

Y... ¿Dónde Está la Resiliencia? Una Reflexión Conceptual

365
ARTICULOS

Juan Pablo Kalawski^{1,2}

University of North Texas, Denton, USA

Ana María Haz

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Compendio

Tras analizar críticamente el desarrollo histórico del concepto de resiliencia en la psicología y la psiquiatría, proponemos no considerar la resiliencia como una variable psicológica en sí misma. En cambio, sugerimos considerar resilientes a todas las personas que presentan un resultado inesperado frente a una determinada situación adversa, independientemente de las causas de ese resultado. Ofrecemos además una distinción entre factores protectores, factores de recuperación y factores de control conductual. Finalmente, discutimos las implicaciones de estas propuestas para la investigación.

Palabras clave: Resiliencia; factores protectores; recuperación.

So... Where Is Resilience? A Conceptual Reflection

Abstract

After critically reviewing the historical development of the concept of resilience in psychology and psychiatry, we propose not to consider resilience as a psychological variable in itself. Rather, we suggest that all persons who present an unexpected outcome in face of a given adverse situation should be considered resilient, regardless of the causes of that outcome. We further propose a distinction among protective factors, recovery factors, and behavioral control factors. Finally, implications of these ideas for research are discussed.

Keywords: Resilience; resiliency; protective factors; recovery.

Desde sus inicios, la psicología clínica se desarrolló más preponderantemente en torno al estudio de los conceptos de patología, enfermedad o problema (Rutter, 1985). La concentración en estos aspectos ha significado el estudio del desarrollo de los trastornos, la contribución de factores de riesgo a este desarrollo y las consecuencias negativas de la presencia de estos trastornos. Sin embargo, en años recientes la psicología clínica ha ampliado la mirada exclusiva sobre la enfermedad, y se ha preocupado del concepto más general de salud mental, lo cual le ha permitido trabajar no sólo en intervenciones de tratamiento y de prevención, sino también de promoción (Trull & Phares, 2001/2003). Dicha transición ha estado influida por varios

¹ Dirección: 2269 W. Oak, Apt. C-3, Denton, Texas 76201, USA. *E-mail:* jpk0004@unt.edu

² Este trabajo fue financiado en parte por el Fondo de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile (Proyecto FONDECYT 1980615). Fue presentado como ponencia en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología efectuado en Santiago de Chile, Julio 2001.

elementos. Uno de ellos se relaciona a que al estudiar los factores de riesgo se ha expuesto, sin que fuera esa la intención, un fenómeno interesante: que existe un número de personas que, expuestas a los mismos factores de riesgo, parecen no desarrollar patología. Surgió entonces el interés por saber por qué estas personas no desarrollan patología, es decir, el interés de investigación se volcó hacia el estudio de la presencia de salud y la contribución de factores que impiden o protegen del desarrollo de patología (Osborn, 1990; Werner, 1989, 1994).

Un enfoque orientado hacia la salud significa conocer preponderantemente los aspectos sanos de una persona y los recursos que ella puede desarrollar en conjunto con su entorno. El supuesto implícito en este estudio es que si se logra conocer aquello que permitió a las personas protegerse del desarrollo de patología, se podrán desarrollar medios para mejorar la resistencia de las personas frente al estrés y la adversidad (Rutter, 1993). Junto con el estudio de este tema ha emergido un nuevo concepto. Este es el concepto de resiliencia. Sin embargo, este nuevo término se ha desarrollado con muchas dificultades. En la actualidad no existe consenso sobre su definición, se confunde con otros conceptos como el de factores protectores, y por lo tanto, es difícil saber lo que significa. En el presente artículo queremos analizar críticamente el desarrollo de este concepto, la relación entre factores protectores y resiliencia y, finalmente, la utilidad de un concepto como éste para la psicología.

Desarrollo del Concepto de Resiliencia

Lo primero que es importante aclarar es que el término *resiliencia* es una castellanización de la palabra inglesa *resilience*, o *resiliency*. Éste no es un término exclusivo de la psicología, y se refiere a “la capacidad de un cuerpo para recuperar su tamaño y forma original después de ser comprimido, doblado o estirado”, o bien a “una capacidad para recuperarse de o ajustarse fácilmente al cambio o la mala fortuna” (Mish, 1989, p. 623. Traducción nuestra). En el campo de la psicología y la psiquiatría, el primer artículo publicado que usó dicho concepto fue el de Scoville en 1942. La autora utilizó este término para referirse al hecho de que situaciones peligrosas para la vida no afectaban a los niños y niñas, mientras que sí lo hacía el desarraigo de la familia. Sin embargo, no fue sino hasta la década del 70 que el término adquirió mayor uso (Masten, 2001). El interés inicial estuvo básicamente orientado a las características de los niños y niñas que salían adelante desde condiciones adversas. Sin embargo, la mayoría de los primeros investigadores e investigadoras no utilizaron el término *resiliencia*, sino que se refirieron a esta cualidad describiendo a dichos niños y niñas como invulnerables o invencibles, en el sentido de que eran resistentes al estrés (Lösel, Bliesener, & Kofler, 1989).

Pero el concepto de invulnerabilidad prontamente perdió vigencia por varias razones. Rutter (1993) señaló las siguientes razones para cuestionar dicho concepto: (a) la invulnerabilidad implica una resistencia absoluta al daño; (b)

sugiere que la característica se aplica a todas las circunstancias de riesgo; (c) implica una característica intrínseca del sujeto; y, (d) sugiere una característica estable en el tiempo. Así, se prefirió el concepto de resiliencia. Este concepto comenzó a usarse especialmente en el campo de la psicología evolutiva, como un intento de explicar por qué algunos niños y niñas frente a una vida de estrés, eran capaces de sobrepasar las adversidades y transformarse en individuos saludables (Menvielle, 1994).

En general, los autores y autoras que han trabajado este tema no han logrado consenso sobre una definición común de resiliencia. A continuación citamos algunas de las muchas definiciones que reflejan el modo en que se ha conceptualizado el término en la literatura:

“La resiliencia se refiere al proceso de, capacidad para, o resultado de una adaptación exitosa a pesar de circunstancias desafiantes o amenazantes” (Masten, Best, & Garmezy, 1991, p. 425. Traducción nuestra).

“Es la capacidad para y los medios por los cuales un sobreviviente del trauma se adapta a, o enfrenta de un modo positivo, una circunstancia o historia traumática” (Harvey et al., 1997, p. 5. Traducción nuestra).

“La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida” (Suárez, 1996, p. 54).

“Es la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir bien y desarrollarse positivamente y de un modo socialmente aceptable, a pesar de condiciones de vida difíciles” (Vanistendael, 1997).

Estas definiciones apuntan a la resiliencia como un factor individual o bien de un sistema social, como una capacidad y también como un proceso. Algunas sugieren que la resiliencia es una cualidad global del individuo que daría cuenta de un proceso que ocurre entre una adversidad y una superación positiva de la misma. Es así como Vanistendael (1997) distingue cinco dimensiones de la resiliencia: (a) existencia de redes sociales informales: la persona tiene amigos, participa de actividades con ellos y lo hace con agrado; tiene en general una buena relación con los adultos; (b) sentido de la vida, trascendencia: la persona muestra capacidad para descubrir un sentido y una coherencia en la vida; (c) autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valioso y merecedora de atención; (d) presencia de aptitudes y destrezas: es capaz de desarrollar sus competencias y confiar en ellas; y, (e) sentido del humor: la persona es capaz de jugar, reír y gozar de las emociones positivas, es capaz de disfrutar de sus experiencias.

Una Crítica y una Propuesta para el Empleo del Término “Resiliencia”

Una lectura crítica de la literatura existente sobre este tema lleva a sospechar que el concepto de resiliencia puede ser tautológico. Por ejemplo: “¿Por qué esta persona no presenta depresión, a pesar de haber estado expuesta a abuso sexual en la infancia? Porque es resiliente. ¿Y cómo saben que es resiliente? Porque no está deprimida.” Esta falacia surge cuando se emplea el término

resiliencia para denotar dos cosas distintas a la vez: (1) la relación entre los factores de riesgo y la salud subsiguiente; y, (2) las variables que moderan el efecto de los factores de riesgo. Un ejemplo del primer uso del término sería “se considerarán resilientes todos/as quienes no están deprimidos”. En este sentido, la resiliencia no es una variable psicológica en sí misma. Esto es, sólo puede medirse de acuerdo a la relación riesgo - salud definida *a priori* en un estudio particular. Lo que sí pueden ser variables psicológicas son los factores o mecanismos que explicarían esta resiliencia. Por otro lado, cuando el concepto de resiliencia se refiere al segundo aspecto, es decir, las variables que moderan el efecto de los factores de riesgo, se habla de las dimensiones de la resiliencia (ej. autoestima, redes sociales).

Para evitar este problema proponemos usar el término en una sola de sus acepciones. Al momento de elegir una de ellas, no favorecemos la segunda acepción – es decir, para referirse a las variables que moderan el efecto de los factores de riesgo — ya que estas variables son relativas tanto al factor de riesgo como al resultado que se mide.

1. En primer lugar, los factores protectores frente a un factor de riesgo no serán necesariamente los mismos que frente a otro. Esto es especialmente cierto al comparar factores que ocurren a distintos niveles. Por ejemplo, si se toma la pobreza como factor de riesgo, es posible que se encuentre que el buen cuidado parental es un factor protector. En cambio, si el factor de riesgo considerado es el mal cuidado parental, resulta ridículo pensar en el buen cuidado como factor protector. Por esto, no parece conveniente reificar la resiliencia como si ésta fuese una característica absoluta y única que garantizaría la salud mental de la persona, independientemente de los factores de riesgo considerados.
2. En segundo lugar, si queremos hablar de la resiliencia como el elemento clave que explica buenos resultados en personas sometidas a riesgo, esto implicaría una covarianza de los diversos resultados que se pueden medir. Actualmente existe evidencia empírica de lo contrario. Por ejemplo, de acuerdo a la revisión de Luthar y Zigler (1991), los niños y niñas sometidos a altos niveles de estrés, y que a pesar de esto presentan buenos índices de competencia social o conductual, presentan niveles de ansiedad y depresión comparables con los de aquellos niños y niñas menos adaptados conductualmente. Si existiese un solo mecanismo que explicase los buenos desempeños a pesar de la adversidad, esta discrepancia no hubiera debido existir. Los hallazgos arriba citados son consistentes con la distinción entre síntomas “externalizadores”, orientados a la acción (como conducta agresiva), e “internalizadores”, orientados al pensamiento (como ansiedad y depresión; Achenbach & Edelbrock, 1987). Una solución posible a este problema sería considerar medidas de resultado más amplias – p. ej., que incluyan tanto síntomas internalizadores como externalizadores - (Luthar & Zigler, 1991; Rutter, 1993). De acuerdo con esta línea, los niños y niñas que presentan una alta competencia social,

pero además presentan ansiedad, lisa y llanamente no serían resilientes, mientras que sólo lo serían aquellos y aquéllas que presenten una buena salud mental global. Sin embargo, si los mecanismos que llevan a los síntomas externalizadores no son los mismos que llevan a los internalizadores, entonces parecería conveniente estudiar ambas "resiliencias" por separado. Las medidas de resultado más amplias también son plausibles, pero no en desmedro de las medidas más específicas.

Por estas razones, proponemos reservar el término "resiliencia" para referirse a la relación de discordancia entre un factor de riesgo específico (o un grupo específico de factores de riesgo) y uno o más aspectos, también específicos, de la conducta o la personalidad. O sea, si Juan sufrió abuso sexual cuando niño, y ahora él no presenta depresión, entonces lo llamaremos resiliente. O, mejor dicho, diremos que es resiliente a desarrollar depresión tras haber sido sometido a abuso sexual. En resumen, lo que proponemos es pensar en la resiliencia, no como una cosa, sino como un concepto que permite distinguir categorías de personas en un estudio particular.

Factores Protectores, Factores de Recuperación y Factores de Control

Al momento de entender una resiliencia en particular, es importante distinguir entre protección, recuperación, y control conductual. La *protección* es evidente cuando uno o más dominios de funcionamiento permanecen relativamente sin impacto, a pesar de la presencia de un factor de riesgo. Éste es el caso de una persona que no presenta trastornos psiquiátricos a pesar de que su madre sufre de esquizofrenia. Definimos *recuperación* como un cambio relativamente permanente desde un resultado pobre a un resultado deseado, en cualquier dominio afectado por un factor de riesgo. Siguiendo con el ejemplo anterior, la persona en cuestión sí desarrolla un trastorno psiquiátrico, pero después se recupera. La diferencia entre protección y recuperación, entonces, consiste en que el individuo protegido nunca presentó el daño psicológico en cuestión, mientras que el individuo recuperado sí, aunque luego mejorase su condición. Debemos aclarar que no estamos diciendo que las personas protegidas no se ven en absoluto afectadas por la adversidad. De ser así, nadie estaría protegido. Lo que decimos es que las personas protegidas nunca presentaron el tipo de detrimento particular definido en un estudio particular.

En tercer lugar, diremos que existe *control conductual* cuando una situación ambiental impide un cierto resultado negativo de forma relativamente temporal. Un ejemplo algo burdo sería el encarcelamiento como forma de controlar la conducta delictiva. Un ejemplo menos burdo sería el de una mujer que amenaza con dejar a su marido si éste vuelve a drogarse. Un punto importante a considerar es que la diferencia entre recuperación y control no es absoluta, ya que consiste en la relativa permanencia o temporalidad del resultado. De esta forma, en el ejemplo del drogadicto y su mujer, es posible que bajo ciertas condiciones, la abstinencia de drogas llegue a ser algo más permanente.

De acuerdo a todo lo anterior, podemos distinguir entre factores que promueven la protección, factores que promueven la recuperación, y factores que controlan temporalmente la conducta de la persona. En la mayoría de las investigaciones empíricas, de naturaleza transversal, no es posible hacer la distinción entre protección, recuperación y control. El único dato que se tiene es que un cierto grupo de personas presenta un buen desempeño en un dominio que en la población general suele verse perjudicado por un cierto factor de riesgo. No sabemos si estas personas nunca se vieron afectadas; si efectivamente se vieron afectadas, mas se recuperaron antes de la medición; o si en realidad su conducta está fundamentalmente controlada por factores situacionales. Aquí es importante distinguir entre el ámbito teórico y operacional; esto es, entre las hipótesis que se plantean para explicar el desempeño, y los datos empíricos que apoyan o refutan dichas hipótesis. Una vez que se tiene un cierto grupo con un buen desempeño en un cierto dominio, corresponde a una decisión teórica el entender eso como protección, recuperación o control conductual. Consecuentemente, en el nivel operacional, una cierta variable estadísticamente asociada a un resultado resiliente es sólo un correlato, y dependerá de la teoría el entenderla como factor protector, de recuperación o de control. De la misma forma corresponde a una labor teórica el especificar los mecanismos mediante los cuales actúa dicho factor.

Implicaciones para la Investigación

Creemos que la implicación más importante de la actual propuesta conceptual radica en la comprensión de la literatura existente sobre el tema. Reconocer que la resiliencia no es en sí una variable psicológica, y que su definición necesariamente dependerá del contexto en que se aplique, implica tomar en cuenta la complejidad de la interpretación de las investigaciones disponibles. No es posible, por ejemplo, hablar de factores que promueven la resiliencia, sino de factores que promueven la resiliencia frente a un determinado factor de riesgo. En este sentido, las consideraciones aquí expresadas resguardan al investigador o investigadora de caer en errores como pensar, por ejemplo, que una variable que protege al individuo de cometer un acto delictivo lo protege también de desarrollar síntomas depresivos.

Dadas las anteriores consideraciones, cabe preguntarse cuál es entonces la utilidad de la investigación en resiliencia. Creemos que la investigación con personas resilientes debe entenderse como un camino para esclarecer los mecanismos que originan diversos resultados. En este sentido, por ejemplo, es posible estudiar la resiliencia frente a la transmisión intergeneracional del maltrato infantil. Esto es, una historia de maltrato en la infancia es un factor de riesgo para repetir el maltrato en la siguiente generación. Por tanto, las personas que no maltratan a sus hijos o hijas pueden considerarse resilientes. De acuerdo a la visión tradicional de la resiliencia, la investigación de estas personas ayudaría a comprender las características de la resiliencia como

constructo. Nosotros proponemos un enfoque distinto: el hecho de que haya personas que no repiten el ciclo del maltrato indica que una historia de maltrato no es *determinante* del maltrato actual. Por lo tanto, el estudio de las excepciones (es decir de la resiliencia) ayudará a esclarecer el mecanismo que genera el maltrato infantil, y cuál es el papel de la historia de maltrato en este mecanismo. Por otro lado, la distinción entre factores protectores, de recuperación y de control nos permite una mirada crítica a los estudios de tipo transversal, al considerar que el hecho de que un sujeto no presente dificultades en el presente no necesariamente significa que nunca las presentó.

Referencias

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, Department of Psychiatry, University of Vermont, USA.
- Harvey, M. R., Liang, B., Harney, P., Koenan, K., Tummala-Narra, U., Lebowitz, L. & Vickers, S. (1997). *A multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resiliency: Psychometric studies*. Manuscrito no publicado, The Cambridge Hospital and Harvard Medical School, USA.
- Lösel, F., Bliesener, T., & Kofler, P. (1989). On the concept of invulnerability: evaluation and first results of the bielefeld project. En M. Brambring, F. Lösel & H. Skowronek (Eds.), *Children and risk: Assessment, longitudinal research, and intervention* (pp. 186-219). New York, USA: Walther de Gruyter.
- Luthar, S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1991). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Menvielle, E. (1994). Resilience and Central American families in the United States. *Children Worldwide*, 21(1), 24-26.
- Mish, F. C., Morse, J. M., Gilman, E. W., Copeland, R. D., Lowe, J. G., & Pease, R. W., Jr., et al. (Eds.). (1989). *The New Merriam-Webster Dictionary*. Springfield, MA, USA: Merriam-Webster.
- Osborn, A. F. (1990). Resilient children: A longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. *Early Child Development Care*, 62, 23-47.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Scoville, M. C. (1942). Wartime tasks of psychiatric social workers in Great Britain. *American Journal of Psychiatry*, 99, 358-363.
- Suárez, E. N. (1996). El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de salud. En M. A. Kotliarenco, C. Álvarez & I. Cáceres. *Resiliencia: Construyendo en adversidad* (pp. 51-64). Santiago, Chile: CEANIM.
- Trull, T. J. & Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica* (6ta ed.; J. A. Velásquez, Trad.). Ciudad de México: México: Thomson. (Original publicado en 2001)
- Vanistendael, S. (1997, Junio). *Resiliencia*. Conferencia presentada en el seminario Los aportes del concepto resiliencia en los programas de intervención psicosocial. Santiago, Chile.

JUAN PABLO KALAWSKI

ARTICULOS | 372

- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72- 81.
- Werner, E. (1994). Risk, resilience and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503- 515.

Juan Pablo Kalawski. University of North Texas, Denton, Texas, USA
Ana María Haz. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.