



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
Escuela de Ciencias Sociales Humanidades y Artes
Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica y de la Salud

CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL POSITIVA DE NIÑOS
VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL ENTRE 9 Y 12 AÑOS DE EDAD EN
EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

Presentado por

Domingo Arturo Ruiz Mejía

Bucaramanga, Octubre de 2007



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
Escuela de Ciencias Sociales Humanidades y Artes
Facultad de Psicología
Proyecto de investigación

Especialización en Psicología Clínica y de la Salud

CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL POSITIVA DE NIÑOS
VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL ENTRE 9 Y 12 AÑOS DE EDAD EN
EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

Presentado por

Domingo Arturo Ruiz Mejia

Trabajo presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Psicología clínica y de la salud

Bajo la Dirección de:
Doris Amparo Barreto Osma Ps. Ms

Bucaramanga, Octubre de 2007

Agradecimiento

A mi Reina que me motiva a seguir en el esfuerzo
tras mejores formas de vida.

Domingo Ruiz

*“Cuando se siente herida,
la ostra hace una perla”.*

Ralph Waldo Emerson

Tabla de contenido

CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL POSITIVA DE NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL ENTRE 9 Y 12 AÑOS DE EDAD EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA	1
Problema	10
Objetivos	19
<i>Objetivo General</i>	19
<i>Objetivos Específicos</i>	19
Antecedentes investigativos	20
Marco teórico	23
Psicología de la Salud	24
Psicología Positiva	24
Salud Mental Positiva	25
<i>Conceptos afines de la Salud Mental Positiva</i>	29
<i>Resiliencia</i>	29
<i>Sentido de coherencia</i>	31
<i>Calidad de vida</i>	36
<i>Optimismo</i>	37
<i>Felicidad</i>	37
<i>Modelo de la Salud Mental Positiva</i>	38
<i>Operativización y evaluación del Modelo de Salud Mental Positiva</i>	41
Abuso sexual infantil	47
<i>Abuso sexual infantil a nivel internacional</i>	48
<i>Abuso sexual infantil en Colombia</i>	48
<i>Abuso sexual en el Área Metropolitana de Bucaramanga</i>	49
<i>Abuso sexual y la legislación colombiana</i>	50
<i>Agresores sexuales, tipos de abuso y víctimas de riesgo</i>	51
Trastorno de Estrés Postraumático	54

Etapa evolutiva de los niños de 9 a 12 años	56
Control de variables	60
Metodología	61
<i>Tipo de investigación</i>	<i>61</i>
<i>Muestra</i>	<i>61</i>
<i>Instrumento</i>	<i>62</i>
<i>Procedimiento</i>	<i>66</i>
Resultados	68
Resultados del factor Satisfacción Personal	70
Resultados del factor Actitud Prosocial	75
Resultados del factor Autocontrol	78
Resultados del factor Autonomía	82
Resultados del factor Resolución de problemas y autoactualización	85
Resultados del factor Habilidades de relaciones interpersonales	91
Discusión	96
Conclusiones	107
Referencias	114
Apéndice. Escala para la medición de la Salud Mental Positiva	119

Lista de tablas

Tabla 1. Criterios de salud mental positiva. Tomada de Lluch (1999 p.143)	39
Tabla 2. Escala para evaluar salud mental positiva (Lluch, 1999, p. 147-150)	41
Tabla 3. Clasificación de factores planteados por Lluch (1999).	45
Tabla 4. <i>Categorías de la escala de Salud Mental Positiva de Lluch(1999).</i>	45
Tabla 5. <i>Variables controladas en los sujetos de la muestra</i>	60
Tabla 6. <i>Variables no controladas.</i>	60
Tabla 7. <i>Escala con enunciados organizados por cada factor.</i>	64
Tabla 8. <i>Distribución de la muestra por edades.</i>	68
Tabla 9. <i>Distribución de la muestra según grupo familiar con quien convive.</i>	70
Tabla 10. <i>Ítem “Te gustas como eres”</i>	71
Tabla 11. <i>Ítem: “Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean”.</i>	71
Tabla 12. <i>Ítem: “Para ti la vida es aburrida y monótona”</i>	72
Tabla 13. <i>Ítem: “Miras tu futuro con pesimismo”</i>	72
Tabla 14. <i>Ítem: “Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida”</i>	73
Tabla 15. <i>Ítem: “Crees que eres un/a inútil y que no sirves para nada”</i>	74
Tabla 16. <i>Ítem: “Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o”</i>	74
Tabla 17. <i>Ítem: “Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico”</i>	75
Tabla 18. <i>Ítem: “A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas”</i>	76
Tabla 19. <i>Ítem: “Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas.”</i>	76
Tabla 20. <i>Ítem: “Piensas que eres una persona digna de confianza”</i>	77
Tabla 21. <i>Ítem: “Piensas en las necesidades de los demás”</i>	78
Tabla 22. <i>Ítem: “Te gusta ayudar a los demás”</i>	78
Tabla 23. <i>Ítem: “Los problemas me bloquean fácilmente”</i>	79
Tabla 24. <i>Ítem: “Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas”</i>	80

Tabla 25. Ítem: “Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos”	80
Tabla 26. Ítem: “Eres capaz controlarte en situaciones conflictivas de tu vida.”	81
Tabla 27. Ítem: “Si estás viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad”.	81
Tabla 28. Ítem: “Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti”	82
Tabla 29. Ítem: “Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones”.	83
Tabla 30. Ítem: “Te preocupa que la gente te critique”	83
Tabla 31. Ítem: “Te resulta difícil tener tus propias opiniones”	84
Tabla 32. Ítem: “Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o”.	84
Tabla 33. Ítem: “Eres capaz de tomar decisiones por mi misma / o.”	85
Tabla 34. Ítem: “Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas.”	86
Tabla 35. Ítem: “Intentas mejorar como persona”	87
Tabla 36. Ítem: “Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte”	87
Tabla 37. Ítem: “Frente a un problema eres capaz de pedir información”	88
Tabla 38. Ítem: “Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan”	89
Tabla 39. Ítem: “Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes.”	89
Tabla 40. Ítem: “Eres capaz de decir no cuando quieres decir no.”	90
Tabla 41. Ítem: “Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones.”	90
Tabla 42. Ítem: “Crees que eres una persona sociable.”	91
Tabla 43. Ítem: “A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás.”	92
Tabla 44. Ítem: “Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes.”	93
Tabla 45. Ítem: “Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias.”	93
Tabla 46. Ítem: “A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite.”	94

Tabla 47. Ítem: “Crees que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas.”	94
Tabla 48. Ítem: “Te consideras “un/a buen/a psicólogo/a”, es decir, “un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas.”	95

Resumen

Se realizó la caracterización de la salud mental positiva en una muestra de 30 niños y niñas entre los 9 y 12 años de edad que habían experimentado abuso sexual durante el último año. Para la obtención y tratamiento de la información, se empleó el enfoque desde la salud mental positiva y se aplicó la escala diseñada por Lluich(1999) en España y adecuada para población colombiana por Perez y cols(2006), la cual permitió apreciar una destacada presencia de características de salud mental positiva en esta muestra. Los resultados ofrecen la perspectiva de considerar a estas víctimas, como poseedores de condiciones actitudinales y ambientales que les permiten afrontar y superar la experiencia; así mismo se evidenció también el crecimiento o desarrollo de características saludables que le ofrecen a estos niños, mayores habilidades y recursos para afrontar futuras experiencias, por lo que se propone considerarlo en el diseño e implementación de intervenciones de apoyo, atención y rehabilitación.

**CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL POSITIVA DE NIÑOS
VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL ENTRE 9 Y 12 AÑOS DE EDAD
EN EL ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA**

Durante el último siglo la Psicología ha venido ampliando sus campos de acción y sus fundamentos de intervención tras el perfeccionamiento de sus objetivos y procedimientos. Para esto ha aprovechado los aportes de otras disciplinas relacionadas con el comportamiento humano y así mismo ha ampliado su impacto sobre diferentes dimensiones del ser humano. Uno de los campos donde se evidencia un reciente repunte de investigaciones y planteamientos es el de la Psicología de la Salud, entendido este como una rama de la psicología que nace dentro del modelo biopsicosocial y según el cual la enfermedad es el resultado no sólo de factores médicos, sino también de emociones, pensamientos, conductas, estilo de vida y que pretende por lo tanto, explicar las enfermedades y su manejo considerando la salud como un proceso integral biológico, psicológico y social(Fernández, 1993).

Dentro de este amplio campo, en la psicología de la salud se han desarrollado aportes significativos que le confieren a la psicología una visión y potencialidad un tanto diferente a la mirada tradicional de afrontar y plantear explicación al fenómeno de la salud-enfermedad y surge la dimensión de Salud Mental Positiva. Este concepto ya se conoce desde que Jahoda (1958) la estructuró como una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, ayudando a resolver los problemas de salud mental que padecen los individuos, e indagando como lograr una mejor calidad de

vida y bienestar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 citados en Pérez, Puerta, Sierra y Velásquez, 2006). Uno de los factores que afectan la salud mental es la vivencia de experiencias traumáticas como es la agresión de tipo sexual en cualquiera de sus formas, en especial considerando que en esta problemática se destaca que la mayoría de los casos reportados corresponde a población infantil.

En relación con lo anterior, el abuso sexual infantil es definido como el uso sexual de un niño o niña por parte de un adulto, hombre o mujer, un adolescente u otro niño, para la satisfacción de sus necesidades sexuales, sin consideración de su desarrollo psicosexual. Ocurre un abuso sexual cuando un niño es comprometido en actividades sexuales que éste no puede entender y para el cual no está preparado, ni puede dar consentimiento, y que además viola las leyes y/o las prohibiciones sociales. Las actividades sexuales incluyen todas las formas de contacto genital-bucal o anal con o hacia el niño, así como los abusos sin contacto, tales como exhibicionismo, voyeurismo, o el utilizar al niño en la producción de material pornográfico.

La problemática del abuso sexual ha existido a lo largo de la historia de la humanidad y así mismo se ha ido interviniendo según cada momento y las condiciones culturales acompañantes. En Colombia se ha contado en las últimas décadas con recursos institucionales para contener y prevenir esta situación, sin embargo cada día es mayor el número de reportes de esta modalidad de violencia. Este tema también ha contado con gran interés del sector académico y científico para profundizar en su estudio y comprensión, por tanto se encuentra abundante información en especial sobre los efectos traumáticos de la experiencia de abuso sexual.

No obstante para quienes trabajan con esta población, aparece otro aspecto de interés relacionado con la variedad de actitudes de afrontamiento y evolución terapéutica

que acompañan a quienes denuncian haber sido víctimas de delitos de tipo sexual, lo que confronta lo dicho en la inmensa mayoría de los instructivos o estudios para el manejo o atención de víctimas de abuso sexual, donde se los presenta como personas que sin diferencias de género, edad o condiciones socio-demográficas se les denomina o caracterizan como seres vulnerables, o puramente víctimas, resaltando su condición de desventaja situacional. Todo esto en contraste con recientes enfoques en los que se les define como sobrevivientes, a quienes se busca otorgarles un reconocimiento a sus potencialidades individuales actuales y futuras.

La tendencia tradicional a centrar la atención de forma exclusiva en los probables efectos patológicos de la vivencia traumática, ha contribuido a desarrollar una cultura de la victimología que ha sesgado ampliamente la investigación y la teoría y ha llevado a asumir una visión pesimista de la naturaleza humana. De ahí se desprende que se describa esta cultura de la victimología en relación al trauma, como que el trauma siempre conlleva grave daño y el daño siempre refleja la presencia de trauma psicológico. (Gillham & Seligman, 1999, Seligman & Csikszentmihakyi, 2000 citados por Vera, 2004).

Desde la psicología positiva se recuerda que el ser humano tiene una fuerte capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha sido ignorada e inexplicada por la psicología durante muchos años. 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, como puede ser una agresión sexual (Park, 1998; Gillham & Seligman, 1999; Davidson, 2002 citados por Vera, 2004).

Es natural concebir a la persona que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología y desde esa perspectiva se atiende, se interviene y se trata esta problemática en ambientes institucionales principalmente. Sin embargo, desde modelos más optimistas, se entiende que esa misma persona puede ser potencialmente activa y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción se enmarca dentro de la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano. La concepción limitante o creencia que se ha impuesto es que todas las víctimas infantiles de agresión sexual experimentan solamente alguna forma de trauma y se desconoce entonces que cada individuo experimenta de manera diferente cada vivencia haciendo uso de un gran repertorio de valoraciones complejas, aun en la etapa infantil. Menciona Vera(1999) que numerosos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo más saludable 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.

Vivir una experiencia traumática es sin duda una situación que modifica la vida de una persona y, sin quitar gravedad y horror de estas vivencias, no se puede olvidar que en situaciones extremas el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, de ahí que se proponga que la Psicología no sea sólo psicopatología y psicoterapia, sino una ciencia que estudia la complejidad humana y debe ocuparse de todos sus aspectos. Se debe ampliar y reconducir el estudio de la respuesta humana ante el trauma con el fin de desarrollar nuevas formas de intervención basadas en modelos más positivos, centrados en la salud y la prevención, que faciliten la recuperación y el crecimiento personal. Se trata entonces, de adoptar un paradigma desde

un modelo de salud que ayude a conceptualizar, investigar, diseñar e intervenir efectiva y eficientemente el trauma. La labor del psicólogo vista desde la Psicología Positiva tal como lo refiere Vera(1999), debe servir para reorientar a las personas a encontrar la manera de aprender de la experiencia traumática y progresar a partir de ella, teniendo en cuenta su fuerza, virtud y su capacidad de crecimiento.

Las personas resilientes afirman haber sentido emociones negativas, pensamientos negativos y rumiaciones en determinados momentos posteriores a la pérdida. La diferencia estriba en que en su caso fueron transitorios y no interfirieron en la habilidad de continuar funcionando en otras áreas de la vida ni de experimentar afectos positivos (Bonanno, 2004, citado por Vera, 2004). Así, la reacción de un sujeto que se enfrenta a una experiencia traumática puede adoptar diferentes formas (Frankl, 1946 citado por Vera 2004):

-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).

-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.

-Resiliencia: Un fenómeno al que tradicionalmente se ha prestado poca atención pero que en los últimos años ha comenzado a ser objeto de estudio es la resiliencia. 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.

-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 partir 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.

Una experiencia traumática es siempre negativa, pero lo que suceda a partir de ella depende de cada persona. En cada individuo está el elegir su opción, que puede convertir su experiencia negativa en victoria, la vida en un triunfo interno, o bien puede ignorar el desafío y limitarse a derrumbarse.

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven. Sin embargo, es poca la investigación científica que se ha realizado en torno a este punto (Bonanno, 2004) y por su lado Vera(2004), afirma que y aunque no debemos confundir el estrés con el trauma, ya que son dos cosas distintas, si parece apropiado expandir el campo de actuación de esta característica de personalidad y parece correcto pensar que las personas con una alta capacidad de resistencia al estrés también puedan presentar mayor capacidad de resistencia ante experiencias traumáticas, por lo que sería interesante investigar en este sentido.

Visto desde lo institucional, algunos autores afirman que existe un proceso social de carácter cognitivo, designado como 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 & Janoff-Bulman, 1978), tendencia que quizá puede explicar en parte la victimización a la que se ven sometidas aquellas personas que sufren experiencias traumáticas y que al entrar en contacto con su red de apoyo, recibe un manejo proporcional a esa perspectiva. En esa misma red operan los funcionarios institucionalizados, familiares y allegados a las víctimas de abuso sexual. 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); sin embargo, recientemente, la investigación ha demostrado que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas. Para Peñacoba y Moreno(1998), dos psicólogos españoles que han realizado una profunda y exhaustiva revisión sobre el concepto de *personalidad resistente*, es fundamental desarrollar un conjunto de investigaciones que den soporte empírico a un constructo teórico válido, comenzando por la elaboración de instrumentos de evaluación que tengan realmente la validez necesaria(Vera, 2004).

En correspondencia con lo anterior, esta investigación busca describir las características de la salud mental positiva de niños víctimas de agresión sexual entre 9 y 12 años en el Área Metropolitana de Bucaramanga, trabajando desde la Psicología Positiva; es decir, el marco de referencia sobre el cual se va a construir el conocimiento científico.

Una de las herramientas para estudiar este tópico es el instrumento creado por María Teresa Llach (1999) que tiene por objetivo medir las características de la salud

mental positiva, del cual va hacer uso esta investigación con una previa adaptación a la población menor de 18 años, y adaptada en Colombia en la tesis realizada por Pérez y colaboradoras (2006), que se tiene como referencia para el diseño y aplicación de la presente investigación.

Este estudio debe servir para comprender que existen otras formas de ver las respuestas humanas, y no solo desde lo patológico en que se asume, muchas veces sin evidencias empíricas, quizá, como se hipotetiza, debido a una tendencia del ser humano a interpretar los hechos en el sentido de sus creencias y expectativas como profecías autocumplidas como explica Vera(2004). Se pretende que esta investigación ofrezca información sobre esta perspectiva con pocas referencias y por tanto sea novedosa y atractiva para posteriores avances en este mismo campo.

Una gran parte de la población infantil es vulnerada en sus derechos y condiciones de bienestar psicológico en situaciones asociadas al abuso, es por tanto que con el objetivo de abordar y ampliar la comprensión de las características de Salud Mental Positiva de los niños y niñas con historia de abuso sexual, se desarrolla este trabajo dentro del paradigma de la Psicología de la Salud y con el soporte teórico de la Psicología Positiva. Los resultados podrán ser considerados de utilidad desde la multidisciplinariedad al momento de diseñar y abordar estrategias de promoción, prevención, atención y rehabilitación de esta población estudiada, ya sea desde lo psicológico, psiquiátrico, médico, educativo o de asistencia social. De igual manera, éste constituye un paso inicial en una temática que necesariamente requiere múltiples y frecuentes intervenciones para su mayor comprensión.

En consecuencia, la razón de abordar este tema pretende darle una mirada adicional pero diferente, explorando un aspecto del cual no se encontró antecedente de

investigaciones específicas en este tema, y gracias a este abordaje, describir las condiciones de salud mental desde el enfoque positivo de esta población infantil con experiencias de abuso sexual sin desconocer el daño, la victimización, sino destacando lo positivo, lo rescatable en medio de una condición traumática en muchos casos evidente.

Problema

A nivel institucional es relevante la necesidad de ampliar los criterios de atención a la población infantil que ha vivenciado abuso sexual, para aportar a un mejor diseño de los protocolos de intervención, aprovechamiento de recursos y fundamento metodológico ante esta problemática. Es importante resaltar que en cuanto a los niños víctimas de abuso sexual, puede que muchos de estos niños no tengan un desarrollo psicosocial sano y que presenten trastornos mentales; es por esto que a estos niños se les considera como una población vulnerable y propensa a mayores riesgos de sufrir problemas de salud mental.

Por lo general, el cuadro clínico tiende a ser más grave y duradero cuando el suceso sufrido es muy intenso, la víctima es vulnerable psicológicamente y si la causa del acontecimiento es por obra de una persona conocida, como ocurre en la mayoría de casos de abuso sexual en la infancia, allí la percepción de incontabilidad es mucho mayor (Echeburúa y Corral, 1995). Sin embargo, en las víctimas de abusos sexuales el grado de intensidad del trastorno de estrés postraumático y del resto de los síntomas psicopatológicos presentes, es independiente del tipo de experiencia sufrida, acceso carnal o actos sexuales, quizá porque la percepción de la amenaza es un mejor predictor de este cuadro clínico que la amenaza misma. Más allá de las reacciones inmediatas al estrés postraumático, como el malestar generalizado, conductas desorganizadas, aislamiento, pérdida de apetito, insomnio, que tienden generalmente a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar, además de las alteraciones referidas al ámbito de la ansiedad, problemas de depresión y pérdida de autoestima, con una cierta desconfianza en las propias posibilidades para encauzar la vida futura, incluso con altos niveles de inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana. Todo ello puede llevar a una

reducción de la actividad social y lúdica de los sujetos y, en último término, a una capacidad disminuida para disfrutar de la vida (Echeburua, Corral y Amor, 2006). No obstante Vera(2004), resalta que cada cierto tiempo salen a la luz en los medios de comunicación historias que sorprenden y emocionan acerca de cómo el ser humano es capaz de superar y crecer tras el trauma. Tanto la prensa escrita como la televisión dedican páginas y tiempo a mostrar a la opinión pública a personas “excepcionales” que han conseguido “superar” su trauma. Al respecto afirma Lamas(2004), que el porcentaje de sujetos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología, la mayoría se van recuperando de forma natural, de manera que el porcentaje de personas que desarrollan un trastorno duradero o crónico es mínimo.

Con base en esto, se hace necesario explorar en la búsqueda de soportes que identifiquen y describan las características de la salud mental positiva presente en estos individuos, con el fin de observar la manera como se perciben, como ven su realización y crecimiento personal, como perciben el ambiente y como es la relación que mantienen con su entorno, frente a lo que tradicionalmente se ha venido considerando como su reacción típica.

Al revisar los aportes de Echeburúa y Guerricaechevarría(2000), refieren que en la gran mayoría de los casos, el abuso sexual constituye una experiencia traumática que repercute negativamente en el estado psicológico de las víctimas. El límite temporal referido a los denominados efectos a corto plazo o iniciales se suele situar en los dos años siguientes al suceso, es por eso que la muestra se ha tomado con experiencias ocurridas durante el último año; a partir de ese momento, se habla de efectos a largo plazo.

Entretanto, a corto plazo solamente un 20-30 % de las víctimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión (Finkelhor, 1986; López, 1992). Entre el

17 y el 40 % sufren cuadros clínicos establecidos, y el resto experimenta síntomas de uno u otro tipo. El alcance de las consecuencias va a depender del grado del sentimiento de culpa y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización. De este modo, los niños tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento, como, por ejemplo, agresiones sexuales y conductas violentas en general, citando a Echeburúa y Guerricaechevarría(2000).

Respecto a la edad, los niños muy pequeños, en la etapa preescolar, al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación y disociación. En los niños un poco mayores, en la fase de escolarización como los que abarca este estudio, son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual adquiere una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede ser el abusador y existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en este período conductas graves, como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas e incluso intentos de suicidio, dentro de las consecuencias negativas inmediatas(Echeburúa y Corral, 2006); y por ello, concluyen que los recursos psicológicos disponibles para hacer frente a este cuadro clínico son muy limitados en el ser humano.

No obstante, años atrás refiriéndose al perfil individual de la víctima, Echeburúa y Guerricaechevarría(2000), reconocían que quedaban muchas incógnitas por resolver, como, en cuanto a la edad, donde hay divergencias notables, ya que en algunos estudios, cuanto más joven es el niño, más vulnerable resultaba frente a la experiencia de abuso y mayor era la probabilidad de desarrollar síntomas disociativos; en otros, por el contrario,

es precisamente la ingenuidad y la falta de entendimiento fruto de su corta edad lo que protege al niño pequeño y favorece que el impacto sea menor. Una mayor edad, a su vez, aumenta la probabilidad de que se lleve a cabo la penetración y de que se emplee la violencia física, ya que existe una mayor capacidad de resistencia en la víctima. Por todo ello, no ha sido fácil resolver esta cuestión. Por otra parte, respecto al sexo de la víctima, los estudios realizados hasta el momento no han permitido tampoco llegar a una conclusión definitiva acerca de si los niños y las niñas se diferencian en la gravedad o en el tipo de sintomatología experimentada. Lo que sí ha mostrado tener importancia en el impacto psicológico de la víctima ha sido el funcionamiento de la familia: un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por el conflicto y la falta de cohesión, puede aumentar la vulnerabilidad del niño a la continuidad del abuso y a las secuelas psicológicas derivadas del mismo (Cortés y Cantón, 1997 citados por Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Este asunto se incluye como referente al recolectar la información para este estudio, de ahí que el papel de los factores amortiguadores como la familia, relaciones sociales, autoestima, entre otros en la reducción del impacto psicológico, parece sumamente importante, pero está aún por definirlo.

Así, un reto de futuro es ahondar en el papel mediador de los factores de vulnerabilidad y de protección. Solo de este modo se puede abordar una toma de decisiones adecuada entre las distintas alternativas posibles y no necesariamente excluyentes: el tratamiento de la víctima, la salida del agresor del hogar, la separación del menor de los padres, el apoyo social a la familia, la terapia del agresor, etc., como advierte Echeburúa y Corral(2006).

La aproximación convencional a la psicología del trauma se ha focalizado exclusivamente en los efectos negativos del suceso en la persona que lo experimenta,

concretamente en el desarrollo de trastornos de estrés postraumático (TEPT) o sintomatología asociada, de forma que estas reacciones patológicas han pasado a ser consideradas como la forma normal de responder ante sucesos traumáticos, más aún, se ha tendido a estigmatizar a aquellos sujetos que no mostraban estas reacciones, asumiendo que dichos individuos sufrían de raras y disfuncionales patologías (Bonanno, 2004).

En cuanto al tratamiento psicológico para víctimas de agresiones sexuales recientes, resulta de interés que éste tiene como objetivo terapéutico el evitar la cronificación del trastorno de estrés postraumático, mediante tratamientos breves, entre otras razones porque el malestar general de las víctimas dificulta la programación de un tratamiento largo y sistematizado. Echeburúa(2004) describe un programa de intervención cognitivo-conductual breve del grupo de Kilpatrick (Kilpatrick y Veronen, 1983) elaborado para una duración de 4 a 6 horas en 2 sesiones, basado en la *abreacción* o *catarsis emocional*, explicación de las respuestas de miedo y ansiedad, reestructuración cognitiva de los sentimientos de culpa y enseñanza de habilidades de afrontamiento como conductas asertivas, relajación, y autoinstrucciones, para reanudar la vida cotidiana y hacer frente a los problemas más inmediatos. Y agrega que los resultados obtenidos con este programa en 10 víctimas recientes de agresiones sexuales no fueron superiores a un grupo de control del mismo tipo de víctimas sin tratamiento. Por lo tanto, estos estudios permiten revisar como muchas estrategias terapéuticas ampliamente divulgadas y aplicadas, mantienen la dirección sobre los síntomas y su control, a diferencia de las propuestas de incorporar simultáneamente, a manera de fortalecimiento, toda la gama de características positivas presentes en el paciente.

Por su parte Finkelhor (1994), insiste en que el trauma del abuso sexual está asociado a otras fuentes de dolor. Tanto es así que, con frecuencia, los que han sufrido

abuso sexual, hablan también de una madre que no les escuchaba, de un padre punitivo y violento o de un ambiente social cerrado. Y en efecto, cuando los investigadores tratan de controlar estos factores descubren cómo las correlaciones estadísticas entre el abuso sexual infantil y los problemas durante la edad adulta dejan de ser significativas, y, en algunos casos, desaparecen totalmente. Agrega que esta idea quedó ilustrada en el estudio de Dudenin, realizado a 2.250 mujeres, en el que, al controlar los antecedentes como el maltrato físico, los cambios frecuentes de domicilio familiar y la separación o los problemas psiquiátricos de los padres, se observó cómo el riesgo de sufrir efectos a largo plazo (problemas de tipo sexual, divorcios, etcétera) disminuía considerablemente y el riesgo de ser madre soltera no era significativo. El citado estudio estaba interesado en comprobar cómo interactúan el abuso sexual y estos otros problemas. A través de esta investigación se pudo observar que el abuso sexual sólo afectaba a las mujeres si éstas habían tenido antecedentes adversos, como haber sufrido abandono, haber tenido unos padres excesivamente rígidos o haber vivido el divorcio de sus progenitores, así como en el caso de aquellas mujeres que habían sufrido abuso sexual grave con penetración; hasta entonces, cualquier tipo de abuso sexual parecía predecir dificultades en la edad adulta.

La realidad de la recuperación es otro aspecto complejo del impacto del abuso sexual, ya que gran parte de las investigaciones presentan sus efectos como una norma cuando asocian el abuso sexual a desórdenes disociativos, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos en la alimentación, disfunción sexual y trastornos de estrés postraumático, con lo que sufrir efectos a largo plazo, como consecuencia del abuso sexual, parece algo inevitable. Pero lo cierto es que se trata de probabilidades estadísticas y no de efectos inevitables y, en este caso, las probabilidades estadísticas no son tan abrumadoras. Éste es otro caso en el que se puede hablar de que la botella está medio llena

o medio vacía. No obstante, se debe tener en cuenta que los que han padecido abuso sexual tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir depresión, aunque el 85 por ciento de ellos no se encuentren normalmente deprimidos, un riesgo 14 veces mayor de desarrollar alguna fobia, aunque el 93 por ciento no manifiesten de hecho ninguna fobia, y que el 77 por ciento de los que han sufrido abuso sexual no tienen diagnóstico psiquiátrico (Finkelhor, 1994).

Al retomar la importancia de la influencia del apoyo social es necesario recordar que el principal antídoto contra la pena es poder compartirla y es ahí donde tiene su oportunidad la respuesta institucional, en el presente caso del sistema judicial, de la policía o de los centros de salud pública y educativos, aun de los medios de comunicación, como señalan Echeburúa, Paz y Amor(2006). También agregan que en síntesis, el grado de daño psicológico, lesiones y secuelas, está mediado por la intensidad/duración del hecho y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del acontecimiento y el grado de riesgo para la vida, las pérdidas sufridas, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima y la posible concurrencia de otros problemas actuales, a nivel familiar y laboral, y pasados como su historia de victimización, así como por el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima.

Paradójicamente, todavía no es claro qué hacer con los niños que no presentan síntomas, ya que se sabe lo suficiente sobre el abuso sexual como para estar preocupados y no pensar que, simplemente, todo va bien. Para Echeburúa y Guerricaechevarría(2000) puede que los niños victimizados nieguen su problema, pero de este hecho no se debe

deducir que lo hagan porque no tengan secuelas. Tampoco pensar que hay algo malo en ellos. Quizás simplemente necesiten unas palabras de apoyo y algunas estrategias que permitan identificar cuándo necesitan este apoyo y cómo recurrir a él. Al no ser despreciable el número de personas que no quedan afectadas, especialmente a largo plazo, conviene determinar tanto los factores que resultan amortiguadores del impacto del abuso sexual en el desarrollo emocional posterior y contribuyen a metabolizarlo, como aquellos que propician una mayor vulnerabilidad psicológica y favorecen el desarrollo de consecuencias psicopatológicas. No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni tampoco todas las experiencias traumáticas comparten las mismas características (Slusser, 1995 citado por Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Del mismo modo, también existen diferencias en las consecuencias propias de la revelación del abuso. Para estos autores, al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual, se deben distinguir, al menos, tres grupos de variables: el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo y la relación existente con el abusador, y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

Mucha de la investigación que se ha llevado a cabo en esta área, se ha centrado en individuos enfrentados a enfermedades graves y hospitalizaciones de larga duración. En este sentido, existe un gran volumen de estudios que demuestran de forma sólida la existencia de procesos de crecimiento o aprendizaje en estos pacientes. Así, se puede encontrar estudios que encuentran evidencia de pacientes de cáncer que han encontrado beneficios de su experiencia, esto según Taylor, Lichtman & Word (1984) citados por Vera (2004). Si se entiende cómo y por qué algunas personas resisten y se benefician de experiencias extremadamente adversas, y se enseña 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, propone la autora.

Con base en lo descrito hasta ahora, es relevante reconocer las características de la salud mental positiva de los niños y niñas con experiencia de abuso sexual, ya que no se tiene referencias de estudios previos en este tema y potencialmente representa una valiosa oportunidad para enriquecer la intervención desde múltiples disciplinas. Ante esta realidad la pregunta problema para esta investigación es: ¿Cuáles son las características de la Salud Mental Positiva presentes en niños y niñas entre 9 y 12 años con experiencia de abuso sexual dentro del área metropolitana de Bucaramanga?

Objetivos

Objetivo General

Describir las características de la Salud Mental Positiva presentes en niños y niñas entre 9 y 12 años víctimas de abuso sexual en el Área Metropolitana de Bucaramanga.

Objetivos Específicos

-Identificar las características de la Salud Mental Positiva, con base en los criterios del modelo elaborado por Lluich (1999).

Antecedentes Investigativos

El abordaje más común para la salud mental es en sus términos patológicos, o la salud vista a través de indicadores de enfermedad, de lo negativo, identificando sintomatologías y así cuadros nosológicos que clasifiquen una condición de pérdida a la cual se le interviene para recuperar anteriores o mejores condiciones. La propuesta actual se orienta hacia la aplicación de conceptos de la Salud Mental Positiva, tomando al paciente no como alguien con carencias y necesidades únicamente, como se ha devenido del modelo médico, sino considerando sus potencialidades que permanecen o aun, que surgen tras la experiencia de victimización y de esta manera aportar a un vacío conceptual frente a la temática en cuestión.

Como antecedentes de investigación, Lluch(1999) refiere que Harris & Brown en 1974 publicaron un artículo en el que analizan la correlación entre dos instrumentos que, según los autores, evalúan salud mental positiva; asimismo, una escala que valora la adaptación a varios ámbitos comunitarios de Roen & Burnes (1968) y un cuestionario de auto actualización de Shostrom (1965).

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, beneficios 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 & Zurvain, 1995 citado en Vera, 2004).

Este enfoque tiene pocos antecedentes en Colombia siendo el más destacado y que sirve de guía para este trabajo, la investigación realizada por Pérez y cols, (2006) sobre las características de la salud mental positiva de menores trabajadores y no trabajadores entre 11 y 17 años en el municipio de Tolúviejo, por medio de la cual se llegó a conclusiones como que tanto los menores trabajadores como los menores que no realizan ninguna actividad laboral, en general poseen un nivel medio en cuanto a la salud mental positiva, lo cual muestra que ambos grupos de menores se sienten satisfechos consigo mismo, tienen una actitud prosocial adecuada con sus semejantes, tienen una buena capacidad de autocontrolarse y regularse ante las diversas situaciones; de igual forma, son individuos con una mediana capacidad de autonomía y resolución de conflictos y autoactualización, y además poseen adecuadas habilidades de relaciones interpersonales(Perez, 2006, p.149).

En dicho estudio se contó con la autorización de María Teresa Lluch Canut, para realizar una adaptación del lenguaje escrito utilizado en el instrumento al formular las preguntas a la población colombiana, debido a que esta escala fue aplicada inicialmente a una población española.

De igual manera el instrumento creado por María Teresa Lluch (1999) que tiene por objetivo medir las características de la salud mental positiva, se empleará en esta investigación con la adaptación a la población menor de 18 años realizada para la investigación colombiana anteriormente citada y que se describe en el aparte de instrumento.

Según Lluch (1999) son pocos los estudios de investigación que se conocen sobre salud mental positiva. La propuesta de revisar la experiencia de abuso sexual infantil

desde la psicología positiva es una oportunidad y también una exigencia ya que a pesar de de ser una rama de reciente aparición, es trascendente su propósito de comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología, citando a Seligman & Csikszentmihalyi(2000).

Marco teórico

Para el desarrollo de esta investigación se hace referencia a diferentes conceptos que conforman el soporte del área de la Psicología de la Salud, en especial de la Salud Mental Positiva y sus temas afines como la resiliencia, el sentido de coherencia, calidad de vida y optimismo. Como tema integrador y fundamento de este trabajo se incluye el modelo de salud mental positiva de Jahoda y su aplicación por medio de una escala construida por Lluich(1999). Para ilustración del escenario donde se desarrollará la actividad investigativa, se hace una reseña del tema del abuso sexual infantil en diferentes niveles, así como del trastorno de estrés postraumático como respuesta típica de reconocimiento de una experiencia de abuso sexual.

Globalmente es aceptada la definición de *salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) como un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia; y de hecho ha emitido sugerencias para el ámbito sanitario como: promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal, destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad, favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios, y estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios. Fue así, como la OMS pasó de poner el énfasis en la curación para colocarlo en la prevención y promoción (Pérez y cols, 2006).

Psicología de la Salud.

Se define como el conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, según afirmó Matarazzo (1980) y que acabó por convertirse en la oficial, de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA).

Psicología Positiva.

Este enfoque adquirió relevancia a partir de 1998, cuando se realizó una reunión en Yucatán, con el objetivo de crear una teoría y establecer los alcances de la Psicología Positiva. Uno de los promotores es el psicólogo experimental Martín E. P. Seligman, quien estableció una red de Psicología Positiva, y creó una página de Internet sobre el tema. Se halló que la buena salud objetiva guarda escasa relación con la sensación de bienestar. Importa más la percepción subjetiva de nuestro estado de salud y la valoración de la salud en forma optimista. Cuando una enfermedad es discapacitante, grave y duradera, apenas disminuye la satisfacción en la vida. Incluso se encontró que las personas que ingresan a un hospital con una enfermedad crónica, como cardiopatías, incrementan el estado de bienestar a lo largo del año siguiente a la internación. Además, enfermos de cáncer graves difieren en forma ligera en los puntajes globales de bienestar, comparado con sujetos objetivamente sanos (Breetvelt & Van Dam, 1991 citados en Martorelli, y Mustaca, 2004).

Más allá de los modelos patogénicos de salud, existen otras formas de entender y conceptualizar el trauma. Durante los primeros momentos de una catástrofe la mayoría de los expertos y la población centran el foco de la atención en las debilidades del ser humano. Es natural concebir a la persona que sufre una experiencia traumática como una víctima que potencialmente desarrollará una patología. Sin embargo, desde modelos más optimistas, se entiende que la persona es activa y fuerte, con una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de las adversidades. Esta concepción se enmarca dentro de la Psicología Positiva que busca comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano, según Vera y cols (2006).

Salud Mental Positiva.

Según la World Health Organization (WHO), (2004) en 1965, Bradburn ideó una escala para medir las facetas negativas y positivas del bienestar psicológico, debido a que la salud mental positiva se puede precisar también, como el sentido subjetivo del bienestar psicológico del individuo. Por su parte, Antonovsky citado por WHO (2004) propuso que la salud mental positiva, implica la capacidad de responder a eventos estresores de manera flexible, ya que estos tienen la capacidad de originar consecuencias tanto positivas, como negativas y neutrales en el individuo.

Sasson(2004), cita a Violanti (2003), quien plantea un modelo de vulnerabilidad individual donde los modelos estadísticos permiten señalar que una personalidad positiva puede influir en el modo de reaccionar frente a un evento traumático. La mera exposición a una situación crítica no es suficiente para provocar angustia. En efecto, son numerosas las personas que transitan por sucesos difíciles sin padecer la menor consecuencia psíquica

negativa, mientras otras reaccionan intensamente frente a los mismos eventos. De hecho, interviene aquí el factor de vulnerabilidad personal, el cual permite evaluar la influencia de un suceso sobre un individuo en función de su sensibilidad. Cada persona posee su propio umbral de resistencia. Según el autor en una intervención es importante sostener y alentar a todos para el uso de las fuerzas personales positivas. Este es el mejor medio para disminuir la vulnerabilidad y para favorecer el proceso de integración, se propone repensar una psicología desde los recursos positivos.

Dentro de esta línea de pensamiento se cuestiona el concepto de trauma como elemento clave de la reflexión sobre las consecuencias de las adversidades y la tendencia de la psicología académica occidental por centrarse en torno al concepto de trastorno de estrés postraumático. La psicología contemporánea debería ser capaz de contribuir a la creación de teoría y modelos sobre la fortaleza y la resistencia humanas que hagan contrapeso a los muchos modelos existentes sobre las debilidades y modos de presentar patología. Ante un hecho traumático la mayoría de la población es capaz de desarrollar una respuesta adecuada. El énfasis es aquí, por tanto, en los factores que pueden aumentar la resistencia, más que en proponer nuevos modos de afrontar el daño traumático. El hecho de considerar que cada persona vivencia el estrés de una manera distinta, ha llevado a un interés cada vez mayor en la comprensión del papel de los recursos personales y otros recursos individuales, como mediadores en la expresión y formas de manifestación del estrés. Dentro de estos, se pueden considerar las características de personalidad, los procesos de afrontamiento, la prevalencia de determinadas respuestas afectivas (afectividad positiva vs. negativa), las actitudes ante la vida (optimismo vs. pesimismo), la fortaleza psicológica (*hardiness*), resiliencia, y un concepto relativamente reciente como es el sentido de coherencia.

El concepto de afrontamiento es la traducción del término inglés *coping*, que se refiere a la acción de afrontar, de hacer frente a una amenaza, un peligro, un enemigo, una responsabilidad, etc. Es un conjunto de respuestas -cognitivas o conductuales- que ejecuta un individuo para manejar una situación estresante y reducir de algún modo sus cualidades aversivas. Lazarus y Folkman (1986), definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

A través de los años, se han realizado innumerables intentos para clasificar las diversas formas de afrontamiento. Lazarus y Folkman entendieron al afrontamiento en términos de proceso; esto implica, por un lado, que el mismo puede ser adaptativo o no, eficaz o ineficaz, es decir, que hay que separarlo de los resultados ya que éstos dependen de diversos factores tales como la persona, el tipo de estresor y la relación entre ambos. Por otra parte, se entiende que el afrontamiento depende del contexto; existe una forma de afrontamiento adecuada para cada situación y para cada momento, refiere Sasson(2004).

El afrontamiento centrado en la emoción permitirá cambiar el modo en que se interpreta lo que está ocurriendo, con el objetivo de disminuir el malestar y el dolor emocional. Esta categoría incluye las estrategias que intentan controlar y reducir las emociones desagradables que genera el estrés, aquellas reacciones que no resuelven el problema, pero que hacen sentirse mejor ante la amenaza. El afrontamiento depende de la evaluación que la persona haga respecto de lo que puede o no hacerse para cambiar una situación. Si el sujeto considera que nada puede hacerse, predomina el afrontamiento focalizado en la emoción. Si la persona cree que la situación puede controlarse mediante la acción, entonces predomina el afrontamiento focalizado en el problema (Sasson, 2004).

Agrega este autor que Kobasa, (1982) desarrolló el concepto de Hardiness, a partir de la observación de personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían. El concepto de hardiness ha sido considerado como una característica de la personalidad que en algunas personas actúa como reforzadora de la resistencia al estrés.

Vera (2004), menciona que la personalidad resistente refleja una perspectiva fundamental y olvidada en la psicología, aquella que enfatiza la salud en lugar de la enfermedad, así 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. Así los niños evalúan también su vivencia y recursos, estrategias de afrontamiento a través de la influencia del apoyo social y otras ayudas; por tanto con respecto al funcionamiento psicológico que protege del estrés a los niños resilientes, se incluye:

Mayor Coeficiente Intelectual y habilidades de resolución de problemas

Mejores estilos de enfrentamiento (*coping*)

Motivación al logro autogestionado

Autonomía y locus de control interno

Empatía, conocimiento y manejo adecuado de relaciones interpersonales

Voluntad y capacidad de planificación

Sentido del humor positivo

Otros autores (Lösel et al., en Brambring, 1989; Mrasek y Mrasek, en Rutter y Hersov, 1985, citados por Vera, 2004) agregan a éstas, otras características del funcionamiento psicológico en niños y niñas resilientes:

Mayor tendencia al acercamiento

Mayor autoestima

Menor tendencia a sentimientos de desesperanza

Mayor autonomía e independencia

Habilidades de enfrentamiento que, además de otras ya mencionadas, incluyen orientación hacia las tareas, menor tendencia a la evitación de los problemas, a la vez, que menor tendencia al fatalismo concluye.

Conceptos afines a la Salud Mental Positiva.

Resiliencia.

Según Michael Rutter, un pionero del estudio de la resiliencia, la define como un fenómeno manifestado por personas que evolucionan favorablemente, habiendo sido víctimas de estrés que, para la población general, comprendería un riesgo serio con consecuencias graves. A la idea de resistencia a la destrucción, se añade otro componente, la capacidad de construir una vida significativa, ya que la resiliencia contiene un componente activo, una dinámica existencial (Bouvier, 2006).

Por su parte Riso(2007) evoca a Ellis quien consideraba que el individuo es afectado por los eventos y pese a ello, aprende gracias a la resiliencia. El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín, en el término *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. La noción de resiliencia fue desarrollada para describir el proceso permanente de crecimiento interior a partir de los riesgos de la existencia (Tedeschi y Calhoun, 1996). La resiliencia designa también la capacidad para enfrentar con coraje situaciones difíciles. De acuerdo con la mayoría de los autores, hace referencia no solamente a individuos particulares, sino también a grupos familiares y

comunitarios, y consiste en la capacidad que tienen las personas para actuar correctamente y tener éxito pese a las circunstancias adversas que lo rodean, para recuperarse después de vivir eventos estresantes y reasumir con éxito su actividad habitual (Hernández, 1998). Es una cualidad dinámica que se encuentra latente en el interior de cada ser humano, cualidad siempre cambiante que surge de la creencia en la propia eficiencia para enfrentar los cambios y para resolver problemas.

El enfoque de la resiliencia parte de la premisa que nacer o vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas. El concepto de resiliencia alude a las diferencias individuales que manifiestan las personas entre sí, al estar enfrentadas a situaciones de riesgo. La resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos, presentes en los seres humanos, en lugar de hacerlo en sus limitaciones, y más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se preocupa por observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo, apostando, así, a la prevención y promoción. (Vera, 2004)

Aclara Vera(2004), que en estudios con niños, uno de los factores que más evidencia empírica acumula en su relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Richters y Martínez, 1993; Masten et al., 1999; Masten, 2001; Manciaux et al., 2001), y que 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.

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). 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 desde corta edad. Es precisamente a través del estudio de niños en condiciones difíciles de donde se nutre en gran parte el concepto de resiliencia. Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que es esta una suposición sin fundamento científico y que un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado (Vera, 2004).

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 evento, insiste Vera (2004).

Sentido de coherencia.

El concepto representa la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. Este concepto fue desarrollado por Aaron Antonovsky al estudiar a los supervivientes del Holocausto nazi, quien al igual que Victor Frankl, creador de la *logoterapia*, descubrió que la gente que tenía un claro sentido del significado de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales o

filosóficas soportaban mejor los momentos traumáticos (Antonovsky, 1990). El autor lo define como una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico, de confianza en que los estímulos provenientes tanto del entorno externo como interno en el curso de la vida, están estructurados, son previsibles y explicables, y que los recursos para atender las demandas que esos estímulos suponen están disponibles, y que estas demandas suponen retos dignos de invertir esfuerzo y compromiso por parte del sujeto (Antonovsky, 1990). El concepto de sentido de coherencia es relativamente reciente, la connotación más novedosa de la propuesta de este autor, radica en el énfasis que coloca en los factores adaptativos y de bienestar, más que en aquellos que se refieren a las debilidades y la vulnerabilidad humana. En esta dirección define a su constructo como una orientación salutogénica, dirigida a la búsqueda de los factores promotores de la salud y el bienestar. El estudio de los estresores pierde importancia, en tanto se consideran omnipresentes para todo sistema viviente (Vera, 2004).

Tedeschi y Calhoun citados por Vera, (2004), afirman que parte de las personas que experimentan crecimiento postraumático continúan experimentando emociones negativas y estrés, incluso, llegan a afirmar que para experimentar dicho crecimiento es necesaria la coexistencia en el individuo de emociones positivas y negativas.

Desafortunadamente, el campo de la psicotraumatología se desarrolló ante todo sobre la base de eventos observables, en su mayoría limitados a las consecuencias negativas del trauma; una parte sustancial de la investigación se ha centrado en los síntomas clínicos, en especial los síntomas del trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, está surgiendo un cuerpo de literatura que enfatiza la evaluación y los enfoques terapéuticos basados en las fortalezas. Científicos y profesionales de la salud,

generalmente, suelen hacer foco solamente en los aspectos negativos de los desastres. Sin embargo, cabe señalar que los desastres también pueden presentar oportunidades para el crecimiento, el desarrollo y el progreso. En su opinión, una pronta y correcta intervención no siempre debe contemplar la vuelta al estado de precrisis, sino que es preciso considerar que se puede lograr un nivel más alto de salud mental. En consecuencia, si la resolución del estado de crisis resulta exitosa, el individuo aprende nuevas conductas de resolución de problemas y recupera un estado de equilibrio, un continuo estado de funcionamiento superior al que tenía antes de experimentar la crisis, según describe Sasson(2004). El mismo autor continúa mencionando algunos de los cambios positivos luego del desastre: Experiencia de renacimiento, reconstrucción de comunidades destruidas u otros daños, desarrollo de nuevas y más sanas habilidades de afrontamiento, adopción de un nuevo y más positivo significado de la vida y experimentación de un crecimiento existencial.

En esta misma línea, la exposición a una situación catastrófica no conduce obligatoriamente al desarrollo de síntomas postraumáticos. La historia ha mostrado que el ser humano dispone de capacidades y de recursos que le permiten afrontar situaciones extremas, integrarlas en su vida cotidiana y crecer interiormente. Mucha gente, marcada pero “no rota” logra encontrar un ritmo de vida y una visión positiva del futuro. La información adecuada acerca de las diferentes reacciones traumáticas permite identificarlas y afrontarlas más serenamente, con el fin de evitar la cronificación y así mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Se plantea que casi la mayoría de los individuos son capaces de convertirse en agentes de su propio restablecimiento. A su vez refiere que luego de ocurrido un suceso traumático, también hay quienes pueden aprender de la experiencia, elaborar gradualmente lo sucedido y ajustar sus expectativas, sin desarrollar la enfermedad.

Calhoun y Tedeschi, (1996), citados por Sasson, (2004), argumentan que entre los sobrevivientes de diversos acontecimientos traumáticos, han encontrado ciertos aspectos del crecimiento postrauma: más intimidad, y apertura emocional en las relaciones con los otros, desarrollo espiritual y religioso, una apreciación más profunda acerca de la vida, etc. Estos aspectos pueden ser adecuadamente potenciados en el trabajo de psicoterapia, a medida que son descubiertos por la propia persona. En una revisión de la literatura que estudia aspectos de superación personal, a partir de situaciones traumáticas (violación, incesto, duelo, cáncer, HIV,) agrupan éstos en tres categorías:

a) Cambios en la percepción que se tiene de uno mismo. Sentirse más fuerte, más reafirmado en uno mismo, con más experiencia y más capacidad de afrontar dificultades futuras. Aumento de las posibilidades de que en situaciones difíciles en el futuro se responda de una manera asertiva. La persona desarrolla una autoimagen de fortaleza, una confianza que después puede generalizarse a otra clase de situaciones, incluso traumas futuros.

b) Cambios en las relaciones interpersonales. Estos cambios tienden a incluir un aumento experimentado en proximidad interpersonal y emocional con otras personas, así como también, un aumento percibido en su libertad para expresar sus emociones. Además, suelen referir un incremento en la comprensión del sufrimiento de otras personas.

c) Cambios en la filosofía de vida. Para muchas personas implica una experiencia de sabiduría existencial. Se aprecia más lo que se tiene, se valora más la vida, a partir de la amenaza de perderlo todo bruscamente o al observar la muerte de otras personas. Un porcentaje importante de personas cambia su escala de valores y sus prioridades, y aprenden a disfrutar más de la vida. Aunque algunas personas puedan sentir que sus creencias religiosas se quiebran, para otras supone un redescubrimiento o un refuerzo de

su fe, lo que a su vez puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo, de la sensación de control y de sentido de la vida, culmina describiendo.

La reacción de las personas ante experiencias traumáticas puede variar en un *continuum* y adoptar diferentes formas estudiadas por Vera y colaboradores (2006), que se describen brevemente así.

-Trastorno. La Psicología tradicional se ha centrado mayoritariamente en este aspecto de la respuesta humana, asumiendo que potencialmente toda persona expuesta a una situación traumática puede desarrollar un trastorno de estrés postraumático (TEPT) u otras patologías (Paton et al., 2000). Sin embargo, el porcentaje de personas expuestas a sucesos traumáticos que desarrollan patologías posteriores es mínimo. Además, no hay que olvidar que, del porcentaje de individuos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología, la mayoría se va recuperando de forma natural y en un breve espacio de tiempo recupera el nivel normal de funcionalidad. La gran mayoría de las respuestas de aflicción y sufrimiento experimentadas y comunicadas por las víctimas son normales, incluso adaptativas. Insomnio, pesadillas, recuerdos intrusivos (algunas de las conductas y pensamientos tomados como síntomas de PTSD), reflejan respuestas normales frente a sucesos anormales (Summerfield, 1999). Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue este proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno (Bonanno, 2004).

-Crecimiento postraumático, Vera y cols (2006) citando a Bonanno(2004), dicen que 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.

La naturaleza del crecimiento postraumático puede ser interpretada desde dos perspectivas diferentes. Por un lado, el crecimiento postraumático puede ser considerado como un resultado: el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que le llevan a encontrar beneficio de su experiencia. Por otro, el crecimiento postraumático puede ser entendido como una estrategia en si misma, es decir, la persona utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia, de forma que más que un resultado es un proceso (Park, 1998).

Por su parte Gutiérrez (1999), describe los elementos presentes en el proceso general de estrés que modela tanto los sucesos negativos como los positivos (*distrés* y *eustrés*, respectivamente); las variables ambientales y recursos (distresores y eustresores); características de la persona (nocivas y saludables); experiencias subjetivas (apreciaciones cognitivas); respuestas del individuo en casos de *eustrés* (satisfacción, mejora y acumulación de estrategias) y *distrés* (estrategias de afrontamiento, resultados y consecuencias), y posibilidades de transformación (generación de eustrés a partir del *distrés*).

Calidad de vida.

Se define como la manera en que la persona percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello incorporando, en un modo complejo, la salud física de la persona, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (WHO QOL Group, 1994). Es un concepto muy vinculado a la vertiente positiva de la salud pero

curiosamente, dentro del ámbito de la salud mental, se ha estudiado fundamentalmente en poblaciones enfermas, especialmente en pacientes esquizofrénicos tratados en la comunidad.

Optimismo.

Se define como la tendencia de la persona a esperar que el futuro le depare resultados favorables. El optimismo, que algunos autores consideran una dimensión de la personalidad, es un producto de la interacción herencia-ambiente. Sin embargo, según Seligman (1990), puede aprenderse incluso en las etapas maduras del desarrollo evolutivo. El optimismo genera estados emocionales positivos y constituye un factor que incide favorablemente en múltiples facetas de la vida, entre otras la salud.

Felicidad.

Algunos autores consideran que es una dimensión interior y la conciben como una consecuencia de la autorrealización humana (Gutiérrez, 1990). Sin embargo, desde la perspectiva de la interacción persona-ambiente, la felicidad está en función de la concordancia entre los factores externos y los deseos y aspiraciones personales; Jahoda (1958) también defiende este enfoque al considerarla como una predisposición que la persona tiene que desarrollar para mantener una actitud positiva incluso ante los avatares difíciles de la vida. En definitiva, la felicidad implica un predominio de los sentimientos positivos por encima de los negativos.

Modelo de la Salud Mental Positiva de Marie Jahoda.

El modelo de Jahoda, (1958), citada por Lluch, (1999), proporciona algunas directrices para orientar el diagnóstico de la salud mental positiva y guiar el diseño de programas de intervención dirigidos a potenciar los recursos y las habilidades personales. Asimismo, Jahoda estudia la salud mental positiva desde una perspectiva psicológica, pero acepta plenamente la influencia mutua entre los aspectos físicos y los mentales del ser humano. Sin embargo, sugiere que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente para tener una buena salud mental. De igual forma, se plantea un interrogante sobre si la salud mental debe considerarse una característica relativamente estable y permanente de la persona o bien un atributo de tipo situacional, a la cual responde que el nivel de conocimientos acerca de la salud mental desaconseja los posicionamientos radicales y, por tanto, adopta una posición intermedia. En definitiva, el trabajo de Jahoda (1958) está vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención y pretende reivindicar la promoción de la salud mental superando la mera prevención de la enfermedad (Lluch, 1999). La articulación de este modelo de salud mental positiva realizado por Jahoda desde una perspectiva de múltiples criterios, organizados e interrelacionados como se ve en la Tabla 1.

Tabla 1.

Criterios de salud mental positiva. Tomada de Lluch (1999 p.143)

Criterios generales	Factores específicos o subfactores
ACTITUDES HACIA SÍ MISMO	<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad del Yo a la Conciencia - Concordancia Yo Real-Yo Ideal - Autoestima - Sentido de Identidad
CRECIMIENTO Y AUTOACTUALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación por la Vida - Implicación en la Vida
INTEGRACION	<ul style="list-style-type: none"> - Resistencia al Estrés
AUTONOMIA	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta Independiente
PERCEPCION DE LA REALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción Objetiva - Empatía o Sensibilidad Social
DOMINIO DEL ENTORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción Sexual - Adecuación en el Amor, el Trabajo y el Tiempo libre - Adecuación en las Relaciones Interpersonales - Habilidad para satisfacer las demandas del entorno - Adaptación y Ajuste - Resolución de Problemas

Los factores generales se definen, según Jahoda (1958) citada por Lluch (1999), de la siguiente manera:

Criterio 1. Actitudes hacia sí mismo (*Attitudes Toward the Self*): Este criterio hace referencia a los diferentes aspectos o componentes del autoconcepto enfatizando la importancia de la autopercepción. Las actitudes hacia uno mismo se describen con términos tales como autoaceptación, autoconfianza y/o autodependencia.

Criterio 2. Crecimiento y autoactualización (*growth, development and self-actualization*): Este criterio está relacionado con lo que la persona hace con su vida. La Autoactualización, también denominada autorrealización o crecimiento personal, puede ser entendida en dos sentidos:

A) como un principio general de vida, es decir, como la fuerza motriz que moviliza la actividad de todos los organismos;

B) como un criterio de salud mental positiva que tiene dos dimensiones: la motivación por la vida (*motivational process*) y la implicación en la vida (*investment in living*). La autoactualización incluiría también la dimensión de autoconcepto (aunque éste ha sido ya abordado anteriormente como criterio independiente).

Criterio 3: integración (*integration*): La integración implica la interrelación de todos los procesos y atributos de la persona. Algunos autores tratan este criterio como parte del autoconcepto o de la autoactualización, pero Jahoda (1958) considera que debe abordarse como una categoría independiente. La integración, como criterio de salud mental positiva, puede ser tratada bajo una de las tres perspectivas siguientes:

Equilibrio psíquico (*balance of psychic forces*)

Filosofía personal sobre la vida (*a unifying outlook on life*)

Resistencia al estrés (*resistence to stress*)

Criterio 4: autonomía (*autonomy*): Esta dimensión hace referencia a la relación de la persona con el mundo (con el ambiente) y el término es sinónimo de independencia y autodeterminación. El grado de dependencia/independencia frente a las influencias sociales es un indicador del estado de la salud mental. La persona psicológicamente sana tiene una cierta autonomía y no depende fundamentalmente del mundo y de los demás. Esta relación persona-ambiente conlleva un proceso de toma de decisiones de ahí que resulten evidencias de salud mental positiva en el afrontamiento de agresiones sexuales en niños que se desenvuelven dentro de una variedad de ambientes sociodemográficos como barrio, familia, escuela, red de apoyo social.

Criterio 5: percepción de la realidad (*perception of reality*): Este criterio implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad. La percepción del ambiente no puede ser totalmente objetiva, pero sí lo bastante aproximada para permitir interacciones eficientes entre la persona y su medio ambiente. La percepción no puede aislarse de otros procesos cognitivos como la atención, el juicio o el pensamiento y está estrechamente vinculada a la percepción social.

Criterio 6: dominio del entorno (*environmental mastery*): El área del funcionamiento humano seleccionada con más frecuencia como criterio de salud mental es la capacidad para manejarse en la realidad. Este criterio está vinculado a dos temas fundamentales: el éxito (que enfatiza el logro o resultado) y la adaptación (que enfatiza el proceso).

Operativización del Modelo de Salud Mental Positiva.

Con base en los criterios propuestos por Jahoda (1958) se realizó la construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva, operativizándolos y evaluándolos. A continuación se presenta la definición de cada subfactor realizada por Lluch (1999,).

Tabla 2.

Escala para evaluar salud mental positiva (Lluch, 1999, p. 147-150)

Factor General 1: Actitudes Hacia Si Mismo	
Subfactor 1.1: Accesibilidad del Yo a la Conciencia	Hace referencia a la capacidad de la persona para: - Reconocer y aceptar errores, capacidades y limitaciones, defectos, cualidades y virtudes, gustos y preferencias - Autocriticar los aspectos personales con los que se esté en desacuerdo

	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar aspectos de su propio yo - Reflexionar acerca de sí mismo y de lo que le sucede - Tomar conciencia/ser consciente de los propios sentimientos (tanto positivos como negativos), de las propias emociones, de los propios estados de humor.
Subfactor 1.2: Concordancia Yo Real-Yo Ideal	<p>Viene definido por la concordancia existente entre el concepto de sí mismo real y el concepto de sí mismo ideal (entre el "como soy" y el "como me gustaría ser"), con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos físicos - Aspectos personales - Aspectos sociales - Aspectos familiares - Aspectos éticos/morales
Subfactor 1.3: Autoestima	<p>Sentimientos acerca del sí mismo. Valoración que uno hace de sí mismo, en el sentido de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confianza en sí mismo - Satisfacción consigo mismo, con su aspecto físico - Importancia personal - Respeto hacia sí mismo - Aceptación de sí mismo
Subfactor 1.4: Sentido De Identidad	<p>Viene definido por el concepto de sí mismo con relación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos físicos - Aspectos personales - Aspectos sociales - Aspectos familiares - Aspectos éticos/morales
Factor General 2: Crecimiento y Autoactualización	
Subfactor 2.1: Motivación por la Vida	<p>La persona posee:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación positiva/optimista hacia el futuro - Propósitos, ideales y metas - Aspiraciones y deseos de superación
Subfactor 2.2: Implicación en la Vida	<p>La persona tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentido de crecimiento y desarrollo personal continuo - Interés por experiencias nuevas - Creatividad
Factor General 3: Integración	
Subfactor 3.1: Resistencia al Estrés	<p>La persona posee:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio emocional / Resistencia / Control emocional / Autocontrol - Tolerancia al estrés / Vitalidad / Tolerancia a la ansiedad - Tolerancia a la frustración - Flexibilidad / Relatividad - Responsabilidad personal por los actos propios
Factor General 4: Autonomía	
Subfactor 4.1: Conducta Independiente	<p>La persona posee:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Independencia - Autosuficiencia / Seguridad personal / Autorregulación de su

... Subfactor 4.1: Conducta Independiente	conducta / confianza en sí mismo - Autorresponsabilidad - Autocuidado - Iniciativa - Afrontamiento de las situaciones versus evitación - Autorreflexividad
Factor General 5: Percepción de la Realidad	
Subfactor 5.1: Percepción Objetiva	La persona posee: - Percepción objetiva del entorno (<i>reality testing</i> —correspondencia o discrepancia entre deseos propios y realidad externa) - Adaptación a la realidad - Contacto con la realidad - Percepción libre no distorsionada por necesidades
Subfactor 5.2: Empatía o Sensibilidad Social	Capacidad de la persona para: - Comprometerse / Implicarse socialmente - Desear ayudar al otro / Predisposición a brindar ayuda / Responder a los problemas de los demás - Respetar / Aceptar a los otros - Comprender a los otros / sensibilidad para con los sentimientos y necesidades ajenas / Perceptividad del sufrimiento ajeno - Confianza en los demás
Factor General 6: Dominio del Entorno	
Subfactor 6.1: Satisfacción Sexual	Capacidad de la persona para: -Dar y experimentar placer sexual en las relaciones íntimas -Establecer relaciones íntimas con personas del sexo que le atrae -Establecer relaciones amorosas llenas y completas -Disfrutar del sexo y ser un buen amante -Dar importancia al amor y al placer en las relaciones íntimas -Enamorar, amar y disfrutar del sexo
Subfactor 6.2: Adecuación en el Amor, el Trabajo y el Tiempo Libre	Capacidad de la persona para: - Sentirse querido y deseado - Expresar afecto a las personas que quiere - Estudiar / Ser un buen estudiante / Sentirse satisfecho de los estudios - Disfrutar en el tiempo libre / Saber divertirse / Realizar actividades recreativas - Obtener satisfacciones de la vida cotidiana separando obligaciones de deseos
Subfactor 6.3: Adecuación en las Relaciones Interpersonales	Capacidad de la persona para: - Mantener buenas relaciones con la gente / Relacionarse con los demás de forma abierta, auténtica y sincera - Establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias - Sentirse aceptado y querido por los demás/ por su familia - Sentirse satisfecho de sus relaciones interpersonales / con la familia/ amigos / compañeros de clase - Gustarle la gente

Subfactor 6.4: Habilidad para Satisfacer Demandas del Entorno	Capacidad de la persona para: - Comportarse adecuadamente en cada situación - Adaptarse al trabajo en grupo - Pedir aclaraciones cuando algo no le queda claro - Ser asertivo
Subfactor 6.5: Adaptación y Ajuste	- Capacidad de la persona para: - Valorar positivamente el presente - Vivir / Adaptarse a múltiples contextos y ambientes - Asimilar / Adaptarse a los cambios / Aceptar los cambios y valorarlos positivamente - Aceptar lo inmodificable / Disfrutar de los cambios
Subfactor 6.6: Resolución de Problemas	Capacidad de la persona para: - Aceptar que los problemas forman parte de la vida cotidiana - No acumular problemas/ solucionar problemas - Pensar en los problemas - Solicitar ayuda, información - Reconocer / Afrontar los problemas - Buscar alternativas de solución

Por su parte, los nuevos factores que Lluich (1999) plantea sobre la anterior estructura factorial propuesta por Jahoda, quedan así:

Factor 1: Satisfacción personal. Está compuesto por ítems referidos a la satisfacción de la persona consigo misma, con la vida y con el futuro.

Factor 2: Actitud prosocial. Está configurado por ítems relacionados con la predisposición a escuchar, comprender y ayudar a los demás.

Factor 3: Autocontrol. Agrupa ítems vinculados a la capacidad para mantener el equilibrio personal.

Factor 4: Autonomía. Queda formado por ítems que parecen evaluar la capacidad para tener criterios propios y actuar de forma independiente.

Factor 5: Resolución de Problemas y Autoactualización. Compuesto por ítems que hacen referencia a la búsqueda activa de soluciones frente a los problemas y por ítems relacionados con el crecimiento personal.

Factor 6: Habilidades de Relaciones Interpersonales. Los ítems que lo componen están vinculados a la capacidad para interactuar con los demás.

Tabla 3.

Clasificación de factores planteados por Lluch (1999).

Factores generales	Definición
Factor 1: SATISFACCIÓN PERSONAL	- Autoconcepto - Satisfacción con la vida personal - Satisfacción con las perspectivas de futuro
Factor 2: ACTITUD PROSOCIAL	- Predisposición hacia lo social o a la sociedad - Actitud social “altruista” / Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás - Aceptación de los demás y de los hechos sociales diferenciales
Factor 3: AUTOCONTROL	- Capacidad para el afrontamiento de estrés en situaciones conflictivas - Equilibrio emocional / control emocional - Tolerancia a la ansiedad y al estrés
Factor 4: AUTONOMIA	- Capacidad para tener criterios propios - Independencia - Autorregulación de la propia conducta - Seguridad personal / Confianza en si mismo
Factor 5: RESOLUCION DE PROBLEMAS Y AUTO ACTUALIZACION	- Capacidad de análisis - Habilidad para tomar decisiones - Flexibilidad / capacidad para adaptarse a los cambios - Actitud de crecimiento y desarrollo personal continuo
Factor 6: HABILIDADES DE RELACION INTERPERSONAL	- Habilidad para establecer relaciones interpersonales - Empatía / capacidad para entender los sentimientos de los demás - Habilidad para dar apoyo emocional - Habilidad para establecer relaciones interpersonales íntimas

Tabla 4.

Categorías de la escala de Salud Mental Positiva de Lluch(1999).

	Factores	Indicadores
SALUD MENTAL POSITIVA	Satisfacción Personal	Te gustas como eres
		Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida
		Para ti la vida es aburrida y monótona
		Miras tu futuro con pesimismo
		Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean

SALUD MENTAL POSITIVA	Satisfacción Personal	Crees que eres un inútil y que no sirves para nada
		Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o
		Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico
	Actitud Prosocial	A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas
		Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas
		Piensas que eres una persona digna de confianza
		Piensas en las necesidades de los demás
		Te gusta ayudar a los demás
	Autocontrol	Los problemas me bloquean fácilmente
		Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas
		Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos
		Eres capaz controlarte en situaciones conflictivas de tu vida
		Si estás viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad.
	Autonomía	Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti
		Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones
		Te preocupa que la gente te critique
		Te resulta difícil tener tus propias opiniones
		Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o
	Resolución de Problemas y Autoactualización	Eres capaz de tomar decisiones por mi misma / o
		Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden
		Intentas mejorar como persona
		Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
		Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan
		Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes
		Eres capaz de decir no cuando quieres decir no
	Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones	
	Habilidades de Relaciones Interpersonales	A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite
		Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias
		Crees que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas
		Te consideras "un/a buen/a psicólogo/a", es decir, "un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas
Crees que eres una persona sociable		
A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás		
Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes		

Una vez se ha establecido el instrumento que servirá de base metodológica para identificar la presencia de características de salud mental positiva en la población en estudio, se revisan los temas de mayor interés relacionados con esta problemática, como es el abuso sexual infantil y el trastorno de estrés postraumático.

Abuso sexual Infantil.

El abuso sexual infantil se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre un adulto y un niño o niña. Más que la diferencia de edad, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de coacción -explícita o implícita-. No deja, por ello, de ser significativo que el 20% del abuso sexual infantil está provocado por otros menores. Las conductas abusivas, que no suelen limitarse a actos aislados, pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor. No es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado como la familia y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (Echeburua, 2006).

Según la primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual, un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. La tasa de prevalencia de abusos sexuales graves propiamente dichos, con implicaciones clínicas para los menores afectados, es considerablemente menor (en torno al 4%-8% de la población). Las víctimas suelen ser más frecuentemente mujeres y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad. Hay un

mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (*incesto*), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (*pederastia*), con una edad de inicio posterior (11-12 años). No hay una correspondencia directa entre el concepto psicológico y el jurídico de abuso sexual. (Echeburua, 2006).

Abuso sexual infantil a nivel internacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 40 millones de niños sufren de violencia en el mundo. En América Latina y el Caribe (ALC) se dan todas las formas de violencia contra los niños, en los diversos escenarios en que se presenta.(PAHO, 2007).

Los estudios indican que el abuso sexual de menores está ampliamente difundido en todo el mundo, siendo las niñas las que tienen entre 1,5 y 3 veces más probabilidades de ser abusadas que los niños. Las tasas de prevalencia a nivel mundial varían entre el 7 y el 36 por ciento para las mujeres y entre el 3 y el 28 por ciento en el caso de los hombres. El abuso sexual infantil representa un problema de considerables proporciones. A nivel internacional, los estudios muestran que entre el 7 y 36% de las mujeres y entre el 3 y 29% de los hombres reconocen haber sufrido abuso sexual en la infancia(Finkelhor, 1994, citado por Delgatto, 2004).

Abuso sexual infantil en Colombia.

Durante el 2003 se evaluaron en Colombia a través del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses(2006), 14.239 víctimas de delitos sexuales; el 84.4% de las víctimas

fueron de sexo femenino, el 71% fueron niños y niñas menores de 15 años. En un alto porcentaje de los casos el agresor es conocido y aún familiar. De los datos anteriores, el 57% conocía al agresor y de estos la mitad eran familiares.

Abuso sexual en el Área Metropolitana de Bucaramanga.

Al tomar como referencia los reportes estadísticos del Instituto de Medicina Legal de Bucaramanga(2006), se ve que en un 6% disminuyó el número de casos valorados por abuso sexual en el área metropolitana de Bucaramanga con relación al primer semestre de 2005. Se mantiene la variable que indica que el 80% de las víctimas son menores de edad así como el 80% de ellas son de sexo femenino. Con relación a la edad el grupo más afectado se encuentra entre los 10 y los 14 años, con 52 niñas y 10 niños y adicionalmente la población entre 5 y 9 años le siguió con 34 y 24 víctimas niñas y niños respectivamente. Esto significa que porcentualmente este rango de población afectada corresponde al 47.2% del total. El porcentaje de menores de edad víctimas de abuso sexual disminuyó el 9% (19 casos) con relación al primer semestre del año 2005.

En el 43% de los casos el agresor era una persona conocida por la víctima y en el 38% familiar de la misma. En el grupo de los agresores conocidos, los vecinos representan el 47% seguido por los amigos con el 19% por los tíos. En promedio la Unidad Básica de Medicina legal Bucaramanga realiza 42 dictámenes sexológicos mensuales, por hechos ocurridos en el Área Metropolitana.

La más reciente revisión de datos realizada por el Centro de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual de la Fiscalía (Gallo, 2007), en Bucaramanga reporta las siguientes cifras, en el periodo de enero a julio 30 de 2007:

De 2 a 10 años de edad: 129 víctimas

De 11 a 17 años de edad: 133 víctimas

Dentro de un total de 392 denuncias, 262 de ellas, que equivale al 66.8 % de los casos, ocurre con menores de edad.

Abuso sexual y la legislación colombiana.

El código penal, ley 599 de 2000, establece lo siguiente.

Artículo 208 - Acceso carnal abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.

Artículo 209 - Actos sexuales con menor de catorce años. El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de tres (3) a cinco (5) años.

Para la Ley 1098 de 2006 o Ley de Infancia y Adolescencia, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y se entiende por maltrato infantil toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona.

La reciente ley 1146 de 2007 por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente, en su artículo 6 ordena que el Instituto Colombiano de Bienestar

Familiar tendrá entre sus funciones la de: “proponer la adecuación de los programas existentes en los diversos órdenes y dirigidos a la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente” y también: “proponer y gestionar las líneas de formación para los distintos sectores que integran el Comité, en materia de detección, prevención y atención de la violencia sexual”.

Lo que ratifica las actuales acciones en salud pública sobre esta materia, que abren una oportunidad para realizar aportes en su desarrollo e implementación desde la psicología de la salud y más específicamente de la salud mental positiva.

Agresores sexuales, tipos de abusos y víctimas de riesgo.

En la mayor parte de los casos el abuso sexual infantil suele ser cometido por familiares, o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, etc.). En uno y otro caso, que abarcan del 65% al 85% del total y que son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas. (Echeburua, 2006). Agrega este autor que a veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que le puede llevar al silencio, en algunos casos, es el pánico a la pareja o el miedo a desestructurar la familia; en otros, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia. De ahí que el abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido -a veces a otros niños o a un profesor- o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo.

La reacción del entorno desempeña un papel fundamental. El apoyo parental para dar crédito al testimonio del menor y protegerlo, especialmente de la madre, es un

elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación.

Probablemente la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual. En ocasiones, la respuesta de los padres ante la revelación del abuso puede ser más intensa que la del propio niño, sobre todo en los casos en que la madre se percata del abuso sexual a su hijo protagonizado por su propia pareja. Los sentimientos de vergüenza y culpa, de cólera y pena, de miedo y ansiedad, pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño adecuadamente y, en los casos más graves, pueden llegar incluso a culparlo de lo sucedido. No deja de ser significativa la influencia de situaciones de estrés adicionales, como consecuencia de la revelación del abuso, sobre la estabilidad emocional de la víctima. En concreto, la posible ruptura (legal o de hecho) de la pareja, el encarcelamiento del padre o padrastro, o la implicación en un proceso judicial (con las posibles consecuencias penales para el abusador) son algunas de estas situaciones. Respecto al último punto señalado, los juicios largos, las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho suponen una victimización secundaria y ofrecen un peor pronóstico. (Echeburua, 2006).

El abuso sexual en la infancia es un fenómeno invisible según Echeburua, (2006), porque se supone que la infancia es feliz, que la familia es protectora y que el sexo no existe en esa fase de la vida. Sin embargo, el abuso sexual infantil puede llegar a afectar a un 15%-20% de la población (a un 4%-8% en un sentido estricto), lo que supone un problema social importante y que afecta a uno y otro sexo (especialmente a niñas). El mismo autor refiere que las consecuencias de la victimización a corto plazo son, en general, devastadoras para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando

el agresor es un miembro de la misma familia y cuando se ha producido una violación. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos. El papel de los factores amortiguadores -familia, relaciones sociales, autoestima, etc.- en la reducción del impacto psicológico parece sumamente importante, pero está aún por esclarecer.

Para Echeburua(2003) las diferencias individuales de reacción ante una agresión sexual dependen de las siguientes variables:

a- Cada víctima cuenta con unas habilidades específicas para hacer frente al estrés, que dependen de la historia previa, del apoyo social y del nivel de estabilidad emocional en el momento de la agresión sexual.

b- Las repercusiones psicológicas inmediatas de la víctima son una función combinada de la intensidad de la agresión sexual como estresor y de las habilidades de la víctima para hacer frente a la situación.

c- Las interacciones sociales de la víctima después de la agresión con familiares, amigos, jueces, policías, terapeutas, etc., pueden tener efectos positivos, negativos o mixtos en la readaptación emocional posterior. Estos contactos pueden ser fuentes adicionales de estrés, aumentar las habilidades de afrontamiento o ser una mezcla de ambas cosas.

La atención que se le ha de proporcionar a un niño víctima de abuso sexual no debe únicamente centrarse en el cuidado de sus lesiones sino debe ser coordinada entre los distintos profesionales prestando atención psicológica, dándole un seguimiento a corto y

medio plazo y proporcionando atención y apoyo al menor y a la familia. Como ya se ha indicado, el papel de la familiar es esencial en la recuperación del niño: si le creen desde el primer momento y le apoyan, constituyéndose en modelo y referente afectivo alternativo, el menor se recuperará antes y mejor que en caso contrario (Horno 2001).

Trastorno de Estrés Postraumático.

Al revisar la definición del TEPT, según la CIE-10 (OMS) y el DSM (APA), el trastorno por estrés postraumático refiere a la exposición del sujeto a un agente estresante y a las consecuencias posteriores del mismo. Un agente estresante, según el DSM IV (1994) afirma que son experiencias relacionadas con la muerte, o amenazas a la propia integridad física o la de otros. El sujeto, frente a ellas responde con temor, desesperanza u horror intenso. La CIE-10 (1992), lo define como una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría, por sí misma, malestar generalizado en la mayoría de los individuos. En síntesis, se considera que debe entenderse por TEPT a una severa reacción patológica, cuyo factor causante es un suceso traumático.

Para Echeburua (1995), un suceso traumático es un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. Los hay intencionados como el abuso sexual en la infancia, que como muchos otros, afecta profundamente a la confianza de la persona en sí misma y en los demás. Los síntomas derivan de la vivencia súbita de indefensión y de pérdida de control,

del temor por la propia vida y de la humillación de haber sido violentada en la intimidad. Las víctimas tienden a revivir intensamente, con mucha frecuencia y de forma involuntaria el suceso vivido, bien en forma de pesadillas, bien en forma de recuerdos agobiantes y de sentimientos perturbadores, que pueden activarse ante cualquier estímulo, por mínimo que sea (ruido inesperado, imagen súbita, conversación relacionada indirectamente con el tema, etcétera).

Existen factores de vulnerabilidad y de protección, entre los sucesos traumáticos, como en las agresiones sexuales, los atentados terroristas o los delitos violentos, que, por desgracia, afectan a un grupo relativamente numeroso de personas. Algunas víctimas quedan marcadas de por vida y, presas del rencor, de la amargura o, simplemente, del desánimo, llevan una vida anodina y sin ilusión; otras, tras una reacción psicológica intensa, son capaces de hacer frente al dolor, de readaptarse parcialmente a la situación y de atender a sus necesidades inmediatas; y hay otras, por último, que sacan fuerzas de flaqueza del dolor, prestan atención a los aspectos positivos de la realidad, por pequeños que éstos sean, y son incluso capaces de embarcarse en proyectos de futuro ilusionantes. Lo anteriormente expuesto es un reflejo de la variabilidad de las respuestas humanas. No hay una secuencia fija de respuestas específicas ante estímulos determinados. Por decirlo en otras palabras, la estructura del suceso traumático En síntesis, el grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por la intensidad/duración del hecho y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del acontecimiento y el grado de riesgo para la vida, las pérdidas sufridas, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima y la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), así como por el apoyo social existente y los recursos psicológicos de

afrontamiento disponibles. Todo ello, junto con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del suceso ocurrido, configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima., de ahí que recuperarse significa ser capaz de haber integrado la experiencia en la vida cotidiana y de haber transformado las vivencias pasadas en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la persona ni interfieran negativamente en su vida futura.(Baca, Cabanas y Baca-García, 2003, en Echeburúa, 1995).

Por último, afirman Echeburúa, y Corral, (1995), que hay víctimas de situaciones traumáticas que, por mostrar un aprecio más profundo del valor de la vida o por quedarse con una sensibilidad más acentuada, han recuperado e incluso aumentado su fortaleza moral y han encontrado beneficios inesperados a su sufrimiento, no por masoquismo, sino por la aceptación de que la tragedia es parte inevitable de la vida.

Aquí es pertinente revisar las características propias de esta población en su condición evolutiva que le confiere unas condiciones particulares para afrontar este tipo de experiencias.

Etapas Evolutivas de los niños de 9 a 12 años.

Los años de la pubertad traen muchos cambios, no sólo físicos sino también mentales y sociales. Durante estos años los niños aumentan su capacidad de pensamiento abstracto y acaban haciendo planes y estableciendo metas a largo plazo. Por supuesto, cada niño puede progresar de forma diferente y, por lo tanto, mostrar una visión diferente del mundo.

Para Horno(2001), el proceso evolutivo pasa por diferentes etapas y cada una de ellas tiene sus necesidades y sus posibilidades. Algunas veces, se asume al niño o niña

como un adulto en miniatura, que entienda cosas que no puede entender y otras veces se le trata como si no fuese capaz de comprender casi nada. El desarrollo del niño es un complejo biopsicosocial, ésto quiere decir que son importantes el alimento, el amor, la protección y un ambiente rico en estímulos y relaciones. Si uno de los tres ámbitos de desarrollo falla, los otros se resentirán; por eso, se habla de desarrollo cognitivo, afectivo, social y físico.

Otro aspecto esencial es el marco ecológico del desarrollo. Una persona se desarrolla dentro de diferentes entornos, todos ellos aportan algo a ese desarrollo. El primero y principal es la familia, pero el grupo de iguales, la escuela, los medios de comunicación o la misma sociedad son factores esenciales a evaluar.

El desarrollo del niño o niña es un proceso de intercambio. Se genera desde las relaciones afectivas y a través de éstas. Es importante recordar que no es lo mismo interactuar con alguien que vincularse a él. Un niño o niña se relaciona con muchas personas a lo largo de su vida pero sólo está vinculado afectivamente a unas pocas, y son éstas las que podrán definir su desarrollo. Cuando nos vinculamos afectivamente a alguien nos volvemos necesarios e importantes para él. En esta relación, el niño o niña aporta sus características, sus posibilidades y su temperamento, participa de forma activa en ese intercambio desde el principio, según Horno (2001).

A los 9 años preguntan sobre la reproducción, están ocupados en su propio sexo. Las niñas tienen información sobre la menstruación.

A los 10 años Se dan las primeras manifestaciones con relación al sexo. Los niños son despreocupados y las niñas se interesan por temas relacionados con el matrimonio y la fecundación

A los 11 años se hacen notorias las diferencias entre ambos sexos. Las niñas presentan cambios corporales, están más preocupadas por la menstruación y relaciones personales, los niños no han experimentado cambios corporales, espían la copula de los animales y cuentan historias sobre sexo.

A los 12 años las niñas han tenido su primera menstruación y muestran ligeros cambios de humor. Los chicos tienen erecciones espontáneas o inducidas. Inventan juegos para aproximarse a las chicas

En cuanto a las necesidades de los niños de 9 a 12 años en autonomía necesidades psicológicas y sociales se incluyen:

- Educación escolar.
- Vínculos afectivos.
- Participación familiar y escolar.
- Relaciones con iguales.
- Ocio y tiempo libre.
- Aprendizaje de reglas y normas
- Manifestaciones en sexualidad

Al revisar a Piaget, el razonamiento operacional concreto, que se presenta entre los siete y once años de edad, es más lógico, flexible y organizado que antes. Mientras que en la etapa de operaciones formales, a partir de los once años, el adolescente desarrolla la capacidad de pensamiento científico abstracto mediante razonamiento hipotético deductivo, (Berk, 1999). No obstante hoy día algunos teóricos consideran que los procesos de pensamiento son similares en todas las edades, únicamente presentan una mayor o menor amplitud y que las variaciones dependen del conocimiento y experiencia de los niños.

Por su parte Vigotsky hablaba de la zona de desarrollo próximo que se refiere al rango de tareas que los niños no pueden todavía manejar solos pero que pueden lograr con la ayuda de los adultos o de pares más hábiles(Berk, 1999).

Al comienzo de la niñez empiezan a construir un auto concepto, la suma total de atributos, habilidades, actitudes y valores que un individuo cree que define quien es, (Berk, 1999). A lo largo del tiempo los niños organizan estos estados internos y conductas en disposiciones de las que son conscientes; entre los 8 y 10 años, un cambio importante da lugar en las auto descripciones de los niños, que empiezan a describir rasgos de personalidad. Enfatizan competencias y mencionan cualidades globales como honesto, solidario, atento, los adolescentes ya en sus auto descripciones colocan mayor énfasis en las virtudes sociales, como ser considerado y cooperativo, lo que refleja su mayor preocupación por ser querido y considerado positivamente por otros(Berk, 1999).

Control de variables

Tabla 5.

VARIABLES CONTROLADAS EN LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.

¿Qué?	¿Como?	¿Por qué?
Edad	Niños y niñas con edades entre 09 y 12 años	Los población infantil entre 6 y 12 años, es la que con más frecuencia o prevalencia figura en las estadísticas de abuso sexual infantil en Colombia, (Medicina Legal, 2006).
Red de apoyo familiar	Se toman niños que no estén institucionalizados sino que convivan con su familia	La red de apoyo familiar es fundamental en el proceso de recuperación psicológica y en un niño, generalmente su familia ofrece las mejores oportunidades para obtener afecto, acompañamiento, seguridad, desarrollar nuevas habilidades consigo mismo y en su medio social.
Ciudad de residencia	Niños residentes del Área Metropolitana de Bucaramanga	Es el área de influencia de la oficina de delitos sexuales de la Fiscalía y de donde surgen los casos que allí se investigan.
Tiempo de hechos	Ocurrido en los últimos 12 meses	La etapa de manifestación y recuperación de un estrés postraumático ya habría permitido desarrollar estrategias de autoprotección o superación del trauma.

Tabla 6.

VARIABLES NO CONTROLADAS.

¿Qué?	¿Por qué?
El tipo de abuso experimentado, en intensidad y frecuencia, relación con agresor, grado de escolaridad y sexo.	No son objetivos de esta investigación.

Metodología

Tipo de Investigación.

El tipo de investigación es descriptivo, puesto que pretende recolectar información relevante en una muestra con respecto a un fenómeno o aspecto de interés y luego analizar este fenómeno frente a un planteamiento teórico base.

Muestra.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2003), la población hace referencia al conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Con relación a esta investigación, la población comprende a una muestra de 30 niños y niñas entre 9 y 12 años que han sido reportados como víctimas de abuso sexual durante el último año en el Centro de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual del Fiscalía en Bucaramanga, dentro de la cual se conformó una muestra por conveniencia entre quienes cumplen con las características requeridas. El muestreo tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados. Se limita a observar y describir los fenómenos, incluyendo en esta investigación el empleo de encuestas (Muñoz Razo, 2007).

La muestra es representativa si se considera que la población víctima de esa modalidad en el Área Metropolitana de Bucaramanga, fue de 262 individuos menores de edad, durante el primer semestre de 2007, según datos de Gallo, (2007).

Se aclara que en este estudio se busca la forma de incluir solo testimonios o la participación de una muestra de niños con vivencias probadas como hechos ciertos, ya que esta problemática presenta como riesgo el incluir la participación de denunciantes que adolecen de credibilidad plena en sus denuncias por variadas razones.

Instrumento.

Se empleó la Escala para la Medición de la Salud Mental Positiva elaborada por María Teresa Lluch Canut en 1999 como trabajo de investigación para optar al título de Doctora en Psicología en la Universidad de Barcelona, la cual fue adaptada para población colombiana por Pérez y colaboradores(2006).

En su construcción incluye como parte inicial, preguntas sobre datos personales y de la salud física y mental del niño a evaluar. Seguidamente a unas breves instrucciones, está un cuestionario con 39 ítems positivos y negativos, en donde se preguntan sobre los diferentes factores que componen el modelo de salud mental positiva, que se contestan seleccionando entre cuatro opciones de respuesta así: siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces y nunca o casi nunca, de lo cual se les entregó una guía para la elección de cada respuesta.

Lluch(1999) realizó el correspondiente análisis psicométrico a la Escala de Salud Mental Positiva en el cual se tuvo en cuenta dos tipos de medida: análisis de ítems y el análisis de fiabilidad. Con relación al análisis de ítems, se han estudiado a partir del índice de homogeneidad. Para la valoración de los mismos, se ha considerado como criterio de anomalía del ítem una correlación ítem/factor inferior a 0.25. Todos los ítems de la Escala de Salud Mental Positiva tienen un índice de discriminación interna superior al criterio

establecido y por tanto, pueden ser aceptados en su totalidad. En cuanto al análisis de fiabilidad, utilizó como indicador de la consistencia interna del instrumento construido el coeficiente de *alfa Cronbach*. El criterio que se establece para considerar aceptable el coeficiente es que su valor sea igual o superior a 0.70. En los resultados reflejados acerca de la Escala de Salud Mental Positiva se registró que todos los factores, excepto el segundo “Actitud Prosocial”, obtienen un coeficiente *alfa* superior a 0.70 (Lluch, 1999).

Uno de los aspectos de mayor interés fue el referente a la validez de contenido, ya que la población corresponde a niños en edad escolar, para lo cual se desarrolló una prueba piloto y se confirmó que la longitud del cuestionario y la estructura del mismo, eran adecuados según las normas psicométricas y resultaban coherentes con los conceptos de salud mental definidos por Lluch(1999) y previstos para esta adaptación. Se aplicó mediante entrevista asegurando la comprensión de cada ítem y así respaldar la confiabilidad y validez.

Lluch(1999) utilizó el Cuestionario de Salud General (GHQ – 12) de Goldberg en su versión de 12 ítems para evaluar la validez de criterio, tras lo cual los resultados muestran que la correlación global del Cuestionario de Salud General (GHQ – 12) de Goldberg con la Escala de Salud Mental Positiva es de -0.41 . El sentido negativo de la correlación es coherente; ya que mientras el Cuestionario de Salud General (GHQ – 12) de Goldberg mide enfermedad, la Escala de Salud Mental Positiva mide salud.

Finalmente para determinar la validez de constructo, Lluch, (1999), utilizó el análisis factorial como técnica de rotación oblicua, la cual genera factores rotados. Los resultados de esta técnica acerca de la Escala de Medición para la Salud Mental Positiva destacan que los conceptos vinculados al constructo de Salud Mental Positiva mantienen

cierta relación, así como conservan su independencia. Por esto, la necesidad del cuestionario de mantener una estructura multifactorial.

-Puntuaciones para ítems positivos (+):

Siempre o casi siempre:	valor 1
Bastante frecuencia:	valor 2
Algunas veces:	valor 3
Nunca o casi nunca:	valor 4

-Para los ítems negativos (-) las puntuaciones van invertidas:

Siempre o casi siempre:	valor 4
Con bastante frecuencia:	valor 3
Algunas veces:	valor 2
o casi nunca:	valor 1

Tabla 7.

Escala con enunciados organizados por cada factor.

Factor	Item	Enunciado
Satisfacción personal	Item nº 4 (+)	Te gustas como eres
	Item nº 6 (-)	Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida
	Item nº 7 (-)	Para ti la vida es aburrida y monótona
	Item nº 12 (-)	Miras tu futuro con pesimismo
	Item nº 14 (-)	Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean
	Item nº 31 (-)	Creer que eres un/a inútil y que no sirves para nada
	Item nº 38 (-)	Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o
	Item nº 39 (-)	Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico
Actitud prosocial	Item nº 1 (-)	A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas
	Item nº 3 (-)	Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas
	Item nº 23 (+)	Piensas que eres una persona digna de confianza
	Item nº 25 (+)	Piensas en las necesidades de los demás
	Item nº 37 (+)	Te gusta ayudar a los demás

Autocontrol	Item nº 2 (-)	Los problemas me bloquean fácilmente
	Item nº 5 (+)	Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas
	Item nº 21 (+)	Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos
	Item nº 22 (+)	Eres capaz controlarte en situaciones conflictivas de tu vida
	Item nº 26 (+)	Si estás viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad.
Autonomía	Item nº 10 (-)	Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti
	Item nº 13 (-)	Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones
	Item nº 19 (-)	Te preocupa que la gente te critique
	Item nº 33 (-)	Te resulta difícil tener tus propias opiniones
	Item nº 34 (-)	Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o
Resolución de problemas y autoactualización	Item nº 15 (+)	Eres capaz de tomar decisiones por mi misma
	Item nº 16 (+)	Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden
	Item nº 17 (+)	Intentas mejorar como persona
	Item nº 27 (+)	Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte
	Item nº 28 (+)	Frente a un problema eres capaz de pedir información
	Item nº 29 (+)	Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan
	Item nº 32 (+)	Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes
	Item nº 35 (+)	Eres capaz de decir no cuando quieres decir no
Habilidades de relaciones interpersonales	Item nº 8 (-)	A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite
	Item nº 9 (-)	Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias
	Item nº 11 (+)	Crees que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas
	Item nº 18 (+)	Te consideras "un/a buen/a psicólogo/a", es decir, "un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas
	Item nº 20 (+)	Crees que eres una persona sociable
	Item nº 24 (-)	A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás
	Item nº 30 (-)	Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes

El cuestionario final o escala aplicada a la muestra, aparece en el Apéndice.

Procedimiento.

Se desarrolló dentro del siguiente orden.

Fase I: Se determinó el tema de interés para investigación y se identificó la línea dentro de las que tiene en desarrollo la facultad, calidad de vida y salud mental positiva la cual lidera la Docente Psicóloga Mg. Doris Barreto, con quien se definió la idea de investigación y se determinó la población a trabajar.

Fase II: Se hace revisión de literatura en especial sobre la tesis doctoral de Maria Teresa Lluch(1999) y la tesis de pregrado de Pérez y cols(2006). Seguidamente se abordan las temáticas de Salud Mental positiva y de abuso sexual infantil.

Fase III: Se estructuró y elaboración del marco teórico, teniendo como eje principal la variable de estudio Salud Mental Positiva y los conceptos afines a esta (resiliencia, calidad de vida, optimismo).

Fase IV: Se preparó el instrumento para su aplicación a la población en estudio.

Fase V: Se definen los criterios de selección de la muestra y se aplicó una prueba piloto, a la que se le hicieron ajustes y adecuación metodológica para aplicar en niños.

Fase VI: Se aplicó la escala para Medición de la Salud Mental Positiva a los niños que cumplían con los criterios y que asistían al Centro de atención integral a víctimas de abuso sexual- CAIVAS-, de la Fiscalía en Bucaramanga, por presentar las condiciones logísticas adecuadas y ser el lugar de denuncia y abordaje judicial y terapéutico de la población en el Área Metropolitana de Bucaramanga. Previamente se establecía el

consentimiento informado de los responsables acompañantes de cada niño y se respondía en privado.

Fase VII: Se procesan los datos obtenidos en el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), a partir del cual se obtuvo la información para estudio final.

Fase VIII: Finalmente se hace el análisis sobre la interpretación de los resultados a partir de los soportes teóricos y se logran las conclusiones.

Resultados

Luego de realizado el trabajo de recolección de datos se obtuvo información sobre las características de salud mental positiva presentes en los niños con vivencias de abuso sexual frente a los factores de la salud mental positiva propuestos por María Teresa Lluch(1999).

La muestra de la investigación se constituyó con 28 niñas y 2 niños con edades entre los 9 y 12 años de edad, distribuida como se ve en la Tabla 8.

Tabla 8.

Distribución de la muestra por edades.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
9	4	13,3	13,3	13,3
10	11	36,7	36,7	50,0
11	9	30,0	30,0	80,0
12	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Solo dos entrevistados refirieron haber padecido recientemente problemas de salud física y tres reconocieron haber ido al médico en el último mes; ninguno reconoció tener problemas de salud mental, no obstante 13 de ellos manifestaron haber asistido a consultas al psicólogo o psiquiatra, recurriendo a los servicios de apoyo terapéutico que ofrece el ICBF en la Fiscalía, al Hospital Psiquiátrico San Camilo, a la Universidad Pontificia

Bolivariana, o en su propio colegio. Estos datos ofrecen un panorama del real aprovechamiento del recurso terapéutico de esta población y nos remite a lo planteado por Echeburúa (2006), en cuanto a que hay personas que han sufrido un trauma y que, sin embargo, no necesitan un tratamiento psicológico o farmacológico. El equilibrio psicológico previo, el transcurso del tiempo, la atención prestada a los requerimientos de la vida cotidiana y el apoyo familiar y social contribuyen muchas veces a metabolizar el trauma. Estas personas tienen presente siempre lo ocurrido, pero el acontecimiento traumático no interfiere actualmente de forma negativa en el día a día. De este modo, y aun con sus altibajos emocionales y con sus recuerdos dolorosos, son capaces de trabajar, de relacionarse con otras personas, de disfrutar de la vida diaria y de implicarse en nuevos proyectos.

En cuanto a la red de apoyo familiar con que convive el entrevistado, en los resultados de la investigación se halló que la gran mayoría convive con su madre y adicionalmente con otros miembros de su familia extensa, conformada por el padre y hermanos principalmente, factor que se consideró relevante para la selección de las muestra a entrevistar, ya que como expresa Lamas(2004), el bienestar emocional de los niños sigue razonablemente intacto si sus padres u otros familiares están con ellos afrontando los hechos. En cuanto a la vivencia de la resiliencia, ésta se ve influida por la respuesta que recibe del entorno.

Tabla 9.

Distribución de la muestra según grupo familiar con quien convive.

Grupo familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Madre y hermanos	4	13,3	13,3	13,3
Núcleo familiar	5	16,7	16,7	30,0
Núcleo familiar y otros familiares	8	26,7	26,7	56,7
Familia con un padre sustituto	6	20,0	20,0	76,7
Otros familiares	2	6,7	6,7	83,3
Madre y abuela	4	13,3	13,3	96,7
Un padre	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

A continuación se presentan las características de la Salud Mental Positiva presentes en la muestra de niños y niñas víctimas de abuso, por factores generales y se señala cada ítem con sus puntuaciones más destacadas.

Resultados del factor Satisfacción Personal.

El criterio de Satisfacción personal mostró un elevado nivel positivo, ya que con una media de 28.9 configura una destacada tendencia para esta muestra de 30 individuos. Esto se puede ilustrar mejor al revisar los puntajes obtenidos en algunos de los ítems que conforman este criterio. El ítem “Te gustas como eres” mostró una considerable referencia a un elevado criterio de auto aceptación con un 83% de puntaje global, que con una lectura similar se puede equiparar con el ítem “Te consideras una persona menos importante que

el resto de personas que te rodean” para el que un 86% de los entrevistados no reconocen esa sensación personal. Estos resultados reflejan que esta muestra de niños víctimas de abuso sexual presentan tiempo después de su experiencia de abuso, una imagen de si mismos bastante favorable.

Tabla 10

Ítem “Te gustas como eres”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca o casi nunca	4	13,3	13,3	13,3
Algunas veces	1	3,3	3,3	16,7
Con bastante frecuencia	8	26,7	26,7	43,3
Siempre o casi siempre	17	56,7	56,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 11

Ítem: “Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean”.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	4	13,3	13,3	13,3
Nunca o casi nunca	26	86,7	86,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

En contraste con los ítems anteriores se presenta una similar distribución entre quienes señalaron haber calificado “..la vida como aburrida y monótona” algunas veces o casi nunca, lo que muestra que a pesar de las experiencias y malestares propios del abuso, la vida de algunos de estos niños ofrece oportunidades para contrastar sus vivencias negativas. En la misma dirección el 63% de los entrevistados manifestó que casi nunca miraba su futuro con pesimismo. Ítems como “Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida”, con puntajes significativamente positivos del 73% para Nunca, refleja la recuperación o condiciones de salud mental presentes en esta muestra.

Tabla 12

Ítem: “Para ti la vida es aburrida y monótona”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	15	50,0	50,0	50,0
Nunca o casi nunca	15	50,0	50,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 13

Ítem: “Miras tu futuro con pesimismo”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	1	3,3	3,3	3,3
Algunas veces	10	33,3	33,3	36,7

Nunca o casi nunca	19	63,3	63,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 14

Ítem: “Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	3,3
Con bastante frecuencia	1	3,3	3,3	6,7
Algunas veces	6	20,0	20,0	26,7
Nunca o casi nunca	22	73,3	73,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Al preguntarles si, “Crees que eres un/a inútil y que no sirves para nada”, la respuesta ofreció un 93% de no ocurrencia, lo que resulta cercano al 83% que señaló que “nunca o casi nunca se había sentido insatisfecha/o contigo misma/o”; esto representa una visión positiva de si mismo, de sus capacidades, la oportunidad de apoyo a los demás, confianza con su vida y con el futuro, que caracteriza a esta muestra de niños y niñas. Se refleja como con las actitudes hacia uno mismo, se describen con términos que representan autoaceptación, autoconfianza y/o autodependencia. El ítem “Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico” con un 50% para Nunca, refleja una amplia postura

positiva para el autoconcepto de estos niños, que a pesar de su período de desarrollo, en que afirman su autoimagen, resultó ser positivo.

Tabla 15

Ítem: “Crees que eres un/a inútil y que no sirves para nada”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	2	6,7	6,7	6,7
Nunca o casi nunca	28	93,3	93,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 16

Ítem: “Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	3,3
Con bastante frecuencia	1	3,3	3,3	6,7
Algunas veces	3	10,0	10,0	16,7
Nunca o casi nunca	25	83,3	83,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 17

Item: “Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	3,3
Con bastante frecuencia	2	6,7	6,7	10,0
Algunas veces	12	40,0	40,0	50,0
Nunca o casi nunca	15	50,0	50,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Resultados del factor Actitud Prosocial.

La media 13.7 en este criterio resulta señalando una moderada posición favorable para la actitud prosocial, que considerando la población en estudio, representa un nivel significativo, que se explica con los resultados para ítems que contrastan como: “A ti te resulta difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las tuyas”, donde es notorio que el 93% manifiesta sentirlo con bastante frecuencia o algunas veces mientras que un 13 % dice que casi nunca y al 36% algunas veces les resulta difícil escuchar que las personas le cuenten sus problemas, siendo este margen una minoría que destaca recursos personales para equilibrar esta actitud.

Tabla 18

Ítem: “A ti te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	12	40,0	40,0	40,0
Algunas veces	16	53,3	53,3	93,3
Nunca o casi nunca	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 19

Ítem: “Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	3,3
Con bastante frecuencia	14	46,7	46,7	50,0
Algunas veces	11	36,7	36,7	86,7
Nunca o casi nunca	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

El que un 93% casi siempre piense que es una persona digna de confianza, ofrece una perspectiva positiva del reconocimiento favorable de sus cualidades, lo que servirá seguramente de respaldo para la interacción social de estos niños y que se relaciona considerablemente con el 63 % que dice que algunas veces piensa en las necesidades de

los demás, reflejando entonces su aceptación hacia los otros. Este factor resulta favorecido notoriamente con estos resultados a lo que se suman las actitudes positivas en general del 50% que algunas veces y el otro 50% bastante o siempre gustan ayudar a los demás. Resulta entonces que la visión de su participación e interacción social esta claramente establecida en una buena proporción de los niños entrevistados, reconociendo así que son parte de su comunidad y que pueden ofrecer su participación y ayuda a los demás. Lamas(2004) refiere que 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 y una mayor apreciación de las pequeñas cosas de la vida.

Tabla 20

Ítem: “Piensas que eres una persona digna de confianza”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	2	6,7	6,7	6,7
Siempre o casi siempre	28	93,3	93,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 21

Ítem: “Piensas en las necesidades de los demás”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca o casi nunca	8	26,7	26,7	26,7
Algunas veces	19	63,3	63,3	90,0
Con bastante frecuencia	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 22

Ítem: “Te gusta ayudar a los demás”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	15	50,0	50,0	50,0
Con bastante frecuencia	10	33,3	33,3	83,3
Siempre o casi siempre	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Resultados del factor Autocontrol.

La media de 13.5 ofrece una valoración notoria del criterio de Autocontrol entre los niños y niñas entrevistados, reflejando un considerable aspecto actitudinal en esta

muestra, lo que se soporta en que el 56% es capaz de controlarse con bastante frecuencia cuando experimenta emociones negativas, lo que se complementa con que se reconoce capacidad para controlarse cuando se tienen pensamientos negativos en una distribución por igual para algunas veces y bastante frecuencia lo que es muy significativo hacia lo positivo. Todo esto retraduce en una capacidad potencial para el afrontamiento de situaciones de estrés provocado por diversidad de situaciones.

Tabla 23

Ítem: “Los problemas me bloquean fácilmente”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	3,3
Con bastante frecuencia	2	6,7	6,7	10,0
Algunas veces	21	70,0	70,0	80,0
Nunca o casi nunca	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 24

Ítem: “Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	12	40,0	40,0	40,0
Con bastante frecuencia	17	56,7	56,7	96,7
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 25

Ítem: “Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	15	50,0	50,0	50,0
Con bastante frecuencia	15	50,0	50,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

A lo descrito se suma que con bastante frecuencia el 60% y algunas veces el 40%, manifiestan ser capaces de controlarse en situaciones conflictivas de la vida, lo que también configura una buena señal de autocontrol emocional ante las diversas exigencias circunstanciales o cotidianas. Lo que se confirma con otro resultado destacado en esta muestra referente a que con bastante frecuencia para el 70% y el resto algunas veces, se reconocen con la capacidad para continuar manteniendo el equilibrio personal, es decir, la

estabilidad ante presiones desfavorables por parte de los demás. Si se revisa los estándares, a corto plazo solamente un 20-30 % de las víctimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión (Finkelhor, 1986; López, 1992) y entre el 17 y el 40 % sufren cuadros clínicos establecidos, y el resto experimenta síntomas de uno u otro tipo, lo que se halla bastante cerca de las cifras obtenidas.

Tabla 26

Ítem: “Eres capaz controlarte en situaciones conflictivas de tu vida.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	12	40,0	40,0	40,0
Con bastante frecuencia	18	60,0	60,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 27

Ítem: “Si estás viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad”.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	9	30,0	30,0	30,0
Con bastante frecuencia	21	70,0	70,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Resultados del factor Autonomía.

Para el factor Autonomía se obtuvo una media general de 15.4 lo que mantiene la presencia de valoración positiva de las actitudes presentes en la muestra entrevistada. Para este criterio aportan la puntuación de los ítems “Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti” con Nunca o casi nunca de un 30% y algunas veces para el 53%. En “Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar tus decisiones” se obtuvo que algunas veces ocurra para el 73% y nunca para el 13%.

Tabla 28

Ítem: “Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	5	16,7	16,7	16,7
Algunas veces	16	53,3	53,3	70,0
Nunca o casi nunca	9	30,0	30,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 29

Ítem: “Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones”.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	4	13,3	13,3	13,3
Algunas veces	22	73,3	73,3	86,7
Nunca o casi nunca	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Uno de los hallazgos destacados es que en el ítem “Te preocupa que la gente te critique” se recibió un Nunca para el 16% y algunas veces para el 56%, denotando independencia para generar sus propios criterios.

Tabla 30

Ítem: “Te preocupa que la gente te critique”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	8	26,7	26,7	26,7
Algunas veces	17	56,7	56,7	83,3
Nunca o casi nunca	5	16,7	16,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

En el enunciado “Te resulta difícil tener tus propias opiniones”, también se destacó Nunca para el 30% y algunas veces el 66%, señalando una notable actitud de autonomía y capacidad manifiesta de seguridad personal. A lo anterior se suma que el 23% de las opciones las tiene el nunca y 63 para algunas veces cuando se tiene que tomar decisiones importantes con sentimiento de confianza en si mismo.

Tabla 31

Ítem: “Te resulta difícil tener tus propias opiniones”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	1	3,3	3,3	3,3
Algunas veces	20	66,7	66,7	70,0
Nunca o casi nunca	9	30,0	30,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 32

Ítem: “Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o”.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	4	13,3	13,3	13,3
Algunas veces	19	63,3	63,3	76,7
Nunca o casi nunca	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Resultados del factor Resolución de problemas y autoactualización.

Es notable el resultado de este criterio que en conjunto de sus ítems obtuvo un 27.6 en su media, representando una variable de alto significado para el estudio que nos ocupa. Se adjudica este resultado a las respuestas dadas con Siempre para un 13% y con bastante frecuencia el 73% al ítem “Eres capaz de tomar decisiones por ti misma/o”, así como a “Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden” con bastante frecuencia en un 46% y casi siempre el 13%, lo que se traduce en capacidad para adaptarse a los cambios y la ya presente capacidad de análisis ante las situaciones de exigencia cotidiana.

Tabla 33

Ítem: “Eres capaz de tomar decisiones por mi misma / o.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	4	13,3	13,3	13,3
Con bastante frecuencia	22	73,3	73,3	86,7
Siempre o casi siempre	4	13,3	13,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 34

Ítem: “Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	11	36,7	36,7	36,7
Con bastante frecuencia	14	46,7	46,7	83,3
Siempre o casi siempre	4	13,3	13,3	96,7
Nunca	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Otro significativo resultado que refleja actitud de crecimiento y desarrollo personal se ubica al obtener con un 60% la opción de con frecuencia y con 30% para siempre al ítem “Intentas mejorar como persona” lo que aportó notablemente al puntaje global; y por su parte “Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes”, logró un 83% para el indicador bastante frecuencia. Para “Cuando hay cambios en tu medio intento adaptarme” el 76% dijo con bastante frecuencia.

Tabla 35

Ítem: “Intentas mejorar como persona”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	3	10,0	10,0	10,0
Con bastante frecuencia	18	60,0	60,0	70,0
Siempre o casi siempre	9	30,0	30,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 36

Ítem: “Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	6	20,0	20,0	20,0
Con bastante frecuencia	22	73,3	73,3	93,3
Siempre o casi siempre	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Finalmente un 66% con bastante frecuencia y 20% para casi siempre, recibió la actitud de “Delante de un problema eres capaz de solicitar información”. Y relacionado con este también en “Eres capaz de decir no cuando quieres decir no”, el 66% reconoció que ocurría con bastante frecuencia y siempre para el 30%, Siendo estos indicadores

característicos de habilidad para toma de decisiones. Con el Ítem “Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan”, aparece con un 43% para con bastante frecuencia, señalando su capacidad para afrontar de manera positiva los sucesos nuevos en una buena proporción de la muestra. En tanto el Ítem “Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes” ofreció un 83% para con bastante frecuencia, significando una actitud favorable de crecimiento ante situaciones novedosas. Finalmente el ítem “Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones”, figura con 6.7% para Nunca en dos de los entrevistados, lo que lleva a representar entonces una amplia actitud positiva para la mayoría de esta muestra.

Tabla 37.

Ítem: “Frente a un problema eres capaz de pedir información”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	4	13,3	13,3	13,3
Con bastante frecuencia	20	66,7	66,7	80,0
Siempre o casi siempre	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 38

Ítem: “Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	16	53,3	53,3	53,3
Con bastante frecuencia	13	43,3	43,3	96,7
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 39

Ítem: “Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	2	6,7	6,7	6,7
Con bastante frecuencia	25	83,3	83,3	90,0
Siempre o casi siempre	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 40

Ítem: “Eres capaz de decir no cuando quieres decir no.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	20	66,7	66,7	66,7
Siempre o casi siempre	9	30,0	30,0	96,7
Nunca	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 41

Ítem: “Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	1	3,3	3,3	3,3
Con bastante frecuencia	19	63,3	63,3	66,7
Siempre o casi siempre	8	26,7	26,7	93,3
Nunca	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Resultados del factor Habilidades de relaciones interpersonales.

La media de 18 refleja una valiosa presencia de factores positivos dentro de este criterio de salud mental positiva como habilidad entre los niños y niñas de la muestra para establecer relaciones interpersonales íntimas, que con los puntajes dados con bastante frecuencia en un 56% y siempre el 23% para “crees que eres una persona sociable”, así como 70% para algunas veces en “A ti, te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás” señala la consistencia de esta actitud empática.

Tabla 42

Ítem: “Crees que eres una persona sociable.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Algunas veces	6	20,0	20,0	20,0
Con bastante frecuencia	17	56,7	56,7	76,7
Siempre o casi siempre	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 43

Ítem: “A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	3,3
Con bastante frecuencia	7	23,3	23,3	26,7
Algunas veces	21	70,0	70,0	96,7
Nunca o casi nunca	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Otras puntuaciones que aportan a este resultado son “Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes” donde se logró 63% para Algunas veces y nunca con el 23%. El ítem “Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias” ofreció para algunas veces el 56% y nunca el 20%, lo que orienta a identificar su ya notoria habilidad en el desarrollo para establecer relaciones interpersonales. El ítem “A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite”, permitió un 63% para algunas veces y 3% para nunca, señalando que existe en parte de la muestra la disposición de apertura y expresión emocional ante la necesidad de otros. Para el ítem “Crees que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas”, recibió 16% con bastante frecuencia como medida destacada para esta cualidad empática presente en estos niños. En

el ítem “Te consideras "un/a buen/a psicólogo/a", es decir, “un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas”, obtuvo un 33% para con alguna frecuencia, lo que lo convierte en significativamente positivo que esté presente a pesar de la edad promedio de esta muestra.

Tabla 44

Ítem: “Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	4	13,3	13,3	13,3
Algunas veces	19	63,3	63,3	76,7
Nunca o casi nunca	7	23,3	23,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 45

Ítem: “Tienes dificultades para establecer relaciones con las demás personas, que sean profundas y satisfactorias.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	7	23,3	23,3	23,3
Algunas veces	17	56,7	56,7	80,0
Nunca o casi nunca	6	20,0	20,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 46

Ítem: “A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesite.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con bastante frecuencia	10	33,3	33,3	33,3
Algunas veces	19	63,3	63,3	96,7
Nunca o casi nunca	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 47

Ítem: “Crees que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca o casi nunca	4	13,3	13,3	13,3
Algunas veces	20	66,7	66,7	80,0
Con bastante frecuencia	5	16,7	16,7	96,7
Siempre o casi siempre	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tabla 48

Ítem: "Te consideras "un/a buen/a psicólogo/a", es decir, "un/a buen/a consejero/a; las personas vienen a ti cuando tienen problemas."

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca o casi nunca	19	63,3	63,3	63,3
Algunas veces	10	33,3	33,3	96,7
Con bastante frecuencia	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Discusión

Ante el objetivo de describir las características de la Salud Mental Positiva presentes en niños y niñas entre 9 y 12 años víctimas de abuso sexual en el Área Metropolitana de Bucaramanga, se considera su cumplimiento al reportar que los resultados relacionados anteriormente ofrecen notorios indicadores de la presencia de dichas características en la muestra seleccionada. El destacado resultado que ofrece este estudio para el factor de Satisfacción personal, permite plantear que a pesar de las experiencias adversas de victimización sexual, en estos niños se encuentran señales de fortalezas relacionadas con la aceptación de si mismo, de la vida y hacia el futuro, a la vez que denota el reconocimiento de su valía y lugar dentro de los espacios donde interactúa con otros, viendo el futuro sin pesimismo, como al respecto Vera(2004) refiere, que 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, en cita a Florian, Mikulincer y Taubman(1995).

Se encontró que para algunos niños se considera la vida como aburrida y monótona, lo que puede mirarse desde la etapa de desarrollo socio cognitivo que están atravesando, al ingresar a la pubertad y adolescencia. En sentido general se encontró en los niños de esta muestra que poseen un adecuado autoconcepto, con confianza en sus capacidades y además reconocen su oportunidad para ofrecer ayuda. Según Vera(2004), cuando un individuo pasa por una experiencia traumática, se hace consciente de la realidad de la muerte o peligros, y esto puede conllevar a una mayor apreciación del valor de las pequeñas cosas de la vida, del día a día. Y aunque resulte paradójico 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).

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 citados por Vera(2004).

Referente al factor de Actitud prosocial que estaba configurado por ítems relacionados con la predisposición a escuchar, comprender y ayudar a los demás, se aprecia que para la edad en que se halla esta muestra de niños, es relevante que ya algunos de ellos reconocen su capacidad o interés en atender a otros en sus circunstancias, más cuando los niños de la muestra han vivenciado eventos de similar o mayor riesgo, lo que podría ser motivo del desarrollo de esta actitud. En estudios se reporta que la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir si los niños víctimas de abuso sexual manifestarán un año después algún síntoma. Si los niños de la generación presente se sienten mucho más creídos y comprendidos que los de la generación pasada, entonces, el alcance general y la dinámica del impacto del abuso puede, de hecho, haber cambiado mucho(Finkelhor, 2005).

Con apoyo en Vera(2004), 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. Muchas familias y parejas enfrentadas a situaciones adversas dicen sentirse más unidas que antes del suceso. 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.

Adicionalmente el que la inmensa mayoría de los niños de la muestra se consideren como personas dignas de confianza, aporta una lectura positiva del auto reconocimiento de sus cualidades prosociales y de apertura hacia los demás, evidenciando así su actitud de que pueden ofrecer su participación y ayuda.

Por su parte el Autocontrol como factor que señala la capacidad para mantener el equilibrio personal y el afrontamiento ante el estrés, arrojó resultados que señalan como la mitad de los niños de la muestra señalaron poseer esa actitud ante las situaciones exigentes, como una fortaleza que han desarrollado o que previamente contaban entre sus recursos personales para el manejo de emociones negativas. Con estas características identificadas, se explica de manera comprensible su respuesta global ante las experiencias traumáticas vividas.

Relacionado con el autocontrol que se vivencia ante las exigencias que representa la victimización, se bosqueja también la proyección personal y nivel de confianza hacia el ambiente, como factores de protección, como se menciona para el factor prosocial. El que un niño reconozca sus potencialidades, sus capacidades, su identidad, su contexto de respaldo, le permite entonces contar con una mayor capacidad de afrontamiento resiliente y de igual forma, buscar explicaciones sobre el porque de los acontecimientos(Lamas, 2004). Así mismo la personalidad resistente está asociada a mayores niveles de afecto positivo y menores de afecto negativo y de respuestas psicofisiológicas de estrés (Vera, 2004). Los hallazgos ofrecen datos que señalan que los sujetos resistentes mostraron una mayor tolerancia a la frustración.

Para el fomento de la salud mental positiva es relevante la promoción de estrategias que fortalezcan el equilibrio emocional ante exigencias cotidianas como un proceso de crecimiento y desarrollo de esa capacidad. La capacidad para tener criterios propios y actuar de forma independiente, representado por la Autonomía, se pudo identificar dentro de la muestra, en las respuestas que reflejan una notoria capacidad para tener sus propios criterios, la búsqueda de autorregulación de su propia conducta, como una señal de independencia aunque por la edad en que se encuentran, estos niños hacen uso de sus recursos personales y sociales que les permitan el desarrollo de actitudes que hasta ahora eran subsidiadas por sus padres y que como parte de su etapa evolutiva, se convierten en una tendencia general. Para quienes han experimentado situaciones de abuso, el desarrollo de la autonomía se traduce en una forma de adquirir seguridad personal y confianza en si mismo; todo esto aunado a la seguridad que le otorga el contar con su red de apoyo familiar.

Está claramente demostrado que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas; así como 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 partir de experiencias adversas, insiste Vera(2004), quien cita además a Frankl(1946), al advertir como una experiencia traumática es siempre negativa, pero lo que suceda a partir de ella depende de cada persona. En la mano de cada quien está elegir su opción, que o bien puede convertir su experiencia negativa en victorias, la vida en un triunfo interno, o bien puede ignorar el desafío y limitarse a derrumbarse. 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 (Vera, 2004).

Por muy terrible que haya sido la experiencia vivida, siempre cabe la posibilidad de cerrar, total o parcialmente, la herida sufrida. No se trata de olvidar lo inolvidable, sino de no sentirse atrapado como en una jaula por los recuerdos del pasado. Lo que se pretende es recuperar la capacidad de hacer frente a las necesidades del presente y de mirar al futuro con esperanza. En definitiva, ser capaz de atender a los requerimientos de la vida cotidiana, prestar atención a los estímulos exteriores, disfrutar de lo que se tiene a mano en las circunstancias actuales y hacer planes para el futuro, aunque sólo sea para los días o meses inmediatos, denotan un camino claro de recuperación, como plantean Echeburúa y cols, (2006).

En lo referente a la Resolución de Problemas y Autoactualización, se denota que los integrantes de la muestra cuentan con habilidad para tomar decisiones, capacidad para adaptarse a los cambios, representada en la búsqueda activa de soluciones frente a los problemas y por recurrir al análisis de situaciones en una alta proporción de estos niños, lo que explica su flexibilidad para adaptarse a los cambios o situaciones nuevas. Esto último va muy unido a su actitud de crecimiento y desarrollo personal y asociado a la autonomía y habilidad para toma de decisiones.

Todo esto remite al planteamiento básico de que el crecimiento postraumático no supone la ausencia de emociones negativas, sino que por el contrario necesita de ellas, aparece entonces aquí el concepto de personalidad resistente desarrollado a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecen tener unas características de personalidad que los protegen, como puede ocurrir con buena parte de estos niños, tal como 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(Vera, 2004). En el mismo sentido, esta población al utilizar el coping transformacional, perciben los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento, y 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. Podría entonces considerarse a estas personas no como excepcionales según comentaba Bonanno, (2004), que señalan algunos teóricos del trauma, sino como una posibilidad entre esta población víctima de abuso sin signos de estrés postraumático.

Finalmente el factor Habilidades de Relaciones Interpersonales se hizo notorio en el reconocimiento de sus habilidades para establecer relaciones interpersonales, empatía, habilidad para dar apoyo emocional, donde se crean las circunstancias para integrar las características de todos los factores descritos. Desde la perspectiva de afrontamiento transformacional, muchos de estos niños perciben los estímulos potencialmente estresantes como oportunidades de crecimiento, según señala Lamas(2004).

Resulta interesante el registrar como en altas proporciones aparece incluido en la autopercepción de estos niños, factores descritos como descriptores de la conducta resiliente que se convierten en respaldo o soporte de su posibilidad de ejercer control de sus emociones, actuar con autonomía, desplegar actitudes propias de autoestima y como un factor facilitador de la ya notoria empatía que los faculta a algunos de ellos para relacionarse de manera productiva e influyente en su entorno y que se hizo notoria durante el encuentro para la entrevista.

La edad que caracteriza a esta muestra permite que ya desplieguen habilidades cognitivas para el análisis y comprensión de situaciones y así mismo la consecuente toma de decisiones y reconocimiento de sus fuentes de apoyo. Se puede entonces afirmar que existen condiciones favorables en los niños participantes para desempeñarse con competencias sociales como respuesta ante las exigencias del medio, y a la vez que se procuren bienestar afrontando de manera saludable algunos aspectos de los eventos adversos, donde desplieguen atributos que también los hagan ser considerados con quienes los rodean y con quienes eventualmente recurren a pedirles ayuda. Y tal como Vigotsky señalaba, la zona de desarrollo próximo, podría identificarse en la convivencia con sus familiares y red de apoyo que les facilitan asumir posturas con la ayuda de los adultos o de pares más hábiles (Berk, 1999).

El que los niños reconozcan que ante los acontecimientos disruptores pueden acudir a una serie de fuentes de apoyo como son sus familiares más cercanos, personal de las instituciones y otras personas que pueden convertirse en ayuda, garantiza el afianzamiento de su autoconcepto y de la cosmovisión de vivir en un medio que, si bien lo expone a agresiones o victimización, también allí encuentra el respaldo para afrontar y superar dichas situaciones. En esta investigación se tomó como variable el que estuvieran conviviendo con su familia de origen, como una condición común de respaldo afectivo.

Aunque no todos los niños poseen similares características, ni afrontan de similar manera, dadas las diferencias individuales y socio culturales de algunos sectores de la población, se puede esperar que otros ya incluyan dichos atributos actitudinales adaptativos en su respuesta a los desafíos de la vida. Una fuerte capacidad para adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento como una habilidad natural o ya desarrollada en ciertos individuos para afrontar, resistir e incluso aprender y crecer a partir de estas

experiencias, es lo que se reconoce en estos niños, aportando respaldo a la Psicología Positiva en su búsqueda por comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano, la manera como se perciben, como ven su realización y crecimiento personal, como perciben el ambiente y como es su relación con su entorno, tal como apunta el que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigan este proceso de recuperación natural y no desarrollen ningún tipo de trastorno, según afirma Vera, (2004), quien también lo asimila, con un estudio realizado con madres cuyos hijos habían permanecido largo tiempo en cuidados intensivos, y los padres reportaron haberse fortalecido con la experiencia vivida, y cita a Kobasa et al.(1982) quien al proponer el concepto de *Hardiness*, reflejó esta característica presente en numerosos niños, que ante hechos vitales negativos como el abuso sexual parecen tener unos recursos de personalidad que los protegen.

El profundizar en el estudio de las experiencias infantiles ante eventos traumáticos como el abuso sexual, se ofrece la posibilidad de reconocer desde la salud mental positiva, aspectos que redunden en beneficio de su bienestar psicológico. En cuanto a la resiliencia, los resultados reflejan lo que Masten(2001) citado por Lamas(2004), expresa en que éste no es un fenómeno inusual, ni extraordinario, sino muy al contrario, es un fenómeno bastante común que surge a partir de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano. Además esta población en estudio, si ha experimentado tomar conciencia de su realidad familiar y social donde reconocen señales de afecto y apoyo.

Se identifica entonces características del funcionamiento psicológico propio en niños y niñas resilientes, como una mayor tendencia al acercamiento a otros, mayor autoestima, menor tendencia a sentimientos de desesperanza y mayor autonomía e independencia. De esta manera la resiliencia designa también la capacidad para enfrentar

con coraje situaciones difíciles en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos presentes en los seres humanos, posibilitando un desarrollo más sano y positivo. Al abordar el fenómeno de la vivencia de experiencias traumáticas y la posibilidad de un crecimiento personal posterior al trauma, que parte de las personas que experimentan crecimiento postraumático, así mismo continúan experimentando emociones negativas y estrés, incluso, yendo más lejos, llegan a afirmar que para experimentar dicho crecimiento es necesaria la coexistencia en el individuo de emociones positivas y negativas, que en muchos casos, sin la presencia de estas emociones negativas, el crecimiento postraumático no se daría, según advierten Tedeschi y Calhoun, 1999, citados por Vera, 2004).

La orientación salutogénica, dirigida a la búsqueda de los factores promotores de la salud y de bienestar como una disposición generalizada, es la guía y modelo a seguir en temáticas relacionadas con las experiencias de abuso, especialmente con los niños; este enfoque les puede llevar a sentirse más fuertes, más reafirmados en si mismos, con más experiencia y más capacidad de afrontar dificultades futuras. También para el aumento de las posibilidades para que en situaciones difíciles en el futuro, se responda de una manera asertiva. Se le permite al niño desarrollar una autoimagen de fortaleza al igual que ganancias en sus relaciones interpersonales.

Las experiencias traumáticas tienden a incluir un aumento experimentado en proximidad interpersonal y emocional con otras personas, así como también, un aumento percibido en su libertad para expresar sus emociones, lo que puede significar un incremento en la comprensión del sufrimiento de otras personas, constituyéndose en mayor calidad de vida, y fortalecimiento del optimismo.

Un espacio donde probablemente los niños y niñas con experiencia de abuso vivencian el apoyo y reconocimiento como personas con derechos y capacidades, es el

centro de atención a víctimas de abuso sexual de la Fiscalía o CAIVAS, donde de manera sistemática se atiende y acompaña a esta población en su proceso de iniciar el relato y experiencias de apoyo institucional, así como de orientación a sus familiares cercanos para un mejor afrontamiento y aprovechamiento de sus particulares factores protectores.

De otra parte el testimonio de estos niños representa un respaldo al planteamiento de que las experiencias violentas producen en los protagonistas experiencias diversas y muchos de ellos logran seguir desempeñándose adecuadamente y en ocasiones mejorando la perspectiva de sus capacidades resilientes; en esto último, 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 tal como señala Bonanno(2004).

Las cifras revisadas permiten comparar con estadísticas anteriores y que no resultan tan abrumadoras ya que como Finkelhor(2005), reporta que los que han padecido abuso sexual tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir depresión, aunque el 85 por ciento de ellos no se encuentren normalmente deprimidos, un riesgo 14 veces mayor de desarrollar alguna fobia, aunque el 93 por ciento no manifiesten de hecho ninguna fobia, y que el 77 por ciento de los que han sufrido abuso sexual no tienen diagnóstico psiquiátrico, lo que se puede asimilar a los resultados de esta investigación.

Se refleja en los resultados que las experiencias traumáticas por abuso sexual, no siempre logran manifestarse en síntomas disfuncionales, ni interrumpen su funcionamiento familiar y social, continuando con sus actividades y proyectándose en su contexto y en el caso particular de esta muestra de niños con experiencias de abuso sexual, se da el concepto de crecimiento postraumático que como dice Lamas(2004), 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.

No se desconoce la probabilidad de experimentar emociones o cambios negativos asociados a algunos eventos de abuso sexual, sin embargo, pueden estar acompañados simultáneamente de otros de carácter positivo. Para enriquecimiento del proceso terapéutico es valioso reconocer que el crecimiento postraumático tiene lugar desde la cognición, más que desde la emoción, lo que plantea que la búsqueda de significado y las estrategias de afrontamiento cognitivo son fortalezas para aprovechar, tal como Riso(2007), describiendo los esquemas motivacionales superiores que se incluyen entre de los esquemas de segundo orden en la conceptualización clínica, resalta su orientación hacia la autorrealización racional, la auto motivación, búsqueda de crecimiento y motivos intrínsecos, autonomía, exploración del medio y potencial humano. Luego en los esquemas constructivos se refiere a la auto actualización citando a Ellis como la consecución de placer, crecimiento y desarrollo para vivir mejor y recuerda los objetivos del terapeuta cognitivo, ayudar a reducir las alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales de sus pacientes y activar o enseñar esquemas constructivos para una vida más saludable y placentera.

Conclusiones

Al hacer esta revisión de las características de la Salud Mental Positiva, con base en los criterios del modelo elaborado por Lluich (1999), se establece que están presentes en la muestra estudiada en proporciones destacadas, por lo que se justifica y requiere continuar con el desarrollo de abordajes investigativos en esta materia, ya que las probabilidades de avanzar y estructurar de manera más confiable los fundamentos de la salud mental positiva, encuentran un espacio fértil en el estudio de la población con experiencias de trauma.

En general los resultados obtenidos con la aplicación de esta escala permitieron obtener información que señala considerables niveles de salud mental positiva presentes en los niños y niñas componentes de la muestra. En la descripción de cada uno de los factores se ilustró el resultado y particularidades para cada uno de los ítems presentados y que reflejan que a pesar de la experiencia de abuso sexual, estos niños conservan características actitudinales que les favorecen su bienestar psicológico.

Los beneficios para el manejo de las intervenciones de atención terapéutica a todo nivel resultarán valiosos y en especial para la población afectada, ya que el reconocimiento de la presencia de factores de salud mental positiva en esta población, favorece el desempeño salutogénico de quienes reciben ayuda a la vez que se interviene la sintomatología derivada del abuso, aprovechando desde el primer momento el contacto con el niño afectado en las actuales rutas de atención, tanto jurídico, como clínico.

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 esta muestra de niños que, aún habiendo vivido una situación traumática, muchos 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, en palabras de Vera(2004) al citar a Manciaux, et al.(2001).

Como la resiliencia no es absoluta ni se adquiere de una vez para siempre, sino como una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, es trascendente que los niños que han experimentado abuso sexual, reciban apoyo profesional junto con sus familias para el mejor aprovechamiento de sus recursos personales, sin olvidarse de que la experiencia de crecimiento no indica necesariamente que el individuo vaya a verse libre de sufrir las consecuencias potencialmente negativas de un suceso traumático posterior, ya que no es una garantía y no necesariamente elimina el dolor ni el sufrimiento, como señala Vera(2004). Por otra parte, se entiende que el afrontamiento depende del contexto y así existe una forma de afrontamiento adecuada para cada situación y para cada momento como refiere Sasson(2004).

La palabra traumatización se utiliza ampliamente y esta forma de ver las cosas, como refiere Lamas(2004) procede de la suposición de que todos los acontecimientos adversos dejan heridas psicológicas, de lo que no existe base empírica, para esa generalización, por lo que se puede afirmar que angustia o sufrimiento, no son de por sí trastornos psicológicos.

Estos resultados como soporte empírico, permiten sugerir la revisión de los casos denunciados y las características propias y antecedentes de quienes los padecen; reconocer las características propias de nuestra población infantil y no copiar las establecidas en otras latitudes. Revisar las condiciones sociales de cada niño es relevante pero no lo único que define su experiencia individual. No ver a las víctimas como portadores únicamente

de sintomatología patológica, sino revisar el apoyo de su red social en especial de sus padres, que influye considerablemente en su experiencia emocional.

Los profesionales de la salud mental tenemos la oportunidad de incidir en mejor proporción y de mayor calidad frente a esta problemática de abuso sexual, que aunque de dimensiones cada vez mayores, gracias a los aportes como los que ofrece la salud mental positiva, que amplía al marco de acción hacia una visión general más amplia que nos permita encontrar algo de esperanza e inspiración, como reclama Finkelhor(2005), quien expresa que si tenemos en cuenta el hecho de que en una sola generación hemos sido capaces de avanzar mucho en la investigación y que la sociedad ha aceptado la idea de que el maltrato infantil es evitable, estaremos ante un logro importante. El papel de los factores amortiguadores, como la familia, las relaciones sociales y su autoestima, indudablemente aportan en la reducción del impacto psicológico de manera importante, por tanto, un reto para el futuro es profundizar en la comprensión del papel mediador de los factores de vulnerabilidad y de protección. Si para estos niños la resolución del estado de crisis resulta exitosa, aprenderán nuevas conductas de resolución de problemas y recuperaran un estado de equilibrio, un continuo estado de funcionamiento superior al que tenían antes de experimentar el abuso, según describe Sasson(2004).

Todo lo descrito resalta la importancia de promover más la percepción positiva de nuestro estado de salud y la valoración de la salud en forma optimista, impulsando las respuestas afectivas positivas, las actitudes ante la vida con optimismo, la fortaleza psicológica o *hardiness* y la resiliencia. De un mejor estilo de enfrentamiento o *coping*, se obtendrá mayor motivación al logro, autonomía y relevancia del locus de control interno, se generará empatía y así manejo adecuado de relaciones interpersonales, que aplicado a la población infantil víctima de abuso sexual, con seguridad ofrecerá valiosos beneficios.

Aunque la escala de Lluch(1999) empleada no permite específicamente medir si se dio un cambio positivo en los niños como resultado de su proceso de lucha ante su vivencia de abuso sexual, sin embargo el instrumento sí aporta las características de salud mental positiva presentes en esta muestra y que potencialmente favorecen un desarrollo o cambio positivo a partir de esa experiencia de abuso, lo que configuraría un crecimiento postraumático.

El instrumento ofreció la identificación adicionalmente a los ya relacionados, de factores como optimismo, esperanza, prospección, solidaridad, consideración, confianza en si mismo, autoeficacia, autoconcepto positivo, mejoramiento de relaciones interpersonales, percepción de apoyo familiar y social, identificación de oportunidades y fuentes de apoyo en especial familiares.

Se recomienda identificar las características positivas en los niños con experiencias de abuso sexual, desde su primer abordaje institucional para fortalecer su capacidad de afrontamiento y manejo personal y familiar de las emociones negativas que genera la situación. Y así procurar menor probabilidad de enfermar, y si al contrario, una experiencia de vida para el crecimiento del niño y de sus recursos hacia el futuro en su intercambio cotidiano con las diversas circunstancias en que se encuentre. Para un niño es la oportunidad de fortalecer la consolidación de su personalidad. Entonces aportar en la modificación de la percepción del episodio abusivo, identificando lo positivo y controlable como una forma de afrontamiento transformacional, adaptativo, reconociendo las oportunidades de crecimiento, haciendo frente de manera positiva y activa, en contraste con la evitación, dará un apoyo invaluable.

Al hablar de personas resistentes, se puede incluir a estos niños que tienen un gran sentido de compromiso y sensación de control sobre los acontecimientos y están más

abiertos a cambios en la vida, que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia como afirma Lamas(2004), que en coincidencia con los resultados de esta investigación, plantea promover la resiliencia para mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, que específicamente con población infantil podría ir dirigido a generar una actitud de escucha, apoyo e interés hacia ellos, donde se les permita también su participación activa en sus contextos habituales, sin olvidar que el crecimiento postraumático debe ser entendido siempre como un constructo multidimensional, es decir que el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no experimentarlos o experimentar cambios negativos en otros dominios(Vera, 2004). Se debe enfatizar la salud en lugar de la enfermedad, frente a los limitantes del concepto tradicional del ser humano como sujeto pasivo y reactivo.

A nivel internacional se ha venido articulando una corriente importante de estudio de la capacidad de los niños para enfrentar diversas situaciones adversas demostrando resistencia, flexibilidad, y capacidad de adaptación o resiliencia, así como de los factores que contribuyen a fortalecer y dinamizar esa capacidad, tal como plantea Lamas(2004).

En lo clínico, es pertinente acoger los principios básicos de la intervención terapéutica que Echeburúa (2004) resume en los siguientes puntos: mejorar el malestar emocional; ayudar al proceso de curación natural; no emplear tratamientos ineficaces o inaplicables que empeoren la situación o pospongan la recuperación; y adaptar la terapia a las necesidades específicas de cada persona. Para esto se plantea el diseño de mecanismos de atención a víctimas integrándolas mediante un manejo interdisciplinario e interinstitucional coherente hacia el reconocimiento de los recursos del niño o adolescente con abuso, asumiéndolos como personas con recursos potenciales, que justamente se han

denominado sobreviviente en algunos ámbitos, y no tan solo como una víctimas de los acontecimientos, o como refiere Lamas(2004), sin considerar a estos niños como simples receptores de efectos psicológicos negativos, que pueden estar presentes o ausentes. A cambio se recomienda asumir que las experiencias de victimización y las repuestas de esta población infantil que nos ocupa, reflejan respuestas normales frente a sucesos anormales, según Vera y cols, 2006, en cita a Summerfied(1999).

De otra parte, se hace valioso que para la recuperación de las víctimas o sobrevivientes del delito, cuando un niño se presente a denunciar el delito desde su contacto con las instituciones, se consideren sus capacidades y allí se le facilite un contacto que promueva la resiliencia y salud mental positiva, ya que en ocasiones es el único contacto, perdurable y significativo, promoviendo allí sus potenciales fortalezas. Para esto se propone desarrollar líneas de promoción de la salud y futuros trabajos de investigación, que como Vera(2004) refiere quizá una de las primeras tareas sea cambiar las creencias culturales y la terminología arraigada en nuestras sociedades, modificando la creencia de que a una experiencia traumática sólo sigue el dolor y la angustia y aceptando el hecho de que emociones positivas, aprendizaje y beneficio son también consecuencias de este tipo de experiencias. El ser humano, como sociedad, debe ir cambiando las expectativas culturales, creando la conciencia social de que el trauma no es sólo dolor y sufrimiento sino también la posibilidad de transformación y crecimiento.

La labor del psicólogo debe ir por el camino de reorientar a las personas en especial con población infantil, para que encuentren la manera de aprender y crecer con su experiencia traumática. Y esto se puede conseguir estudiando no sólo la patología, la debilidad y el daño, sino la fuerza, la virtud y la capacidad de crecimiento personal, aplicando las bases de la psicología positiva a la concepción del trauma. Desde la

reconceptualización que propugna la psicología positiva, el hombre se hace fuerte y capaz de aprender de todas sus experiencias (Vera y cols, 2006).

Dentro de la misma línea, estas últimas autoras, postulan como las teorías que defienden la posibilidad de crecimiento o aprendizaje postraumático adoptan la premisa de que 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, sino también fomentar la convicción de que se es mejor de lo que era antes del suceso, en especial entre los niños, asumiendo la propuesta de 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 de las víctimas.

Al igual que Lamas(2004), el autor resalta la importancia como oportunidad potencial del proceso de justicia para esta población víctima de abuso, al advertir como el proceso contribuye a la reconstrucción de la autoestima de la víctima y permite al niño desarrollar la resiliencia principalmente, así como prevenir riesgos, siendo concientes que no existe la invulnerabilidad y si que es posible un cambio de mirada hacia los aspectos positivos del desarrollo y la salud en medio de su red de apoyo social y familiar. De manera paralela el que se proceda dentro de la perspectiva de la psicología positiva, puede beneficiar las capacidades profesionales de quienes desempeñan su trabajo en este medio.

Referencias

- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Cuarta edición, Madrid: Prentice Hall.
- Bonanno, G. (2004). Loss, Trauma, and Human resilience. *American Psychologist*.
Extraído el 28 de mayo de 2007 desde http://www.nh.gov/safety/divisions/bem/behavhealth/documents/loss_trauma.pdf
- Bouvier, P. Resiliencia, una mirada que abre horizontes. Universitat de Valencia. Extraído el 2 de julio de 2007 desde <http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/resilienciahorizontes.htm>
- Del Gatto, D. (2004), Estudio sobre “Validación de los peritajes clínicos psicológicos en materia de delitos sexuales. Servicio Nacional de Menores Chile. Extraído el 2 de mayo de 2007 desde http://www.sename.cl/SenameWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6193/deploy/E_Peritajes_sicol_abuso_sexual_inf.pdf
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa E. (2003). El estrés postraumático en las víctimas. Factores predictivos del trastorno por estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. Extraído el 8 de mayo de 2007 desde http://www.webzinemaker.com/admi/m2/page.php3?num_web=11235&rubr=4&id=72033
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuad. med. forense, no. 43-44. Extraído el 8 de mayo de 2007 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100006&lng=es&nrm=iso>
- Echeburúa, E., Corral P. y Amor P. (2006). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. Extraído el 8 de mayo de 2007 desde www.ehu.es/yvwcaroa/doc/sovpalXIVcurso/Capitulo18.pdf
- Fernández, C, J. (1993). Psicología básica y salud, anales de psicología, 9 (2), 121-131. Universidad Autónoma de Barcelona. Extraído el 8 de mayo de 2007 desde http://www.um.es/analesps/v09/v09_2/01-09_2.pdf
- Finkelhor, D. (1994). Género y Salud Sexual. Extraído el 4 de mayo de 2007 desde http://www.icmer.org/RHO/html/gsh_keyissues.htm#menores
- Finkelhor, D. (2005). Violencia contra niños. Barcelona: Ariel
- Gallo, A. (2007, septiembre 18). ¿Quién protege a los niños sin voz de los delitos sexuales? Vanguardia Liberal.
- Gutiérrez, J. (1999). Eustrés: un modelo de superación del estrés. Extraído el 29 de mayo de 2007 desde <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-170-1-eustres-un-modelo-de-superacion-del-estres.html>
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. México, D.F: McGraw-Hill.
- Himelein, Melissa J.; And Others. (1994). Resilience in Child Sexual Abuse Survivors: Healing Power of Illusions. Extraído el 4 de mayo de 2007 desde <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/>

Horno, G. P. (2001). Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Save the Children Madrid. Extraído el 4 de mayo de 2007 desde www.derechosdelainfancia.cl/index.php el 18-08-2007

Instituto de Medicina Legal de Bucaramanga, (2006). Informe lesiones fatales y no fatales área metropolitana de Bucaramanga primer semestre de 2006. Bucaramanga: Rojas C y Jiménez J.

Kotliarenco, M., Cáceres I, Fontecilla M. (1997). Estado de arte en resiliencia. Organización Mundial de la Salud Fundación W. K. Kellogg. Extraído el 3 de mayo de 2007 desde <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>

Lamas, Hector. (2004). Promoción de salud una propuesta desde la psicología positiva. Liberabit, revista de psicología. Extraído el 4 de mayo de 2007 desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/686/68601007.pdf>

Ley 1098 de 2006 (noviembre 16) Ley de Infancia y Adolescencia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. Imprenta Nacional de Colombia. Extraído el 4 de agosto de 2007 desde <http://www.bienestarfamiliar.gov.co/espanol/default.asp>

Ley 1146 de 2007 (julio 10). Diario oficial. Año. CXLIII. N. 46685. Pag. 6

Lluch, M (1999). Construcción de Una Escala Para Evaluar la Salud Mental Positiva. Tesis de Doctorado, Universidad de Barcelona. Extraído el 4 de febrero de 2007 desde http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/20165.html

Martorelli, A; Mustaca, A. (2004). Psicología Positiva, Salud y Enfermos Renales Crónicos. Extraído el 4 de abril de 2007 desde http://www.renal.org.ar/revista/Vol24/3/24_3_99.htm

Ministerio de Protección Social. (2004). Tercer informe de Colombia al Comité de los derechos del niño, 1998 – 2003. Extraído el 22 de mayo de 2007 desde <http://www.minproteccionsocial.gov.co/entornoambiental/library/documents/DocNewsNo15293DocumentNo2555.PDF2004>

Montt, M., Hermosilla W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños Posttraumatic Stress Disorder in Children. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.39 n.2 Santiago abr. Extraído el 4 de febrero de 2007 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000200003&script=sci_arttext.

Muñoz R. Como elaborar y asesorar una investigación de tesis. Editado por Pearson educación. Extraído el 4 de mayo de 2007 desde <http://www.mcl.com.mx/abc/prentice/prentice2/prentice3.1/>

Myers, D. (1999). Psicología Social. Madrid: Panamericana.

PAHO.org (n.d.) Abuso sexual infantil. Extraído el 15 de mayo de 2007 desde <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-comp.maltrato.htm>

Pérez A, Puerta L, Sierra E. y Velásquez B.(2006). Características de la salud mental positiva de menores trabajadores y no trabajadores entre 11 y 17 años en el municipio de Tolúviejo, Sucre. Trabajo de grado, Universidad del Norte Barranquilla.

Riso, W. (2006). Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá: Norma.

Sassón, M. (2004). Las tesinas Belgrano. Catástrofes y Salud Mental. Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención. Universidad de Belgrano. Extraído el 4 de mayo de 2007 desde www.ub.edu.ar/investigaciones/tg_humanidades.htm

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). *Psicología Positiva*. Extraído el 6 de mayo de 2007 desde <http://www.psicologia-positiva.com/>

Seligman, M. (2002). *La Auténtica felicidad*. España: Vergara.

Vera, P. B. (2004). *Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva*. Extraído el 11 de mayo de 2007 desde www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf

Vera P. B., Begoña C. y Vecina J. (2006). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*. Universidad Complutense. Extraído el 16 de febrero de 2007 desde <https://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1283>

Apéndice 1

Escala para la medición de la Salud Mental Positiva



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
Escuela de Ciencias Sociales Humanidades y Artes
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Escala para la medición de la Salud Mental Positiva

Edad: _____ Sexo: F () M () Convivo con : _____

A continuación, te presentamos un cuestionario que contiene una serie de afirmaciones referidas a tu forma de pensar, sentir y hacer, que son más o menos frecuentes en cada uno de nosotros. Para contestarlo, lee cada frase y completa el espacio de puntos suspensivos con la frecuencia que mejor se adapte a ti.

¿Tienes algún problema de salud física? NO () SI () Especificar:.....

¿Tienes algún problema de salud mental? NO () SI () Especificar:.....

En este último mes, ¿has tenido que ir al médico para algo? NO () SI () Especificar:.....

¿Has ido alguna vez a visitar a un psiquiatra o psicólogo? NO () SI () Especificar:.....

A continuación señala con una X en las casillas de la derecha tu respuesta.
 Las posibles respuestas son:

- Siempre o casi siempre	- A menudo o con bastante frecuencia
- Algunas veces	- Nunca o casi nunca

No necesitas reflexionar mucho para contestar ya que no hay respuestas correctas e incorrectas. Lo que interesa es tu opinión. Tampoco trates de buscar la respuesta que quizá podría causar una "mejor impresión" ya que puedes estar segura/o que la información es absolutamente anónima y confidencial.
 Por favor, contesta a todas las afirmaciones. Muchas Gracias.

Criterio	Siempre o casi Siempre	Con Bastante Frecuenc	Algunas veces	Nunca o casi Nunca
(1) Te resulta muy difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes diferentes a las tuyas				
(2) Los problemas te bloquean fácilmente				
(3) Te resulta muy difícil escuchar a las personas que te cuentan sus problemas				
(4) Te gustas como eres				
(5) Eres capaz de controlarte cuando experimentas emociones negativas				
(6) Te sientes a punto de explotar en este momento de tu vida				
(7) Para ti la vida es aburrida y monótona				
(8) A ti te resulta muy difícil dar apoyo emocional, es decir, dar aliento a una persona cuando se siente triste o dar una sonrisa / abrazo cuando alguien lo necesita				
(9) Tienes dificultades para establecer relaciones profundas y satisfactorias con las demás personas				
(10) Te preocupa mucho lo que los demás piensan de ti				
(11) Crees que tienes mucha capacidad para ponerte en el lugar de los demás y comprender sus respuestas				

Criterio	Siempre o casi Siempre	Con Bastante Frecuenc	Algunas veces	Nunca o casi Nunca
(12) Miras tu futuro con pesimismo				
(13) Las opiniones de los demás te influyen mucho a la hora de tomar tus decisiones				
(14) Te consideras una persona menos importante que el resto de personas que te rodean				
(15) Eres capaz de tomar decisiones por ti misma/o				
(16) Intentas sacar los aspectos positivos de las cosas malas que te suceden				
(17) Intentas mejorar como persona				
(18) Te consideras "un buen psicólogo/a", es decir, un buen consejero; las personas vienen a ti cuando tienen problemas				
(19) Te preocupa que la gente te critique				
(20) Crees que eres una persona sociable				
(21) Eres capaz de controlarte cuando tienes pensamientos negativos				
(22) Eres capaz de controlarte en situaciones conflictivas de tu vida				
(23) Piensas que eres una persona digna de confianza				
(24) A ti te resulta muy difícil entender los sentimientos de los demás				
(25) Piensas en las necesidades de los demás				
(26) Si estás viviendo presiones por parte de los demás que son desfavorables, eres capaz de continuar manteniendo tu equilibrio personal, es decir, tu estabilidad.				
(27) Cuando hay cambios en tu medio intentas adaptarte				
(28) Frente a un problema eres capaz de pedir información				
(29) Los cambios que ocurren en tu rutina diaria te motivan				
(30) Tienes dificultades para relacionarte abiertamente con tus profesores/jefes				
(31) Crees que eres un/a inútil y que no sirves para nada				
(32) Tratas de aprovechar, desarrollar y elevar tus buenas aptitudes				
(33) Te resulta difícil tener tus propias opiniones				
(34) Cuando tienes que tomar decisiones importantes te sientes muy insegura/o				
(35) Eres capaz de decir no cuando quieres decir no				
(36) Cuando se te presenta un problema intentas buscar posibles soluciones				
(37) Te gusta ayudar a los demás				
(38) Te sientes insatisfecha/o contigo misma/o				
(39) Te sientes insatisfecha/o de tu aspecto físico				

Lluch(1999), adaptado por Pérez A, Puerta L, Sierra E y Velásquez B.(2006).