

La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres^a

Doris E. Ospina Muñoz^b
Diva Estela Jaramillo Vélez^c
Tulía María Uribe Vélez^d

“La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo”¹

RESUMEN

Este artículo parte de un análisis de la resiliencia y sus diferentes escuelas de pensamiento: la anglosajona, la europea y la latinoamericana, para luego analizar las diferencias conceptuales y metodológicas, que pueden ser clarificadoras a la hora de investigar e intervenir este tema que ha devenido un campo fértil en el área de la salud. Posteriormente, muestra algunas de las diferencias existentes entre promoción de la salud y promoción de la resiliencia, incluyendo las sugerencias de algunos investigadores para la implementación de esta última y su articulación al cuidado de la salud de las mujeres.

Palabras clave: Resiliencia, promoción de la salud, mujeres.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la resiliencia empieza a ser objeto de investigación de diversas profesiones y disciplinas. Los estudios sobre el tema muestran tendencias que podríamos clasificar en tres escuelas: la anglosajona, la europea y la latinoamericana. Entre las escuelas mencionadas existen diferencias en la manera de entender los conceptos de vulnerabilidad, riesgo y adversidad, lo cual ha traído como consecuencia diferencias en el entendimiento de cómo se produce la resiliencia y cuáles son las recomendaciones para promoverla, como veremos mas adelante.

Las discusiones sobre los dos primeros conceptos datan de la década de los 70, época en la cual los estudios sobre el desarrollo humano dieron lugar al concepto de niño invulnerable. Con este término se hace referencia a niños constitucionalmente fuertes que no cedían frente a las presiones del estrés y la adversidad.

Con el paso del tiempo y los avances en las investigaciones sobre el estrés se llegó a la conclusión de que el concepto de invulnerabilidad era insostenible en los seres humanos, ya que al ser la susceptibilidad al estrés un fenómeno gradual, el valor del agente estresor no es el mismo para todas las personas y, por lo tanto, nadie tiene una resistencia absoluta a él. Es decir, cada

- a Este artículo es producto de la investigación Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas, financiada por COLCIENCIAS, la cual empezó en febrero de 2003 y aún está en proceso.
- b Psicóloga, magíster en salud colectiva. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: doris@tone.udea.edu.co
- c Enfermera, magíster en salud pública. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: divajara@quimbaya.udea.edu.co
- d Enfermera, magíster en desarrollo educativo y social. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: turibe@quimbaya.udea.edu.co

Ospina DE., Jaramillo DE., Uribe TM. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. Invest Educ Enferm 2005; 23(1): 78-89

Recibido: 25 de agosto de 2004
Aceptado: 23 de febrero de 2005

Resilience and women's health promotion

Doris E. Ospina Muñoz
Diva Estela Jaramillo Vélez
Tulia María Uribe Vélez

cuál es, en mayor o menor medida, vulnerable a factores estresantes de diversa índole. Según Colmenares², la forma de entender la vulnerabilidad, el riesgo y sus implicaciones sobre la salud tiene consecuencias políticas y socioculturales importantes que se manifiestan a la hora de diseñar e implementar estrategias de intervención.

En cuanto al concepto de adversidad, se asimila al de riesgo. La adversidad puede designar una constelación de muchos factores y puede ser objetiva o subjetiva³. Es decir, existen condiciones físicas reales de adversidad como las derivadas de una catástrofe, o situaciones que se convierten en adversidades a partir de las interpretaciones que se hacen de ella. Por ello, algunos investigadores insisten en la necesidad de definir, para cada proyecto, lo que se entenderá por adversidad y la manera como será abordada.

Enfoques sobre resiliencia

La escuela anglosajona

Llamada también el enfoque psicobiológico de la resiliencia, da importancia a la interacción persona-ambiente y a las diferentes formas en que los individuos responden ante las amenazas y los desafíos del medio. Sitúa a la persona como referencia de un sistema de interacciones favorables o desfavorables a su organización y desarrollo. Según Infante⁴ de este enfoque se han derivado dos generaciones de investigadores. La primera, genética e individualista, surgió a principios de los años 70 y orientó sus estudios bajo la pregunta ¿Qué distingue a los niños que, pese a la adversidad, se adaptan positivamente? Esta línea alcanzó un hito con el estudio de Werner y Smith⁵, el cual organiza las cualidades personales consideradas como factores resilientes, en un modelo triádico compuesto por tres niveles: atributos individuales, características familiares y condiciones sociales y ambientales.

La segunda generación de investigadores orientó sus trabajos bajo la pregunta ¿Cuáles son los procesos asociados a la adaptación positiva dada la adversidad?. Dentro de esta generación se distinguen tres orientaciones:

- 1) La de M. Rutter⁶, que hace énfasis en la identificación de los mecanismos protectores más que en los factores protectores o de riesgo;

ABSTRACT

This article begins with the analysis of resilience and the anglosaxon, european and latinamerican ways of thinking. Next it analyses the methodical and conceptual differences that could be clarifying when research and intervention in this fruitful area in health care are undertaken.

Finally it shows some of the differences between "promotion of health" and "promotion of resilience", including some researchers' suggestions for the implementation of the latter and its articulation into feminine health care.

Key words: Resilience, promotion of health, women.

- 2) La de E. Grotberg⁷, que concibe la resiliencia como la interacción entre factores de soporte social (yo tengo), habilidades personales (yo puedo) y fortalezas personales (yo soy y yo estoy);
- 3) La representada por Luthar y Cushing, Masten, Kaplan y Bernard⁸, los cuales retoman el modelo ecológico-transaccional del desarrollo humano planteado por Bronfenbrenner⁹, el cual considera el desarrollo humano como una consecuencia de la interacción entre los factores individuales y los entornos familiar, social y cultural.

Rutter¹⁰ consideró que las posibilidades de prevención surgen al aumentar el conocimiento y la comprensión de las razones por las cuales algunas personas no resultan dañadas por la privación. En ese sentido, los estudios que siguen esta línea, es decir los de la psicobiología, avanzaron, ya no hacia la identificación de factores de riesgo o factores protectores, sino hacia identificar y conocer la dinámica o los mecanismos protectores que subyacen a cada situación. En esta corriente se entiende

por mecanismo protector no la valencia contraria a los factores de riesgo, sino aquella dinámica que permite al individuo salir fortalecido de la adversidad en cada situación específica, respetando las características personales¹¹. Para este autor, la vulnerabilidad y la protección son procesos interactivos que se relacionan en momentos claves de la vida de una persona¹².

En esta línea, los mecanismos protectores se entienden como los recursos ambientales que están disponibles para las personas y las fuerzas que éstas tienen para adaptarse a un contexto y que, según Werner¹³, operarían a través de tres mecanismos diferentes:

- El modelo compensatorio: en el que los factores estresantes y los atributos individuales se combinan y pueden conducir a una reducción del estrés,
- El modelo de desafío: en el que el estrés es tratado como un potencial estimulador de competencia, y
- El modelo de inmunidad: en el que hay una relación condicional entre estresores y factores protectores.

Grotberg¹⁴ ha creado un modelo en el cual es posible caracterizar a un niño resiliente a través de expresiones del lenguaje como: “yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”. En ellas aparecen los distintos factores de resiliencia, como la autoestima, la confianza en sí mismo y en el entorno, la autonomía y la competencia social. La posesión de estas verbalizaciones se considera una fuente generadora de resiliencia; por lo tanto, desde esta perspectiva, se recomienda a los agentes de salud y educadores promover una educación en la que estas verbalizaciones se aumenten¹⁵.

Para Luthar y otros¹⁶, la resiliencia surge como producto de la interacción entre la persona y el ambiente. En esta interacción, lo que cuenta para la conducta y el desarrollo es la percepción que se tenga del ambiente, más que su existencia como una realidad “objetiva”. Como se observa, en esta perspectiva, los conceptos de ambiente y desarrollo son fundamentales. El desarrollo se entiende como la capacidad creciente de una persona para descubrir, mantener o modificar las propiedades del ambiente y relacionarse con él, y el ambiente se entiende como un conjunto de estructuras seriadas, relacionadas entre sí, las cuales caben cada una dentro de la siguiente; así, el nivel más interno, microsistema, contiene a la persona en desarrollo y se ve influido por los otros niveles, mesosistema, exosistema, y macrosistema, donde se determinan factores que afectan positiva o negativamente el desarrollo. Desde esta posición, las investigaciones sobre desarrollo humano requieren una integración funcional con las políticas públicas y cobra importancia el develamiento de ideologías que sirven de base para la conceptualización del desarrollo y la formulación de problemas de investigación¹⁷.

En conclusión, por esta vía, los estudios sobre resiliencia hacen énfasis en la identificación de procesos y mecanismos protectores en los diferentes ambientes en que tiene lugar el desarrollo humano.

El enfoque europeo^e

Este enfoque sitúa al sujeto como referente de la experiencia, da prioridad a la teoría del vínculo, a la noción de representación y a la

La posesión de estas verbalizaciones se considera una fuente generadora de resiliencia; por lo tanto, desde esta perspectiva, se recomienda a los agentes de salud y educadores promover una educación en la que estas verbalizaciones se aumenten

e Sus principales representantes son: Cyrulnik B, Manciaux M, Vanistendael S, Tomkiewicz S, entre otros. Cfr E: Delgado Restrepo AC. La resiliencia. Desvictimizar la víctima. Cali: Editorial RAFUE; 2002. p. 86.

participación del sujeto en la elección de un tipo de desarrollo, mostrando que tiene múltiples opciones¹⁸. En la visión que la escuela europea tiene de la resiliencia se consideran las teorías del sujeto y se sitúa, en términos psicológicos, la relación entre el sujeto, su comportamiento y el medio. En ella, la resiliencia se entiende como “respuesta para salvaguardar el sentido de la propia vida, como principio de supervivencia en situaciones o hechos que comprometen gravemente esta posibilidad de supervivencia y que ocasionan daños severos a la vida psíquica”¹⁹.

Desde este enfoque, la resiliencia es una respuesta construida gracias a procesos psíquicos que se dinamizan en el sujeto tomando como núcleo de amarre su propia identidad. La respuesta trasciende el medio y, por lo tanto, no está supeditada a factores de protección; es “tejida por el sujeto” y por ende está ligada a su propia organización y dinámica psicológica la cual está en íntima relación con las posibilidades de una narratividad íntima y una narratividad externa sobre la propia vida. Considera que en la construcción de respuestas resilientes juegan un papel fundamental los valores colectivos, y factores individuales y culturales que determinan la forma de ver el mundo y las experiencias traumáticas. Hace énfasis en la definición psicoanalítica de trauma, para la cual “se necesitan dos golpes para hacer un traumatismo: el primer golpe se produce en lo real (tengo frío, tengo hambre, me duele, he sido humillado, he sido abandonado, sufro) y el segundo golpe se produce en la representación de lo real, es decir en el relato”²⁰ que la persona construye de su experiencia, bajo el efecto de la mirada que otras personas hacen de su situación.

Esta visión sobre el trauma genera una postura diferente a la anglosajona sobre la intervención, que se orienta a buscar respuestas resilientes. Para los europeos, más que modificar el ambiente enriqueciéndolo con factores y mecanismos protectores, es importante trabajar tanto con la persona, principalmente el niño(a) que se encuentra en riesgo, como con los profesionales que lo atienden y la cultura en la que se hayan inmersos. A partir de la importancia que dan a la resignificación del trauma en la respuesta resiliente, ellos han introducido el concepto de “tutor de resiliencia” para referirse a aquellos profesionales que facilitan a sus pacientes hacer una lectura desvictimizante de su situación.

Para la escuela europea la resiliencia no es algo que constituya un monobloque, por lo tanto no es posible presentarla diciendo simplemente que el sujeto resiliente debe alcanzar una vida socialmente aceptable²¹. A partir de los estudios con adolescentes palestinas²² y con niños de la calle²³, se plantea que es posible hablar de tres tipos de resiliencia, la activa, la pasiva y la resiliencia fuera de la ley. El primer tipo se ilustra a partir de un grupo de adolescentes palestinas las cuales, conscientes de su suerte y de la discriminación, tenían de todas maneras un proyecto de vida: continuar con sus estudios, adquirir un oficio, una autonomía y una independencia. El segundo tipo, la resiliencia pasiva, se ejemplifica con aquellas adolescentes, también conscientes de su situación y de las dificultades con las cuales se debatían, pero sin un deseo fundamental de cambiar la situación. Ellas pensaban que la vida de las mujeres en los países musulmanes ofrece un cierto número de compensaciones, ofrece una protección y no tenían el anhelo de continuar durante mucho tiempo sus estudios o de acceder a un oficio autónomo; deseaban casarse muy pronto y tener hijos.

Esta visión sobre el trauma genera una postura diferente a la anglosajona sobre la intervención, que se orienta a buscar respuestas resilientes. Para los europeos, más que modificar el ambiente enriqueciéndolo con factores y mecanismos protectores, es importante trabajar tanto con la persona, principalmente el niño(a) que se encuentra en riesgo, como con los profesionales que lo atienden y la cultura en la que se hayan inmersos

La resiliencia “por fuera de la ley” se entiende al comprender cómo los niños de la calle, en vista de las dificultades para mantenerse en el sistema social predominante, optan por una salida que, aunque fuera de la ley, se convierte en una estrategia de supervivencia. El problema aquí radica en hacerles abandonar esa resiliencia “por fuera de la ley” y hacerlos pasar a una resiliencia socializada.

Entre las dos escuelas anteriormente descritas no existe disenso frente a lo que consideran resiliencia. Para ambas es válida la definición ofrecida por Michael Rutter²⁴, representante de la escuela anglosajona, quien la define como aquello que caracteriza a personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas. Sin embargo, sí existen importantes diferencias en la comprensión de cómo se produce la respuesta resiliente y el lugar del sujeto en la producción de esta respuesta. Mientras que los anglosajones entienden la respuesta resiliente como una consecuencia de los mecanismos de protección, para los europeos, el “desarrollo de la resiliencia ocurre de una manera concomitante, coherente con las etapas de formación a través de capacidades que se van adquiriendo: introspección, independencia física y emocional, capacidad de relacionarse con otros, tendencia a exigirse, ponerse metas y pruebas; desarrollo del humor y de la creatividad”²⁵.

Como puede observarse, para la escuela europea los elementos que devienen del medio en el que se desenvuelven las personas, o factores protectores, son integrados por el sujeto en una trama de significaciones que le permiten otorgar sentido a su existencia en medio de la adversidad. Es decir, para esta escuela, la resiliencia no depende tanto de la generación de factores o mecanismos protectores, como de la manera en que estos son integrados y representados en la experiencia del sujeto.

El enfoque latinoamericano

En Latinoamérica, los primeros planteamientos sobre resiliencia surgen alrededor de 1995. Para estos investigadores, la resiliencia es comunitaria y puede obtenerse como un producto de la solidaridad social, que se hace evidente en los esfuerzos colectivos de algunos pueblos a la hora de enfrentar situaciones de emergencia. Este enfoque se enraiza en la epidemiología social que entiende el proceso salud-enfermedad como una situación colectiva causada por la estructura de la sociedad y por los atributos del proceso social. Así, la resiliencia comunitaria desplaza la base epistemológica del concepto inicial, modificando el objeto de estudio, la postura del observador y la validación del fenómeno²⁶. Desde esta perspectiva, se considera que las comunidades resilientes han contado con una especie de escudo protector surgido de sus propias condiciones y valores, lo que les permite metabolizar el evento negativo y construir sobre él. Los pilares fundamentales de este enfoque son:

- Autoestima colectiva: referida a la satisfacción con la pertenencia a la comunidad
- Identidad cultural: incorporación de costumbres, valores y demás, que se convierten en componentes inherentes del grupo.
- Humor social: capacidad de algunos grupos o colectividades para encontrar la comedia en la propia tragedia. Es la capacidad de expresar con elementos cómicos la situación estresante logrando un efecto tranquilizador.

En Latinoamérica, los primeros planteamientos sobre resiliencia surgen alrededor de 1995. Para estos investigadores, la resiliencia es comunitaria y puede obtenerse como un producto de la solidaridad social, que se hace evidente en los esfuerzos colectivos de algunos pueblos a la hora de enfrentar situaciones de emergencia

- Honestidad colectiva o estatal: manejo decente y transparente de los asuntos públicos.

Estos pilares deben complementarse con la capacidad para generar liderazgos auténticos y participativos, así como el ejercicio de una democracia efectiva en la toma de decisiones cotidianas y la “inclusividad” para una sociedad en la que no exista discriminación.

Para algunos investigadores²⁷, la resiliencia individual y la colectiva son las dos caras de una moneda, ya que la capacidad de enfrentar la adversidad y salir fortalecidos implica respuestas que pueden darse tanto de manera individual como colectiva. El individuo se concibe como parte del grupo y reconoce que necesita de él para su desarrollo en una relación de mutua influencia²⁸.

En general, sean de una u otra escuela, los estudios sobre resiliencia se ocupan de observar aquellas condiciones que posibilitan a las personas abrirse paso a un desarrollo exitoso^f, más sano y positivo, en medio de la adversidad, para indicar formas de promoción de la resiliencia. Cada uno de los enfoques aquí expuestos contribuye a ampliar la mirada sobre el fenómeno de la resiliencia y a incrementar su comprensión, de tal manera que el trabajo investigativo pueda verse enriquecido por la discusión sobre los diferentes determinantes de la resiliencia. Si bien en cada una de las escuelas pueden identificarse unas líneas de acción claramente delimitadas y unas intervenciones características, propias de los referentes conceptuales en los que se basan, seguramente en el futuro sea necesario avanzar hacia conceptualizaciones más integradoras, no sólo de los elementos identificados como participantes en el fenómeno resiliente, sino de éste con los demás enfoques que pretenden alcanzar mejores condiciones de vida y bienestar.

La promoción de la resiliencia y la promoción de la salud

Si bien existen diferentes enfoques en el entendimiento de la resiliencia, varias de las corrientes teóricas la consideran una característica de la salud mental, y en ese sentido es reconocida como un aporte a la promoción y el mantenimiento de la salud misma. Se piensa que al resaltar los aspectos positivos que muestran las personas en situación de adversidad y peligro, las fortalece y prepara para enfrentar las dificultades de la vida. Esta nueva mirada puede conducir a un cambio en la visión de los planes, programas y políticas sociales que tradicionalmente se han pensado con carácter compensatorio, mitigador y preventivo, en el modelo epidemiológico de salud pública²⁹. La promoción de la resiliencia se diferencia de la promoción de la salud en que para la primera es necesario establecer la diferencia entre factores resilientes y conductas resilientes, lo cual implica que la promoción de la resiliencia debe hacerse de manera más específica, cercana al ciclo vital y consciente de los logros que se quieren alcanzar de acuerdo con las características de las personas que son estimuladas para que presenten conductas resilientes. Por ejemplo, mientras que una madre cariñosa y protectora puede ser considerada un factor de protección para el modelo de la promoción de la salud, el modelo

En general, sean de una u otra escuela, los estudios sobre resiliencia se ocupan de observar aquellas condiciones que posibilitan a las personas abrirse paso a un desarrollo exitoso, más sano y positivo, en medio de la adversidad, para indicar formas de promoción de la resiliencia

f Por exitosa se entiende aquella persona que al hacer un balance del curso de su vida, se caracteriza por tener resultados positivos en las diferentes etapas de su desarrollo, tales como una vida estudiantil con reconocimiento, un manejo adecuado de su hogar, de sus relaciones íntimas, un empleo estable y unas condiciones socioeconómicas que le permiten una vida digna.

de resiliencia insistiría en que ella es factor protector en la primera infancia pero puede convertirse en un factor de riesgo para un niño en edad preescolar en tanto puede limitar el desarrollo de su autonomía.

La promoción de la resiliencia se considera muy cercana a la promoción de la salud, a tal punto que ha generado conflicto entre investigadores, políticos y quienes trabajan en la implementación de los programas de salud. Este conflicto se hace presente, de manera creciente, en organizaciones nacionales e internacionales, a medida que el interés por los fondos y las decisiones sobre los servicios va emergiendo y requiriendo resoluciones y mandatos³⁰.

El fin de la promoción de la resiliencia es desarrollar la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido, e incluso transformado, por las experiencias de adversidad. En este sentido, la promoción de la resiliencia, al igual que la promoción de la salud, “no es tarea de un sector determinado”³¹. La tendencia es a integrar el enfoque de la resiliencia en las acciones sociales, educativas y de salud que abarquen a los sujetos individuales de todas las edades, desde la primera infancia hasta la tercera edad, pero también a las familias, e incluso a las comunidades³². Sin embargo, mientras que existe una relativa claridad con respecto a lo que se entiende por promoción de la salud, ese no es el caso de la promoción de resiliencia. Luthar³³ señala que en tanto unos investigadores hacen énfasis en la resiliencia como un rasgo inherente a algunos individuos, otros la definen como una capacidad humana que todos pueden desarrollar; algunos la entienden como una suma de factores protectores que afectan el desarrollo del individuo y otros más, como un proceso de adaptación en situaciones de adversidad.

Considerar la resiliencia como un proceso que puede ser promovido requiere estudios que permitan dilucidar las dinámicas inmersas en el proceso de adaptación para que puedan ser replicadas y promovidas en contextos similares³⁴. Además, significa que no es una simple respuesta a una adversidad sino que incorpora aspectos como:

El fin de la promoción de la resiliencia es desarrollar la capacidad humana de enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido, e incluso transformado, por las experiencias de adversidad. En este sentido, la promoción de la resiliencia, al igual que la promoción de la salud, “no es tarea de un sector determinado”



François Boucher. Diana de vuelta de la caza, 1745.
Óleo sobre lienzo, 94 x 132 cm París, Musée Cognacq-Jay

- Promoción de factores resilientes de acuerdo con las etapas del desarrollo, la edad y el género.
- Compromiso con el comportamiento resiliente, es decir, promover la interacción dinámica entre los factores resilientes (identificar la adversidad, seleccionar el nivel y la clase de respuestas apropiadas).
- Valoración de los resultados de resiliencia (aprender de la experiencia, estimar el impacto sobre otros, reconocer un incremento del sentido de bienestar y de mejoramiento de la calidad de vida)³⁵.

En definitiva, un modelo de promoción de la resiliencia implica un tipo de intervención psicosocial que promueva procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar la adversidad (y el riesgo), a adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida³⁶. Por ello, más que controvertir las estrategias de promoción de la salud, la promoción de la resiliencia puede complementar las intervenciones, haciendo énfasis en las posibilidades de cada persona para superar las dificultades durante todo el ciclo vital.

Las sugerencias de algunos investigadores para promover la resiliencia son:

- Aumentar el conocimiento y la comprensión de las razones por las cuales algunas personas no resultan dañadas por la privación, y conocer la dinámica o los mecanismos protectores que subyacen a la resiliencia³⁷.
- Problematizar la noción de protección, ya que ésta, como tradicionalmente se ha concebido, deja al niño vulnerable y sin capacidad suficiente de respuesta para los problemas de la vida. Trabajando con adolescentes se ha hecho notar que en aquellos que de niños han experimentado adversidad, el proceso de transición de la niñez a la adolescencia es un período de fecundas posibilidades para intervenciones que abren nuevas oportunidades de desarrollo que favorecen la resiliencia³⁸.
- Identificar la relación entre factores protectores y de riesgo en momentos determinados del ciclo vital, valorar las consecuencias positivas de la exposición al estrés, e implementar, de manera decidida, acciones de prevención primaria con recursos propios, convencidos de que ello no requiere grandes intervenciones externas en los contextos naturales³⁹.
- Diseñar políticas de intervención que intenten alterar el balance presente de las personas que oscilan entre vulnerabilidad y resiliencia, ya sea disminuyendo la exposición a situaciones de vida provocadoras de estrés y que atentan contra la salud mental, o bien aumentando o reforzando el número de factores protectores que pueden estar presentes en una situación dada⁴⁰.
- Retroalimentar las acciones educativas para fomentar la resiliencia, identificando los mecanismos que han actuado como moderadores y/o protectores frente a las situaciones que acarrea frecuentemente la pobreza, y la importancia de la detección temprana de posibles desórdenes permanentes en los niños. Incorporar a la familia en el trabajo con los hijos y orientar comportamientos activos en cuanto a promover el desarrollo integral de los niños⁴¹.

En definitiva, un modelo de promoción de la resiliencia implica un tipo de intervención psicosocial que promueva procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar la adversidad (y el riesgo), a adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida

- Orientar las intervenciones hacia el empoderamiento de los padres y el mejoramiento de las interacciones padres-hijos y la provisión y preparación de mentores para la promoción de la resiliencia⁴².
- Desarrollar estrategias, de acuerdo con las etapas del desarrollo humano descritas por Eric Erikson⁴³. Dentro de esta línea, Grotberg⁴⁴ considera que: “contextualizar la promoción de la resiliencia dentro del ciclo de vida permite tener una guía respecto de lo que se debe hacer en cada etapa del desarrollo y promover nuevos factores de resiliencia sobre la base de aquellos factores ya desarrollados en etapas anteriores. Atenerse a las etapas del desarrollo humano como líneas de orientación para la promoción de la resiliencia ayuda a los adultos a tener expectativas concretas respecto a lo que los niños pueden o no hacer de acuerdo con su edad”.

Independientemente del enfoque que los investigadores asuman para promover la resiliencia, lo que queda claro es que esta es una tarea interdisciplinaria y colectiva que implica esfuerzos a nivel político, institucional, comunitario, familiar e individual, en la que los factores culturales deben ser tenidos en cuenta e incorporados en el modelo de promoción.

La resiliencia en el cuidado de la salud de las mujeres

Los estudios sobre resiliencia han mostrado diferencias entre las respuestas resilientes de niños y niñas. Grotberg muestra cómo en la resolución de conflictos, las niñas tienden a contar con habilidades interpersonales y fortalezas internas, en tanto que los niños tienden a ser más “pragmáticos”

Los estudios sobre resiliencia han mostrado diferencias entre las respuestas resilientes de niños y niñas. Grotberg⁴⁵ muestra cómo en la resolución de conflictos, las niñas tienden a contar con habilidades interpersonales y fortalezas internas, en tanto que los niños tienden a ser más “pragmáticos”. Un estudio sobre efectos de la violencia armada en niños y niñas de la región del Urabá antioqueño⁴⁶ mostró cómo los niños y las niñas afectados por la violencia utilizan, diferencialmente, distintos mecanismos de defensa psíquicos, y aunque pueden mostrar respuestas similares en cuanto al comportamiento y la enfermedad, sus mecanismos de enfrentamiento muestran una manera diferente de elaborar la información y los hechos que perciben en la realidad. Mientras que los niños se perciben inhibidos, inseguros y con problemas de comunicación, las niñas se ven más flexibles y dependientes de las figuras de apego. También se notan grandes diferencias en cuanto a la interacción con el ambiente. Estudios sobre el significado y los efectos de la interacción social han mostrado que los muchachos desarrollan más fácilmente perturbaciones emocionales y de conducta que las muchachas cuando están expuestos a discordia familiar; los padres tienden a reñir más delante de los muchachos que delante de las muchachas; ante la falta de la familia, los muchachos son puestos más fácilmente bajo alguna forma de cuidado institucional que las muchachas; los muchachos reaccionan, más frecuentemente que las muchachas, con conductas de oposición disociadora en lugar de reaccionar con dolor emocional; finalmente, la timidez en los muchachos es asociada a interacciones negativas con otros, mientras que en las muchachas se asocia con intercambios personales positivos⁴⁷. Estas observaciones sugieren que la identificación de las diferencias de género en el afrontamiento de la adversidad puede convertirse en un campo de investigación útil para la promoción de la resiliencia, puesto que dentro de los factores que moldean el comportamiento humano, los estereotipos de género ejercen una profunda influencia sobre la forma de percibir el mundo e interactuar en él.

El hecho común de encontrar que “las mujeres hacen más trabajo como cuidadoras de la salud, dan un valor alto y están más interesadas en la salud y tienen mayor conocimiento de asuntos de salud que los hombres”⁴⁸, y el cambio de una mirada reduccionista de la salud de las mujeres hacia una más integral, dan lugar a una corriente de investigación en enfermería, preocupada por indagar acerca del proceso de la resiliencia y de los factores que han ayudado a las mujeres a enfrentar y superar situaciones estresantes de sus vidas, situaciones relacionadas con las condiciones de discriminación y adversidad de las cuales han sido objeto, tales como la violencia doméstica, el abuso sexual, la situación de las mujeres viejas que han vivido en condiciones de dependencia y han sufrido la pérdida del esposo o hijos(as), las situaciones relacionadas con la gestación y la crianza de los hijos(as) y la discapacidad en las mujeres, con miras a la identificación de estrategias de intervención que permitan el empoderamiento, la toma de decisiones y el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos.

El papel del profesional de enfermería en la promoción de la resiliencia en mujeres que atraviesan o han salido de situaciones adversas, es de facilitador del proceso, y para ello se requiere centrar el interés de la intervención en que las mujeres puedan restaurar el equilibrio en la vida, tengan sensación de éxito y ajuste social. Además, servir como fuente de apoyo externo, para que se sientan respaldadas y con el apoyo de alguien que cree en ellas.

Para lograr esto es necesario:

1. En el manejo de la situación
 - Ayudar a tomar conciencia de la situación mediante el manejo y la superación de la experiencia.
 - Ayudar a darle la verdadera dimensión a las cosas, el reconocimiento de limitaciones, el autocontrol, enfrentar dificultades y propiciar el buen humor.
2. En la superación de la experiencia.
 - Ayudar a elaborar las pérdidas afectivas, cambios en el rol social, liberación de las culpas.
 - Potencializar la capacidad de hablar y pedir ayuda y la búsqueda de independencia.
 - Promover la participación activa en los programas comunitarios.
 - Promover una filosofía de vida positiva, analizando las bondades de la vida, la importancia de los proyectos de vida.

3. A nivel individual

- Servir de modelo o mentor en la identificación del rol.
- Potenciar fuerzas internas como son: la creencia en sí misma, la autodeterminación, la comparación positiva con otras, el autocontrol, el poder personal para triunfar en la vida y superar los miedos, la fe para mantenerse en la vida y encontrar propósito y significado a la misma. Lo anterior trae como resultado la ecuanimidad, la perseverancia y la autoconfianza.
- Reafirmar la dimensión espiritual, entendiendo esta como un “medio de reducir el distrés a través de la conexión con un poder mayor, superior a sí mismo”⁴⁹.

En el nuevo marco de comprensión de la salud, la resiliencia puede entenderse como una condición básica para los procesos de cuidado ya que insta una posición activa y protagónica de todos los agentes para la resolución de las situaciones que afectan el bienestar y el desarrollo personal. Así, incorporar la promoción de la resiliencia como una acción de cuidado de la salud de las mujeres exige la incorporación de discusiones sobre el tema en los programas de formación en salud, mantener una actitud sensible a las diferencias de género y desarrollar investigaciones orientadas a establecer y comprender las dinámicas que subyacen a las respuestas resilientes de las mujeres en cada una de las situaciones adversas que experimentan. Implica, además, no perder de vista la consecución de los objetivos estratégicos de las mujeres y avanzar en la comprensión de la forma como se teje la adversidad que las afecta y la manera como las mujeres la interpretan y enfrentan. Sin lugar a dudas, la promoción de la resiliencia en las mujeres requiere intervenciones que den lugar a resignificaciones de la adversidad y acompañamiento intersectorial e interdisciplinar para superarla.

Para concluir, siguiendo la dinámica de la resiliencia, cualquier intervención que apunte a promoverla debe considerar que ella implica exposición al riesgo, enfrentamiento y superación de la experiencia y debe estar orientada a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados⁵⁰. Cada uno de estos aspectos se convierte en ruta de exploración para futuras investigaciones sobre el tema.

Los enfoques aquí presentados ofrecen elementos para pensar la resiliencia como un proceso potencializador del desarrollo humano en todas sus dimensiones y permiten reflexionar sobre la importancia de atender los

procesos individuales del desarrollo sin desatender los colectivos. En el caso particular de las mujeres, por ejemplo, muchas de las situaciones adversas que enfrentan se derivan de los estereotipos de género comunes a muchas culturas y enraizados en prácticas sociales que es necesario transformar. Por ello, para la promoción de la resiliencia en mujeres, vale la pena mantener una mirada atenta sobre la manera como las experiencias adversas se reproducen y transforman a través del tiempo y las culturas. Una observación de este tipo podrá iluminar intervenciones más creativas y efectivas para las problemáticas que afectan a las mujeres en el mundo. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. [Sitio en Internet] Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hppadol.htm>. Acceso el 15 noviembre 2003.
- 2 Colmenares ME. La ética como fundamento psicológico de la resiliencia. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia. Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. p. 82.
- 3 Infante F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 36.
- 4 Infante F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 36.
- 5 Werner E, Smith R. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. London: Cornell University Press; 1992. p.176.
- 6 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsych* 1987; 57(3): 316-329.
- 7 Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international resilience project. La Haya: Bernard Van Leer Foundation; 1996.
- 8 Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The structure of resilience, a critical evaluation and guideline for future reports. *Child Development* 2000; 71(3):543-562.
- 9 Bronfenbrenner U. Ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 1987. p. 22
- 10 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsych* 1987; 57(3): 316-329.
- 11 Infante F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 34.
- 12 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsych* 1987; 57(3): 316-329.
- 13 Werner E. Protective factors and individual resilience. New York: Cambridge University Press; 1993. Citado por: Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. [Sitio en Internet] CEAMIN. Centro de estudios y atención al niño y la mujer. Disponible en: <http://www.resiliencia.cl/inutig>. Acceso el 16 septiembre 2002.
- 14 Grotberg E. A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The international resilience project. La Haya: Bernard Van Leer Foundation; 1996.
- 15 Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. [Sitio en Internet] Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hppadol.htm>. Acceso el 15 noviembre 2003.
- 16 Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The structure of resilience, a critical evaluation and guideline for future reports. *Child Development* 2000; 71(3):543-562.
- 17 Bronfenbrenner U. Ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 1987. pp. 28-30.
- 18 Colmenares ME. La ética como fundamento psicológico de la resiliencia. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. p.82.
- 19 Colmenares ME. La ética como fundamento psicológico de la resiliencia. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. 88-89.
- 20 Cyrulnik B. La resiliencia en el curso de las interacciones precoces: la adquisición de recursos internos. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. p. 43.
- 21 Manciaux M. Acerca de la utilización del paradigma de la resiliencia al servicio de los niños víctimas. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. p. 172.
- 22 Mansour S. ¿Quelles fenêtres sur quels mondes? Des adolescences en Palestine, *Revue d'études palestiniennes*. Citado por: Manciaux M. Acerca de la utilización del paradigma de la resiliencia al servicio de los niños víctimas. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. p. 171.
- 23 Cyrulnik B, Tomkiewicz S, Guenard T. El realismo de la esperanza. Argentina: Gedisa; 2004.
- 24 Rutter M. Resilience: some conceptual considerations. *J Adolescent Health* 1993; 14: 626-631
- 25 Rojas O. Discutiente. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002: 179-180.
- 26 Suárez EN. Una concepción latinoamericana: la resiliencia comunitaria. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002: 71.

- 27 Sánchez E. La energía social y la energía cultural, fuentes renovadoras para la acción colectiva frente a la adversidad y las penurias. En: Delgado Restrepo AC. La resiliencia: Desvictimizar la víctima. Cali: RAFUE; 2002. pp.123-140.
- 28 Ríos G. Reflexiones sobre la práctica. ¿Existe resiliencia comunitaria? [Sitio en Internet] CEPRODEP. Centro de promoción y desarrollo poblacional. Disponible en: <http://ceprodep.org.pe/articulo3.htm>; Acceso el 15 noviembre 2003.
- 29 Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002: 24.
- 30 Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 27.
- 31 Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. [Sitio en Internet] Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hppadol.htm>. Acceso el 15 noviembre 2003.
- 32 Melillo A. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 17.
- 33 Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The structure of resilience, a critic evaluation and guideline for future reports. *Child Development* 2000; 71(3):543-562.
- 34 Infante F. La resiliencia como proceso. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 48.
- 35 Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. pp. 27-29.
- 36 Infante F. La resiliencia como proceso. En: Melillo A, Suárez E N. Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. p. 31.
- 37 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. En: Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: University of Cambridge Press; 1990. p. 189.
- 38 Krauskopf D, Suárez EN. Resiliencia y adolescencia: reflexiones sobre su promoción. *Revista del Instituto de Higiene y Medicina Social* 1999; 3(2): 21-26.
- 39 Löesel F. Resilience in childhood and adolescence. International Catholic Child Bureau; Ginebra:OMS; 1992. Citado por: Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. [Sitio en Internet] CEAMIN. Centro de estudios y atención al niño y la mujer. Disponible en: <http://www.resiliencia.cl/inutig>. Acceso el 16 septiembre 2002.
- 40 Werner EE. High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsy* 1989 59(1): 72-81.
- 41 Kotliarenco MA, Cáceres I, Fontecilla M. Estado del arte en resiliencia. [Sitio en Internet] CEAMIN. Centro de estudios y atención al niño y la mujer. Disponible en: <http://www.resiliencia.cl/inutig>. Acceso el 16 septiembre 2002.
- 42 Klevens J, Restrepo O, Roca J. Some factor for explaining resilience among young men in Colombia. *Revista Salud Pública* 2000; 2(2): 166.
- 43 Erikson E. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós; 1974.
- 44 Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. pp. 27-29.
- 45 Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez EN. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Argentina: Paidós; 2002. pp.27-29.
- 46 Ramírez B, Ospina D. Efectos psicológicos de la violencia por conflicto armado en la zona del Urabá antioqueño: Una sistematización del programa de intervención psicosocial. Cruz Roja Colombiana-Unicef. 1997. *Revista Ciudad Don Bosco* 1998;1(7): 48-54.
- 47 Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsy* 1987; 57(3): 316-329
- 48 Hibbard JH, Pope C. Gender roles, illness orientation and the use of medical care. *Social Science & Medicine* 1983; 17:129-137. Citado por: Canabal GE. Promoción de la salud: predictores de empoderamiento comunitario en mujeres. Cali, 1996. En: *Invest. Educ Enferm* 1998; 15(2):27-45.
- 49 Humphreys J. Spirituality and distress in woman abused of sheltered. *J of Nurs Schol Sigma Theta Tau Internacional* 2000; 32(3): 273-278.
- 50 Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez E N, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. [Sitio en Internet] Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hppadol.htm>. Acceso el 15 noviembre 2003.