

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Aceptación Incondicional Positiva para promover resiliencia
en niños víctimas de abuso sexual
Proyecto de Investigación**

Laura Samantha Molina Cadena

Sicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Sicóloga Clínica

Quito, 02 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Aceptación Incondicional Positiva para promover la resiliencia en niños
víctimas de abuso sexual**

Laura Samantha Molina Cadena

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Jaime Costales, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 02 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombres y apellidos:

Laura Samantha Molina Cadena

Código:

00112199

Cédula de Identidad:

1004030233

Lugar y fecha:

Quito, 02 de diciembre de 2018

RESUMEN

En el Ecuador 1 de cada 4 mujeres es víctima de violencia sexual y 1 de cada 10 mujeres han sido víctimas de abuso sexual antes de la mayoría de edad (Quintana, 2015, p. 65). La aceptación incondicional positiva (AIP) es una condición terapéutica importante y necesaria en la recuperación de traumas con un alto grado de estigmatización social y la resiliencia se entiende como la capacidad humana para enfrentar y sobreponerse de experiencias de adversidad (Rodríguez, 2009, p. 294). El objetivo de la investigación es estudiar cómo la aceptación incondicional positiva promueve la resiliencia en niños abusados sexualmente. Esta investigación propondría un método pre y post intervención con dos cuestionarios al niño (Inventario de Factores Personales de Resiliencia y CYRM) y un cuestionario a su cuidador principal CYRM-PMK. La intervención enfocada en AIP tendría una duración de 1 hora y se realizarían tres sesiones individuales con el niño, individuales con el cuidador y familiar. Se esperaría que en los resultados se evidencie el efecto positivo de la AIP en la resiliencia en los niños mejorando los factores de resiliencia como: autoestima, autoconcepto, autoeficacia y confianza en sí mismo y se esperaría una mejora en el sistema familiar. Se recomienda replicar este estudio en poblaciones más grandes, incluyendo adolescentes y adultos víctimas de abuso sexual.

Palabras Clave: abuso sexual, niños de edad escolar, resiliencia, aceptación incondicional positiva, terapia centrada en la persona, Carl Rogers.

ABSTRACT

In Ecuador, 1 out of every 4 women is a victim of sexual violence and 1 in 10 women have been victims of sexual abuse before becoming an adult (Quintana, 2015, page 65). Unconditional Positive Regard (UPR) is an important and necessary therapeutic condition in the recovery of traumas with a high degree of social stigmatization and Resilience is the human capacity to face and overcome experiences of adversity (Rodríguez, 2009, p. 294). The objective of this research is to study how Unconditional Positive Regard promotes resilience in sexually abused children. This research proposes a pre and post intervention method with two questionnaires to the child (Inventory of Personal Resilience Factors and CYRM) and a questionnaire to its main caregiver CYRM-PMK. The intervention focused on UPR would have a duration of 1 hour and there would be three individual sessions with the child, with the caregiver and three sessions with the family. It would be expected that the results show the positive effect of the UPR on resilience in children, improving the resilience factors such as self-esteem, self-concept, self-efficacy, self-confidence, and also it would be expected an improvement in the family system. For future studies, researchers suggest to include larger populations, adolescents and adults who have been victims of sexual abuse.

Key words: sexual abuse, school-age children, resilience, unconditional positive regard, person-centered therapy, Carl Rogers.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	8
Revisión de la literatura.....	12
Metodología.....	42
Resultados esperados.....	47
Discusión.....	48
Referencias.....	53
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	57
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	58
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura #1. Porcentaje de mujeres víctimas abuso sexual antes de los 18 años, por tipo de abuso.....	17
Figura #2: Frecuencia del abuso sexual a niñas y adolescentes menores de 18 años, por perpetrador.....	18
Figura #3: Porcentaje de mujeres que sufrieron abuso sexual antes de cumplir los 18 años, por edad al momento del abuso	19
Figura #4: Número y porcentaje de casos de abuso sexual denunciados y sancionados	20
Figura #5: Modelo tríadico de la resiliencia.....	29
Figura #6: Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.....	32

Introducción

El abuso sexual en niños, niñas y adolescentes alrededor del mundo ha incrementado durante los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres han reportado ser víctimas de abuso sexual durante la infancia (UNICEF, 2016). El abuso sexual implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado por el niño/a, incluso cuando no se muestren signos de rechazo por parte de la víctima. La interacción sexual incluye manoseo, frotamiento, penetración sexual, exhibicionismo, voyeurismo, actitudes intrusivas sexualizadas, fotografías en poses sexuales y contacto vía internet con propósitos sexuales (UNICEF, 2016). En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos, 1 de cada 4 mujeres ha sufrido violencia sexual (INEC, 2012); por otro lado, la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017 reporta que 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia psicológica, física y sexual; y 1 de cada 10 mujeres ha sufrido abuso sexual antes de los 18 años (Quintana, 2015, p. 65). En nuestro país existe un déficit de investigaciones sobre el abuso sexual, prevención e intervención, los estudios encontrados se centran en estadísticas y censos. De igual manera, no se encuentran investigaciones sobre la resiliencia o herramientas de afrontamiento del trauma. Para esta investigación se propone a la Aceptación Incondicional Positiva como herramienta de afrontamiento, factor de protección y constructora de la resiliencia en niños en su entorno familiar y personal; es decir, cómo y hasta qué punto la Aceptación Incondicional Positiva promueve la construcción de la resiliencia en niños víctimas de abuso sexual. La Aceptación Incondicional Positiva nace desde la corriente humanista de la psicología. Carl Rogers (1957) propone a la aceptación incondicional como un aspecto fundamental y necesario dentro de la relación terapéutica para lograr un cambio significativo y clínico en el cliente. Rogers define a la aceptación incondicional positiva como el ejercicio de aceptar sin condiciones a la persona, dejando a un lado la evaluación selectiva, aceptar de una manera cálida cada aspecto de la

experiencia de la persona como parte del “ser” de esa persona y cuidarla como una persona separada con permiso para tener sus propios sentimientos y experiencias. El objetivo de esta investigación es examinar la importancia de la Aceptación Incondicional Positiva dentro del entorno familiar y las relaciones interpersonales, como una herramienta necesaria para el afrontamiento del trauma, específicamente, abuso sexual en niños, adolescentes y sus familias.

Antecedentes

El tema planteado para esta revisión de literatura proviene de una problemática presente dentro de la realidad mundial y nacional. A nivel mundial, según un informe del año 2016 de la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres han reportado ser víctimas de abuso sexual durante la infancia (Berlinerblau, 2016, p. 7). En nuestro país, la prevalencia de casos de violencia sexual en niños y adolescentes es alarmante. Según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos), 1 de cada 4 mujeres ha sufrido violencia sexual (INEC, 2012); por otro lado, el Ministerio de educación reporta que entre el 2014 y 2017 se registraron 882 casos de violencia sexual, dentro y fuera del sistema educativo del país (El Universo, 2017). Según la Encuesta Nacional de Violencia de Género y la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género en Ecuador, entre los años 2014 a 2017, 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia psicológica, física y sexual; y 1 de cada 10 mujeres ha sufrido abuso sexual antes de los 18 años (Quintana, 2015). De igual manera, es importante mencionar que las consecuencias del abuso sexual en niños y adolescentes se relacionan con el futuro desarrollo de problemas de conducta, problemas escolares, conductas riesgosas y problemas familiares; por otro lado, el impacto social que genera esta problemática se evidencia en la demanda de un tratamiento integral de las víctimas y sus familias por parte de los sistemas de justicia (Benítez, Cantón & Delgadillo, 2014). Estos datos nos dan un panorama general de la situación alarmante, ya que no estamos considerando todos los casos de abuso y violencia sexual que aún permanecen en silencio. La población en la que se enfocará esta

revisión, será específicamente en niños dentro o fuera de la escolarización, sin distinción de estratos sociales o económicos que han sido víctimas de abuso sexual en Ecuador. Por otro lado, la importancia de esta problemática radica en la falta de investigación sobre herramientas y técnicas de tratamiento para abuso sexual aplicadas en nuestro país, por esta razón se vuelve una necesidad encontrar las herramientas para lograr un cambio significativo y clínico en la población que será estudiada.

Problema

En nuestro país existe un déficit de investigación sobre niños y adolescentes víctimas de trauma en general, y específicamente no se encuentran estudios sobre la resiliencia en víctimas de abuso sexual. Los estudios realizados hasta el momento se centran en censos y estadísticas de los casos denunciados e información recogida por medio de entrevistas y encuestas. De igual manera, no existen estudios sobre herramientas para la construcción de la resiliencia, como por ejemplo, la Aceptación Incondicional Positiva de la corriente humanista. Según Carl Rogers (1957), la aceptación incondicional es uno de los tres componentes necesarios y suficientes para lograr un cambio terapéutico dentro de una relación terapéutica. Así mismo, diversos estudios hablan de los efectos positivos de ciertos componentes de la terapia centrada en el cliente (enfoque humanista) como la aceptación incondicional positiva para diversos traumas y trastornos. En una investigación llevada a cabo por la Universidad de Strathclyde, Glasgow se descubrió que la aceptación incondicional positiva tuvo un efecto en la adaptación social de clientes que experimentaron procesos psicóticos (Traynor, Elliot & Cooper, 2010). De igual manera, otro estudio habla de cómo la resiliencia se relaciona con el desarrollo de comportamientos de afrontamiento en personas con trastorno de estrés post-traumático (Agaibi & Wilson, 2005). La resiliencia es un rasgo que tiene una gran influencia en los comportamientos adaptativos y de afrontamiento y es la base para muchas otras cualidades o habilidades positivas como la paciencia, tolerancia, responsabilidad, compasión,

autosuficiencia, esperanza, entre otras (Lock & Janas, 2002). Con esta investigación se quiere encontrar si la utilización de este aspecto de la corriente humanista, influye en la construcción de la resiliencia para brindar a las víctimas de abuso sexual crecimiento personal, habilidades y comportamientos necesarios para enfrentar el trauma de una manera exitosa.

Pregunta

¿Cómo y hasta qué punto la Aceptación Incondicional Positiva promueve la construcción de la resiliencia en niños víctimas de abuso sexual?

Propósito del estudio

El objetivo de este estudio es examinar la importancia de la Aceptación Incondicional Positiva dentro del entorno familiar y las relaciones interpersonales, e igualmente proponerla como una herramienta de afrontamiento del trauma y como factor de protección para los niños víctimas de abuso sexual.

Significado del estudio

La creciente prevalencia de casos de abuso sexual en nuestro país nos da una señal de alarma y nos lleva a buscar estrategias de prevención e intervención. Este estudio se vuelve útil en cuanto a que provee una herramienta de afrontamiento del trauma a las familias y a las víctimas de abuso sexual. Lo más importante es que la Aceptación Incondicional Positiva no necesita desarrollarse únicamente en una relación terapeuta-paciente, sino que se puede experimentar en nuestras relaciones interpersonales y con nosotros mismos.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

La información de las fuentes bibliográficas utilizadas para esta investigación proviene de libros, revistas indexadas, tesis, trabajos de investigación y artículos científicos. La mayoría de esta información se la obtuvo por medio de las bases de datos de la Universidad San Francisco de Quito, tales como: EBSCO, Taylor & Francis y Proquest; de igual manera se recopiló información con el buscador Google Scholar. Para acceder a la información se utilizaron palabras claves como: resiliencia, abuso sexual, abuso sexual en Ecuador, aceptación incondicional positiva, terapia centrada en el cliente; con la finalidad de agilizar la búsqueda de artículos pertinentes

Formato de la Revisión de la Literatura

El diseño de esta investigación será realizado mediante temas específicos referentes a la misma, como son: abuso sexual en niños, resiliencia y aceptación incondicional positiva.

Abuso sexual en niños

En esta investigación es importante partir por definir abuso sexual y analizar la situación mundial de esta problemática, considerando que no es una tarea fácil, ya que debido al estigma cultural y social, muchos casos no son reportados y las estadísticas no son objetivas.

Las definiciones de abuso sexual infantil varían ampliamente, los distintos autores de revisiones en este tema coinciden en la dificultad para encontrar una sola definición aceptada, ya que existen diversas formas de delimitar los conceptos de abuso, relación sexual o infancia (Alvarado, 2015, p 21) por ejemplo, algunos investigadores restringieron su definición solo a relaciones sexuales; mientras que en otras investigaciones se incluyen caricias y formas de abuso sin contacto físico (Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley, & Judkins, 2018, p. 2). Una

de las complicaciones a la hora de definir conceptos se encuentra en la delimitación de la edad, debido a que la mayoría de edad es distinta en cada país e igual lo que se considera un acto sexual. La violencia o abuso sexual es un problema social que se encuentra con mayor frecuencia en poblaciones vulnerables, como por ejemplo, los menores de edad. Esta población se convierte en víctimas fáciles de abuso sexual debido a su condición biológica, psíquica y su desarrollo. Es importante recalcar que niños y adolescentes se definen como “todo ser humano menor a los dieciocho años” (Alvarado, 2015, p. 22). Sin embargo, las Naciones Unidas (2006) en su “Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas” define a la violencia sexual como: “Conductas sexuales, coercitivas o no, impuestas a una persona menor de edad, por una persona mayor de edad, que puede ser físicamente superior, con más experiencia y recursos, que utiliza incorrectamente su poder o autoridad” (p. 16).

De igual manera, según las Naciones Unidas (2006) violencia sexual se puede presentar en diversas formas: Abuso sexual y explotación sexual. Los abusos sexuales pueden implicar contacto físico o no, el abusador buscar tener una gratificación sexual sin el consentimiento de la víctima. Por otro lado, la explotación sexual de niños y adolescentes consiste en utilizar a personas menores de edad con el fin de obtener una remuneración a cambio de relaciones sexuales, pornografía infantil, espectáculos sexuales, también las actividades sexuales remuneradas que no se restringen a relaciones coitales, sino que incluye cualquier otro acercamiento físico de tipo sexual entre la víctima y el perpetrador. De igual manera, la pornografía infantil incluye actividades de producción, distribución y divulgación de contenido que involucre a un menor de edad en actividades sexuales explícitas, ya sea real o simulada (p. 17).

Según Benítez, Cantón & Delgadillo (2014) la violencia sexual infantil puede darse por acción u omisión. Violencia sexual por acción se refiere a la implicación de un menor en

actividad sexual con el fin de satisfacer necesidades de personas adultas y violencia sexual por omisión se refiere todas las situaciones en las que no se atiende las necesidades del menor, por ejemplo, no darle credibilidad a las denuncias de abuso sexual. Por otro lado, estos autores mencionan que en la dinámica de abuso existe la presencia de tres condiciones: asimetría de poder, asimetría de conocimiento y asimetría de gratificación. Asimetría de poder hace referencia al control que ejerce el perpetrador hacia la víctima, la relación sexual no es con consentimiento mutuo. Asimetría de conocimiento significa que el perpetrador posee conocimiento más sofisticado sobre sexualidad y por último, asimetría de gratificación hace referencia a que en abuso sexual solo el perpetrador intenta obtener gratificación sexual (Benítez, Cantón & Delgadillo, 2014, p 26-27).

Pinheiro (2007) en el informe mundial sobre la violencia contra niños y niñas afirma que el abuso sexual se da en su mayoría dentro de los hogares de las propias víctimas, por parte de algún miembro de la familia, personas que frecuentan la familia o individuos encargados del cuidado de la víctima. Según este informe, entre el 14% al 56% de abusos sexuales a niñas fue perpetrado por un pariente y en cuanto a niños, el 25% de abusos sexuales fue perpetrado por un familiar o allegado. Este tipo de violencia no solo se encuentra en los hogares de las víctimas, también se dan en centros educativos, instituciones como iglesias o en sitios de trabajos clandestinos (p. 54).

Prevalencia de abuso sexual a nivel mundial

La prevalencia mundial de abuso sexual infantil se estima en un 11.8%, según tres meta análisis que se publicaron durante la última década, las tasas de prevalencia global de abuso sexual se encuentra entre el 7.6 a 8.0% en niños y 15.0 a 19.7% en niñas. En cuanto a la prevalencia por continentes, la tasa más alta de abuso sexual es en las mujeres, con la excepción

de América del Sur dónde las tasas de abuso sexual son iguales para hombres y mujeres. Por otro lado, las tasas más altas de abuso sexual infantil se encuentran en el continente africano, 19,3% en niños y 20.2% en niñas. El continente con las tasas más bajas es Europa, 5,6% en niños y 13,5% en niñas. En el continente asiático las tasas de abuso sexual infantil se encuentran alrededor del 4,1% en niños y 11,3% en niñas. Por último, en América del Norte las tasas de prevalencia son similares a las tasas globales, 8% en niños y 20,1% en niñas (Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley, & Judkins, 2018, p. 3).

Es importante mencionar que estimar la prevalencia de abuso sexual infantil no es tarea fácil debido a la ausencia de criterios de definición aceptados de manera universal y debido a la discrepancia que existe entre los abusos sexuales autoinformados y los casos de abuso denunciados. Por otro lado, existen diversos factores que impiden esclarecer las tasas de prevalencia de abuso sexual infantil; por ejemplo, en algunas regiones geográficas amplias los informes realizados han sido escasos, este es el caso de Sudamérica. Así mismo, en ciertos países o regiones geográficas particulares tienen informes con tasas de prevalencia muy diferentes (Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley, & Judkins, 2018, p. 3).

La ONU mujeres publicó en el 2014 que 120 millones de niñas alrededor del mundo han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas o cualquier tipo de actividad sexual forzada; es decir, 1 de cada 10 niñas alrededor del mundo han sido víctimas de esta problemática en algún momento de su infancia. La OMS presentó estadísticas que señalan que 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sido forzados a tener relaciones sexuales u otros tipos de violencia sexual que involucran el contacto físico. En la revisión de varias encuestas epidemiológicas de 21 países se halló que al menos el 7% de las mujeres y el 3% de hombres han informado haber sido víctimas de violencia sexual durante la infancia (Pinheiro, 2007, p. 54).

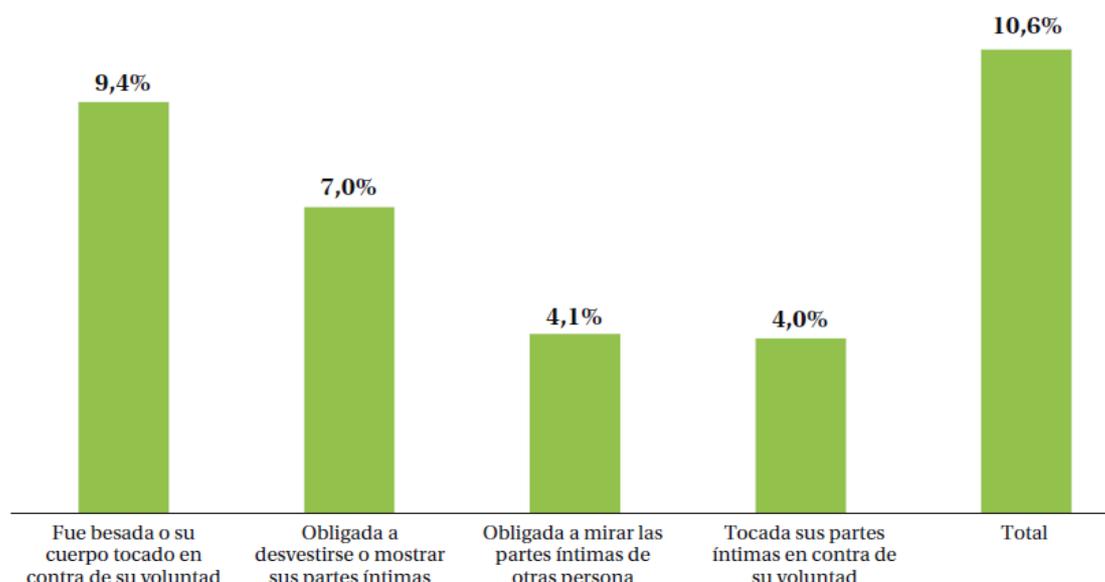
La mayoría de niños no han denunciado que han sido víctimas de violencia sexual debido al temor que presentan sobre qué les sucederá a ellos y a sus familias. El temor principal que se ha reportado es que las familias de las víctimas no crean a las víctimas o los rechacen. Tanto niños como niñas se vuelven vulnerables a la violencia sexual; sin embargo, en los estudios internacionales se ha llegado a evidenciar la prevalencia de abuso y violencia sexual en niñas (Pinheiro, 2007, p. 55).

Prevalencia de abuso sexual infantil en Ecuador

En nuestro país, los casos de abuso sexual aumentan significativamente. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 1 de cada 4 mujeres es víctima de violencia sexual (INEC, 2012). De igual manera, la Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género informa que 6 de cada 10 mujeres han sido víctimas de violencia ya sea de tipo psicológica, física o sexual, y 1 de cada 10 mujeres han sido víctimas de abuso sexual antes de la mayoría de edad (Quintana, 2015, p. 65).

En un estudio realizado por el INEC en 2011 se encontró que el tipo de abuso más frecuente involucra los contactos físicos no deseados, en esta encuesta se informó que el 9% de las víctimas sufrieron de besos y que fueron tocadas contra su voluntad. El tipo de abuso sexual que el sigue involucra contacto con las partes íntimas de las víctimas, el 7% de encuestadas afirma haber sufrido de este tipo de abuso. Por otro lado, el 4% de encuestadas señalaron que fueron obligadas a desvestirse y a mostrar sus genitales, o mirar los genitales de otra persona. En el siguiente cuadro se puede observar los porcentajes mencionados sobre el tipo de abuso en mujeres antes de los 18 años (Camacho, 2014, p. 87).

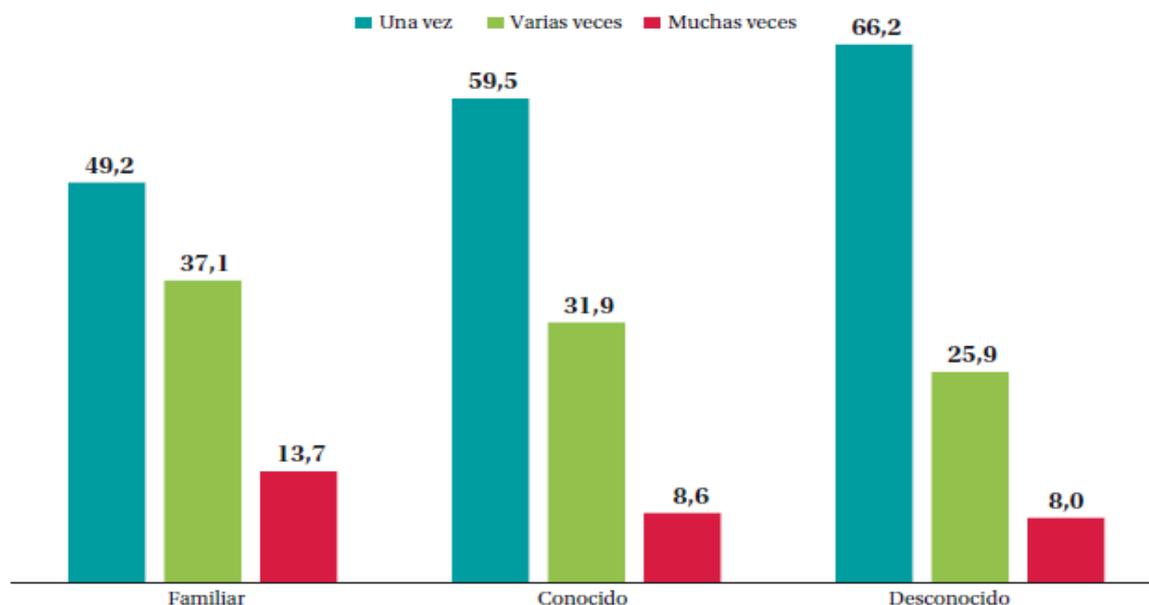
Figura 1: Porcentaje de mujeres víctimas abuso sexual antes de los 18 años, por tipo de abuso



(Camacho, 2014; p. 89)

De igual manera, en este mismo estudio realizado por el INEC, se encontró que los episodios de abuso sexual no se presentan de forma aislada, debido a que existen víctimas que han sufrido múltiples abusos sexuales, ya que los perpetradores repiten este evento mientras cuentan con las condiciones para hacerlo. En la encuesta realizada en este estudio se preguntó sobre el número de veces que las niñas fueron víctimas de abuso sexual, los resultados encontrados reflejan que el 60,4% de niñas afirmaron haber sido abusadas una sola vez; sin embargo, el 30,9% afirmó que sufrieron abusos sexuales en varias ocasiones y el 8,6% afirmó que sufrieron múltiples abusos sexuales (Camacho, 2014; p. 89). Por otro lado, también se encontró que la reiteración de abusos sexuales en niños es más frecuentes cuando el perpetrador del abuso es familiar de la víctima, esto se debe a la cercanía en la que se encuentra la víctima y por el hecho de convivir en el mismo hogar. Puede ser que estas personas cercanas a la familia estén al cargo del cuidado de los niños o adolescentes, lo que facilita que ocurran múltiples abusos (Camacho, 2014; p. 89). En el siguiente cuadro se puede observar el porcentaje de frecuencia de abusos sexuales en personas menores a 18 años y el tipo de perpetrador.

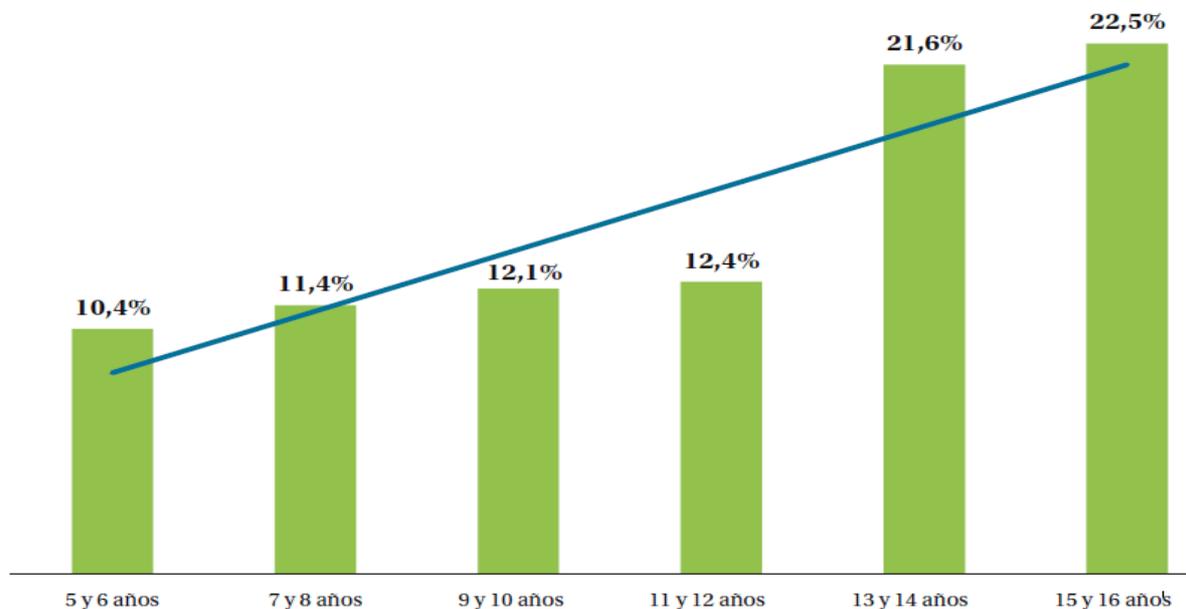
Figura 2: Frecuencia del abuso sexual a niñas y adolescentes menores de 18 años, por perpetrador



(Camacho, 2014; p. 90)

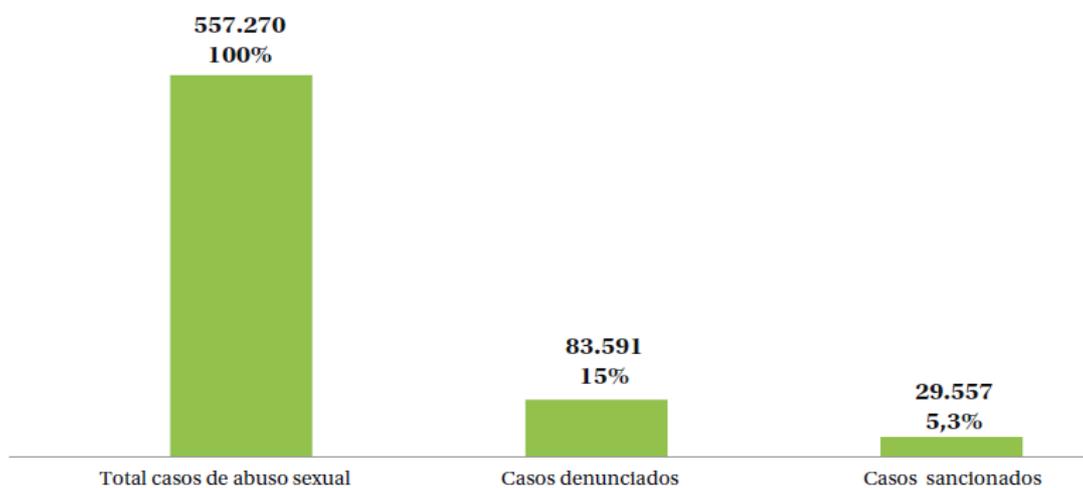
Es también importante mencionar la edad de las víctimas al momento del abuso. Conocer la edad que tenían las víctimas ayuda a caracterizar esta problemática e indudablemente se convierte en un indicador para poder planificar y tomar las decisiones necesarias en cuanto a la prevención por parte de los organismos nacionales competentes. En este estudio realizado en el 2011 se encontró que 1 de cada 10 víctimas de abuso sexual vivió este tipo de violencia a los 5 o 6 años. A partir de los 13 años, la incidencia de abuso sexual aumenta, indicando que esta etapa del ciclo de vida hace más vulnerables a las niñas ecuatorianas de ser víctimas de abuso sexual (Camacho, 2014, p. 91). En el siguiente gráfico se observan la incidencia de abuso sexual de acuerdo a las edades de las víctimas en nuestro país.

Figura 3: Porcentaje de mujeres que sufrieron abuso sexual antes de cumplir los 18 años, por edad al momento del abuso



(Camacho, 2014; p. 92)

Figura 4: Número y porcentaje de casos de abuso sexual denunciados y sancionados



(Camacho, 2014; p. 97)

Por último, en este estudio se encontró que solo el 15% de casos fueron denunciados y que solo el 35% de los abusadores recibieron una sanción. Sin embargo, esta cifra se considera relativamente alta, ya que durante el año 2008, solo el 4,1% de abusos sexuales denunciados

terminaron con una sentencia. Esto quiere decir que un total de 528.013 de abusadores sexuales no han recibido ninguna sentencia (Camacho, 2014, p. 95). En el siguiente gráfico se observa los porcentajes sobre casos denunciados y sancionados.

Factores de riesgo

Varias investigaciones y artículos que hablan sobre abuso sexual infantil investigan sobre las diversas causas con el fin de entender a esta problemática y buscar la prevención de la misma. Sin embargo, es importante mencionar que no existe una única causa; por lo tanto, la comprensión de este tipo de violencia sexual necesita de una explicación sistemática que involucre a los distintos factores que contribuyen a que se inicien los abusos sexuales. Un factor de riesgo se explica cómo el grupo de factores que están relacionados con la probabilidad de la presencia de una problemática, fenómeno o conducta que afectan de manera negativa a una persona o comunidad. En este caso, los factores de riesgo de abuso sexual infantil son el conglomerado de condiciones sociales, culturales y familiares que contribuyen a la aparición de abuso sexual infantil (Apraez, 2015, p. 89).

Dentro de los factores de riesgo para la aparición de abuso sexual se encuentran las variables sociodemográficas. El género se considera una de estas variables que podrían contribuir al abuso sexual infantil, las mujeres presentan mayores tasas de prevalencia en comparación a la de los hombres. En este caso, el género se convierte en un aspecto negativo, ya que las niñas que son abusadas sexualmente son más propensas a sufrir abusos de forma recurrente. Por otro lado, se ha encontrado que las víctimas de género masculino muestran más problemas de comportamiento externalizante (agresividad, ira) que las víctimas de género femenino. La edad es otra variable sociodemográfica que contribuye al abuso sexual, mientras más temprana es la edad de la víctima de abuso sexual, peores son las predicciones de

recuperación, así como la recurrencia de abuso, hospitalizaciones debido a suicidio y las infecciones de transmisión sexual. Por último, el estatus socioeconómico se ha convertido en un factor significativo que contribuye al abuso sexual, las niñas que crecieron en familias cuyos ingresos se encuentran por debajo del umbral de la pobreza tuvieron más riesgo de victimización. La educación de los padres de las víctimas también contribuye al riesgo; por ejemplo, el riesgo de sufrir abuso sexual disminuye cuando la madre de las niñas supera a los 12 años de educación (Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley, & Judkins, 2018, p. 5).

Otro de los factores de riesgo que inciden en los casos de abuso sexual es la familia, sus características y dinámicas. En varias investigaciones se ha descubierto que la presencia de los dos progenitores o cuidadores principales, durante la etapa de la infancia reduce el riesgo de abuso sexual infantil. De igual manera, las muestras de afecto, amor y calidez por parte del cuidador principal se asocian con una disminución en el riesgo de ser víctima de abuso sexual. El grado de salud mental de los padres también está relacionado con un alto riesgo; por ejemplo, los síntomas depresivos de los padres están relacionado con tasas más altas de victimización en niños (Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley, & Judkins, 2018, p. 5).

Según Apraez (2015), existen dos tipos de estructura y composición de la familia que contribuye al abuso sexual de menores. Al primer tipo de estructura familiar se le conoce como familias multiparentales o reconstituidas. Estas familias suelen constituirse luego del divorcio o separación de los progenitores del niño o la muerte de uno de ellos. Debido a la separación, el progenitor a cargo del niño puede entablar nuevas relaciones afectivas, lo que según esta autora, llevaría a un cambio en el concepto de familia y podría llegar a ser confuso el sentimiento de cohesión con el menor. Existen estadísticas que reflejan que el hecho de tener un padrastro representa un riesgo 5 veces más alto para el niño de vivir un abuso sexual. Se encontró que 1 de cada 8 mujeres fueron abusadas por sus padrastros cuando fueron niñas. El

segundo tipo de estructura familiar en dónde se encuentra el riesgo de abuso sexual se relaciona con las familias monoparentales. Es decir, familias en las que debido a una ruptura, los padres de la víctima se separan, pero el progenitor con el que convive el niño no forma una nueva familia o entabla nuevas relaciones. En este tipo de familias, el padre que vive con el niño se encuentra frecuentemente ausente debido a la carga laboral. Esto hace que el niño quede a cargo de tercero, ya sean familiares, allegados, empleados. Esta situación de distanciamiento por parte del padre hace que el niño forme relaciones interpersonales de alto riesgo con personas que pueden usar esa cercanía para propiciar abusos sexuales (Apraez, 2015, p. 90).

No solo la estructura de la familia puede llegar a contribuir al riesgo de abuso sexual, sino también la dinámica que mantienen las familias. Por ejemplo, se ha encontrado que la relación de pareja de los padres es importante para determinar el riesgo. Se ha comprobado que cuando uno de los padres depende económicamente del otro provoca que éste adquiera un rol pasivo, lo que podría derivarse en temor a tomar represalias en contra de la pareja abusadora, si es que se presenta abuso sexual dentro de la familia. El manejo de poder ejercido únicamente por el padre y una estructura patriarcal rígida forman parte de las dinámicas en las que más se encuentran abusos sexuales, ya que la figura paterna suele definirse como dominante y violenta, con bajo control de impulsos, incluso muestra la tendencia al mayor consumo de alcohol. En esta dinámica familiar los padres no se relacionan con sus hijos de una manera cercana, en lugar de eso emplean prácticas disciplinarias severas, por lo que los hijos presentan más temores al momento de reportar abuso sexual (Apraez, 2015, p. 91).

Impacto del abuso sexual en niños

Las consecuencias de un abuso sexual en los niños varía dependiendo de la intensidad, duración y de otras variables que acompañen a este evento. Las variables que se toman en cuenta para determinar el impacto del abuso sexual en la víctima son: gravedad de los daños

físicos y frecuencia del abuso, localización de las lesiones, cercanía temporal del evento, historia previa de maltrato o abandono (Alvarado, 2015, p. 33). De igual manera, el impacto en el desarrollo evolutivo de los niños varía según estas diferentes variables: Duración y frecuencia del abuso, tipo de abuso, presencia de violencia física o manipulación, edad del perpetrador y del menor, identidad del perpetrador, características de la personalidad de la víctima, reacción del ambiente familiar ante la denuncia de abuso, implicación del menor en el proceso judicial y la eficacia de las medidas (Alvarado, 2015, p. 34).

Las consecuencias de un abuso sexual en niños pueden ser medidas a corto y largo plazo. A corto plazo se ha notado que los principales efectos que se producen en los niños son los síntomas físicos (control de esfínteres, dolores estomacales y de cabeza), ansiedad, dificultades en el desarrollo del niño, trastorno de estrés post-traumático y conducta sexualizada (masturbación excesiva). Los síntomas más característicos en niños son las conductas sexualizadas y comportamiento sexual inapropiado en la escuela y han sido detectados mediante diversas evaluaciones, pero principalmente por la observación del juego libre con muñecos anatómicos y evaluación de dibujos de cuerpos humanos (Cantón & Rosario, 2015, p. 552).

Dentro de las consecuencias a corto plazo también se observan cambios en el área socio-emocional de los niños. Se pueden encontrar conductas externalizantes como agresiones y problemas conductuales, así como conductas internalizantes que involucran ansiedad, depresión y retraimiento. De igual manera, se presentan trastornos disociativos, problemas relacionales entre pares, problemas de desempeño escolar y alteraciones en los niveles de cortisol (Cantón & Rosario, 2015, p. 553).

En cuanto a las consecuencias a largo plazo se ha encontrado que el abuso sexual causa un impacto duradero en la psicología y funcionamiento del individuo, como se observa en una variedad de resultados negativos y comportamientos inapropiados en la adultez de víctimas

abusadas en la infancia. Distintas investigaciones encontraron que los adultos que reportaron ser abusados sexualmente en su infancia usaron la negación, autculpa, autoaislamiento y supresión emocional como manera de hacer frente a estas experiencias traumáticas. Personas con historias de abuso sexual en su infancia presentan más riesgo de desarrollar trastorno de estrés post-traumático, reportar más síntomas de hiperactividad, retraimiento y evitación, muestras mayor susceptibilidad a desarrollar depresión y ataques de pánico. De igual manera, investigadores han notado que existe una correlación importante entre el abuso sexual y el desarrollo de trastornos de personalidad. Específicamente, las víctimas de abuso sexual tienen mayor riesgo de desarrollar trastorno límite de la personalidad y presentar síntomas más severos que se pueden traducir en más intentos de suicidio e ideación suicida. El suicidio también está relacionado con víctimas de abuso sexual infantil sin un trastorno de personalidad. Por otro lado, el abuso sexual infantil predice significativamente el inicio temprano del uso de sustancias y el uso temprano de alcohol; así como la dependencia de alcohol y drogas (Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley, & Judkins, 2018, p. 5-7).

En otros estudios se ha encontrado que las víctimas de abuso sexual tienen una probabilidad 5 veces mayor que el resto de la población de tener un diagnóstico de ansiedad generalizada, fobias, trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo. Uno de los síntomas más comunes en adultos abusados en la infancia es la baja autoestima. Por otro lado, también se ha encontrado que las víctimas de abuso sexual infantil muestran mayor probabilidad de realizar actividades sexuales de tipo riesgosa o presentan disfunciones sexuales. Los problemas interpersonales, por ejemplo al iniciar, mantener y desarrollar relaciones afectivas, son típicos de las víctimas de abuso sexual (Cantón & Rosario, 2015, p 553- 554).

Resiliencia

En situaciones extremas, marcadas por el trauma, la privación, amenazas o estrés agudo, algunas personas han logrado soportar o incluso reestablecerse completamente. Esta cualidad de las personas se denomina como resiliencia. El término de resiliencia ha ganado importancia en el campo de la salud, educación, extendiéndose a la política social y al campo de salud y bienestar público, pero sobre todo toma importancia en el área de salud mental (Truffino, 2010, p. 146). Según Truffino el concepto de resiliencia ha pasado de un planteamiento negativo de carencia de patología a un enfoque positivo de capacidad y comportamientos adaptativos. Habla de la resiliencia como el fenómeno por el cuál un individuo es capaz de alcanzar resultados excelentes aun cuando han vivido experiencias de adversidad (2010, p. 146). Muchos de estos niños que viven en situaciones difíciles y que parecen imposibles de superar sorprenden a sus educadores o a los profesionales de la salud, ya que muestran una vida equilibrada, creativa y hasta optimista en su adultez. Este tipo de experiencias se han vivido a través de la historia y han sido estudiadas por distintos profesionales alrededor del mundo (Rodríguez, 2009, p. 293).

Concepto de resiliencia

El término resiliencia nació de la física y significa soltura de reacción y elasticidad, se usaba para designar la capacidad de un cuerpo para resistir un choque. Cuando el término pasó a las ciencias sociales llegó a tener otra connotación, se conoce como la capacidad de triunfar y desarrollarse positivamente de una manera aceptada por la sociedad a pesar de la adversidad o del riesgo. Es así que se desarrolla el enfoque de resiliencia que es distinto al enfoque de riesgo. El enfoque de riesgo se centra en el síntoma, la enfermedad y todas las peculiaridades que se relacionan con una elevada posibilidad de afección social. Por otro lado, el enfoque o

modelo de resiliencia indica que las características negativas expresadas como trastornos o riesgos no determinan al niño, ya que este posee escudos protectores o factores de resiliencia que hace que estas fuerzas negativas no actúen linealmente y los efectos se atenúen. Es importante no considerar estos enfoques como opuestos, sino como complementarios que enriquecen un análisis a la hora de diseñar intervenciones eficaces. El desarrollo de este modelo permitió a los organismos de salud pensar en estrategias para estimular los factores de resiliencia y es así que nace la promoción en la salud antes de la prevención (Rodríguez, 2009, p. 293).

El concepto de resiliencia presenta problemas en su definición, debido a que no existe un completo acuerdo por los distintos investigadores. Sin embargo, existe un acuerdo en que este concepto implica competencia y un afrontamiento positivo y efecto en cuanto al riesgo o la adversidad. Según Bartelt, la resiliencia es un rasgo psicológico que forma parte del yo que capacita para el triunfo en condiciones adversas. Por otro lado, Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer, definen la resiliencia como un proceso de afrontamiento a eventos vitales estresante o desafiantes de un modo que da al individuo protección. La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy, que la define resiliencia como la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa luego de un abandono o evento estresante (Becoña, 2006, p. 127).

Por otro lado, en otras revisiones de literatura se habla del concepto de resiliencia como un concepto en evolución, por lo que no es posible englobarlo en una sola definición. Sin embargo, existen cuatro definiciones consideradas como las más significativas durante estas décadas. Rutter en 1992 habló de la resiliencia como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que habilitan al individuo a tener una vida sana dentro de un medio insano. Habla de que estos procesos se desarrollan a través del tiempo y que implican las propias

características del niño, su ambiente familiar, social y cultura. Para este autor, la resiliencia no debería ser entendida como una habilidad inherente en los niños o que se adquiere durante el desarrollo, sino que es un continuo que involucra un complejo sistema social en un determinado momento. Por otro lado, Grotberg en el 2001 habla de la resiliencia como la capacidad humana para enfrentar y sobreponerse de experiencias de adversidad. Luthard en el año 2000 empieza a ver a la resiliencia como un proceso dinámico que tiene como resultado una adaptación positiva ante un contexto adverso. De igual manera, Ojeda en el 2004 conceptualiza a la resiliencia como la condición humana que provee a las personas una capacidad de sobreponerse a la adversidad, la entiende como un proceso dinámico que tiene resulta en una adaptación positiva (Rodríguez, 2009, p. 294).

Como es evidente, los distintos autores entienden a la resiliencia no solamente como una propiedad inherente a la persona sino como un estado producto de un proceso que involucra factores de protección y de riesgo que puede ser construido, desarrollado y promovido. La resiliencia se construye a partir de las fortalezas del individuo; además estimula la autoestima, un autoconcepto positivo y un concepto positivo del ambiente, genera conductas de resolución de problemas y da aspiraciones de control de la vida del individuo (Fiorentino, 2008, p. 102-103). De igual manera, en estos últimos años varios autores han concentrado su trabajo en determinar cuáles son factores que inciden en el adecuado afrontamiento al estrés. Anteriormente, los estudios estaban enfocados en los factores de riesgo vistos en la medicina y relacionados a las enfermedades; sin embargo, en el modelo de resiliencia se estudia los factores de protección. Estos factores se entienden como condiciones internas y externas que ayudan a la persona a resistir las consecuencias de las situaciones traumáticas o de riesgo, además reducen la posibilidad de disfunción. Tales factores involucran condiciones genéticas, características de la persona, factores situacionales, sociales y psicológicos. Dentro de las

características individuales se incluyen la capacidad de resolución de problemas, habilidades comunicativas, humor, creatividad, autonomía, autoestima alta, resistencia a la frustración y capacidad para pedir ayuda. Se ha encontrado como factores de protección que en la familia exista apoyo incondicional de una persona significativa y estable emocionalmente, convicciones religiosas que promueven la cohesión de la familia y la búsqueda nuevos significados de experiencias adversas. Dentro de los factores de protección del entorno comunitario, se encontró que las adecuadas relaciones con niños de la misma edad y personas mayores al niño ayudan a que los niños experimenten transiciones positivas en su vida. Por esta razón es importante crear programas de educación en las comunidades que incluyan a los progenitores, profesores, miembros de organizaciones para que se conviertan en elementos positivos para el desarrollo de resiliencia. Estos factores de protección no actúan de manera aislada, sino que se dan por medio de interacciones funcionales que provocan la disminución de las consecuencias negativas en circunstancias de adversidad (Fiorentino, 2008, p. 103).

De acuerdo a distintos autores, los factores protección para un niño son:

- Vínculo seguro con al menos uno de los padres o cuidador principal
- Soporte comunitario
- Aceptación y comprensión por parte de los padres
- Entorno educativo dirigido con límites claros
- Relaciones interpersonales positivas y afectivas
- Programas sociales que promuevan el desarrollo constructivo del niño
- Oportunidades de desarrollo de competencias cognitivas
- Responsabilidades sociales acorde a la edad
- Habilidades de afrontamiento y resolución de problemas

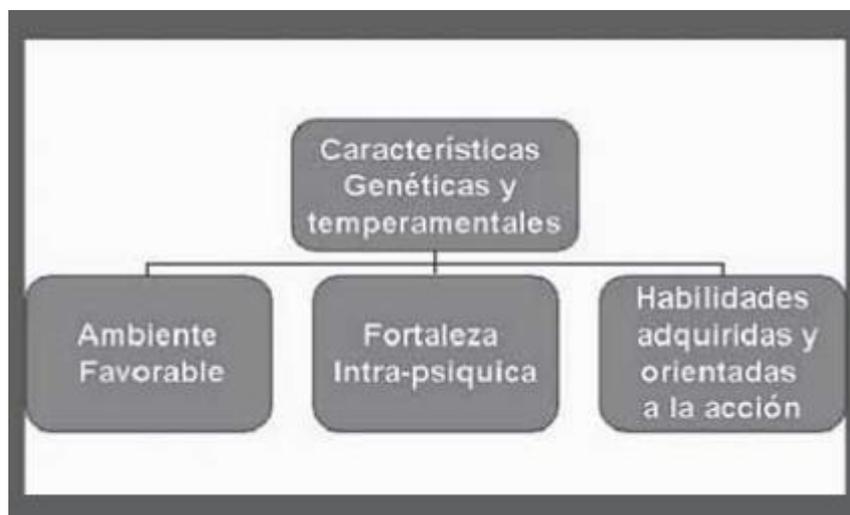
- Autoconcepto positivo, confianza en sí mismo y autoeficacia
- Autoeficacia frente a situaciones estresantes y actitud positiva
- Resignificar las experiencias adversas y dar un sentido al dolor

(Fiorentino, 2008, p. 104)

Desarrollo histórico del concepto de resiliencia

Según varios autores, el desarrollo del concepto de resiliencia se ha dado en dos generaciones. La primera generación se caracteriza por un interés en las características de la persona que le permitían superar la adversidad y continúo con un estudio de los factores externos a la persona como: estructura familiar, nivel socioeconómico, personas significativas. Esta generación se basa en el modelo tríadico de la resiliencia (Rodríguez, 2009, p. 295)

Figura 5: Modelo tríadico de la resiliencia



(Rodríguez, 2009; p. 295)

Esta generación hace énfasis en este modelo tríadico considerando las distintas variables que componen a la resiliencia. Según esta generación, las características temperamentales y genéticas son la base sobre la que actúan los factores ambientales y sociales. En estudios recientes se ha encontrado que el 30% de los rasgos psicológicos tienen su base en

la genética y que sobre estos actúa la crianza y la educación. Por medio de la educación y la crianza, la persona adquiere habilidades orientadas a la acción, por ejemplo: habilidades sociales, resolución de problemas, expresión creativa, enfoque de la atención y anticipación hacia el futuro (Rodríguez, 2009, p. 295).

Por otro lado, en esta primera generación también se estudian los pilares de la resiliencia; es decir, todas las características que se encuentran con mayor frecuencia en personas resilientes. Estos pilares de resiliencia se categorizaron en cuatro componentes principales: Competencia social, resolución de problemas, autonomía y sentido de propósito y futuro. Competencia social tiene que ver con el contacto con otras personas y las formas de comunicarse con los demás. Los niños resilientes generan respuestas positivas en las personas, son flexibles y adaptables, logran comunicarse adecuadamente y muestran empatía. Dentro de la competencia social se estudia el sentido del humor; es decir, la habilidad para encontrar alivio a través de reírse de sí mismo, buscando el lado cómico de las circunstancias. Algunos estudios encontraron que la delincuencia en niños y adolescentes están relacionadas con la falta de competencia social. Por otro lado, la resolución de problemas tiene que ver con la capacidad de pensar de manera abstracta, reflexiva y flexible para encontrar alternativas y soluciones a los problemas. Estudios sobre niños en situación de calle hablan sobre la importancia de la resolución de problemas, ya que estos niños constantemente tienen que negociar en un ambiente adverso como manera de sobrevivir. Otro de los pilares de la resiliencia es la autonomía, algunos autores entienden a la autonomía como un sentido de independencia, otros como la habilidad de lograr control interno y otros lo ven como la capacidad para separarse de una familia disfuncional y distanciarse de padres enfermos. Sin embargo, todos los autores coinciden en que la autonomía tiene que ver con el sentido de la propia identidad, la capacidad para actuar de manera independiente y controlar algunos aspectos del ambiente. Se ha

encontrado que los niños resilientes tienen la capacidad de separar sus experiencias de la enfermedad de los padres, entienden que ellos no son los causantes de los problemas familiares, lo que les provee un espacio protector y de desarrollo de autoestima. Por último, el componente sentido de propósito y futuro se relaciona con el sentido de autonomía, ya que la confianza de que se puede tener cierto control sobre el ambiente da al niño un sentido de futuro. Este componente es uno de los más importantes en cuanto a predecir resultados positivos en cuanto a la resiliencia (Rodríguez, 2009, p. 295-296).

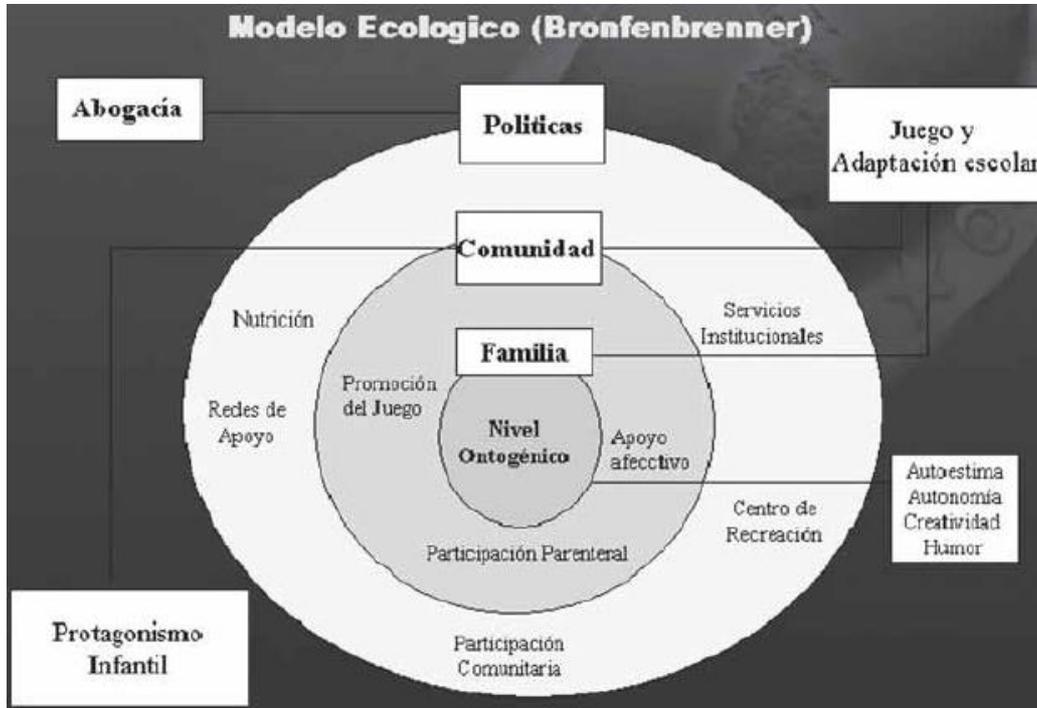
La segunda generación que estudió el concepto de resiliencia se centró en descubrir la dinámica que existe entre los factores que permiten una adaptación positiva. Esta generación tiene como objetivo seguir el trabajo de la primera generación en cuanto a descubrir los factores que están presentes en las personas con alto riesgo social que se adaptan adecuadamente en la sociedad y añade el estudio de la dinámica de estos factores. Diversos autores del año 2000 hablan de la resiliencia como un proceso dinámico en el que actúan influencias del ambiente y del individuo, que además interactúan en una relación ecológica y recíproca, permitiendo a la persona adaptarse. Estos autores basan sus conceptos en el modelo ecológico-transaccional, que tiene origen en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (Rodríguez, 2009, p. 297).

Este modelo se basa en la idea de que un individuo se encuentra dentro de una ecología determinada por distintos niveles que interactúan entre sí. Estos niveles que conforman el modelo ecológico van desde un microsistema a un macrosistema. El microsistema implica un nivel ontológico en donde se encuentra el individuo y las etapas de su vida. El macrosistema implica las relaciones del individuo con su familia y la comunidad, además se incluyen las políticas públicas y las normas impuestas por las mismas (Rodríguez, 2009, p. 297).

Este modelo aporta principalmente en el entendimiento de la relación entre sistemas, es decir, un sistema depende del otro. Para los investigadores de la segunda generación, identificar

los procesos y factores que está inmersos en la resiliencia permite realizar programas para promover la resiliencia (Rodríguez, 2009, p. 297).

Figura 6: Modelo Ecológico de Bronfenbrenner



(Rodríguez, 2009; p. 297)

Construcción de la resiliencia

La construcción de la resiliencia se da mediante la intervención de distintas variables y situaciones personales, por lo que varía en cada persona. Es un proceso dinámico por lo que diversas características están vinculadas a su desarrollo, está compuesta por un grupo extenso de conceptos: estilos cognitivos, atribuciones, autoconcepto, autocontrol, entre otros. En el desarrollo de la resiliencia los factores de protección se vuelven más importantes que los factores de riesgo. Según investigaciones, la resiliencia cambia a lo largo del tiempo y necesita de ajustes en su definición y en la forma de evaluarla. Es un proceso que toma toda la vida, tiene fases de adquisición y de mantenimiento. Las variables culturales y contextuales proveen

a la persona una singularidad en su capacidad resilientes; así mismo, las variables temperamentales y su carga biológica se vuelven un factor predisponente para el desarrollo de la resiliencia (Truffino, 2010, p. 148). La familia parece tener un importante aporte en el desarrollo de la capacidad de sus miembros; además, se ha encontrado que la resiliencia de los miembros más relevantes contribuye en la capacidad de la familia de afrontar las situaciones difíciles con afecto y cohesión. Algunos aspectos de la familia que ayudan en la construcción de la resiliencia son: visión positiva del mundo, sentido espiritual, flexibilidad, tiempo familiar de calidad, comunicación, normas y rutinas. El entorno y sus características aportan en el desarrollo personal y puede brindar bienestar familiar. Las condiciones del entorno que contribuyen a la construcción de la resiliencia tienen que ver con las condiciones de salud, la estabilidad de residencia y economía, modelos positivos y recursos disponibles (Truffino, 2010, p. 148).

Por otro lado, Vanistendael en el año 2002 utilizó la metáfora de una “Casita” para hablar de los elementos que sirven para edificar la resiliencia en niños y adolescentes. Esta metáfora sirve como un esquema en el que cada habitación o piso de la casa representa un factor construcción de resiliencia. Este autor afirma que en primer lugar se encuentra el suelo o cimientos sobre la que se construye la casa, está relacionada con el cumplimiento de necesidades principales como la alimentación, salud, entre otros. En el subsuelo se encuentra la aceptación y amor genuino por al menos una persona significativa. Estas relaciones de aceptación y amor genuino se dan más en la familia y con los amigos, por lo que las redes sociales de apoyo se hacen importantes para el desarrollo de la capacidad resiliente. Además, el amor genuino hacia un niño significa confiar en él, conocer sus habilidades y talentos, aptitudes y brindar oportunidades de desarrollo. En la planta baja se encuentra la habilidad de dar un sentido a la vida; por ejemplo, integrar experiencias adversas de una manera positiva a

su narrativa y establecer un sentido y coherencia en su estar en el mundo. Por otro lado, en el primer piso se encuentran tres aspectos fundamentales: autoestima, humor y competencias. Para la construcción de la autoestima es necesaria una relación afectiva del niño con sus cuidadores; es decir, se necesita de un apego seguro que permita al niño explorar su ambiente y regresar con la seguridad de que sus padres están disponibles si es que él los necesita. A través de estas interacciones el niño adquiere conocimiento y valoración de sí mismo; es importante el autoconocimiento para aceptar tanto lo positivos como lo negativo de las propias cualidades (Fiorentino, 2008, p. 104-105). Coopersmith en sus investigaciones describe cuatro condiciones necesarias para una adecuada autoestima. La primera hace referencia a las experiencias de aceptación total del niño, sus sentimientos, formas de pensar y valor de su existencia. De igual manera, los contextos con límites bien definidos, justos, razonables y negociables son necesarios para dar al niño estabilidad y seguridad. También es importante tomar en cuenta las necesidades del niño, estimular y reafirmar el comportamiento positivo. Por último, para un buen desarrollo de la autoestima se necesita que los padres sirvan como modelo en la forma que se relacionan con los demás (Fiorentino, 2008, p. 107). La última parte de este esquema está representada por un altílo, es este se encuentra la apertura a experiencias que ayudan al niño a reflexionar sobre su manera habitual de interpretar las situaciones adversas y darles un significado; por ejemplo, integrarse a actividades o grupos de personas que han vivido experiencias similares (Fiorentino, 2008, p. 108).

Aceptación incondicional positiva

Carl Rogers en 1957 habla de la Aceptación Incondicional Positiva como una cálida aceptación de todos los aspectos de la experiencia del cliente. Para Rogers, la aceptación incondicional positiva implica proporcionar aceptación de sentimientos negativos como sentimientos positivos; además, incluye cuidar a la persona de una manera cálida, genuina y

no posesiva (Jayne, 2013, p. 2). Los sentimientos negativos pueden incluir sentimientos malos, dolorosos, temerosos, anormales o defensivos; por otro lado, sentimientos positivos se pueden entender como maduros, de felicidad, socialmente aceptables. Cuando Rogers habla de cuidado se refiere a entender a la persona como alguien separado, con permiso de tener sentimientos propios y experiencias propias. A la aceptación incondicional positiva están asociados otros términos como: valorización, calidez y respeto; además, se la etiqueta como una de las actitudes fundamentales de un terapeuta centrado en la persona. Los terapeutas que muestran esta actitud valoran profundamente la humanidad de quienes atienden, cualquier comportamiento particular de los mismos, y son consistentes con su manera de tratarlos (Wilkins, 2000, p. 24).

Barrett-Lennard tomó el concepto de Carl Rogers y lo dividió en dos conceptos: nivel de aceptación e incondicionalidad de la aceptación: El de nivel de aceptación tiene que ver con las reacciones afectivas de una persona a otra, incluyendo los sentimientos negativos y positivos, y la incondicionalidad de la aceptación hace referencia al grado de constancia de la respuesta afectiva de una persona a otra. Truanx y Carkhuff hablan de la aceptación incondicional como una actitud que requiere calidez no posesiva, respetuosa, amorosa e imparcial hacia un ser humano (Jayne, 2013, p. 40). Por otro lado, para Mearns la aceptación incondicional positiva implica aceptar las luchas de la persona por encontrar su existencia más significativa y satisfactoria, así como las defensas autoprotectoras que usa para distanciarse de la amenaza de otras personas. Así mismo, Bozarth afirma que en la aceptación incondicional se incluye a todo el marco de referencia momentáneo de la persona y todo lo que conlleva (sentimientos y percepciones). Además, este autor realizó una reconceptualización de la aceptación como agente principal de cambio en la terapia y elaboró un modelo integrativo de las tres condiciones necesarias que ofrece un terapeuta en terapia. Según su reconceptualización, cuando el terapeuta se muestra genuino, puede llegar a experimentar una

comprensión empática de quien atiende y logra aceptarlo incondicionalmente. Según este autor, la comprensión empática es el medio por el cual se expresa la aceptación incondicional (Jayne, 2013, p. 43).

Distintos autores coinciden en que la aceptación incondicional positiva debe ser considerada no solo en términos externos, sino también internos de la persona. Se identificó a este concepto como una condición necesaria para un agente de cambio o factor curativo dentro de la terapia. Bozarth y Wilkins coinciden en que la congruencia y la empatía proporcionan un marco para que la persona experimente y crea en la aceptación incondicional. Wilkins en sus investigaciones encontró que la aceptación incondicional es una actitud terapéutica difícil de desarrollar, ya que depende de la actitud que las personas tienen hacia sí mismos; por esta razón, esta actitud se vuelve el aspecto más poderoso y crucial para promover un cambio constructivo. Para este autor, la aceptación incondicional exige la ausencia de prejuicios, respeto genuino por la persona y reconocer que es un ser autodeterminado (Jayne, 2013, p. 47).

Del mismo modo, Lietaer define a la aceptación incondicional como la constante e invariable actitud afectiva que ofrece el terapeuta, para ello debe valorar a quién atiende, creer en sus potencialidades e involucrarse de una manera no posesiva. Este autor hace una distinción entre la aceptación incondicional de toda la experiencia de la persona y la aceptación de todo comportamiento de ella. Esta distinción plantea que la actitud de receptividad hacia el mundo experiencial interno de la persona, no significa que se acoge con satisfacción a todas sus conductas por igual y que incondicionalmente significa que se sigue valorando a la persona, lo que potencialmente es y puede llegar a ser. Lietaer en sus investigaciones encontró varias limitaciones del concepto de la incondicionalidad, en las que se incluye las vulnerabilidades personales e incongruencia del terapeuta, lo que causa la vida del “otro” en la vida del terapeuta

y el objetivo fundamental para facilitar el cambio en las personas dentro de la terapia (Jayne, 2013, p.48).

Por su parte, Freire habla de la aceptación incondicional positiva como la característica distintiva y el objetivo principal de la terapia centrada en la persona. Afirma que la confianza y creencia del terapeuta de la tendencia de autorrealización es la base para la aceptación incondicional. Para esta autora, la capacidad que tiene el terapeuta de aceptar incondicionalmente a quién atiende se ve reflejada en la confianza que tiene en su tendencia de actualización y cambio. De igual manera, Freire propone que similar a la congruencia, la aceptación incondicional positiva que el terapeuta ofrece es paralela a la aceptación incondicional propia del terapeuta. Por otro lado, habla de que la aceptación incondicional se da ya sea con la presencia del terapeuta o con la experiencia empática de la persona (Jayne, 2013, p. 48).

Investigación en Aceptación Incondicional Positiva

La aceptación incondicional positiva ha sido estudiada junto con las otras condiciones necesarias dentro de la terapia centrada en la persona. Hay escasos estudios que exploren a la aceptación incondicional por sí sola. Existen múltiples evaluaciones que se han creado para medir la aceptación incondicional; por ejemplo, Truax y Carkhuff en el año 1967 desarrollaron la escala para medir la calidez no posesiva como característica de la aceptación incondicional positiva. En esta escala se evaluaron las respuestas verbales de los terapeutas por medio de una escala Likert de 5 puntos dependiendo de lo que el terapeuta expresaba como calidez no posesiva (Jayne, 2013, p. 49).

Así mismo, en el año 1962 se desarrolló el inventario de relaciones Barrett-Lennard. Este inventario es una evaluación de autoinforme desarrollada para medir la manera en la que

la persona experimentó la relación con el terapeuta, ya sea como empática, congruente, si se sintió aceptada y apreciada. La persona evalúa la relación con su terapeuta utilizando una escala de siete puntos; a pesar de que esta prueba tiene un adecuado rango de confiabilidad, los clientes reportaron calificaciones bajas. Watson y Steckey, afirman que la utilización de instrumentos como la evaluación de la calidez y el autoinforme sobre la relación terapeuta-persona, incluyen grandes desafíos ya que se trata de medir un proceso interpersonal dinámico. Ellos proponen que para medir la aceptación incondicional se utilice un enfoque cualitativo y orientado más al proceso, ya que en la aceptación incondicional se da un fenómeno interactivo y relacional entre el terapeuta y a quién atiende. Además, afirman que solo medir las respuestas verbales del terapeuta, dejando aparte las respuestas no verbales y comportamientos del terapeuta, limitan la experiencia de la persona y por lo tanto, la evaluación completa de la aceptación incondicional (Jayne, 2013, p. 49).

Farber y Doolin realizaron una revisión de literatura sobre las investigaciones de aceptación incondicional y realizaron un meta-análisis sobre la correlación entre la disposición del terapeuta hacia la aceptación incondicional y los resultados terapéuticos. Para esta revisión, los autores utilizaron 18 estudios en los que encontraron una asociación moderada de la aceptación incondicional con los resultados del tratamiento. Los autores concluyeron que la capacidad del terapeuta y su disposición para brindar aceptación incondicional positiva está significativamente asociada con el éxito terapéutico; sin embargo, aclararon que el tamaño de este efecto es moderado, ya que dentro del proceso de la terapia influyen diversos factores (Jayne, 2013, p. 50).

En un estudio realizado por Traynor, Elliott y Cooper se intentó encontrar los factores que provocan mejoría en el tratamiento dado a psicóticos. Uno de los factores que se estudió fue la aceptación incondicional positiva. En esta investigación se habla de la aceptación como

un factor terapéutico principal en el trabajo con personas en entornos psiquiátricos, ya que se ha encontrado que la falta de aceptación incondicional representa un obstáculo porque ellas suelen experimentar falta de comprensión empática por parte de su terapeuta, que no puede experimentar el marco interno de quienes atienden. En el proyecto de Wisconsin de Rogers también se encontró que la naturaleza de la aceptación incondicional provee una relación real que para los sujetos con esquizofrenia es fundamental. Se ha comprobado que para las personas juzgadas y etiquetadas, en este caso por esquizofrenia, la aceptación incondicional tiene más relevancia. Es así que en este estudio, los médicos reportaron que la aceptación incondicional positiva fue la condición terapéutica más importante para personas en procesos psicóticos. Esto se debe a que las etiquetas con las que se trata a ellos pueden ser opresivas y producir juicios y estigmas hacia la enfermedad. Las personas en procesos psicóticos suelen ser socialmente rechazadas y etiquetadas por profesionales de la salud. Para esto, la aceptación incondicional proporciona un antídoto, ya que da a los sujetos psicóticos un sentido y les hace experimentar que son aceptados como personas completas (Traynor, Elliott y Cooper, 2011, p. 93).

Auto-aceptación incondicional positiva

La autoaceptación incondicional positiva se refiere a cómo un individuo acepta todas sus experiencias subjetivas sin hacer referencia a las actitudes percibidas de otros, ni a los valores y reglas que se han internalizado desde el entorno social. Implica relacionarse con la experiencia de uno mismo, ya sea positiva o negativa, de una manera cálida y con un entendimiento libre de prejuicios. Algunas personas refieren que la autoaceptación incondicional es solo un ideal; sin embargo, la mayoría de las personas tienen al menos un grado de autoaceptación (Patterson y Joseph, 2013, p. 95).

Cuando se le comunica a un niño la aceptación positiva de una manera condicionada, el niño internaliza estas condiciones sobre su valor, y con el tiempo estas condiciones sobre su

valor impuestas por otros, remplazan la valoración propia de su valor, guiando su comportamiento. A medida que la persona se separa de sus propias necesidades, pierde la capacidad de confiar en sus propios instintos y sentidos, y tiene a guiarse en el juicio de los demás para determinar su valor y el valor de una experiencia. Así es como el mundo interno del niño empieza a ser gobernado por condiciones externas (Patterson y Joseph, 2013, p. 95).

Debido a esto, la teoría centrada en la persona habla de cómo la vulnerabilidad a sufrir un desajuste psicológico proviene de la internalización de condiciones sobre el valor de un niño a medida que éste se va desarrollando. La alienación del niño respecto a sus propias necesidades provoca mayor vulnerabilidad hacia los trastornos psicológicos. Es por esto que se produce un estado de incongruencia entre el yo y la experiencia, dando como resultado que la valoración y autoestima del niño dependa de las condiciones del entorno social internalizadas como propias (Patterson y Joseph, 2013, p. 96).

Mayormente, las personas no están conscientes de las condiciones que se encuentran alrededor de su valorización personal; sin embargo, la terapia centrada en la persona tiene como objetivo, ayudarlas a ser conscientes de esos condicionamientos. Por lo tanto, tal terapia intenta flexibilizar las reglas y los valores rígidos internalizados desde el exterior, para que de esta forma se permita a la libertad individual desarrollarse y crecer. Esto se puede lograr por medio de tres aspectos necesarios y suficientes dentro de las relaciones: empatía, congruencia y aceptación incondicional positiva. De esta manera, se incentiva a las personas dentro de la terapia, a evaluar las experiencias desde su propio organismo y no de acuerdo a las condiciones externas. Esto producirá un cambio terapéutico en la persona, mostrando un aumento de la autoaceptación incondicional y una disminución en las condiciones que limitan su sentido de valor (Patterson y Joseph, 2013, p.96).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a la pregunta de esta investigación ¿Cómo y hasta qué punto la Aceptación Incondicional Positiva promueve la construcción de la resiliencia en niños víctimas de abuso sexual?, la metodología que se utilizará para responderla será mixta (cuantitativa y cualitativa).

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Existen tres tipos de investigaciones: cuantitativas, cualitativas y mixtas. Una investigación cuantitativa ofrece un control sobre los fenómenos y posibilita la generalización de los resultados. Está basada en los conteos y magnitudes, por lo que posibilita la comparación de resultados con otros estudios similares. Por otro lado, la investigación cualitativa permite realizar una recolección de datos profunda, lo cual provee riqueza interpretativa a la investigación, ya que se puede obtener una contextualización del entorno y detalles únicos (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Por otro lado, la investigación mixta involucra el método cuantitativo y el método cualitativo. Está representado por dos realidades, la objetiva y la subjetiva. La utilización de este método permite una profundización y una perspectiva más amplia del fenómeno que se está estudiando (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Al ser la resiliencia un constructo observable, objetivo y a la vez subjetivo en cuanto a su desarrollo e interacción con el ambiente, el método mixto ofrece un enfoque adecuado para esta investigación y de esta manera evaluar la manera en que la variable independiente (intervención enfocada en Aceptación incondicional positiva) influye sobre la variable dependiente (resiliencia).

La investigación sobre resiliencia ha tomado importancia durante los últimos años, por lo que se han desarrollado múltiples herramientas para medir y evaluar este constructo. Es así que el Resilience Project (IRP) desarrolló el Child and Youth Resilience Measure (CYRM)

con la finalidad de medir la resiliencia en niños de manera cuantitativa. De igual manera, dentro de este proyecto se realizó el Child and Youth Resilience Measure- Person Most Knowledgeable (CYRM-PMK), cuestionario para padres o cuidadores principales del niño. Como medida cualitativa se han propuesto las entrevistas cortas a padres y niños con la finalidad de expandir la información sobre los recursos familiares, personales del niño (CYRM/ARM, 2016).

Participantes

Para esta investigación se requerirá una población de 20 niños de edad escolar (6 a 12 años) que hayan sido víctimas de abuso sexual. Todos los niños deben haber sido tratados anteriormente de manera individual como para de reparación al trauma, por lo que los niños no se deben encontrar en una situación de crisis, ni con síntomas psicológicos graves. Para esto, se mantendría un contacto con la Fundación Azulado, que brinda apoyo psicológico a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil. La fundación estará encargada de informar a los investigadores sobre niños que cumplan con los requisitos para el estudio, para de esta manera extender una invitación al niño y a su familia a ser parte de este estudio. Una vez se reúna el grupo de niños, se aplicará el Inventario de Factores Personales de Resiliencia, el CYRM y el CYRM-PMK que se aplicará a uno de los padres del niño para medir la resiliencia previa a la intervención; también se realizarán entrevistas iniciales a los niños y sus familias con el fin de recoger información sobre los recursos del niño y la familia para afrontar el trauma.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Para realizar esta investigación se realizarán entrevistas a los niños y a sus padres, como parte de la metodología cualitativa. Las entrevistas con los padres y niños tienen la finalidad de obtener información sobre los recursos con los que cuenta la familia para afrontar un trauma,

las condiciones y calidad de vida de los niños, así como para conocer los cambios en el niño luego del evento traumático. La entrevista dirigida al niño tendrá una duración de 30 minutos, las preguntas que se realizarán son sencillas y pueden ser respondidas de forma corta; por ejemplo: ¿Cuántos años tienes?, ¿Quiénes son tu familia?, ¿Con quiénes vives?, ¿Cómo ha cambiado tu vida en estos años?, ¿Sientes que tus padres te han apoyado?, ¿Qué actividades realizan en familia? La entrevista dirigida a los padres tendrá una duración de 1 hora y las preguntas están enfocadas en recoger información sobre la situación actual del niño y cómo la familia está trabajando para ayudar al niño. Algunas de las preguntas que se encuentran en la entrevista son las siguientes: ¿Cómo es su relación con su hijo?, ¿Cómo ha vivido usted esta experiencia traumática?, ¿Cuál fue su reacción ante este evento traumático?, ¿Cómo está ayudando a su hijo a superar el trauma?

Luego de las entrevistas iniciales se utilizará los cuestionarios: Inventario de Factores Personales de Resiliencia, CYRM y CYRM-PMK. El inventario de factores personales de resiliencia fue desarrollado por Ana Salgado en el año 2004 en Perú, este cuestionario está diseñado para niños de 7 a 12 años y está diseñado para medir los siguientes factores de resiliencia: autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad. El cuestionario cuenta con 48 afirmaciones a las que el niño puede responder con “sí” y “no”, la administración del cuestionario se realiza de forma individual y dura aproximadamente 30 minutos. En cuanto a la validez y confiabilidad del instrumento, se realizó un análisis de validez de contenido utilizando el criterio de 10 jueces expertos y se utilizó el coeficiente V. De Aiken, dando como resultado una validez de contenido alta para cada factor ($V=0.98, 0.99, 0.93, 0.97, 0.94$); es decir, el instrumento es adecuado para la medición de los factores de resiliencia (Salgado, 2005).

De igual manera, se utilizará el cuestionario CYRM diseñado para niños de 5 a 9 años. Cuenta con 26 ítems que miden aspectos de la familia del niño, su comunidad y sus relaciones

con otros; enfocadas en la adaptación del niños a su cotidianidad. El cuestionario cuenta con tres subescalas: capacidades individuales/recursos, relaciones con cuidadores principales y factores contextuales. El cuestionario se responde con “sí”, “no” y “a veces”; sin embargo, también existe una opción de responder a los ítems con caritas tristes, indiferentes o tristes, debido a que se incluye a niños menores de 8 años (CYRM/ARM, 2016). Para esta investigación se utilizará la versión del CYRM en español.

Por otro lado, se utilizará el CYRM-PMK para el cuidador principal del niño, ya que este tiene información sobre los recursos, las oportunidades y retos del niño. Se aplicaría este cuestionario a la persona que más conoce al niño y está familiarizado con su día a día. Este cuestionario cuenta con 26 ítems presentados en forma de preguntas y puede ser respondido con “sí”, “a veces” y “no” (CYRM/ARM, 2016).

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

El reclutamiento de los participantes se realizará a través de la Fundación Azulado, que tiene contacto con víctimas de abuso sexual. Una vez que se hayan seleccionado los participantes de acuerdo a los criterios de edad y estado psicológico actual, se procederá a extender una carta de invitación para participar en este estudio, si los representantes legales de los niños aceptan participar, se procederá a firmar el consentimiento informado. La intervención enfocada en la Aceptación Incondicional Positiva se dividirá en tres partes, sesiones individuales con los niños, sesiones individuales con los padres y sesiones padres e hijos. En las sesiones individuales con los niños se tratará como tema central a la autoaceptación incondicional positiva, fortaleciendo las habilidades de internalización positiva de su valor y la confianza en sus propios instintos y sentidos. En las sesiones individuales con los padres se trabajará de forma psicoeducativa sobre lo que compone la AIP y cómo vivirla en su ambiente familiar. Por último, en las sesiones padres e hijos se trabajará en las relaciones

familiares y en el fortalecimiento de la AIP como dinámica familiar. Se realizarán un total de 3 sesiones, tanto individuales como en familia y se darán a cabo en las oficinas de la Fundación Azulado.

Antes de iniciar la intervención se realizará un pre-cuestionario con los instrumentos mencionados anteriormente y una entrevista inicial, seguidamente se realizará la intervención y por último, se llevará a cabo un post-cuestionario para comparar los resultados obtenidos. El análisis de resultados se realizará con el programa SPSS, así se comparará los resultados obtenidos en el Inventario de Factores Personales de Resiliencia, CYRM y CYRM-PMK realizados pre y post a la intervención, y observar si existe un cambio en la resiliencia del niño.

Consideraciones éticas

Es importante mencionar que en este estudio al ser enfocado en niños, los representantes legales de los mismos serán los responsables de firmar el consentimiento informado. En el consentimiento informado se explican los objetivos de este estudio, se aclara que la participación es voluntaria y que una familia puede retirarse del en cualquier momento del estudio si así lo desea. De igual manera, es importante mencionar que durante todo el estudio se mantendrá el anonimato, tanto en las entrevistas iniciales, como al momento de llenar los cuestionarios. Las entrevistas y cuestionarios serán realizadas individualmente y cada participante tendrá un código de identificación que será utilizado únicamente para este estudio

RESULTADOS ESPERADOS

Basándonos en la revisión de literatura que se realizó para esta investigación, se esperaría que como resultado de la intervención propuesta, los participantes muestren un incremento de la resiliencia. En un estudio sobre la influencia de la Aceptación Incondicional positiva en el tratamiento con pacientes psicóticos se descubrió que la AIP fue el componente principal para el éxito terapéutico, ya que los pacientes no se sentían etiquetados o rechazados por los profesionales de la salud, sino que los pacientes lograban dar un sentido a su situación y les hacía sentir como personas completas (Traynos, Elliot y Copper, 2011, p. 5). De igual manera, podemos inferir que una víctima de abuso sexual también sufre de etiquetas dadas por la sociedad y por sí mismo. Por esta razón, la AIP por parte de su ambiente cultural y familiar, así como la autoaceptación positiva, promueven los tres factores importantes de la resiliencia: autoconcepto positivo, confianza en sí mismo y autoeficacia (Fiorentino, 2008, p. 104). Por lo tanto, luego de la intervención en AIP se esperaría encontrar puntajes más altos a la hora de llenar los reactivos correspondientes a autoestima y autoconcepto del Inventario de Factores Personales de resiliencia.

Por otro lado, se puede inferir que al incluir a las familias en la intervención, la resiliencia del niño aumentará, ya que la resiliencia es un constructo que se desarrolla a través del tiempo y que implica el ambiente familiar, social y cultural del niño (Rodríguez, 2009, p. 294) Por lo tanto, no solo se espera un cambio individual, sino un cambio familiar, ya que se ha comprobado que por medio de la educación y la crianza, se adquieren habilidades orientadas a la acción, habilidades sociales, resolución de problemas, expresión creativa, enfoque de la atención y anticipación hacia el futuro (Rodríguez, 2009, p. 295).

Se espera que luego de la intervención en AIP las familias muestren un reconocimiento sobre la importancia de ésta y cómo el desarrollar esta cualidad dentro de su ambiente familiar ayudará al niño a recrear su autoconcepto de una manera adecuada, alejándose del estigma

social y la vergüenza de ser víctima de un abuso sexual. De igual manera, se espera que las familias y los niños logren potenciar sus herramientas de afrontamiento de la crisis: los factores personales de resiliencia como la autoestima, la creatividad, autoconcepto, humor, entre otros.

Debido a el reforzamiento de la capacidad resiliente de los niños, se esperaría que los niños puedan manejar las consecuencias negativas ocasionadas del abuso sexual, es decir, se aumentaría su capacidad a sobreponerse a este trauma, por medio de factores de protección resilientes como la familia (apego seguro, aceptación incondicional) y por medio de factores de resiliencia personales como la competencia social, autoestima, autoconcepto, resolución de problemas, autonomía, sentido de propósito y futuro (Rodríguez, 2009, p. 296).

Por lo tanto, se entiende que se espera una mejora del bienestar subjetivo del niño, ya que al presentar mejoras en el reconocimiento de herramientas y al incluir a su familia en el proceso, la probabilidad de que el niño puede usar esas herramientas a su favor es alta.

DISCUSIÓN

Por medio de la revisión de literatura se puede responder a la pregunta de esta investigación ¿Cómo y hasta qué punto la Aceptación Incondicional Positiva promueve la construcción de la resiliencia en niños víctimas de abuso sexual? En primer lugar es importante mencionar que la intervención planteada sobre AIP es de corto plazo, es decir, nunca remplazaría un tratamiento específico y necesario para superar un trauma tan severo como un abuso sexual en la infancia. Sin embargo, podemos mencionar que esta intervención provee al niño un beneficio a corto plazo, ya que debería reforzar el trabajo terapéutico que ha venido haciendo con un profesional, entregándole al niño más herramientas de afrontamiento y resiliencia. En estudios realizados con pacientes que residen en psiquiátricos se han encontrados los resultados positivos de la AIP como cualidad necesaria para lograr el éxito terapéutico y existen estudios que comprueban que la AIP promueve mejorías en el bienestar

de pacientes con algunos trastorno psicológicos. Si bien es cierto, no existen estudios que examinen el impacto de la aceptación incondicional positiva en la resiliencia, podemos inferir que la AIP puede ser un agente de cambio también dentro del tratamiento para trauma y específicamente en el tratamiento de abuso sexual. Por ejemplo, en el estudio realizado con paciente psicóticos se descubrió que la AIP fue la principal condición para que exista una mejora en cuanto el autoconcepto de los pacientes y la resignificación de etiquetas adjuntas a su trastorno (Traynor, Elliot y Cooper, 2011, p. 93).

De igual manera, de acuerdo a los resultados esperados y la revisión de literatura, se puede inferir que la AIP se podría considerar como un factor de protección en niños víctimas de abuso sexual, ya que significaría que los niños tendrían la capacidad para aceptar sin prejuicios los sentimientos de culpa, resentimiento y vergüenza que surgen como efecto del abuso sexual, y al mismo tiempo por medio de la autoaceptación incondicional, el niño será capaz de no condicionar su valor como persona por agentes externos, sino por su propio concepto y necesidades emocionales. En este caso, la autoaceptación incondicional provee al niño la capacidad de separar las etiquetas, estigmas sociales y la vergüenza experimentada por el abuso sexual, de su valor como persona.

Por otro lado, la AIP puede contribuir a la aceptación sin prejuicios de las consecuencias a corto plazo que se presentan en el niño como: retraimiento, ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, conductas sexualizadas, enuresis y encopresis (Cantón & Rosario, 2015, p. 552). Tanto para el niño, como para la familia, la aparición de estos síntomas puede ser causa de malestar debido a lo que representa en el fondo, un abuso sexual en proceso de afrontamiento y sobre todo para los cuidadores del niño, la aceptación de este tipo de síntomas, especialmente las conductas sexualizadas, puede ser algo difícil de no juzgar o castigar en el niño.

De igual manera, es importante mencionar que el alcance que se puede llegar a producir en cuanto a la resiliencia, debe ser reforzado por la familia y la comunidad. Por eso, al incluir a los padres en la investigación, se intenta ayudar a las familias a asumir la importancia de la resiliencia en el hogar, para que juntos afronten el trauma de un abuso sexual. Además, se ha encontrado que un factor de protección en las situaciones adversas es la familia, ya que el niño necesita el apoyo incondicional de por lo menos una persona significativa y emocionalmente estable. Además los niños requieren de modelos sociales que estimulen el aprendizaje constructivo del niño, por lo que la capacidad resiliente de los padres, influye en el desarrollo de la resiliencia de los niños (Fiorentino, 2008, p. 103).

Por otro lado, se puede responder a la pregunta de esta investigación por medio de la metodología utilizada, ya que al usar un método cuantitativo en el que se comparan los resultados de los cuestionario CYRM, CYRM-PMK y el Inventario de Factores Personales de resiliencia, de una forma pre y post intervención, se puede obtener una medida de impacto sobre las variables, en este caso la AIP sobre la resiliencia. De esta manera, se lograría responder a la pregunta de una forma cuantitativa y numérica de un constructo que puede ser subjetivo. Por medio de las entrevistas iniciales también se respondería a la pregunta de esta investigación de una manera cualitativa, profundizando en el contexto de los participantes, las herramientas resilientes previas y entendiendo las dinámicas familiares de protección y de riesgo.

Para finalizar, es importante destacar que este estudio debería ser replicado en una población adolescente e inclusive en adultos, ya que la incidencia de abusos sexuales en esta población es alta y las consecuencias negativas se ven reflejadas en distintas patologías como desórdenes de estado de ánimo o trastornos de personalidad. Por esta razón trabajar en la resiliencia debería ser no solo un método de intervención, sino un método de prevención.

Conclusiones

En conclusión, en esta investigación se ha abordado tres temas importantes: Abuso sexual infantil, Resiliencia y Aceptación Incondicional Positiva.

En cuanto a abuso sexual, es importante mencionar que este concepto se lo define como: “Conductas sexuales, coercitivas o no, impuestas a una persona menor de edad, por una persona mayor de edad, que puede ser físicamente superior, con más experiencia y recursos, que utiliza incorrectamente su poder o autoridad” (Naciones Unidas, 2006, p. 16). En nuestro país la prevalencia de abuso sexual es elevada, 6 de cada 10 mujeres han sido víctimas de violencia ya sea de tipo psicológica, física o sexual, y 1 de cada 10 mujeres han sido víctimas de abuso sexual antes de la mayoría de edad (Quintana, 2015, p. 65). También es importante mencionar que el abuso sexual infantil provoca consecuencias realmente negativas como la negación, autculpa, autoaislamiento y supresión emocional (Sanjeevi, Houlihan, Bergstrom, Langley, & Judkins, 2018, p. 5).

Con respecto a la resiliencia, en esta investigación se menciona que se entiende por resiliencia como la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa luego de un abandono o evento estresante (Becoña, 2006, p. 127). Así mismo, la resiliencia se construye a partir de las fortalezas del individuo; además estimula la autoestima, un autoconcepto positivo y un concepto positivo del ambiente, genera conductas de resolución de problemas y da aspiraciones de control de la vida del individuo (Fiorentino, 2008, p. 102-103).

Por último, en esta investigación se habla de la aceptación incondicional positiva y se habla de ella como una capacidad que exige la ausencia de prejuicios, respeto genuino por la persona y reconocer que la persona es un ser autodeterminado. Así mismo, la aceptación incondicional es una actitud terapéutica difícil de desarrollar, ya que depende de la actitud que

las personas tienen hacia sí mismos (Jayne, 2013, p. 14). Por otro lado, se habla también de la autoaceptación incondicional como un relacionarse con la experiencia de uno mismo, ya sea positiva o negativa de una manera cálida y con un entendimiento libre de prejuicios. Entendiendo a estas cualidades de la persona como necesarias para lograr el éxito terapéutico y un verdadero cambio en la persona.

Para finalizar, se espera que la intervención en Aceptación Incondicional Positiva cause un impacto positivo en cuanto a la resiliencia en niños abusados sexualmente, que se vería reflejado en la comparación de resultados en los cuestionarios utilizados para esta investigación, mostrando específicamente un aumento en la resiliencia.

Limitaciones del Estudio

Principalmente las limitaciones de este estudio se centran en los participantes, ya que puede ser complicado que luego de un trauma como el abuso sexual, los padres quieran exponer a sus hijos a una investigación. De igual manera, la población con la que se trabajaría en este estudio es vulnerable y a pesar de que como requisito se pide que el niño haya tenido un tratamiento psicológico previo, hay que tomar en cuenta la fragilidad en la que se pueden encontrar la víctima y su familia. Por otro lado, al momento de la intervención podría no lograrse completar la muestra requerida, ya que al momento de hacer la intervención no lleguen niños con estas características a la fundación.

Por otro lado, los participantes de este estudio están ligados a la fundación Azulado, por lo que nuestra muestra no incluye niños de otras zonas rurales o de otras que no pertenezcan a la ciudad de Quito. Así mismo, el rango de edad escogido es muy amplio, por lo que la intervención en Aceptación Incondicional Positiva tiene que adaptarse a cada edad en el rango de 6 a 12 años.

En cuanto a la literatura usada para esta investigación se puede decir que la principal limitación es la escasa cantidad de estudios sobre resiliencia y aceptación incondicional en poblaciones del Ecuador o en poblaciones latinas. Así mismo, los instrumentos CYRM Y CYRM-PMK están normados para poblaciones de Estados Unidos, por lo que los resultados encontrados en esta investigación pueden ser distintos debido al contexto cultural.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Se recomienda que para próximos estudios se incluya a la población adolescente, ya que a partir de los 13 años, la incidencia de abuso sexual aumenta, indicando que esta etapa del ciclo de vida hace más vulnerables a los adolescentes ecuatorianos de ser víctimas de abuso sexual (Camacho, 2014, p. 91). Por lo tanto, al trabajar con una edad adolescente también se está procurando disminuir un posible desarrollo de patologías o problemas psicológicos en el futuro de las víctimas.

Por otro lado, los futuros estudios podrían realizarse con un enfoque preventivo, ya que esta es una problemática creciente que se da sobre todo en ambientes familiares y escolares; además, el abuso sexual tiene gran repercusión en el bienestar de la persona. De igual manera, se recomienda que los próximos estudios desarrollen instrumentos para la medición de resiliencia normados en Latinoamérica y particularmente Ecuador, para de esta manera evitar los sesgos culturales o del idioma.

REFERENCIAS

- Alvarado, M. (2015). Encara y Para: Campaña ni te toco, ni me tocas Violencia Sexual Infantil en el Ecuador. Recuperado desde:
<http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4057/1/120402.pdf>
- Apraez, G. (2015). Factores de riesgo de abuso sexual infantil. *Colomb Forense*, 2(1), 87-94.
doi: <http://dx.doi.org/10.16925/cf.v3i1.1179>
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11 (3), 125-146.
- Benítez, F., Cantón, D., Delgadillo, L. (2014). Caracterización de la violencia sexual durante la infancia y la adolescencia. *Psicología Iberoamericana*, 22 (1), 25-33
- Camacho, G. (2014). *La Violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Recuperado desde:
https://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf
- Cantón, D., & Rosario, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561.
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- CYRM/ARM. (2016). Child and Youth Resilience Measure and Adult Resilience Measure User's Manual. Recuperado desde:
<http://www.resilienceresearch.org/files/CYRM/Child%20%20CYRM%20Manual.pdf>
- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15 (1), 95-113.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D. F: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012). *Violencia de género*. Recuperado desde: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Jayne, K. M. (2013). *Congruence, unconditional positive regard, and empathic understanding in child-centered play therapy*. University of North Texas.
- Naciones Unidas. (2006). *Informe de América Latina en el Marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas*. Recuperado desde: <http://www.dnicostarica.org/informe-de-america-latina-en-el-marco-del-estudio-mundial-de-las-naciones-unidas-2006/>
- Patterson, T., & Joseph, S. (2013). Unconditional positive self-regard. In *The Strength of Self-Acceptance* (pp. 93-106). Springer, New York, NY.
- Pinheiro, P. S. (2007). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. UNICEF. Recuperado de http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1%281%29.pdf. p. 1 - 350
- Quintana, Y. (2015). *Agenda Nacional de las Mujeres y la Igualdad de Género 2014-2017*. Quito: El Telégrafo.
- Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Psicopedagogía*, 26 (80), 291-302.
- Sanjeevi, J., Houlihan, D., Bergstrom, K. A., Langley, M. M., & Judkins, J. (2018). A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27 (6), 622-641. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1486934>
- Traynor, W., Elliott, R., & Cooper, M. (2011). Helpful factors and outcomes in person-centered therapy with clients who experience psychotic processes: therapists' perspectives. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(2), 89-104.

Truffino, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud mental*, 3(4), 145-151.

Wilkins, P. (2000). Unconditional positive regard reconsidered. *British Journal of Guidance and Counselling*, 28(1), 23-36.

Anexo A: Carta de invitación para los participantes

SE BUSCAN PARTICIPANTES PARA ESTUDIO PSICOLÓGICO SOBRE LA ACEPTACIÓN INCONDICIONAL POSITIVA COMO HERRAMIENTA PARA PROMOVER LA RESILIENCIA EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

REQUISITOS:

- TENER EDAD ESCOLAR (6-12 AÑOS)
- EL CUIDADOR PRINCIPAL TIENE QUE ESTAR DISPUESTO A RECIBIR LA INTERVENCIÓN CON EL NIÑO
- EL NIÑO TIENE QUE HABER RECIBIDO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PREVIO Y NO DEBE ENCONTRARSE EN CRISIS

PARA MAYOR INFORMACIÓN CONTACTARSE AL: 0988114290

Anexo B: Formulario de consentimiento informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Aceptación Incondicional Positiva para promover resiliencia en niños abusados sexualmente

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Laura Samantha Molina Cadena

Datos de localización del investigador principal: 062651022, 0988114290,
 laura.molina@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores N/A

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado como cuidador principal junto a su niño, a participar en una investigación sobre cómo la Aceptación Incondicional Positiva promueve la resiliencia en niños víctimas de abuso sexual. Resiliencia hace referencia a la capacidad de humana para enfrentarse y sobreponerse a experiencias de adversidad y la Aceptación Incondicional Positiva se conoce como la cálida aceptación de todos los aspectos (positivos y negativos) de la experiencia de la persona.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es llevar a cabo una intervención enfocada en la aceptación incondicional positiva con 20 niños de edad escolar (6 a 12 años) que hayan sido víctimas de abuso sexual y que hayan recibido tratamiento psicológico previo, con la finalidad de aumentar la resiliencia y prevenir posibles consecuencias negativas en el futuro.

Descripción de los procedimientos

En primer lugar se realizaría una entrevista inicial con el niño y su cuidador principal que tendrá una duración de 30 minutos. Luego se aplicaría el Inventario de Factores Personales de Resiliencia y CYRM al niño y al cuidador del niño se le aplicaría el cuestionario CYRM-PMK. La intervención en Aceptación Incondicional Positiva se dividiría en 3 sesiones individuales con el niño, con los padres y 3 sesiones familiares. Cada intervención duraría una hora. Luego de que se completen las sesiones individuales y familiares se volvería a tomar los cuestionarios anteriores para comparar los resultados.

Riesgos y beneficios

Uno de los riesgos de esta investigación es que durante el proceso los participantes se sientan vulnerables al trabajar sobre el trauma que implica un abuso sexual. Sin embargo, la intervención está orientada hacia la búsqueda y reconocimiento de recursos de afrontamiento, por lo que tendrá un enfoque positivo. Otro de los beneficios de esta investigación es el trabajo con las familias, ya que complementa el trabajo individual con el niño, haciendo que el ambiente en donde se desarrolla el niño haya recursos resilientes

Confidencialidad de los datos	
<p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <p>1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.</p> <p>2A) Si le toman cuestionarios que serán utilizados solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio.</p> <p>2B) Si usted está de acuerdo, los cuestionarios que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo</p> <p>3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.</p> <p>4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.</p>	
Derechos y opciones del participante	
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago, ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>	
Información de contacto	
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0988114290 que pertenece a Samantha Molina, o envíe un correo electrónico a laura.molina@stud.usfq.edu.ec</p>	
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec</p>	
Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del Participante	Fecha
Firma del Testigo	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigación	Fecha

Anexo C: Herramientas para el levantamiento de información

Inventario de Factores Personales de Resiliencia

INVENTARIO DE FACTORES PERSONALES DE RESILIENCIA

Nombre y apellidos: _____ clave: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____

Grado: _____ colegio: _____ Ciudad: _____

Instrucciones:

A continuación encontraras algunas preguntas sobre la manera como te sientes, piensas y te comportas. Después de cada pregunta responderás SI, es como te sientes, piensas y comportas. Y responderás NO cuando la pregunta no diga como te sientes piensas y comportas. Contesta a todas las preguntas, aunque alguna te sea difícil responder, pero no marques SI y NO a la vez. No hay respuestas buenas ni malas, por eso trata de ser totalmente sincera, ya que nadie va a conocer tus respuestas.

1	Tengo personas alrededor en quien confié y quienes me quieren	SI	NO
2	Soy feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi amor	SI	NO
3	Me cuesta mucho entender los sentimientos de los demás	SI	NO
4	Se como ayudar a alguien que esta triste	SI	NO
5	Estoy dispuesta a responsabilizarme de mis actos	SI	NO
6	Puedo buscar maneras de resolver mis problemas	SI	NO
7	Trato de mantener el buen animo la mayor parte del tiempo	SI	NO
8	Me gusta reírme de los problemas que tengo	SI	NO
9	Cuando tengo un problema hago cosas nuevas para poder solucionarlo	SI	NO
10	Me gusta imaginar formas en la naturaleza, por ejemplo le doy formas a las nubes	SI	NO

11	Soy una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño	SI	NO
12	Puedo equivocarme o hacer travesuras sin perder el amor de mis padres	SI	NO
13	Ayudo a mis compañeros cuando puedo	SI	NO
14	Aunque tenga ganas, puedo evitar hacer algo peligroso o que no esta bien	SI	NO
15	Me doy cuenta cuando hay peligro y trato de prevenirlo	SI	NO
16	Me gusta estar siempre alegre a pesar de las dificultades que pueda tener	SI	NO
17	Le encuentro el lado chistoso a las cosas malas que me pasan	SI	NO
18	Me gusta imaginar situaciones nuevas, como por ejemplo estar en la luna	SI	NO
19	Me gusta cambiar las historias o cuentos, con cosas que a mi se me ocurran	SI	NO
20	Aunque me sienta triste o este molesta, los demás me siguen queriendo	SI	NO
21	Soy feliz	SI	NO
22	Me entristece ver sufrir a la gente	SI	NO
23	Trato de no herir los sentimientos de los demás	SI	NO
24	Puedo resolver problemas propios de mi edad	SI	NO
25	Puedo tomar decisiones con facilidad	SI	NO
26	Me es fácil reírme aun en los momentos más feos y tristes de mi vida	SI	NO
27	Me gusta reírme de los defectos de los demás	SI	NO
28	Ante situaciones difíciles, encuentro nuevas soluciones con rapidez y facilidad	SI	NO
29	Me gustan que las cosas se hagan como siempre	SI	NO
30	Es difícil que me vaya bien porque no soy buena ni inteligente	SI	NO
31	Me doy por vencida fácilmente ante cualquier dificultad	SI	NO
32	Cuando alguna persona tiene algún defecto me burlo de ella	SI	NO

33	Yo pienso que cada quien salir de sus problemas como pueda	SI	NO
34	Prefiero que me digan lo que debo hacer	SI	NO
35	Me gusta seguir mas las ideas de los demás, que mis propias ideas	SI	NO
36	Estoy de mal humor casi todo el tiempo	SI	NO
37	Generalmente no me río	SI	NO
38	Me cuesta trabajo imaginar situaciones nuevas	SI	NO
39	Cuando hay problemas y dificultades, no se me ocurre nada para poder resolverlos	SI	NO
40	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	SI	NO
41	Tengo una mala opinión de mí misma	SI	NO
42	Se cuando un amigo esta alegre	SI	NO
43	Me fastidia tener que escuchar a los demás	SI	NO
44	Me interesa poco lo que pueda sucederle a los demás	SI	NO
45	Me gusta que los demás tomen las decisiones por mí	SI	NO
46	Me siento culpable de los problemas que hay en mi casa	SI	NO
47	Con tantos problemas que tengo, casi nada me hace reír	SI	NO
48	Le doy mas importancia al lado triste de las cosas que me pasan	SI	NO

CYRM

For office use only
Participant Number:
Site ID:
Data number:
Date of administration:

Child and Youth Resilience Measure (CYRM) Child Version

DIRECTIONS

Listed below are a number of questions about you, your family, your community, and your relationships with people. These questions are designed to help us better understand how you cope with daily life and what role the people around you play in how you deal with daily challenges.

There are no right or wrong answers.

SECTION A:

Please complete the questions below

1. How old are you now? _____

2. Are you a boy or a girl? _____

3. Who do you live with? (For example: mother, father, aunt, uncle, grandparent, friends, etc.)

4. Who is your family? (For example: mother, father, brothers or sisters, foster or adopted)

Please circle one answer for each question.

	No	Sometimes	Yes
1. Do you have people you want to be like?			
2. Is doing well in school important to you?			
3. Do you feel that your parent(s)/ caregiver(s) know a lot about you (for example, what makes you happy, what makes you scared)?			
4. Do you try to finish activities that you start?			
5. When things don't go your way, can you fix it without hurting yourself or other people (for example, without hitting others or saying nasty things)?			
6. Do you know where to go to get help?			
7. Do you feel you fit in with other children?			
8. Do you think your family cares about you when times are hard (for example, if you are sick or have done something wrong)?			
9. Do you think your friends care about you when times are hard (for example if you are sick or have done something wrong)?			
10. Are you treated fairly?			
11. Do you have chances to show others that you are growing up and can do things by yourself?			
12. Do you like the way your family celebrates things (like holidays or learning about your culture)?			

CYRM-PMK

© The Resilience Research Centre

For office use only
Participant Number:
Site ID:
Data number:
Date of administration:

**The Resilience Research Centre
Child and Youth Resilience Measure
Person Most Knowledgeable
(CYRM-PMK)**

DIRECTIONS

Listed on the following pages are a few questions about _____ [insert name of child here] and his/her life. These questions are designed to help us better understand how he/she copes with daily life and what role the people around him/her play in dealing with daily challenges.

There are no right or wrong answers.

SECTION A:

1. What is your relationship with the child listed above (mother, father, aunt, teacher, etc.):

2. Who does the child live with? (mother, father, aunt, uncle, grandparent, friends, etc.)

Circle one answer for each question.

	No	Sometimes	Yes
1. Do you think the youth has people he/she wants to be like?	No	Sometimes	Yes
2. Does the youth cooperate/share with people around him/her?	No	Sometimes	Yes
3. Do you think getting an education or doing well in school is important to the youth?	No	Sometimes	Yes
4. Does the youth know how to behave/act in different situations (like school, home or church)?	No	Sometimes	Yes
5. Do you or the youth's caregiver(s) know where he/she is and what he/she is doing most of the time?	No	Sometimes	Yes
6. Do you or the youth's caregiver(s) know a lot about him/her (for example what makes him/her happy, scared, sad)?	No	Sometimes	Yes
7. Is there is enough to eat at home when the youth is hungry?	No	Sometimes	Yes
8. Does the youth try to finish what he/she starts?	No	Sometimes	Yes
9. Is the youth proud of his/her ethnic background (for example where his/her family comes from or his/her family history)?	No	Sometimes	Yes
10. Do people think the youth is fun to be with or like to play with the youth?	No	Sometimes	Yes
11. Does the youth talk to you or the youth's other caregivers about how he/she feels?	No	Sometimes	Yes
12. When things don't go the youth's way, can he/she fix it without hurting him/herself or other people (for example hitting others or saying nasty things)?	No	Sometimes	Yes
13. Do you think the youth feels supported by his/her friends?	No	Sometimes	Yes
14. Does the youth know where to go to get help?	No	Sometimes	Yes
15. Do you think the youth feels/felt that he/she belongs/ belonged at his/her school?	No	Sometimes	Yes
16. Do you and the youth's family care about him/her when times are hard (for example if the youth is sick or has done something wrong)?	No	Sometimes	Yes
17. Do you think the youth's friends care about him/her when times are hard (for example if the youth is sick or has done something wrong)?	No	Sometimes	Yes
18. Do you feel the youth is treated fairly in his/her community?	No	Sometimes	Yes
19. Do you feel the youth is given chances to show others that he/she is growing up and can do things by him/herself?	No	Sometimes	Yes
20. Do you feel the youth knows what he/she is good at?	No	Sometimes	Yes
21. Does the youth participate in organized religious activities (such as church or mosque)?	No	Sometimes	Yes
22. Does the youth think it is important to help out in his/her community?	No	Sometimes	Yes
23. Do you think the youth feels safe when he/she is with you or his/her other caregiver(s)?	No	Sometimes	Yes
24. Does the youth have chances to learn things that will be useful when he/she is older (like cooking, working, and helping others)?	No	Sometimes	Yes
25. Does the youth like the way his/her family celebrates things (like holidays or learning about his/her culture)?	No	Sometimes	Yes
26. Does the youth like the way his/her community celebrates things (like holidays, festivals)?	No	Sometimes	Yes

Circle one answer for each question.

	No	Sometimes	Yes
1. Do you think the youth has people he/she wants to be like?	No	Sometimes	Yes
2. Do you think getting an education or doing well in school is important to the youth?	No	Sometimes	Yes
3. Do you or the youth's caregiver(s) know a lot about him/her (for example what makes him/her happy, scared, sad)?	No	Sometimes	Yes
4. Does the youth try to finish what he/she starts?	No	Sometimes	Yes
5. When things don't go the youth's way, can he/she fix it without hurting him/herself or other people (for example hitting others or saying nasty things)?	No	Sometimes	Yes
6. Does the youth know where to go to get help?	No	Sometimes	Yes
7. Do you think the youth feels/felt that he/she belongs/ belonged at his/her school?	No	Sometimes	Yes
8. Do you and the youth's family care about him/her when times are hard (for example if the youth is sick or has done something wrong)?	No	Sometimes	Yes
9. Do you think the youth's friends care about him/her when times are hard (for example if the youth is sick or has done something wrong)?	No	Sometimes	Yes
10. Do you feel the youth is treated fairly in his/her community?	No	Sometimes	Yes
11. Does the youth have chances to learn things that will be useful when he/she is older (like cooking, working, and helping others)?	No	Sometimes	Yes
12. Does the youth like the way his/her community celebrates things (like holidays, festivals)?	No	Sometimes	Yes