

Resiliencia en adolescentes

Resilience in the adolescents

STEFANO VINACCIA*

JAPCY MARGARITA QUICENO

Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia

EMILIO MORENO SAN PEDRO

Universidad de Almería. Andalucía, España

Resumen

Con el presente estudio se pretende hacer una revisión del concepto de resiliencia en la adolescencia. Se analizan su origen y las diferentes definiciones que se le han dado en los últimos 30 años. Se describen los instrumentos de medición actualmente en uso en las investigaciones sobre la resiliencia en la adolescencia y las principales áreas de investigación que han sido desarrolladas con adolescentes en situaciones de riesgo a nivel físico y psicológico.

Palabras clave: adolescencia, resiliencia, psicología positiva

Abstract

The present essay reviews the concept of resilience in adolescents. Its origins are analyzed as well as different definitions that the concept has received during the last 30 years. This paper describes the measurement instruments currently in use by researchers on resilience in adolescents and the main trends in research about teenagers in psychological risk.

Keywords: adolescence, resilience, positive psychology

RECIBIDO, 11 DE JUNIO DE 2007. ACEPTADO, 14 DE AGOSTO DE 2007.

* vinalpi47@hotmail.com Universidad de San Buenaventura. Carrera 56C, No. 51-90. Apartado Aéreo 81240. Medellín, Colombia.

El término adolescente proviene del latín *Adolescentem* que quiere decir empiezo a crecer, edad en la cual todavía se crece entre la pubertad y la juventud (Cortellazzo, Cortellazzo, & Zolli, 2004). La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde hay retos y obstáculos significativos para el adolescente que se ve enfrentado al desarrollo, en primera instancia, de su identidad y a la necesidad de conseguir la independencia de la familia manteniendo al mismo tiempo la conexión y la pertenencia al grupo. En segundo lugar, se da la transición de la infancia a la edad adulta que en este período abarca de los 11 a los 15 años aproximadamente y que se manifiesta con los cambios fisiológicos respectivos así como el desarrollo cognitivo a nivel de operaciones formales, caracterizado por la habilidad para pensar más allá de la realidad concreta y por la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones, en vez de objetos concretos únicamente. Es capaz ahora de entender plenamente y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y la crítica literaria, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre filosofía, creencias, comportamientos sociales y valores, en las que son tratados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad (Piaget, 2001). Por otro lado, el adolescente se ve comprometido a cumplir roles sociales en relación con sus compañeros y miembros del género opuesto, al mismo tiempo que se ve enfrentado a conseguir buenos resultados escolares y a tomar decisiones sobre su futuro. Cada una de estas fases del desarrollo requiere de una capacidad para el afrontamiento, es decir, estrategias conductuales y cognitivas para lograr una adaptación y una transición efectivas (Callabed, 2006).

Cuando los adolescentes perciben que no pueden enfrentar sus problemas de forma eficaz, su comportamiento puede tener efectos negativos no sólo en su propia vida sino también en el funcionamiento de sus familias y de la sociedad. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las relaciones entre los estilos de afrontamiento y otros factores como la clase social, el estrés previo, la edad, origen étnico o el género que directa o indirectamente influenciaran y modularan su calidad de vida dependiendo de la forma como perciba las situaciones (Ortigosa, Quiles, & Méndez, 2003).

Los adolescentes en América Latina conforman un 30% de la población total. Actualmente el comportamiento adolescente constituye una preocupación de la salud pública, por el número creciente de embarazos, por los matrimonios o uniones libres a temprana edad, por participar en la actividad laboral, por estar involucrados en la explotación sexual por razones de abandono familiar, por ser partícipes directos e indirectos de la violencia y el maltrato en todos sus niveles y por la adquisición de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/Sida, entre otros (Maddaleno, Morello, & Infante-Espínola, 2003; CEPAL & UNICEF, 2007; IIN, 2004; ONU, 2006).

Es de suponer entonces, cómo hipótesis, que muchos de estos adolescentes, desde la más temprana infancia, se vieron enfrentados de alguna manera a situaciones no propias para su edad, con todos los retos y desafíos personales que esto podría haberles implicado y paralelamente con todos los riesgos para su salud física y mental. La investigación de estos fenómenos nos puede llevar a pensar en una variable que puede haber tenido algún tipo de significado o de valor en la vida de estos adolescentes aún desde que eran niños, es decir: “la resiliencia.”

Concepto y origen de resiliencia

El concepto de resiliencia se viene estudiando aproximadamente desde los últimos 50 años, su origen proviene del latín de la palabra *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006).

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados. Este estudio, realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla, 1997).

Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño herido no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado (Vera, Carbelo & Vecina 2006). El término hasta el momento ha sido definido de diferentes formas dependiendo del área de conocimiento donde se ha estudiado.

En ingeniería, la resiliencia es la cantidad de energía que puede absorber un material, antes de que comience la deformación plástica, es decir, cuando a un material se lo somete a una carga excesiva. En física se utiliza para expresar la capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber sido sometido a altas presiones correspondiéndose, en este caso, con la energía que es capaz de almacenar el material cuando se reduce su volumen. En psicología este término también es utilizado –podría considerarse una analogía respecto de la palabra y su acepción en la física– y describe la capacidad de la persona o de un grupo para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de condiciones de vida adversas (Kotliarenco, Cáceres, & Fontecilla, 1997). En la Tabla 1 se describen algunas definiciones sobre resiliencia en la adolescencia dadas por autores que se han dedicado al estudio de este constructo en los últimos treinta años.

Instrumentos para medir resiliencia en adolescentes

Ahora bien, uno de las grandes dificultades que enfrentan los investigadores a la hora de evaluar el constructo de resiliencia, especialmente en el idioma español, es la ausencia de instrumentos válidos y confiables. Pero en los últimos 15 años se han venido desarrollando investigaciones enfocadas al diseño, adaptación y validación de diferentes instrumentos de medición de resiliencia desde la infancia hasta la etapa adulta. A continuación se hace una breve descripción de los principales instrumentos más utilizados en investigación en adolescencia según Ahern, Kiehl, Sole, & Byers (2006). The Baruth Protective Factors Inventory (BPF1), cuenta con 16 ítems en una escala tipo likert, con cuatro dimensiones: personalidad adaptable, soportes ambientales, pequeños estresores y compensar experiencias (Baruth & Carroll, 2002). The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC), tiene 25 ítems en una escala tipo likert, donde puntajes más

altos indican mayor resiliencia, ha sido utilizado en población general y ámbito clínico, actualmente se cuenta con una versión española de esta escala (Connor & Davidson, 2003). The Adolescent Resilience Scale (ARS) comprende 21 ítems en una escala tipo likert que puntúa de 1-5 y cuenta con tres dimensiones: busca de novedad, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro (Oshio, Kaneko, Nagamine, & Nakaya, 2003). The Brief-Resilient Coping Scale (BRCS) cuenta con 4 ítems en una escala tipo likert que va de 1 a 5 y está diseñada para medir tendencias de afrontamiento al estrés y la manera más adaptativa de afrontarlo (Sinclair & Wallston, 2004). The Resilience Scale (RS), formada por 25 ítems con escala tipo likert que va de 1 a 7, está compuesta por dos dimensiones: competencia personal y de aceptación de sí mismo y de su vida, de esta escala existe una versión en español, validada en Estados Unidos con población mexicana (Wagnild & Young, 1993).

Investigaciones sobre resiliencia en adolescentes

De acuerdo con lo anterior, a la par que se han adaptado y validado instrumentos sobre resiliencia se han venido desarrollando estudios sobre el tema en adolescentes. La mayoría de ellos se centran en la relación calidad - salud (CVRS) y el lugar de la resiliencia como posible protector de las consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas de las enfermedades. La mayoría de los estudios plantean que las emociones negativas son factores de riesgo para la calidad de vida en general y, sobre todo, que están asociadas a muy bajos puntajes en dominios físicos y psicosociales. Por otro lado, el dolor fue evaluado como un estresor muy significativo que impedía ir al colegio y que afectaba las actividades sociales y recreativas tanto fuera como dentro del hogar. Se encontró además que las emociones negativas estaban asociadas con bajos niveles de adherencia al tratamiento médico, que en las enfermedades crónicas es esencial para el mantenimiento de la salud en el paciente. Además, se vio el rol importante que desarrolla la familia de origen del paciente en una época del ciclo vital muy sensible a los conflictos y a la búsqueda de identidad. Finalmente, estos estudios indican que la resiliencia como factor protector no alcanza a tener impacto en la salud de una forma significativa para lograr moderar los efectos del estrés sobre la calidad de vida y que la protección que proporciona es más de tipo cualitativo que cuantitativo. Véase Alriksson-Schmidt, Wallander, & Biasini (2007); Fuggle, Shand, Gill, & Davies (1996); Hampel & Desman (2006); Van del Zaag, Grootenhuis, Last, & Derkx (2004); Graue, Wentzel, Bru, Harnestad, & Sovik (2004); Grey, Boland, Yu, Sullivan, & Tamborlane (1998).

De otro lado, Ahern (2006), en una revisión sobre su tema de tesis doctoral, encontró alrededor de 20 investigaciones con otro tipo de muestras no clínicas que hacían referencia a adolescentes afroamericanos y a otros grupos minoritarios con amplio énfasis en factores transculturales asociados con la resiliencia. En otros contextos, la resiliencia en sí misma ha sido ampliamente estudiada desde sus orígenes en poblaciones marginales desde la infancia en Centroamérica y Suramérica fundamentalmente.

Fergusson & Lynskey (1996) constataron que aquellos niños y niñas que eran más pobres en la población, tenían alta probabilidad de llegar a ser adolescentes con problemas múltiples en comparación con niños de clases sociales más elevadas. Además, los autores dan cuenta de una serie de factores que actúan en calidad de protectores y, por tanto, pueden proteger o mitigar los efectos de la privación temprana, promoviendo a su vez los comportamientos resilientes en niños que viven en ambientes considerados

de alto riesgo. Entre estos factores se encuentran: inteligencia y habilidad de resolución de problemas. Se ha observado que los adolescentes resilientes presentan una mayor inteligencia y habilidad de resolución de problemas que los no resilientes. Según los autores, esto significa que una condición necesaria aunque no suficiente para la resiliencia es poseer una capacidad intelectual igual o superior al promedio. Además, los autores señalan que aquellos que en la actualidad presentaban características resilientes habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia. Al respecto, investigaciones que se desarrollaron con niñas que se criaron en orfanatos, encontraron que aquellas que tenían una buena capacidad para elegir pareja y planificar el matrimonio, tuvieron una menor tasa de embarazo adolescente.

Los mismos autores mostraron además que hay algunos factores que distinguen entre un adolescente que se comporta en forma resiliente de aquel que no lo hace. Así, indican que en la etapa de la adolescencia, la diferencia entre ambos radica en que aquellos que a la edad de los ocho años han estado menos expuestos a la adversidad familiar, tenían mejor rendimiento escolar, mostraban menor cantidad de relaciones con pares que hubiesen realizado actos delictivos y, según las entrevistas, con menor frecuencia a los 16 años de edad buscaban participar en actos novedosos que pudieran implicar algún tipo de riesgo. Así mismo, le daban gran importancia a la protección contra la adversidad familiar.

Por último, un estudio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, realizado en 1998 por el Centro Nacional de Consultoría en todo el país, con 1.200 niños de todas las zonas geográficas, investigó los factores que favorecen una respuesta sana y adaptativa frente a los factores adversos de la pobreza. El resultado fue sorprendente: en un 80% de los casos esos factores brindaban una protección alta entre los encuestados. El estudio investigó, dentro del conjunto de los factores protectores, la resiliencia (Amar, Kotliarenko, & Abello, 2003).

De acuerdo con los anteriores estudios y las revisiones desarrolladas por Kotliarenko, Cáceres, & Fontecilla (1997) entre los recursos más importantes con los que cuentan los niños resilientes se encuentran: una relación emocional estable con al menos uno de sus padres, o personas significativas o quien el niño haya desarrollado un vínculo afectivo; ambiente educativo abierto, contenedor y con límites claros; apoyo social; modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro; competencias cognitivas y, al menos, un nivel intelectual promedio; características temperamentales que favorezcan un afrontamiento efectivo (por ejemplo: flexibilidad); haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva; asignar significación subjetiva y positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias de su desarrollo y tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes.

Conclusiones

Los estudios han sido siempre centrados desde la niñez temprana asociadas con variables como pobreza, marginalidad, maltrato, vínculos familiares. Los resultados a nivel general demuestran que los niños que están en mayor situación de riesgo son aquellos que se ven enfrentados a una acumulación de circunstancias adversas, tales como

dificultades económicas, situación de pobreza, enfermedad mental de alguno de los padres, prácticas de crianza inconducentes a su desarrollo, o bien, abuso y conflictos familiares. (Amar et. al., 2003).

La resiliencia ofrece alternativas a todos los profesionales, pero todavía no es un concepto homogéneo. La resiliencia es un cambio de paradigma: privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el déficit o problema. Involucra a los individuos, familias, grupos, comunidades e instituciones a que sean parte de la solución con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo. (Quintero, 2005).

Sería importante profundizar las semejanzas y las diferencias tanto en la niñez como en la etapa adulta entre el término y otros constructos aparentemente similares como personalidad resistente, sentido de coherencia, locus de control interno, personalidad positiva. Si se observan los componentes de estos constructos, se puede apreciar evidentes similitudes con resiliencia. Godoy-Izquierdo & Godoy (2002) definen personalidad resistente o dureza concordante con tres dimensiones: compromiso, control y reto. En cada una de ellas habría algo de resiliencia. Por ejemplo como cuando el individuo con personalidad resistente percibe situaciones potencialmente

estresantes como interesantes y con significado personal (compromiso), como modificables y bajo de su control (control), algo normal en la vida y una oportunidad de cambio y crecimiento (reto). De acuerdo con Antonovsky (1987), el sentido de coherencia (SC), es una forma de ver el mundo y a nosotros mismos dentro de él, una tendencia relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables, formado por tres dimensiones, manejabilidad, comprensibilidad y significatividad. Por otro lado los individuos con control interno creen que el bienestar que reciben depende de su comportamiento (Zdanowicz, Janne, & Reynaert, 2004). Por último, la psicología positiva es un esfuerzo por mostrar que es necesario considerar los potenciales humanos como un factor que puede llegar a ser preponderante en los períodos de crisis, considerando que las crisis son inevitables y necesarias para el crecimiento y madurez del individuo (Cuadra & Florenzano, 2003).

Por último, las distintas dimensiones que encontramos en los instrumentos actualmente validados para medir la resiliencia tienen diferencias significativas, lo que hace que este constructo sea más difícil de definir operacionalmente. Es imperante continuar desarrollando estudios de resiliencia en la adolescencia con poblaciones marginales y no marginales así como seguir en la construcción, diseño y validación psicométrica de

Origen	Población	Definición
Greenspan (1982)	Infantes y niños	La capacidad de emprender el trabajo de cada uno paulatinamente con éxito de acuerdo a su etapa de desarrollo.
Garnezy (1991)	Global	La capacidad de recuperarse y mantener los comportamientos adaptables después del maltrato.
Wagnild y Young (1993)	Adultos y adolescentes de diferentes culturas	La habilidad de poder cambiar las desgracias con éxito.
Rouse y Ingersoll (1998)	Adolescentes de Básica Secundaria	La habilidad de luchar y madurar en un contexto cuando hay circunstancias adversas o obstáculos.
Hunter y Chandler (1999)	Adolescentes de zonas marginales	El proceso de defensa del aislamiento utilizando determinadas tácticas como protección.
Mandleco y Peery (2000)	Adolescentes de Básica Secundaria	Es como un proceso de supervivencia mediante la desconexión de la agresión y la negación.
Markstrom, et. al., (2000)	Niños y adolescentes	La capacidad de responder y desarrollarse ante la experiencia de eventos vitales estresantes.
Rew, et. al., (2001)	Adolescentes pobres de zonas rurales	La capacidad de una persona de ser inmune y adaptarse al estrés que permite a la persona desarrollarse como individuo a pesar de experiencias de vida infelices.

Tabla 1. Comparación de definiciones de resiliencia a nivel infanto-juvenil tomado de Adolescent Resilience: An Evolutionary Concept Analysis (Ahern, 2006).

instrumentos de medición, ya que son pocos hasta el momento. Es también importante que se desarrolle más investigación para tratar de analizar el peso del constructo resiliencia sobre la salud general o la CVRS. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, sería importante evaluar cuál de sus diferentes componentes tanto de tipo cognitivo como emocional están más asociados con la resiliencia y cuál es el tipo de asociación.

Referencias

- Ahern, N. R. (2006). Adolescent Resilience: An Evolutionary Concept
Análisis. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 175-184.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Alriksson-Schmidt, A. I., Wallander, J., & Biasini, F. (2007). Quality of life and resilience in adolescents with a mobility disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 370-379.
- Amar, J. J., Kotliarenko, M. A., & Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo*, 11, 162-197.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Baruth, K. E., & Carroll, J. J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58, 235-244.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Callabed, J. (2006). *El adolescente, hoy*. Zaragoza: Certeza.
- CEPAL & UNICEF (2007). Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe: Tendencias, problemas y desafíos. *Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia*, 4, 1-12.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cortellazzo, M., Cortellazzo, M.A., & Zolli, P. (2004). *L'etimologico minore. Dizionario etimologico della lingua italiana*. Bologna: Zanichelli.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12, 83-96.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 281-292.
- Fuggle, P., Shand, P. A., Gill, L. J., & Davies, S. A. (1996). Pain, quality of life, and coping in sickle cell disease. *Archives Disease Children*, 75, 199-203.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Godoy-Izquierdo, D., & Godoy, J. F. (2002). La personalidad resistente: una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*, 13, 135-162.
- Graue, M., Wentzel, T., Bru, E., Hanestad, B. R., & Sovik, O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*, 27, 1313-1317.
- Grey, M., Boland, E. A., Yu, C., Sullivan, S., & Tamborlane, W. V. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 909-914.
- Hampel, P., & Desman, C. (2006). Coping and quality of life among children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 55, 425-43.

- Instituto Interamericano del Niño-IIN (2004). *La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina*, (2 ed.). Montevideo: Instituto Interamericano del Niño (Ed.).
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I., & Fontecilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Infante-Espínola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45, 132-139.
- ONU (2006). *Violencia contra las niñas, niños y adolescentes: informe de la Secretaria Regional para el Estudio de América Latina, Cuba y República Dominicana en El Caribe*. New York: Organización de las Naciones Unidas.
- Ortigosa, J. M., Quiles, M. J., & Méndez, F. X. (2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
- Piaget, J. (2001). *La representación del mundo en el niño*. Madrid: Morata.
- Quintero, A. (2005). Resiliencia: contexto no clínico para trabajo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 3, 73-94.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101.
- Van del Zaag, H. J., Grootenhuis, M. A., Last, B. F., & Derkx, H. H. (2004). Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*, 13, 1011-1019.
- Vera, B., Carbelo, B., & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27, 40-49.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Zdanowicz, N., Janne, P., & Reynaert, C. H. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? *European Journal of Psychiatric*, 18, 117-124.