

Resiliencia: Ilusión or Realidad?

ROBERTO MEJIA PHD¹

A pesar de los esfuerzos en los últimos 20 años en la investigación en resiliencia tanto desde las ciencias médicas como las ciencias sociales, dificultades en su definición han creado no solamente problemas metodológicos, sino también de aplicación de los hallazgos científicos en programas de prevención e intervención. Según Rutter (2000), el concepto de resiliencia es amplio y abarca dos lados opuestos: Evaluación de resultados positivos a pesar de lo adverso del estímulo, por ejemplo, un adecuado desempeño escolar y social en el contexto de la violencia doméstica, o resultados negativos tales como la evaluación de factores que influyen en el aparición y desarrollo de la enfermedad mental. Rutter ha enfatizado también la importancia de incluir en la definición patrones de funcionamiento "normal" y "anormal" cuando se utilizan términos como "funcionamiento psicosocial supernormal", debido a que ambos hacen parte del mismo constructo subyacente.

Desafortunadamente, resiliencia ha sido estudiada en gran parte a través de un modelo de déficit, característico de la investigación médica. Sin embargo, este modelo ha servido para explicar y predecir el efecto de la acumulación de múltiples factores de riesgo, tales como bajo nivel socio-económico,

enfermedad mental en los padres, uso y abuso de sustancias psicoactivas en la salud física y mental del individuo. En este orden de ideas, la medición de gradientes de riesgo debe acompañar la identificación de procesos que pueden explicar el "porqué" de la enfermedad y su relación con fenómenos adaptativos en presencia de la adversidad (Masten, 2001).

Recientemente, Luthar, Cicchetti y Becker (2000a) propusieron guías para proyectos futuros en el área de resiliencia al igual que expresaron su preocupación en la definición de este concepto. La primera dificultad tiene que ver con la variabilidad en la operacionalización y medición de este constructo. Basado en hallazgos en resiliencia, han sido identificadas tres dimensiones: Primera, personas a riesgo pueden mostrar resultados por encima de lo esperado. Segunda, sin importar la intensidad del estímulo (factor de estrés), la persona puede adaptarse positivamente. Tercera, después de una experiencia traumática, la persona se recupera adecuadamente. De esta manera, para cumplir los criterios en la definición de resiliencia, la persona debe superar los factores de riesgo y adaptarse en diferentes dominios; por ejemplo, el cognitivo (respuesta al estímulo traumático o capacidad de buscar

¹ Department of Psychology, Virginia Commonwealth University. Biu9@cdc.gov

soluciones después del trauma), o social (rendimiento académico y una apropiada interacción del niño-adolescente con su círculo de amigos). Adicionalmente, los factores de riesgo se han estudiado en diferentes formas, desde eventos vitales como la muerte de un miembro familiar, hasta la utilización de escalas complejas para la identificación de constructos teóricos que permitan definir el estímulo o situación traumática. Para operacionalizar constructos claves como el desempeño competente, diversos métodos pueden ayudarnos a describir como el niño, adolescente, o adulto pueden adaptarse positivamente; por ejemplo, regular adecuadamente las emociones negativas con los padres o amigos. O por el contrario, definir adaptación como un evento negativo como el pobre desempeño escolar. Estas dos situaciones pueden crear problemas de validez al diseñar e implementar proyectos de investigación en esta área.

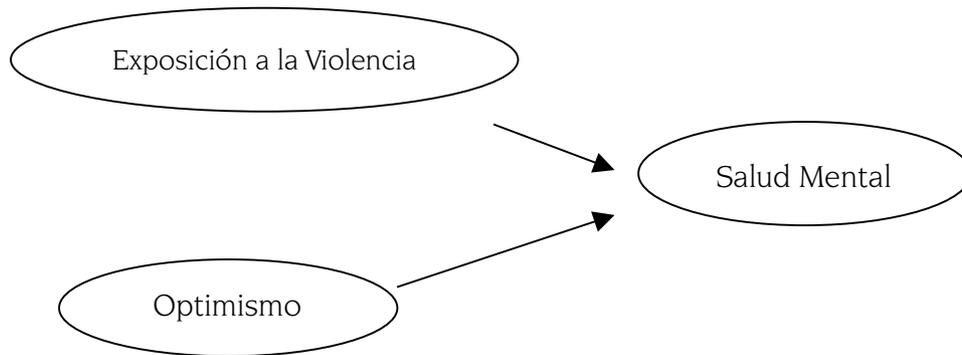
Además de problemas en la operacionalización y medición del constructo de resiliencia, también ha habido controversias para considerar la resiliencia como un rasgo de la persona o un proceso dinámico de adaptación. Ego-resiliencia y ego-control (características de personalidad que le permiten al individuo negociar su vida adaptativa y competentemente ante situaciones de alto estrés), son ejemplos de rasgos personales que han mostrado resultados positivos en la promoción de un desempeño competente. Estos estudios han incorporado niños que han sido maltratados (emocional y físicamente) comparados con niños que no fueron expuestos al maltrato (Cicchetti, Rogosch, & Lynch, 1993). Los resultados de estas investigaciones demostraron como los niños maltratados presentaron al menos un área de desempeño competente (niveles bajos de ansiedad y depresión o buena interacción social en el colegio) comparado con niños no maltratados, los cuales tuvieron un nivel de desempeño superior en dos o más áreas. Egeland, Carlson y Sroufe (1993) describen como la resiliencia no es un constructo estático, sino un proceso dinámico del desarrollo del individuo. Por este motivo, un desempeño competente debe ser definido como la exitosa resolución de situaciones críticas a través de las diferentes etapas del desarrollo de la persona.

El tercer elemento que afecta el progreso en esta área tiene que ver con la utilización de ciertos términos tales como "vulnerabilidad" o "protector", los cuales son utilizados inconsistentemente en la literatura. El término "protector" hace referencia a factor(es) que reducen las probabilidades de resultados negativos (depresión, estrés post-traumático, comportamiento violento etc.) en presencia de altos niveles de estrés.

Vulnerabilidad, por el contrario, es la probabilidad de exposición de una persona o grupo a factores adversos y sus efectos. Estos factores pueden ser estudiados a través de análisis multivariados y modelos que evalúan la relación entre factores de riesgo individuales y ambientales (adversos), factores de protección-vulnerabilidad, y resultados. Estos modelos son llamados de "enfoque a variables" y "enfoque a la persona". El primer modelo se subdivide en tres grupos: Efectos principales, efecto interactivo o moderador de efecto, y efecto mediador (Masten, 2001). El Segundo modelo se refiere a observaciones longitudinales de cohortes en alto riesgo, la cual se describe en detalle posteriormente.

El modelo de efectos principales hace referencia a la contribución independiente de los factores de riesgo o protección sobre el resultado(s). Por ejemplo, Egger (1998) encontró efectos principales del optimismo en la salud mental de 250 jóvenes entre los 11 y 16 años expuestos a altos niveles de violencia en la comunidad, después de controlar a nivel multivariado por edad y género (figura 1). Esto significa que el optimismo ejerce una contribución independiente en la salud mental de los jóvenes (efecto aditivo). Sin embargo, en este caso el modelo de efectos principales no indica a "quien o quienes" el optimismo contribuye a una mejor salud mental después de estar expuesto a altos niveles de violencia. Por el contrario, el modelo "interactivo o moderador de efecto", indica en quien o quienes el factor de protección ejerce un mayor efecto (resultado positivo o reducción del riesgo) en presencia de factor traumático.

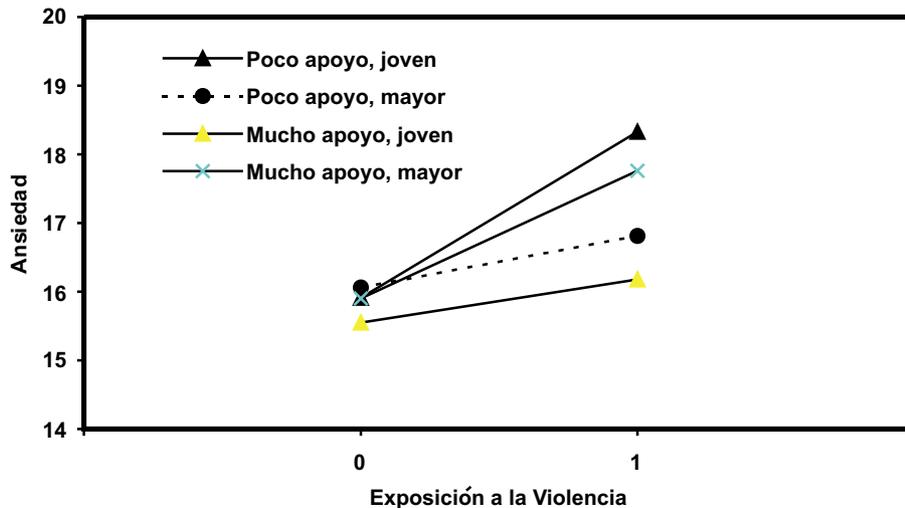
FIGURA 1. Modelo de Efectos Principales o Aditivo



Kliewer, Murrelle, y Mejia (2001), llevaron a cabo un estudio secundario para determinar la asociación entre la exposición de la violencia dirigida a un miembro de la familia y varios problemas psiquiátricos en una muestra de 5,775 adolescentes Colombianos entre los 12 y los 18 años. En este estudio, el apoyo familiar y de los amigos fueron los factores de protección (interactivos o moderadores de efecto). Como se indica en la figura 2, el apoyo de los padres disminuye la ansiedad (puntuajes mas

bajos en el eje Y) sobre todo en los adolescentes más jóvenes expuestos a altos niveles de violencia hacia un miembro de la familia (al estar expuesto a altos niveles de violencia – numero 1 en el eje X, el apoyo de los padres protege contra la ansiedad en los adolescentes más jóvenes). En este caso, los adolescentes de menor edad con buen apoyo familiar, tienen menos probabilidad de sintomatología de ansiedad en presencia de altos niveles de violencia.

FIGURA 2. Modelo interactivo o Moderador de Efecto



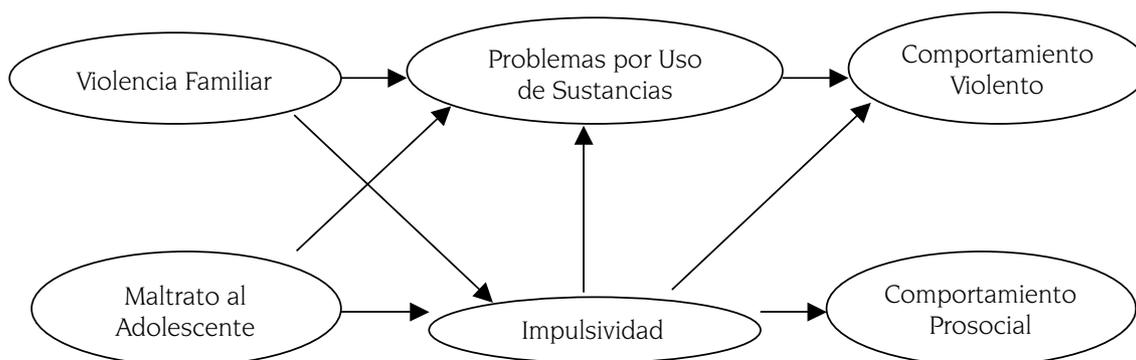
El último modelo o mediador de efecto, explica el porque un factor(es) de riesgo ejerce un efecto sobre un resultado determinado (Baron & Kenny, 1986). Este modelo tiene un interés par-

ticular en investigación en resiliencia debido a que estos procesos mediadores son claves en el desarrollo de programas preventivos. Recientemente, Mejía (2003), a través de Modelaje con

Ecuaciones Estructurales, identificó mediadores de efecto en la relación entre la exposición a la violencia doméstica y el comportamiento violento y prosocial en 1152 jóvenes de educación media y 148 jóvenes delincuentes de la ciudad de Medellín (figura 3). Como se observa en la gráfica, impulsividad y problemas debido al uso de sustancias psicoactivas ejercen un efecto mediador (explicación del porque) entre la violencia doméstica (exposición a la violencia entre los padres y maltrato al adolescente) y los resul-

tados mencionados anteriormente, tanto en los casos (estudiantes), como en los controles (jóvenes delincuentes). De esta forma, programas preventivos dirigidos a la reducción de la respuesta "impulsiva" y los problemas relacionados con las drogas, por ejemplo, respuestas pacíficas sin necesidad de ingerir alcohol hasta la embriaguez, podrían ser efectivos en la reducción del comportamiento violento y el fortalecimiento del comportamiento prosocial del joven tanto en el colegio, como en la casa o comunidad.

FIGURA 3. Modelo Mediador de Efecto



La investigación en resiliencia ha utilizado también modelos "enfocados a la persona", los cuales describen los resultados del desempeño físico, cognitivo, y social, a través de la observación longitudinal de niños y jóvenes en alto y bajo riesgo. Werner (1993) llevó a cabo unos de los estudios en resiliencia con más impacto en la implementación de programas preventivos y políticas en salud para el desarrollo del niño en los últimos tiempos. Este estudio identificó factores que promueven resiliencia desde la niñez hasta la edad adulta en una cohorte de 698 niños nacidos en 1955 en la isla de Kauai. El objetivo de esta investigación fue evaluar como diferentes eventos durante el embarazo, posparto y otras condiciones relacionadas con la crianza de los hijos podrían afectar la vida futura de estos niños.

Los niños en alto riesgo nacieron en familias de bajos recursos económicos, presentaron complicaciones durante el embarazo, o iniciaron su vida en hoga-

res con múltiples problemas familiares. Por el contrario, los niños de bajo riesgo fueron más saludables, de familias con mejores recursos económicos y menos problemas familiares. Inicialmente, los investigadores enfocaron sus esfuerzos en identificar factores que podrían aumentar la vulnerabilidad de estos niños. Sin embargo, a pesar de que dos tercios de los niños en alto riesgo desarrollaron problemas de aprendizaje o de comportamiento a los diez años de iniciado el estudio, un tercio de ellos no presentaron estos problemas al alcanzar la juventud. Aun más sorprendente para los investigadores fue el hecho de encontrar adultos competentes que durante su juventud habían sido clasificados como de alto riesgo (jóvenes problema, tanto en el colegio como en sus hogares). Algunos de los factores que promovieron la resiliencia de estos niños se clasificaron en cinco categorías: Temperamento, valores, comportamiento de los padres durante la crianza de los hijos, apoyo social y familiar, y una "segunda oportunidad" o "espe-

ranza" para salir adelante a pesar de los resultados negativos durante ciertas etapas de la vida (comportamiento violento, uso de drogas durante la adolescencia etc.).

En resumen, la resiliencia parece ser más un proceso ordinario o normativo durante la vida que hace parte de la capacidad adaptativa del ser humano en situaciones adversas (Masten et al., 1999; Masten, 2001). Debemos darnos cuenta que la patogénesis y la salutogénesis se complementan una a la otra, y que por lo tanto, ciertos resultados "psicopatológicos" o "médicos" pueden estar acompañados de resultados positivos en otros dominios como el de relaciones personales o éxito profesional o laboral (Antonovsky, 1987). Por esta razón, es necesario evitar la clasificación dicotómica de la persona como "saludable" o "enferma" y tratar de buscar científicamente procesos protectores que disminuyen la probabilidad de un evento determinado en situaciones de alto estrés o trauma durante las diferentes etapas del desarrollo de la persona (trayectorias adaptativas durante la vida).

Es importante también clarificar que aunque la investigación se ha enfocado en gran parte a la prevención de la enfermedad y reducción del daño, debemos también incorporar los conceptos de resiliencia mencionados anteriormente en futuros estudios en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Al hacer referencia a críticas sobre este paradigma, Luthar, Cicchetti y Becker (2000b) explican el porque la actividad científica en estas áreas debe buscar "trayectorias positivas inesperadas" con relación al "cómo" y "porqué" personas expuestas a eventos traumáticos en sus familias y comunidad, pueden o no salir adelante a pesar de la adversidad y sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonovsky A. The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances* 1987; 4: 47-55.

2. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51:1173-1182.
3. Cicchetti D, Rogosch FA, Lynch M. Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology* 1993; 5:629-47.
4. Contreras JM, Kerns KA, Weimer BL, Gentzler AM, Tomich PL. Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle school. *Journal of Family Psychology* 2000; 14:111-24.
5. Egeland B, Carlson E, Sroufe L. Resilience as process. *Development and Psychopathology* 1993; 5:517-28
6. Egger SMS. Optimism as a factor that promotes resilience inner-city middle school students exposed to high levels of community violence. *Dissertation Abstract, University of California, Los Angeles*. 1998.
7. Kliewer W, Murrelle L, Mejia R, Torres Y, Angold A. Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents: The protective effects of family support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001; 69:971-82.
8. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development* 2000a; 71:543-62.
9. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development* 2000b; 71:573-5.
10. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* 2001; 56:227-38.
11. Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the

- context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology* 1999; 11:143-69.
12. Mejia R. Effects of domestic violence exposure in Colombian adolescents: pathways to violent and prosocial behavior. Manuscript Submitted for Publication: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003.
13. Rutter M. Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En: Shonkoff J, Meisels S. Eds. *Handbook of early childhood intervention*; Cambridge: Cambridge University Press. 2000, 2^a ed. p. 651-82
14. Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology* 1993; 5:503-15.

