderators of stress outcomes*. Behavioral Medicine, 17(1): 31-38
- HULL, J.G., TREUREN, R.R. Y VIRNELLI, S. (1987) *Hardiness and Health : A critique and alternative approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 53(3): 518-530
- HULL, A.M., ALEXANDER, D.A. Y KLEIN, S. (2002) *Survivors of the Piper Alpha platform disaster: long-term follow-up study*. British Journal of Psychiatry, 181: 433-438
- HUME, F. & SUMMERFIELD, D. (1994). *After the War in Nicaragua: A Psychosocial Study of War Wounded Ex-Combatants*. Medicine and War. 10, 4-25.
- JANOFF-BULMAN, R. Y WORTMAN, C. (1977) *Atributions of blame and coping in the real world: Severe accident victims react to their lot*. Journal of Personality and Social Psychology, 35: 351-363
- JANOFF-BULMAN, R.(1992) *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press
- KELTNER, D. Y BONANNO, G.A.(1997)*A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement*. Journal of Personality and Social Psychology, 73(4):687-702
- KLEINMAN, A. (1987). *Anthropology and Psychiatry: The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness*. British Journal of Psychiatry 151: 447-54.
- KOBASA, S.C. (1979a) *Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness*. Journal of Personality and Social Psychology, 37(1): 1-11
- KOBASA, S.C.(1979b) *Personality and resistance to illness*. American Journal of Community Psychology, 7:413-423
- KOBASA, S.C. (1982) *Commitment and coping in stress resistance among lawyers*. Journal of Personality and Social Psychology, 42(): 707-717
- MADDI, S.R. Y KHOSHABA, D.M. (1984) *Hardiness and mental health*. Journal of Personality Assesment, 63(2): 265-274
- Manciaux M et al. La résilience : résister et se construire. Genève : Médecine et Hygiène, 2001, 253
- MANCIAUX, M., VANISTENDAEL, S., LECOMTE, J. Y CYRULNIK, B. (2001) *La resiliencia: estado de la cuestión*. En: Manciaux, M. (comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003
- MARTÍNEZ, M (1988): "Prevención y promoción en Psicología Comunitaria" en Martínez,A;Chacón,F y Martínez,M (ed): *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- MASTEN, A.S. (2001) *Ordinary Magic: Resilience processes in development*. American Psychologist, 56(3): 227-238
- MASTEN, A.S., HUBBARD, J.J., GEST, S.D., Tellegen, A., Garnezy, N. Y Ramírez, M. (1999) *Competence in the context of*

- adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence.* Development and Psychopathology, 11: 143-169
- MCMILLEN, C., ZURAVIN, S. Y RIDEOUT, G.(1995) *Perceived benefit from child sexual abuse.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(6): 1037-1043
- MITCHELL, J.T.(1992) Protecting your people from critical incident stress. Fire Chief, vol.36:61-67
- MOLLIKA, R. & CASPI-YAVIN, Y. (1992). Overview: The Assessment and Diagnosis of Torture Events and Symptoms. In *Torture and its Consequences.* (ed. M. Basoglu), pp 253-74. Cambridge: Cambridge University Press.
- MOLLIKA, R., DONELAN, K., TOR, S., LAVELLE, J., ELIAS, C., FRANKEL, M. & BLENDON, R. (1993). The Effect of Trauma and Confinement on Functional Health and Mental Health Status of Cambodians living in Thailand-Cambodia Border Camps. Journal of American Medical Association 270, 581-585.
- NAGY, S. Y NIX, C.L. (1989) *Relations between preventive health behavior and hardiness.* Psychological Reports, 65: 339-345
- NOWACK, K.M. Y PENTKOWSKI, A. (1994) *Lifestyle habits, substance use and predictors of job burnout in professional working women.* Work and Stress, 8(1): 19-35
- O'LEARY, V.E. (1998) *Strength in the face of adversity: individual and social thriving.* Journal of Social Issues, 54(2)
- PARK, C.L. (1998) *Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes.* Journal of Social Issues, 54(2)
- PATON, DG., SMITH, L., VIOLANTI, JM. Y ERÄEN, L. *Work-related traumatic stress: Risk, vulnerability and resilience.* En: Violanti, JM., Patton, D. y Dunning, D.(Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*, Charles C. Thomas. Publisher, LDT. Springfield, Illinois, 2000
- PEÑACOBÁ, C. Y MORENO, B.(1998) *El concepto de personalidad resistente: consideraciones teóricas y repercusiones prácticas.* Boletín de Psicología, vol.58:61- 96
- PÉREZ-SALES, P. Y VÁZQUEZ, C. (2003) Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9(2-3):235-254
- POILPOT MP ET AL.. *La résilience : souffrir mais se construire.* Toulouse, Érès, coll. " Fondation pour l'Enfance ", 1999
- RAPHAEL, B., MELDRUM, L. & MCFARLANE, A. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal* 310: 1479-80.
- RHODEWALT, F. Y AUGUSTSDOTTIR, S. (1984) On the relationship of hardiness to the Type A behavior pattern : Perception of life events versus coping with life events. *Journal of Research in Personality*, 18: 212-223
- RICHTERS, J.E. Y MARTÍNEZ, P.E. (1993) *Violent communities, family choices and children's chances: an algorithm for improving the odds.* Development and Psychopathology, 5: 609-627
- RICHTMAN, N. (1993). *Annotation: Children in situations of political violence.* Journal of Child Psychology and Psychiatry 34, 1286-1302.
- SAAKVITNE, K.W., TENNEN, H. Y AFFLECK, . (1998) *Exploring thriving of clinical trauma theory: constructivist self development theory.* Journal of Social Issues, 54(2)
- SANDERS, C.M. (1993) *Risk factors in bereavement outcome.* En: Stroebe, W., Save the Children Fund (1991). *Helping Children in Difficult Circumstances. A Teacher's Manual.* London SCF.
- SEBASTIÁN, R ET AL (2002) *La Psicología de la salud latinoamericana. Hacia la promoción de la salud.* International Journal of Clinical and Health Psychology - 2(1), pp.153-172, Enero 2002
- SELIGMAN, M.E.P. Y CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000) *Positive Psychology: An Introduction.* American Psychologist, vol.55 (1):5-14
- SCHEIER, M.F. Y CARVER, C.S. (1987) *Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health.* Journal of Personality, 55: 169-210
- SHUCHTER, S.R. Y ZISOOK, S. (1993) *The course of normal grief.* En: Stroebe, W.,
- STUHL MILLER, C. Y DUNNING, C. (2000) *Challenging the mainstream: from pathogenic to salutogenic models of posttrauma intervention.* En: JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (10-42) Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- STUBBS, P. & SOROYA, B. (1996). *War Trauma and Professional Dominance: Psychosocial Discourses in Croatia.* To be published in *Medicine and War*.
- SUMMERFIELD, D. (1999) *Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico.* En: Pérez
- SALES, P. (coord.) *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política.* Exlibris, Madrid
- SUMMERFIELD, D. & TOSER, L. (1991). 'Low Intensity' War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community. *Medicine and War* 7:84-99.
- SUMMERFIELD, D. (1995). Raising the dead: war, reparation and the politics of memory. *British Medical Journal*. 311: 495-97.
- SUMMERFIELD, D. (1995). *Assisting survivors of war and atrocity: notes on 'psychosocial' issues for NGO workers.* Development in Practice. 5:352-56.
- SUMMERFIELD, D (2001). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de Trauma Psicológico : INTERPSIQUIS. 2001; (2)
- TEDESCHI, RG. Y CALHOUN, LG. (2000) *Posttraumatic growth: A new focus in psycho traumatology.* Psy-talk, Newsletter of

the British Psychological Society Student Members Group, April 2000

TOPE, M. (1989) *Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses*. Research in Nursing and Health, 12: 179-186

VANISTENDAEL, S. (2001) *La resiliencia en lo cotidiano*. En: Manciaux, M. (comp.) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003

VANISTENDAEL S, LECOMTE J. Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience. Paris : Bayard Éditions, 2000, 223 p.

WERNER, E.E. Y SMITH, R.S. (1982) *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York, McGraw-Hill

WERNER, E.E. Y SMITH, R.S. (1992) *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press

WIEBE, D.J. (1991) Hardiness and stress moderation: A test of proposed mechanism. Journal of Personality and Social Psychology, 60: 89-99

WIEBE, D.J. (1991) *Hardiness and stress moderation: A test pf proposed mechanisms*. Journal of Personality and Social Psychology, 60(1): 89-99

WIEBE, D.J. Y MCCALLUM, D.M. (1986) *Health practices and hardiness as mediators in the stress illness relationship*. Health Psychology, 5: 425-438

* Docente Post Grado de la USMP
Decano Colegio de Psicólogos CDR Lima 1
halamasrojas@yahoo.com