

ADOLESCENTES EN RIESGO

Una mirada a partir de la resiliencia

Blanca Estela Barcelata Eguiarte



Manual Moderno®

Adolescentes en riesgo.
Una mirada a partir de la resiliencia



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor.

En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.

Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, DC



Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia

Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Maestría en Psicología Clínica y Doctorado en Psicología y Salud.
Facultad de Psicología, UNAM. Especialidad Capacitación en
Problemas de Salud Mental en el Instituto Nacional de Psiquiatría.
Prof. de T.C. Titular A. Def. de la Carrera de Psicología.
FES Zaragoza, UNAM. Tutor del Programa de Posgrado de Maestría
y Doctorado en Psicología, UNAM. Miembro del SNI-1 y
del PRIDE. Líneas de investigación Salud, Adolescencia y Familia.
Adaptación y resiliencia en contextos múltiples. Grupos vulnerables.

Editor responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno

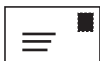


manual moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com**

Adolescentes en riesgo.

Una mirada a partir de la resiliencia

D.R. © 2015 por Universidad Nacional Autónoma de México,

Facultad de Estudios Superiores, Zaragoza

ISBN: 978-607-02-6701-7 (Versión impresa)

ISBN: 978-607-02-6700-0 (Versión electrónica)

Fecha de edición: 31 de julio de 2015

Av. Guelatao Núm. 66

Col. Ejército de Oriente

C.P. 09230, México, D.F.

Fecha de edición: 31 de julio de 2015

En coedición con Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-513-4 (Versión impresa)

ISBN: 978-607-448-516-5 (Versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional

de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO/PRINTED IN MEXICO



Manual Moderno®

es marca registrada de

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Adolescentes en riesgo : una mirada a partir de la resiliencia / [autor y coordinador] Blanca Estela Barcelata Eguiarte. -- 1ª. edición. -- México, D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza : Editorial El Manual Moderno, 2015. xviii, 150 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Incluye índice

ISBN 978-607-02-6701-7 (versión impresa, UNAM)

ISBN 978-607-448-513-4 (versión impresa Editorial El Manual Moderno)

1. Psicología del adolescente. 2. Adolescentes – México – Condiciones sociales. 3. Evaluación de la personalidad de adolescentes – México. 4. Emociones en adolescentes. 5. Adolescentes – Guías de habilidades para la vida. I. Barcelata Eguiarte, Blanca Estela. II. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

155.51828-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:

Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:

LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:

LCS Adriana Durán Arce



Colaboradores

Dra. Julia Gallegos Guajardo, PhD, *Capítulo 5*

Cuenta con una Maestría en Educación Internacional por la Universidad de Sussex en Brighton, Inglaterra y Doctorado por la Universidad de Texas especializándose en dificultades sociales emocionales y del aprendizaje en niños y adolescentes. Es profesora e investigadora del Centre de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad (CETIA) y del Departamento de Psicología de la Universidad de Monterrey. Directora del Centro Mexicano de Inteligencia Emocional y Social (CIES). Sus investigaciones se enfocan en el área de prevención de ansiedad y depresión, intervenciones para grupos en riesgo y en la promoción de la resiliencia en la comunidad.

Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro, *Capítulo 6*

Médico Psiquiatra. Egresado de la Carrera de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Especialidad en Psiquiatría por la Universidad de Guadalajara y Residente de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia por la UNAM en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Secretaría de Salud.

Mtra. Maryurena Lorenzo Alegría, *Capítulo 5*

Máster en Intervención y Mediación Familiar. Universidad de la Laguna, Tenerife, España. Doctorante del Programa de Intervención y Mediación Familiar, también de la Universidad de la Laguna, Tenerife, España. Sus investigaciones e intervenciones se han enfocado en el desarrollo de habilidades socioemocionales. Es miembro del grupo de trabajo e investigación en superdotación de la Universidad de la Laguna en España.

Lic. Quetzali Yuritzi Luna Martínez, *Capítulo 3*

Egresada de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza. UNAM. Mención honorífica por tesis y examen profesional. Becaria del Proyecto PAPIIT IN 303512, UNAM. DGAPA. Cuarto lugar y Mención honorífica en el Concurso nacional de tesis del Instituto Mexicano de la Juventud 2013 (IMJUVE).

Dra. María Elena de los Dolores Márquez-Caraveo, Capítulo 2, 6

Médico cirujano egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Mención Honorífica. Especialidad en Psiquiatría por la UNAM y por el Institute of Psychiatry, The Maudsley Hospital (One Year Full-Time Course in Clinical Psychiatry. Clinical Associate): University of London. Maestra en Ciencias Médicas: Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia por la UNAM. Doctorado en Psicología en Salud por la UNAM. Tutora de la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Jefa de la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Secretaría de Salud (SS). Investigadora en Ciencias Médicas “D”, por la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, SS.

Lic. Rafael Alejandro Ramírez Ferrusca, Capítulo 4

Egresado de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza. UAM. Becario de diversos Programas como PERAJ-SEP, y del Proyecto PAPIIT IN 303512, UNAM . DGAPA. Segundo lugar en el Concurso Nacional de Tesis del Instituto Mexicano de la Juventud 2013 (IMJUVE). Profesor en la Universidad Popular Autónoma de Veracruz, Sede Ciudad Alemán y en la Red de Escuelas Universitarias, Campus Loma Bonita. Colaborador en el Centro de Atención Psicopedagógica en Loma Bonita, Oaxaca.

Dra. Norma A. Ruvalcaba Romero, Capítulo 5

Doctorado en Psicología con orientación en Inteligencia Emocional, Universidad de Málaga, España. Profesor-Investigador de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, trabaja la línea de Indicadores Positivos en Salud Mental. Actualmente coordinadora de Investigación del Departamento de Clínicas de Salud Mental de la Universidad de Guadalajara.

Dra. Laura Karina Sánchez Jiménez, Capítulo 6

Médico Psiquiatra. Egresada de la Carrera Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Guadalajara. Especialidad en Psiquiatría por la Universidad de Guadalajara y Residente de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia por la UNAM en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Secretaría de Salud.

Mtra. Diana R. Villegas Guinea, Capítulo 5

Maestra en Ciencias con especialidad en Psicología de la Salud y Maestra en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud. Profesora e investigadora en la Universidad Iberoamericana Torreón. Sus investigaciones abordan temas de psicología, educación y salud.



Contenido

Agradecimientos	XI
Prólogo	XIII
Introducción	XV
Capítulo 1. Resiliencia: una visión optimista del desarrollo humano	1
<i>Blanca Estela Barcelata Eguiarte</i>	
¿Qué es la resiliencia?.....	2
Conceptos centrales	5
Adaptación	5
Riesgo, vulnerabilidad y protección.....	5
Riesgo	6
Vulnerabilidad y protección	7
Conceptos relacionados	12
Competencia.....	12
Afrontamiento	13
Personalidad resistente	14
Modelos explicativos: riesgo-protección	15
Perspectivas contemporáneas	16
Perspectiva de la psicopatología del desarrollo.....	18
Perspectiva psicoanalítica	23
Perspectiva ecológico-social	23
Perspectiva sistémica	25
Modelos de investigación	26
Enfoques relacionados con la resiliencia	27
Psicología positiva	27
Perspectiva del desarrollo positivo del adolescente (PYD) ..	28
Conclusiones.....	29
Referencias	31

Capítulo 2. Riesgo, pobreza y salud mental del adolescente 37

*Blanca Estela Barcelata Eguiarte y
María Elena Márquez-Caraveo*

Salud mental del adolescente en cifras	38
Factores contextuales y adolescencia	41
Pobreza y salud mental adolescente.....	45
¿Cuál es la asociación entre la pobreza y la salud mental de niños y adolescentes?	47
Resultados en el desarrollo infantil y adolescente.....	47
Resultados con respecto a la salud mental	48
Del riesgo a la protección: evidencia empírica	48
Programas de abatimiento de la pobreza en América Latina	52
Conclusiones.....	52
Referencias	54

**Capítulo 3. Afrontamiento y personalidad en adolescentes
en adolescentes en contextos de riesgo 63**

Quetzali Yuritzi Luna Martínez

Antecedentes y perspectivas en el estudio del afrontamiento	64
Principales clasificaciones	65
Modelos de afrontamiento en adolescentes.....	66
Afrontamiento: hallazgos de investigación	68
Personalidad y conductas de riesgo	70
Afrontamiento y personalidad	72
Afrontamiento y personalidad en adolescentes mexicanos en riesgo	76
Conclusiones	80
Referencias	81

**Capítulo 4. Percepción de apoyo social en adolescentes
de contextos múltiples 85**

Rafael Alejandro Ramírez Ferrusca

Apoyo social percibido: definición y tipos	86
Variables implicadas en la percepción de apoyo social	88
Aspectos psicosociales en la percepción de apoyo social en adolescentes	90
Apoyo social percibido en adolescentes en riesgo: análisis por sexo, edad, familia y contexto.....	93
Apoyo social en diferentes contextos sociales	99
Conclusiones.....	101
Referencias	105

Capítulo 5. Habilidades socioemocionales y resiliencia 109

*Norma A. Ruvalcaba Romero, Julia Gallegos Guajardo
Diana Villegas Guinea y Maryurena Lorenzo Alegría*

¿Qué son las habilidades socioemocionales?	110
Importancia de las habilidades socioemocionales en la adolescencia	111
Beneficios de la enseñanza de habilidades socioemocionales en la adolescencia.....	112
Habilidades socioemocionales y su relación con la resiliencia.....	114
Conclusiones.....	116
Referencias	117

**Capítulo 6. Resiliencia: implicaciones clínicas, políticas de atención
y programas de intervención..... 121**

*María Elena Márquez-Caraveo, Laura Karina Sánchez Jiménez e
Israel Itzaman Jiménez Navarro*

Promoción de la salud mental	122
Prevención de los trastornos mentales	124
Niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria	125
Niveles de prevención: universal, selectiva e indicada	125
Psicopatología: una visión categórica, dimensional y de investigación	128
Servicios de atención e intervenciones efectivas para niños y adolescentes	131
Servicios de atención a favor de la salud mental de niños y adolescentes: situación en México	133
Desarrollo de políticas públicas en salud mental a favor de niños y adolescentes.....	133
Estrategias de intervención en las familias	136
Estrategias de intervención en las escuelas	137
Estrategias de intervención combinadas (escuela y familia) enfocadas en la educación primaria.....	137
Estrategias de intervención en la comunidad	138
Conclusiones	138
Referencias	138

Índice 143



Agradecimientos

En primer lugar se agradece el apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, porque a través del Proyecto PAPIIT IN303512-2 “Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias” fue posible reunir recursos materiales y humanos que permitieron el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario de alumnos, académicos y profesionales de la salud de la UNAM y de otras instituciones que a lo largo de dos años trabajaron en esta investigación.

Asimismo agradecemos a nuestra sede de trabajo, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, por todo el apoyo otorgado y las gestiones realizadas para el desarrollo de este proyecto.

Se extiende un especial reconocimiento a todas las escuelas e instituciones de salud mental que aceptaron colaborar en este trabajo, lo cual permitió que sus poblaciones de adolescentes y padres de familia participaran bajo su consentimiento informado, lo cual le proporciona un carácter confidencial a algunos de los hallazgos presentados en esta publicación, por lo que no se revelan los nombres de dichas instituciones.

Blanca Estela Barcelata Eguiarte



Prólogo

Este libro titulado: Adolescentes en riesgo: una mirada a partir de la resiliencia, constituye sin duda una aportación al estudio de la adolescencia como también a la Psicología en general y en especial a la Salud Mental y la Prevención de problemas de este grupo de la población.

Es una obra conformada por 6 capítulos en los que se plantean los conceptos fundamentales de adolescencia, resiliencia, adaptación, riesgo, vulnerabilidad, pobreza, salud mental, afrontamiento, apoyo social y habilidades socioemocionales. También se refiere a algunos métodos de investigación, modelos explicativos de los temas que se tratan, perspectivas teóricas que respaldan las investigaciones que se incluyen en el texto y a los diferentes niveles de prevención como a los servicios de atención para los adolescentes existentes en nuestro país.

Una de las virtudes de esta obra es sin duda vincular en forma acertada aspectos teóricos, con la investigación y la intervención psicológica.

Por lo que respecta a la resiliencia, este concepto se considera, como un paradigma amplio flexible, dinámico e integral del comportamiento humano que plantea la participación de múltiples factores en los procesos de adaptación que incluyen la adaptación positiva ante situaciones de vulnerabilidad. Se realiza una amplia revisión desde los orígenes del concepto, a partir de diferentes perspectivas, que finalmente se integran en un enfoque profundo.

Considero que otra de las bondades con respecto a este tema es retomar autores que han trabajado desde hace mucho en este campo como Luthar, Rutter y Masten quienes, además, tienen un conocimiento amplio acerca del desarrollo de niños y adolescentes así como de los problemas emocionales que se presentan en este grupo de edad. En este primer capítulo se incorporan también estudios que constatan que los adolescentes pueden contar con recursos tanto internos como externos que pueden amortiguar los factores de riesgo y disminuir posibles problemas en su desarrollo. Es decir, riesgo no es destino.

XIV Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia

Con relación a la pobreza como un factor de riesgo para la Salud Mental de los adolescentes, en el segundo capítulo se hace una revisión de diversos estudios relacionados con el tema. Se considera que en la actualidad una de las tareas urgentes es identificar grupos vulnerables y determinar factores de riesgo y protección que intervienen en las trayectorias y desenlaces adolescentes. Se menciona que aunque la evidencia científica respecto a la relación entre pobreza y problemas de salud física y mental es cada vez más creciente y consistente es importante impulsar un especial interés en identificar los recursos y fortalezas de los adolescentes, con el propósito de promover acciones de carácter preventivo. Se enfatiza que esta debe ser una labor primordial del psicólogo.

El capítulo tercero que se refiere al afrontamiento incluye tanto una revisión de los diferentes enfoques sobre el concepto a partir del modelo animal y el modelo psicoanalítico. Hace un recuento de los diferentes instrumentos para evaluar de afrontamiento, lo cuál sin duda es un apoyo tanto para quienes se inician en el tema, como para quienes ya han trabajado en el campo. También se plantea el estudio de la relación entre personalidad y afrontamiento y se menciona un estudio realizado por los autores de este capítulo.

En el cuarto capítulo se introduce el tema relativamente novedoso del apoyo social percibido y se nos expone una delimitación del concepto, así como también se reportan algunos estudios realizados por el grupo de investigación en los que se indica que las mujeres son las que perciben mayor apoyo social, debido quizá a que son ellas las que le dan mas importancia y lo buscan más. Se menciona también que las diferencias en la estructura de la familia dan lugar a diferencias en la percepción del apoyo. Es importante señalar que se retoman autores expertos poco conocidos en nuestro país pero que indudablemente han hecho aportaciones al estudio del apoyo en poblaciones vulnerables.

Al hablar de las habilidades socioemocionales y la resiliencia durante la adolescencia se enfatiza la necesidad de trabajar con los muchachos en el fortalecimiento de las mismas.

En el último capítulo se mencionan claramente los diversos tipos de prevención y los autores se refieren al estado de la Salud Mental en México.

Finalmente la obra alude también a la posibilidad de promover la resiliencia en los adolescentes como una tarea de todos aquellos involucrados en el cuidado y protección de los niños y adolescentes. Para ello es importante concientizar a los diversos actores sociales involucrados con el trabajo profesional con los jóvenes y a aquellos que tienen contacto con este grupo de edad, sobre la importancia de promover los recursos, como elemento clave de la salud mental y su aplicación a los programas de intervención. Es un libro que por manejar todos los conceptos, ya mencionados es propio para profesionistas de la psicología pero que también puede ser de utilidad para educadores y cualquier profesionista de la Salud Mental, incluso también podría ayudarles a algunos padres de adolescentes. Sin duda es una obra que contribuye al estudio de la adolescencia y a la promoción del bienestar de los jóvenes.

Emilia Lucio Gómez-Maqueo



Introducción

La adolescencia es quizá una de las etapas de mayor vulnerabilidad del ciclo vital del ser humano. Implica una serie de cambios biológicos, psicológicos, conductuales y sociales que se dan de manera simultánea y vertiginosa que pueden generar tensión en algunos jóvenes. Durante esta etapa se desarrollan competencias y habilidades para la vida, por lo que el adolescente aún no cuenta con todos los recursos para enfrentar las presiones internas y externas de su entorno, lo que aumenta la posibilidad de que presente problemas en su desarrollo (Patterson & Mccubbin, 1987).

Si el desarrollo humano implica crecimiento de acuerdo a las tareas propias de cada etapa del ciclo vital de una persona en términos de oportunidades para crecer de manera equilibrada y en armonía con su medio ambiente, la pobreza representa falta de circunstancias favorables para experimentar una vida plena sana y de bienestar integral.

La globalización ha generado una serie de cambios a nivel macroestructural que impactan de manera directa o indirecta la vida de los niños y adolescentes, muchos de ellos a través de la familia. Las recurrentes y crónicas crisis económicas en varios países han originado que se presenten condiciones limitadas o ínfimas para el desarrollo integral de sus habitantes; de tal forma que muchos de ellos, como es del caso de México, están por debajo de la línea de la pobreza (ONU, 2009).

Las funciones sustantivas de la familia en términos sociales, económicos, emocionales y de salud en general, se han visto trastocadas por las demandas de la sociedad y quedado en un estado de mayor vulnerabilidad; esto implica que se vean minimizadas o deterioradas, lo cual repercute en la vida de sus miembros. El deterioro de las condiciones de vida ha afectado a muchas familias latinoamericanas que en su mayoría tienen niños y adolescentes (Kliksberg, 2004; Maddaleno, Morello *et al.*, 2003). Por ejemplo, según algunas estimaciones de la CEPAL (2007), en el decenio pasado 51.7% de la población vivía en la pobreza; asimismo, de 1998 al 2003 la tasa

de desempleo urbano en América Latina fue del 10.4%, lo que provocó entre otras consecuencias la migración de los padres así como incremento en la economía informal con la consecuente incorporación de mujeres y madres de familia a la vida productiva del país, cuyo resultado ha sido la reconfiguración de la dinámica familiar.

Las familias con niños y adolescentes son tal vez las que tienen mayor presión para lograr un espacio de desarrollo armónico para sus miembros, ya que la falta de recursos para cumplir con las funciones sustantivas ha generado cambios en su configuración y dinámica, lo cual pone en riesgo su estabilidad como grupo así como la de sus miembros.

La mayoría de las perspectivas contemporáneas del desarrollo humano como el enfoque de la psicopatología del desarrollo o ecológico-transaccional, consideran a la pobreza como un riesgo significativo para el desarrollo del adolescente por todos los factores asociados como inseguridad, delincuencia, falta de servicios, marginación y exclusión social, entre otros. Existe evidencia de que dichos factores representan fuentes importantes de estrés que ponen a prueba la estabilidad física y emocional de los adolescentes. Birch y Gussow (1970), esquematizan las implicaciones de la pobreza en el desarrollo integral de las personas a corto y largo plazo, mismas que generan un “círculo de pobreza” que trasciende a través de generaciones.

No obstante, el enfoque de la resiliencia desde el punto de vista del desarrollo se centra en el estudio de niños y adolescentes que viven en condiciones de riesgo y que de manera contraria a los pronósticos y a pesar del riesgo al que están expuestos aún antes de nacer, no presentan problemas de salud mental o debidos a desnutrición de la madre a causa de la pobreza, carga genética de enfermedad mental de alguno de los padres, experimentación de abandono a edad tempranas, presencia de violencia intrafamiliar, entre otros. Los hallazgos de investigación muestran que éstos no sólo logran adaptarse de manera positiva a las circunstancias adversas, sino que incluso logran superarlas y salir fortalecidos.

Ante este panorama, el propósito principal de este trabajo es compartir algunas reflexiones teórico-metodológicas sobre la adolescencia, en particular en contextos de riesgo y pobreza, a partir del enfoque de la resiliencia e incluir evidencia empírica y avances de investigación derivados del proyecto PAPIIT IN303512-2 *Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias* apoyado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Gracias a su financiamiento se pudo integrar un equipo multidisciplinario de académicos, investigadores, clínicos y alumnos del área de psicología y salud de diversas instituciones de educación superior, así como de salud mental.

De esta manera, el primer capítulo proporciona una reseña o estado de la resiliencia, por lo cual se revisan sus antecedentes y desarrollo, los supuestos básicos de las principales perspectivas contemporáneas de estudio, así como conceptos clave y relacionados.

El segundo capítulo presenta un panorama del perfil epidemiológico en salud mental de los adolescentes, así como una breve descripción de los mexicanos. Se enfoca en la pobreza como un riesgo multifactorial y sus implicaciones para la salud mental de niños y adolescentes, por lo que se presentan avances de investigación sobre la relación entre pobreza, adversidad económica y salud mental, así como los

factores que contribuyen a fortalecer la resiliencia según estudios realizados en la población mexicana.

El tercer capítulo se centra en el tema del afrontamiento, factor central en la promoción de la resiliencia, por lo que se revisan las conceptualizaciones que se han hecho a partir de los principales modelos enfocados en adolescentes. Asimismo se presenta evidencia empírica del afrontamiento en general y de su relación con la personalidad presentada en la literatura internacional, así como producto de investigación realizada con adolescentes mexicanos de zonas socialmente vulnerables.

El cuarto capítulo presenta las conceptualizaciones más recientes del apoyo social, en especial del percibido y de su importancia para la adaptación. Se describe parte de la evidencia encontrada en otros países así como de estudios con grupos de adolescentes de diversos contextos de riesgo psicosocial enmarcados en el proyecto PAPIIT.

En el quinto capítulo se hace una revisión de la importancia de la regulación emocional, base del desarrollo de las habilidades para la vida que le permiten al adolescente no sólo adaptarse a los eventos de vida normativos o situaciones cotidianas, sino a enfrentar eventos no normativos o extremos, así como a condiciones de adversidad y de riesgo significativo.

Por último, se presenta un panorama de los retos del equipo de salud mental ante los riesgos que viven los adolescentes en diferentes niveles que van desde lo individual hasta lo social y en particular frente a la pobreza y de la importancia de realizar acciones de salud mental con base en la evidencia empírica aportada por la investigación.

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

Resiliencia: una visión optimista del desarrollo humano

Blanca Estela Barcelata Eguiarte

“Se hizo menester que Rómulo no pudiera vivir en Alba y que estuviera expuesto desde su nacimiento para que llegase a ser rey de Roma ...”

(El Príncipe: Maquiavelo, p. 69)

La resiliencia se considera una visión emergente de la naturaleza humana que surge a partir de una concepción nueva y positiva del ser humano, la cual ha generado un ambiente de controversia porque pone en tela de juicio los paradigmas causales sobre el comportamiento; éstos parecen pasar a segundo plano para ser sustituidos por uno más amplio, flexible y dinámico que plantea la participación de múltiples factores en los procesos de adaptación. Podría decirse que el estudio del desarrollo humano, desde la óptica de la resiliencia, implica una ruptura de modelos lineales y causales predominantes en relación a esquemas anteriores unidisciplinarios de algunas ciencias enfocadas en los procesos adaptativos, para pasar a una perspectiva integral que emerge dentro del campo de la salud a partir de cuestionamientos teóricos y metodológicos provenientes de diversas disciplinas como la psicología, antropología, sociología, medicina y psiquiatría.

Asimismo, representa un constructo supraordenado que incluye la adaptación positiva ante situaciones de estrés y riesgo significativo, e implica la capacidad que tienen las personas para presentar patrones de conducta adaptativa a pesar de la adversidad o situaciones de gran presión y estrés. Además, se le asocia a un amplio campo de investigación interdisciplinaria a partir de un enfoque multidimensional interesado en identificar mecanismos de desarrollo que dan lugar a diversas trayectorias que los individuos pueden presentar a lo largo de su vida y provocan como resultado un proceso de adaptación positiva.

Desde el decenio 1970-79 los expertos en desarrollo humano se han interesado en niños y adolescentes que viven en situaciones de adversidad significativa, para

tratar de comprender los mecanismos que hacen que algunos de ellos presenten trayectorias hacia la psicopatología y otros hacia la adaptación positiva; aunque en sus inicios, el término resiliencia no era un concepto familiar (Cicchetti, 2003; Devenson, 2004; Luthar & Zelazol, 2003).

¿QUÉ ES LA RESILIENCIA?

La palabra resiliencia tiene su origen en la ingeniería, en la cual se utiliza para señalar la característica de algunos materiales para soportar un impacto y recobrar la forma original después de ser sometidos a grandes presiones, lo cual puede ser aplicado al comportamiento humano (Manciaux, Vanistendael *et al.*, 2003; Vanistendael & Lecomte, 2004). La raíz etimológica del término resiliencia proviene del latín *resilio*, cuyo significado es volver atrás, volver de un salto, rebotar. Dentro de las ciencias sociales y humanas dicho término se ha retomado para hacer alusión a la capacidad que tienen las personas para enfrentar y superar experiencias traumáticas, estresantes y de riesgo, así como de recuperar su nivel o ritmo de vida, al observarse que no todas ellas sucumben a dichas situaciones (Vanistendael, 2005).

Aunque los estudios sobre resiliencia datan de por lo menos cuatro decenios, Manciaux y colaboradores (2003) atribuyen a Bowlby el uso del término por primera vez en 1992, para describir a las personas que no se desaniman con facilidad y no se dejan abatir, ya que equiparaba su comportamiento a un “resorte moral” que les permitía recuperarse de vivencias complejas. El concepto de resiliencia se retomó de manera más sistemática en la investigación para describir los procesos y mecanismos de adaptación, así como las características de las personas y comunidades que lograban sobreponerse a situaciones difíciles.

Rastrear sus orígenes con exactitud no es tarea fácil ya que la evolución de la investigación sobre resiliencia ha sido un proceso complejo y dinámico, no lineal. Hay evidencia que la resiliencia empezó a investigarse en EUA por Garnezy y Werner en el decenio 1970-79 (Luthar, 2006), así como en Inglaterra con Rutter (Garnezy & Rutter, 1985) para luego extenderse primordialmente al resto de Europa, Latinoamérica y Australia. Entre todos los trabajos destacan los realizados en Suecia por Magnusson (Magnusson & Casaer, 1993), circunscritos en el enfoque de la psicopatología del desarrollo; en Francia se encuentran los de Cyrulnick, Manciaux y Vanistendael (Manciaux, Vanistendael *et al.*, 2003) a partir de una perspectiva psicoanalítica; por otra parte, en España y Latinoamérica Melillo, Munist, Grotberg, Infante, Kotliarenco y Suárez-Ojeda (Amar, Kotliarenco *et al.*, 2005; Munist & Suárez-Ojeda, 2004) manejan una perspectiva social y se enfocan a describir los procesos y mecanismos de adaptación, así como las características de las personas y comunidades que lograban sobreponerse a condiciones de adversidad. También en Australia se encuentran los estudios longitudinales de Fergusson a partir de una perspectiva del desarrollo (Boden, Fergusson *et al.*, 2007; Fergusson & Horwood, 2003). De esta forma, la perspectiva reconocida con frecuencia como psicopatología del desarrollo se considera pionera en el estudio de la resiliencia.

Tres líneas de investigación marcaron el origen del estudio de la resiliencia:

1. Los estudios longitudinales de Rutter (1987) plantearon a lo largo de varios decenios la existencia de diferentes trayectorias o rutas de desarrollo del individuo en su transcurso “normal” de la niñez hacia la vida adulta y tuvieron una notable influencia sobre el estudio de la resiliencia en las generaciones más recientes de investigadores en el tema (Munist, Santos *et al.*, 1998). En estos trabajos se observaba que algunos niños no sólo no presentaban indicadores de psicopatología, sino que además eran creativos y competentes (Rutter, 1987); de ahí surge, tal vez, una de las concepciones de la resiliencia más influyentes en el campo, en términos de un proceso que puede variar en grado, con el tiempo y ante diferentes situaciones, dentro del cual el resultado es un aspecto de suma importancia. De esta manera se cuestionaba el concepto de invulnerabilidad, para dar paso a uno más amplio como el de vulnerabilidad; sin embargo, algunos autores aún utilizan el primer término como si se tratara de niños de “oro” e inquebrantables, como se suponía hace algunos decenios (Amar *et al.*, 2005).
2. Las investigaciones en psicopatología y, o pobreza, así como de hijos de padres con esquizofrenia, desarrolladas por Garmezy (Cicchetti & Valentino, 2006; Garmezy, 1991, 1993a; Masten, Best & Gamezy *et al.*, 1991), ameritan que se le reconozca como un líder en el estudio sistemático de la vulnerabilidad emocional, ya que permitió abrir el campo de la resiliencia al observar que de manera sorpresiva algunos de los niños presentaban un desarrollo “normal” de manera contraria a lo esperado, mientras otros manifestaban algún tipo de alteración psicológica a pesar de la carga genética y de otras variables familiares desfavorables consideradas como riesgo.
3. El emblemático estudio desarrollado durante tres decenios por Werner y Smith (1992) en la isla Kauai con 566 niños nacidos en 1955 bajo condiciones de extrema pobreza, realizó seguimientos a los 2, 10, 18, 31 y 32 años, de manera que abarcó la infancia, adolescencia y adultez de los participantes. Amplió su interés a las características familiares y de la comunidad, lo que permitió a los autores percatarse de que a pesar de que la mayor parte de los sujetos estudiados había crecido en familias pobres, uniparentales, disfuncionales, caracterizadas por la presencia de constantes riñas, alcoholismo y otros trastornos emocionales o psicopatologías, muchos de ellos presentaron conductas de adaptación positiva e incluso de alto nivel de competencia a situaciones adversas a lo largo de su vida, lo cual iba en contra de las predicciones. Lo anterior les llevó a plantear la idea de que en el desarrollo humano pueden existir diferentes formas o trayectorias que al final dan como resultado la adaptación positiva, a pesar de haber vivido experiencias adversas.

Dichos hallazgos dieron pauta al cuestionamiento de la idea tradicional de que situaciones de riesgo y estrés estaban ligadas de manera irremediable a la psicopatología, o sea que infancia no necesariamente es destino. Esta postura implicaba poner atención en los aspectos positivos de las personas, que les permiten desplegar su capacidad de reconstrucción; lo cual amplió el foco de estudio al identificar las diferencias en la vida de los niños en términos de fortalezas (Cicchetti, 1993; Luthar, 2006; Masten *et al.*, 1991; Walsh, 2004).

En una entrevista realizada en el 2004 a Anne Deveson (comisionada ante la Real Comisión de Relaciones Humanas en el decenio 1970-79) se confirma este orden de hallazgos. Además, hace hincapié en que en esa época la resiliencia no era un concepto familiar, pero que a partir de los estudios exploratorios de Garmezy sobre el tema realizados con niños en riesgo de sufrir algún trastorno mental y que no mostraban dificultades, se ampliaba el panorama para identificar las diferencias en la vida de los menores en términos de fortalezas, a fin de proponer modelos para ayudarlos a desarrollar formas útiles de sobrevivir y adaptarse. Sin embargo, se empezó a generar el mito del “niño de oro” invulnerable y con características que sólo algunos podían presentar, cuando por el contrario el niño resiliente se puede considerar aquel que a pesar de ser vulnerable por factores personales (p. ej., genéticos), familiares (p. ej., padres esquizofrénicos), o sociales (p. ej., situaciones de pobreza) eran capaces de aplicar sus experiencias de aprendizaje del pasado y utilizarlas de manera positiva en el futuro.

En fechas más recientes otros investigadores se suman a este esfuerzo por entender las diversas trayectorias y los desenlaces en el desarrollo de niños y adolescentes desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo; entre ellos destacan Cicchetti, Masten y Luthar (Cicchetti & Cohen, 1995), quienes son líderes de líneas de investigación en distintas universidades de EUA. En los últimos años, el estudio de la resiliencia abarca diversos dominios, ámbitos y problemáticas, que implican adversidad y estrés, de manera que bajo el rubro de resiliencia se pueden ubicar estudios dirigidos a tres áreas principales:

1. Procesos de adaptación positiva en niños y adolescentes que viven en contextos de alto riesgo como pobreza, bajo nivel socioeconómico, problemas familiares, enfermedad crónica, trastornos de salud mental en los padres, entre otros.
2. Mantenimiento de un comportamiento funcional a pesar de exposición prolongada a eventos estresantes.
3. Procesos de recuperación ante eventos traumáticos como por ejemplo pérdidas significativas o secuestros.

En la actualidad la investigación también se ha ampliado a múltiples niveles, por lo que no sólo se ha enfocado en el estudio de factores personales de tipo genético o de índole biológica. Hoy en día se le concede importancia a la interacción dinámica tanto de variables personales como la predisposición genética y la personalidad, con variables medioambientales incluidos los factores familiares y sociales, lo que permite plantear múltiples puntos de intervención para promover la resiliencia.

Asimismo, representa un campo organizado de investigación multidisciplinaria tanto teórica como metodológica respecto al estudio de la resiliencia con particular interés en la niñez y la adolescencia. Sus planteamientos teóricos y metodológicos en torno a la adaptación y a la resiliencia, tienen su sustento en la sólida investigación que se realiza de manera sistemática y articulada desde hace varios años. Términos como adaptación positiva, optimismo, protección, riesgo, estrés, vulnerabilidad, competencia y personalidad robusta o *hardiness* se han vuelto conceptos centrales y relacionados con la resiliencia que se retoman a partir de diversas perspectivas, algunos de ellos implícitos en las definiciones que plantean los diversos investigadores.

Conceptos centrales

De acuerdo a la definición de resiliencia como un proceso de adaptación ante la presencia de estrés y riesgo significativo se presentan algunas consideraciones al respecto.

Adaptación

La adaptación es un concepto esencial para el modelo de psicopatología del desarrollo que implica un constructo o aproximación más amplia e integradora, lo que permite entender el comportamiento en el contexto y curso del desarrollo. Asimismo la adaptación es un constructo implícito en la resiliencia, ya que como se mencionó el segundo representa un constructo supra-ordenado que incluye al primero.

Desde la perspectiva del desarrollo, la adaptación ha cambiado su significado en función de su transformación de un concepto estático a uno más dinámico y resulta un poco limitado describir en pocas líneas dichas modificaciones a partir de las concepciones psicoanalíticas. Se entiende por adaptación la capacidad de balancear y coordinar los recursos internos y externos que implican un equilibrio personal en función de las demandas del medio ambiente y que reflejan: a) la capacidad de funcionamiento dentro de una norma; b) la ausencia de problemas emocionales y de conducta significativos, o psicopatología, y c) el desarrollo de ciertas competencias (Luthar, 2006; Masten, Burt & Coastworth, 2006).

Adaptarse presupone un ajuste interno y externo, el cual se puede medir a través del grado de ausencia y presencia de conductas internalizadas y externalizadas (Achenbach & Rescorla, 2002). Las primeras se refieren a cogniciones, sentimientos y conductas que alteran el bienestar subjetivo de la persona como ansiedad, depresión, temor, desconfianza, entre otras; las segundas son aquellas que afectan la interacción armónica con los demás, tal es el caso de robar, mentir, golpear a alguien, y en general mostrar un comportamiento disruptivo, agresivo y antisocial.

Esto ha impulsado la búsqueda de mayor evidencia que ayude a comprender los mecanismos que implican la adaptación positiva en condiciones adversas. No obstante, no ha quedado bastante claro que la resiliencia tiene un carácter multidimensional en el que intervienen muchos factores que se manifiestan de manera diferente en cada sujeto, de distinta forma, bajo diversas circunstancias, aun cuando se trata del mismo sujeto (Luthar & Burack, 2000).

Riesgo, vulnerabilidad y protección

La resiliencia es un constructo que ha sido difícil de definir, diferenciar y estudiar, incluso al interior de la misma perspectiva de la psicopatología del desarrollo; entre otras razones porque el mismo concepto de adaptación genera controversia, aunque puede ser considerado como un constructo que permite entender las trayectorias tanto del desarrollo positivo o adaptación, así como del negativo en términos de psicopatología en contextos de riesgo y, o estrés significativo, o ambos (Masten & Gerwitz, 2006).

Riesgo

A pesar de que se considera que la resiliencia surge de los modelos de riesgo. Algunos autores (Munist *et al.*, 1998) plantean la conveniencia de distinguir el enfoque de riesgo del enfoque de la resiliencia ya que ambos enfoques se complementan para estudiar las diferentes formas o rutas de adaptación que encuentran los individuos a lo largo de su desarrollo ya que como se ha señalado la resiliencia implica una situación de riesgo y, o vulnerabilidad (Garmezy, 1993a; Luthar, 2006; Masten & Powell, 2003; Rutter, 1987).

El enfoque tradicional de riesgo se centra en la enfermedad y el síntoma, y se circunscribe en un modelo médico biologicista. No obstante, la evolución del concepto de riesgo al ser transferido a las ciencias sociales, implica una visión más flexible que amplía su campo de estudio, por lo cual incluye el análisis de diversas variables de índole psicosocial y ambiental. Este concepto también se ha asociado a modelos explicativos de orden causal, mientras otros son más de tipo correlacional, lo que parece ser más conveniente dentro de la perspectiva de la resiliencia dado su carácter multifactorial.

En la literatura se observa una tendencia a definir el riesgo en términos estadísticos, lo que implica un aumento en la probabilidad de ocurrencia de una alteración en dominios “críticos”, como pueden ser el vivir en comunidades violentas, la pobreza, violencia intrafamiliar o enfermedad en alguno de los padres (Garmezy, 1991, 1993b, 2002; Luthar, 2006; Rutter 1993a, 1993b, 2002; Werner & Smith, 1992).

Se hace uso del término riesgo para hacer referencia a un conjunto de variables personales y, o del medio ambiente, o ambos, como el entorno familiar o de la comunidad, que preceden a un comportamiento desadaptado o a resultados negativos en el desarrollo (Dekovic, 2005; Rutter, 2003).

Esta perspectiva amplía la visión biomédica, derivada de la epidemiología social, ha resultado ser de mayor utilidad en el estudio del desarrollo en la medida que reconoce que éste es el resultado de una compleja red de factores y circunstancias psicosociales, las cuales tienen diversas funciones en términos de daño o de protección (Munist *et al.*, 1998).

Cuando dichas circunstancias representan un riesgo para un grupo o toda una comunidad, pueden ser consideradas como situaciones de riesgo psicosocial. Los modos de vida, de trabajo, de la vida cotidiana, las relaciones interpersonales de orden político y cultural de una comunidad, pueden ser vistas de esta manera cuando están caracterizadas por la inequidad, con consecuencias como pobreza y exposición a estresores de tipo económico, social y familiar (Garmezy, 1993b).

Con frecuencia se consideran como marcadores del riesgo, el nivel socioeconómico -NSE- (Brooks-Gunn & Duncan, 1997); el número de sucesos vitales estresantes (Tiet, Bird *et al.*, 1998); situaciones adversas como divorcio, enfermedad física o mental de alguno de los padres (Garmezy, 1993); el maltrato infantil (Jaffe, Caspi *et al.*, 2007) o violencia intrafamiliar (Amar *et al.*, 2005); y catástrofes comunitarias o desastres naturales (Kotliarenko & Aceitón, 2006) y algunas situaciones cotidianas que por su frecuencia representan un riesgo acumulativo (Rutter, 1987).

El concepto de factores proximales y distales (Bronfenbrenner, 1987), se toma en gran parte de los estudios de resiliencia dentro de la psicopatología del desarrollo, dada la aceptación de aquella como un fenómeno multidimensional y multinivel. Los primeros incluyen el ambiente familiar y la escuela, mientras que

los segundos se refieren a variables contextuales macroestructurales que involucran a la cultura o al marco sociopolítico y económico en el que se circunscriben los adolescentes y sus familias, que afectan de manera directa o indirecta al desarrollo del adolescente. Una variable socioeconómica, como por ejemplo la pobreza es un factor distal y se considera una situación de riesgo para los adolescentes porque se encuentra asociada a un aumento en la presencia de eventos estresantes, lo que conlleva a un aumento en la vulnerabilidad de los jóvenes.

Por otra parte, se plantea que las variables personales y familiares pueden ser factores mediadores que intervienen, ya sea porque aumente la vulnerabilidad hacia la desadaptación o adaptación negativa, sobre la base de una situación de riesgo como puede ser la pobreza, o por el contrario pueden funcionar como protectores que amortiguan los efectos negativos de dicha condición de riesgo, lo cual da como resultado un desenlace positivo en términos de adaptación positiva o resiliencia (Garmezy, 1991, 1993b; Masten, Garmezy *et al.*, 1998; Plunkett, Henry & Knaub, 1999; Seidman & Pedersen, 2003).

En suma, puede decirse que un factor de riesgo es cualquier circunstancia o situación negativa que está asociada a desenlaces negativos o problemas de adaptación positiva, manifestados a través de problemas emocionales o de conducta y que se convierte en un obstáculo para el desarrollo de la resiliencia.

Vulnerabilidad y protección

La investigación reciente sobre resiliencia en niños y adolescentes desde el enfoque de la psicopatología del desarrollo se ha estructurado también en torno a conceptos como vulnerabilidad y protección (Seidman & Pedersen, 2003; Wyman, 2003). Son términos con diversas connotaciones, por lo que se les utiliza para determinar diferentes aspectos relacionados con los procesos de riesgo, adaptación y resiliencia (Luthar, Cicchetti *et al.*, 2000).

La vulnerabilidad implica aquellos factores personales o medioambientales que aumentan los efectos negativos de una condición de riesgo (Luthar, 2006). Por esta razón, parece un concepto de utilidad que permite comprender mejor el proceso de la resiliencia. Se menciona de manera reiterada que hay adolescentes que a pesar de vivir en condiciones de riesgo no presentan ningún trastorno o problema emocional, porque ello depende de la interacción de factores tanto biológicos, personales, como del medio ambiente, los cuales pueden ser internos o externos; se les denomina así porque aumentan la probabilidad de que se presente una respuesta desadaptada ante la situación estresante. Hay adolescentes que dadas sus condiciones, internas o externas, pueden ser más o menos vulnerables, pero no se puede hablar de invulnerabilidad.

La noción de vulnerabilidad es retomada por muchos estudios a partir de diferentes perspectivas con el propósito de explicar la resiliencia, ya que ésta no significa de manera forzosa ser invulnerable (Munist & Suárez-Ojeda, 2004). En este sentido es importante no confundir este término con el de resiliencia, ya que ésta no presupone que las personas sean refractarias a la adversidad; por el contrario, son aquellas que son capaces de aprender y sobreponerse a ella y adaptarse a la situación a través del uso positivo de sus recursos personales, así como los de su entorno como hacen referencia la mayoría de las definiciones.

Rolf y Johnson (1999) señalan que existe una serie de constructos relacionados con la invulnerabilidad tales como resiliencia, fortaleza, adaptación, ajuste, maestría, plasticidad, ajuste persona-ambiente, y amortiguación social, que describen mejor los patrones de comportamientos de los niños que más que invulnerables, son menos vulnerables. La contraparte de la vulnerabilidad es la resiliencia entendida como la capacidad de utilizar diversos recursos personales y sociales, para identificar y predecir situaciones complejas y para reaccionar con flexibilidad ante ellas. En algunos estudios tanto la vulnerabilidad como la resiliencia han sido tomadas como características estables de los niños; ambas corren a lo largo de un continuo que refleja el nivel de susceptibilidad a presentar diferentes trayectorias del desarrollo en función de una condición adversa o la exposición de circunstancias de alto riesgo (Luthar, 2006).

La vulnerabilidad al igual que la resiliencia tiene sentido cuando está asociada a una situación de riesgo (Luthar *et al.*, 2000). Por ello, la primera implica reducción de la flexibilidad o potencial de adaptación ante un riesgo significativo. Existen propuestas o modelos generales que han surgido dentro del enfoque evolucionista o de psicopatología del desarrollo (Masten *et al.*, 2006; Gómez & McClaren, 2006) que permiten guiar la investigación y evaluar la interacción entre factores de riesgo y protección, los cuales se especifican más adelante como contribución de dicho enfoque.

Rutter (1987, 2002) menciona que la vulnerabilidad puede ser modificada a través de un reacomodo de las condiciones de riesgo para sustituirlas por condiciones de protección medioambientales, así como de los recursos personales, a partir de lo cual se puede promover la resiliencia en los adolescentes. Los factores que a pesar del riesgo logran atenuar las repercusiones del estrés en el individuo y salvaguardar así su bienestar físico y psicológico son denominados protectores, cuando su función es moderadora en el proceso de adaptación. En este sentido, la resiliencia puede ser entendida como un polo positivo donde se ubican las personas que se adaptan a situaciones de estrés y, o adversidad, o ambas; mientras que el polo negativo está definido en términos de no resiliencia más que de vulnerabilidad (Rutter, 2007).

Se constituyen en condiciones del entorno que parecen apoyar el desarrollo de los individuos y reducir los efectos de los factores de riesgo. Benard (2004) señala que mientras los factores de riesgo pueden predecir del 20 al 49% de problemas en el desarrollo, los elementos protectores aumentan su capacidad de predicción del 40 al 70%, con respecto a la trayectoria de los adolescentes.

Kotliarenco, Cáceres y colaboradores (2003), con base en los supuestos básicos de Masten (Masten & Powell, 2003), Luthar (2006) y Rutter (2002) al respecto de la resiliencia y vulnerabilidad, señalan que tanto ésta como la protección pueden ser entendidas como mecanismos extremos que operan o se hacen evidentes ante una situación de riesgo; esto sugiere que algunas variables tienen una función catalítica que reduce el impacto de una variable de riesgo o de una cadena negativa de reacciones asociadas con una situación riesgosa, lo que Rutter (2000) ha denominado “cascada de factores de riesgo”. Algunos aspectos como la personalidad y el apoyo social pueden ayudar a incrementar la eficacia y la autoestima, lo cual le permite al adolescente ampliar las oportunidades para enfrenar el riesgo, pero también pueden ser un freno u obstáculo.

En fechas recientes se ha enfatizado tanto el estudio de los desenlaces negativos del desarrollo como de los procesos de adaptación “exitosa” de los niños y adoles-

centes a pesar de la adversidad. Por ello, como ya se hizo mención, en la actualidad se prefiere el uso del término resiliencia o resistencia al estrés y vulnerabilidad más que el de invulnerabilidad (Luthar, 2006; Masten & Powell, 2003).

Uno de los objetivos centrales de la investigación en resiliencia es identificar los factores de vulnerabilidad o de riesgo que aumentan dicha situación, así como los de protección que pueden modificar los efectos negativos de situaciones de vida adversas o estresantes que experimentan los niños y adolescentes, de tal manera que se puedan conocer los mecanismos a través de los cuales éstos se relacionan (Garmezy, 2002; Luthar, 2006; Masten & Powell, 2003).

Para Werner y Smith (1992) el efecto protector de ciertos factores sólo es evidente en combinación con una variable de riesgo, por lo que no tiene efecto en poblaciones de donde el nivel de éste es bajo; es decir, como lo señala la literatura original no se puede hablar de protección, así como tampoco de resiliencia, si no existe una situación de riesgo significativa (Garmezy, 1993; Rutter, 1993a, 1993b).

Garmezy (1991) explicar que los factores protectores pueden estar definidos a partir de atributos personales y medioambientales, situaciones y eventos como la inteligencia, el afrontamiento, la flexibilidad y apoyo de los padres que parecen moderar las predicciones de psicopatología, sobre la base de una situación de riesgo. Por ello, establecer los mecanismos de vulnerabilidad y de protección han contribuido a entender cómo adolescentes que viven en condiciones adversas, tanto personales como medioambientales, consideradas de riesgo, parecen ser “invulnerables” y responder de manera positiva en términos de adaptación a las demandas que les plantea su medio ambiente.

Se les denomina factores protectores o de protección a aquellos que tienen un efecto amortiguador ya que parecen modificar las condiciones de riesgo. Dichos elementos o mecanismos atenúan la reacción de la persona ante una situación que por lo general generaría desenlaces de desadaptación.

De acuerdo a Gore y Eckenrode (2000) los factores protectores suelen dividirse en dos grupos:

1. Los factores personales que por lo regular incluyen componentes internos biológicos como el temperamento y, o el estatus físico de salud, o ambos y otros que tienen que ver con la interacción social, como el autoconcepto, la autoestima o el sentido de “maestría”.
2. Factores externos relacionados con los recursos del medio ambiente, algunos proximales del mesosistema como la familia, la escuela, el ingreso económico y los vínculos interpersonales de apoyo social y otros distales que pertenecen al macrosistema de tipo social, económico y cultural.

Todos estos aspectos, al interactuar entre sí, pueden dar como resultado un aumento de la vulnerabilidad en los adolescentes a presentar problemas en su desarrollo o, por el contrario, pueden atenuar los efectos de las condiciones adversas y de estrés, lo cual contribuye al desarrollo de la resiliencia.

En la actualidad se observa una clara influencia de la perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1987) en la investigación que guía los estudios sobre desarrollo positivo, adaptación, riesgo, estrés y resiliencia en la adolescencia (Benard, 2004; Cohen, 2012; Dekovic, 2005; Luthar, 2003; Rutter, 2012b; Ungar, 2012).

Cohen (2012) clasifica los factores de acuerdo al nivel de mayor impacto en tres tipos: el primer nivel está conformado por los factores perinatales que representan un riesgo durante el embarazo y la infancia. El segundo nivel implica variables microambientales que pueden impactar el desarrollo del niño o adolescente y de su familia de forma proximal como el estatus socioeconómico bajo, la ausencia de un padre, la separación temprana, un gran número de hermanos, abuso físico o sexual, violencia familiar y alcoholismo, así como enfermedad mental de alguno de los padres. El tercer nivel lo integran factores macroambientales que influyen a un nivel social más general, como el vecindario, poblaciones con alta densidad, exclusión, privación o marginación social, inclusión en grupos de alto riesgo como pandillas, abuso de drogas, entre otros. Se asume que las condiciones de riesgo y la vulnerabilidad son dos elementos relacionados que corren a lo largo de por lo menos estos tres sistemas y que cada etapa del ciclo vital tendrá sus propios riesgos, como es el caso de la adolescencia.

Por otra parte se supone que algunos factores de riesgo pueden ser modificados por otra serie de aspectos o condiciones protectoras como entrenamiento en habilidades sociales, de afrontamiento y apoyo social por el efecto de amortiguación y protección que pueden proporcionar en función de la interacción de diversas variables a lo largo de los diferentes sistemas y subsistemas.

Los procesos de adaptación y resiliencia están en función de la combinación de dichos factores de riesgo-protección. Los aspectos proximales son aquellos que tienen un efecto directo porque interactúan de esa forma con el adolescente. Los elementos distales son los que no lo hacen de manera directa pero tienen una influencia indirecta a través variables mediadoras en un momento y contexto determinados, ya que algunos de ellos pueden adquirir una función protectora que reduce la probabilidad de que aparezcan alteraciones emocionales y de salud a pesar de condiciones de alto riesgo o adversidad, por un lado; pero por otro, podrían aumentar la vulnerabilidad y como consecuencia incrementar el desarrollo de algún trastorno emocional y proceso de adaptación. En el primer caso dichos factores no sólo parecen proteger al individuo de las condiciones adversas, sino que propician que el adolescente sea capaz de enfrentarlas, superarlas, e incluso resultar fortalecido a través de sus experiencias; por ejemplo, el apoyo de la familia, el sentirse amados por los padres, tener una buena comunicación familiar, el ir a la escuela, contar con el apoyo de orientadores y profesores, así como de sus propios compañeros, así como tener una autoestima positiva, parecen “amortiguar” el impacto de los eventos adversos en los adolescentes y alentarlos a resolverlos con mayor probabilidad de éxito (Baldwin, Baldwin *et al.*, 2002).

En resumen, desde una perspectiva ecológica los factores pueden ser tanto de riesgo como de protección según el contexto y su interacción; se pueden clasificar de acuerdo al sistema en el que interactúan, al subsistema en el que se ubican y a la distancia física y psicológica y del efecto directo o indirecto de estos aspectos en el adolescente, así como en función de su naturaleza (cuadro 1-1).

Se informa que los adolescentes que se encuentran bien vinculados a su familia, tienen 50% menos riesgo de desarrollar trastornos de salud que los muchachos que no tienen una familia (Benard, 2003; Sandler, Wolchik & Nelson 2000). De este modo se confirma la importancia de diversos factores como el nivel económico o la

Cuadro 1-1. Sistemas básicos de interacción y factores de riesgo-protección con base en una perspectiva ecológica-transaccional¹

Sistema	Subsistema	Tipo	Naturaleza
Microsistema	Individuo	Proximal	Biológicos: antecedentes familiares de salud, predisposición genética, temperamento, problemas congénitos, entre otros Sociodemográficos: edad y género Psicológicos: autoconcepto, autoestima, percepción de autoeficacia, locus de control, percepción de apoyo social; estilos y, o estrategias de afrontamiento, personalidad, compromiso, competencia social, académica y emocional, inteligencia, cogniciones, creencias, sucesos de vida, entre otros
Mesosistema	Familia		Sociodemográficos: nivel o estatus socioeconómico, ingreso familiar, edad, escolaridad y ocupación de los padres, conformación familiar Psicológicos: comunicación, cohesión, flexibilidad familiar, redes familiares y apoyo familiar, vinculación afectiva, afrontamiento familiar, solución de problemas, sistemas de creencias y valores familiares
Exosistema	Escuela		Académicos: rendimiento escolar, permanencia escolar, modelos o estilos de los sistemas educativos Interaccionales: relaciones con pares, compañeros y maestros
Macrosistema	Macroestructura Cultura Política Socioeconómicas	Distal	Contexto social: nivel de desarrollo económico, servicios de salud, características de la red(es) social(es), infraestructura física del vecindario, clima social, influencia de patrones de conductas sociales, entorno social, apoyo comunitario, sistema de creencias, cultura y valores

¹ Propuesta para este trabajo.

familia en el desarrollo cognitivo, psicosocial y emocional de sus miembros (Barrera & Prelow, 2000; Walsh, 2004).

A lo largo de la investigación (Garmezy, 1991; Masten *et al.*, 1998; Masten, Best & Garmezy, 1991; Rutter, 2002; Werner & Smith, 1992), se observa que dichos factores pueden aparecer en un continuo que opera en situaciones de riesgo; por un lado, las amplifica y con ello aumenta la vulnerabilidad al estrés y el surgimiento de alguna alteración en el desarrollo o problema emocional, o por otro, amortigua su impacto sobre el adolescente al protegerlo y ayudarlo a desarrollar el sistema

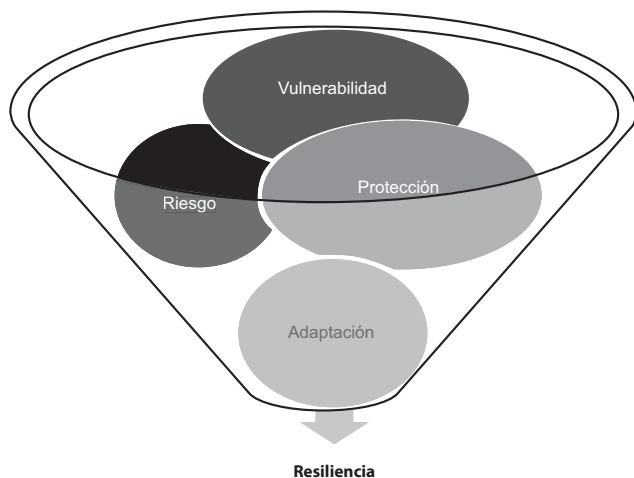


Figura 1-1. Elementos principales de la resiliencia.²

² Propuesta de este trabajo.

protector contra eventos estresantes y la adversidad aquí llamado resiliencia. Es en este sentido que en la actualidad se hace referencia tanto a factores de riesgo como de protección y su relación con la vulnerabilidad.

La figura 1-1 muestra los ingredientes básicos de la resiliencia con base en las interacciones riesgo-vulnerabilidad-protección con la adaptación.

En suma, se observa que la mayoría de los expertos en resiliencia coinciden en que existen algunos factores tanto intrínsecos o personales (biológicos y psicológicos) como extrínsecos (familiares, escolares, sociales y económicos) que al interactuar entre sí pueden dar como resultado un aumento en la vulnerabilidad de los adolescentes a presentar problemas en su desarrollo, o por el contrario pueden atenuar los efectos de las condiciones adversas y de estrés, lo cual contribuye al desarrollo de la resiliencia.

Conceptos relacionados

Competencia

Un concepto central asociado al de la resiliencia es el de competencia, el cual puede ser entendido como un conjunto de destrezas que le permiten al individuo actuar de manera funcional en la vida. El término competencia se centra en los procesos de adaptación más que los de desadaptación, de tal forma que el concepto ha contribuido a establecer la existencia de diversas competencias de manera que se puede ser competente ante ciertas situaciones y en otras no (Masten & Coastword, 1998),

por lo que se confirma que la resiliencia es un proceso que se presenta en función de un contexto determinado (Rutter, 2000).

A partir de un enfoque de la resiliencia, las competencias social y académica también han sido utilizadas como un parámetro para evaluar la capacidad de adaptación al medio, junto con la ausencia de desórdenes psicológicos (Masten *et al.*, 2006); sin embargo, no son sinónimos. Los estudios que se ubican en el campo de psicopatología del desarrollo humano y que han sido identificados como centrados en las competencias han sido desarrollados por Garmezy y Rutter (Garmezy; 1991; Rutter, 2000, 2002). En particular el trabajo del primero se ha denominado modelo de competencia debido a que los estudios se llevaron a cabo gracias a la investigación interdisciplinaria estructurada a través del Proyecto de Competencias dirigido por Garmezy y sus colaboradores (Masten & Powell, 2003; Masten *et al.*, 2006). Con base en las premisas de esta propuesta se han podido identificar las diferencias individuales de los niños que pueden ser competentes, o no, en distintos dominios. No obstante, la investigación a partir de dichos modelos no siempre se basa en el estudio de niños en contextos de adversidad.

Afrontamiento

Un proceso ligado de manera estrecha a la resiliencia es el afrontamiento.³ A pesar de las precisiones que se han realizado sobre la primera (Luthar, 2006; Masten *et al.*, 2006), ésta llega a ser equiparada con el afrontamiento, lo cual puede ser comprensible ya que con frecuencia forma parte de los recursos que intervienen en el desarrollo de patrones resilientes. No obstante, hay que reiterar que la resiliencia es un constructo más amplio y supraordenado que involucra presencia de riesgo significativo mientras que el afrontamiento no sólo se activa ante situaciones de adversidad.

El afrontamiento representa un mecanismo que se activa ante situaciones que el individuo percibe como amenazantes o que rebasan sus recursos para enfrentarlas y que son fuentes de estrés (Lazarus & Folkman, 1991). Implica un proceso básico de adaptación y manejo del estrés que está regulado por las propias experiencias del adolescente, así como del aprendizaje vicario a través de la imitación de los padres, de los pares o de los adultos que le rodean, por lo que tiende a asumir el rol de moderador al amortiguar el efecto negativo del estrés o de la situación de riesgo (Wadsworth, Raviv *et al.*, 2005).

De acuerdo a Gore y Eckenrode (2000), la base de la comprensión de la resiliencia reside en el estudio de situaciones de estrés y el afrontamiento. En la adolescencia se considera esencial en el proceso de adaptación, porque está relacionado con la forma de reaccionar a los sucesos vitales negativos y las situaciones de adversidad, como también ante los eventos cotidianos o actividades diarias de la vida que pueden ser fuentes constantes de estrés.

Rutter (2007) por su parte plantea que es importante reconocer que existe una gran variación de acontecimientos o sucesos estresantes, así como respuestas de

³ En un capítulo posterior se hacen consideraciones al respecto y se presentan algunos hallazgos de investigación.

adaptación a los mismos, por lo que el estudio de los mecanismos y las variables que participan en el estrés como son la percepción de éste y el afrontamiento son y han sido aspectos fundamentales para entender la resiliencia dentro de la perspectiva de psicopatología del desarrollo. Se confirma que el afrontamiento actúa como mediador de las experiencias o eventos estresantes y los desenlaces o procesos de adaptación (Wadsworth & Compas, 2002). Los adolescentes que han estado expuestos a ambientes de franca privación o desventaja, el afrontamiento activo ha permitido que durante su desarrollo no sufran de problemas emocionales o psicológicos (Rutter, 2002).

En particular, el modelo “organizacional” del desarrollo del adolescente propuesto por Cicchetti (Cicchetti & Valentino, 2006; Masten *et al.*, 2006) otorga especial interés al desarrollo de habilidades para enfrentar las demandas del medio ambiente, como búsqueda de apoyo social y solución de problemas.

El afrontamiento hacia los eventos vitales estresantes incluye todos aquellos recursos personales (cogniciones, solución de problemas, así como habilidades en general y en particular las psicosociales) así como recursos del medio ambiente social, como disponibilidad a redes de apoyo social, que facilitan o que hacen posible la adaptación exitosa hacia los eventos de vida estresantes, además de la tolerancia y disminución de las consecuencias negativas de situaciones adversas y del estrés (Frydenberg, 2008).

En efecto, el afrontamiento es capaz de regular la presencia de estrés crónico como la pobreza, al actuar como un amortiguador y una variable intermedia protectora, siempre y cuando se utilicen estrategias efectivas que tengan como resultado el equilibrio entre los recursos de las personas y las demandas del medio, en cuyo caso los desenlaces adolescentes serán positivos. Sin embargo, la literatura sobre el tema muestra aún controversias y resultados no concluyentes, por lo que también existen diversos modelos explicativos del afrontamiento del adolescente (Frydenberg, 2008; Seiffge-Krenke *et al.*, 2013; Wadsworth & Compas, 2002).

Personalidad resistente

Otro concepto o constructo multidimensional que se equipara con frecuencia al de resiliencia es el de robustez o *hardiness*, el cual se atribuye a Kobasa (1979) y es definido como las características de la personalidad que en algunas personas actúa como reforzadora de la resistencia al estrés. Se trata más bien de un conjunto de características personales denominadas CCC (*Commitment, Control* y *Challenge*, por sus siglas en inglés), como el compromiso, la percepción de control y el reto o sentido de oportunidad, que emergen ante situaciones difíciles o adversas y que contribuyen a la adaptación (Maddi, 2006). Incluye, por tanto, algunos elementos de locus de control, que hacen que el individuo se perciba como capaz de ejercer control sobre las propias circunstancias (Kobasa, 1979).

La personalidad resistente se caracteriza porque el individuo parece percibir los eventos adversos en términos menos amenazadores y sus efectos están mediados tanto por mecanismos de evaluación del ambiente como por los de afrontamiento (Kobasa, 1979). Implica la participación de la percepción o valoración de los suce-

tos vitales así como del afrontamiento, que por sí solos y de manera independiente, podrían contribuir a la resiliencia ya que incluso se señala que en la capacidad de fortaleza o robustez también influye la sensación de control y la interpretación subjetiva del individuo con respecto a los acontecimientos vitales.

En efecto, se ha demostrado que las personas resistentes experimentan los eventos estresantes de forma similar a las que presentan menos resistencia, aunque evalúan estos eventos como menos amenazantes y se mantienen más optimistas sobre su habilidad para afrontarlos, lo que resulta en una menor activación del organismo y en una menor probabilidad de enfermar a raíz de sufrir un evento estresante.

Peñacoba y Moreno (2012) señalan que los estudios que se han llevado a cabo para evaluar la capacidad de robustez de las personas, se relacionan también con otros conceptos desarrollados por la psicología positiva, como la espiritualidad. La investigación ha estado orientada a estudiar la ausencia de enfermedad y los procesos relacionados con la salud en general, en población adulta.

A pesar de que la personalidad resistente es estudiada como una característica de los chicos resilientes (González-Arratia, Fonseca, Valdez & González, 2011) no sería conveniente utilizarlo como sinónimo de resiliencia, en particular en la adolescencia, ya que, por un lado, ésta se considera más como un proceso que como características de la personalidad; en todo caso sería más conveniente hacer referencia a perfiles, como un conjunto de características entre las cuales se incluyen algunos de los elementos de la “personalidad resistente”, junto con otras de tipo personal que pueden contribuir a manejar el estrés y situaciones de riesgo. Por otro lado, podría resultar limitado para comprender la resiliencia en niños y adolescentes, ya que en la adolescencia aún no se puede hablar de un patrón de personalidad estable. No obstante, habría que tomar en cuenta que las características como el compromiso, el reto y el control, propias de una personalidad resiliente pueden ser promovidos desde la infancia y durante la adolescencia.

Los planteamientos precedentes explican por qué en la actualidad el estudio de la resiliencia se realiza a partir de diferentes enfoques, con sus consecuentes definiciones, que van desde posturas más psicoanalíticas hasta aquellas más integracionistas, lo que implica que hoy día exista una variación importante del concepto y de las aproximaciones teórico-metodológicas para su investigación.

Modelos explicativos: riesgo-protección

Se pueden identificar cuatro modelos que explican la resiliencia a partir del análisis y, o del énfasis, o ambos, que se pone a tanto a los factores de riesgo como a los de protección, o bien, a la interacción entre ambos, los cuales pueden explicarse a partir de dicho continuo.

El modelo riesgo-protección, sugiere que el mal ajuste está relacionado con la interacción que involucra tanto los factores de riesgo como los de protección. De tal forma que altos niveles de éstos últimos son los que pueden mediar entre los primeros y los desenlaces negativos o adaptación negativa.

El modelo protección-protección plantea que el mal ajuste o adaptación negativa está relacionado con la interacción entre factores de riesgo y el número de factores de protección relevantes que están presentes. Pone énfasis en la cantidad

de éstos más que en el nivel de protección, de forma que la relación entre riesgo y adaptación negativa está determinada a partir del incremento de los factores protectores.

El modelo compensatorio sugiere que el riesgo y los factores de riesgo tienen efectos aditivos sobre el mal ajuste o desadaptación, donde los últimos aumentan el riesgo a los desenlaces negativos, mientras que los de protección reducen el mal ajuste. Los factores de riesgo o estresantes se combinan con los personales lo cual puede dar como resultado un buen ajuste, ya que éstos pueden amortiguar la presencia de riesgo significativo o de estrés grave.

El modelo de desafío, asume que el estrés tiene la capacidad de estimular la competencia. Parte del supuesto que ante cierta cantidad de niveles o factores de riesgo, los de protección se activan y reducen el impacto potencial de aquéllos (Walsh, 2004); es decir, los eventos estresantes pueden incrementar las pautas de ajuste a través del desarrollo de competencias siempre que los recursos con los que cuenta el individuo sean percibidos como suficientes para enfrentar el estrés, en cuyo caso estaría implicado un proceso de afrontamiento. Lo anterior también implica una relación “curvilínea” entre el riesgo y la adaptación negativa, de tal forma que cierta cantidad de riesgo puede fortalecer un mejor ajuste (Gómez & McClaren, 2006).

El modelo de inmunización desarrollado por Seligman (1995, citado por Walsh, 2004) propone que las experiencias negativas pueden funcionar como inmunización ante la desvalidez y así poder estar preparado para enfrentar situaciones nuevas estresantes. Asume que una pequeña dosis de estrés y la presencia de factores de protección podrían modular el impacto negativo ante la presencia de un estresor.

Dichos planteamientos han contribuido de manera importante al estudio de la resiliencia. No obstante, el cuarto modelo es quizá el más popular debido a que parece más amplio en la medida de que involucra la percepción del estrés y los procesos de afrontamiento en los desenlaces o resultados de adaptación o desadaptación. Haggerthy y Sherrod (2000) afirman que la base de la investigación de la resiliencia reside en el estudio de procesos como el estrés y el afrontamiento.

Se aprecia que todos ellos consideran tanto a los factores de riesgo como a los de protección, esto ha hecho que la investigación proponga que una amplia gama de éstos participan en el proceso de la resiliencia.

Perspectivas contemporáneas

La proliferación de trabajos sobre resiliencia ha dado como resultado investigación que se ha estructurado, como se mencionó, en torno a diversas perspectivas, con las consecuentes implicaciones teóricas y metodológicas, algunas de ellas complementarias. Existe una considerable variación en la conceptualización de la resiliencia, incluso al interior de cada una de las perspectivas, que reflejan la complejidad de su estudio.

La investigación de la resiliencia se realiza a partir de varias perspectivas las cuales agrupan teorías y modelos explicativos del desarrollo de los niños y adolescentes en condiciones de riesgo lo que da como resultado la intersección de algunas de ellas (Luthar, 2006). Parece existir una fuerte tendencia a conceptualizar la resiliencia con base en tres principales puntos de vista: psicopatología del desarrollo (evolutiva

o transaccional), social y psicoanalítica (Grotevant, 1998; Melillo & Suárez-Ojeda, 2001; Munist & Suárez-Ojeda, 2004); sin embargo, se reconoce el trabajo a partir de una visión sistémica (Walsh, 2004), así como las contribuciones teóricas de la perspectiva cognitivo-social en la comprensión de la resiliencia, las cuales en conjunto contribuyen a la comprensión de la resiliencia (figura 1-2).

Varias perspectivas contemporáneas sobre el estudio del desarrollo del adolescente comparten algunos supuestos generales derivados de: a) la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1978) que estudia las funciones y reglas de las estructuras válidas para todos los sistemas, en donde un sistema es un conjunto de elementos en interrelación tanto al interior como al exterior con otros sistemas y, b) del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), que supone que el desarrollo humano implica una acomodación progresiva entre el individuo y las propiedades cambiantes de su medio ambiente de manera que existe una interacción bidireccional persona-ambiente, definida a partir de las relaciones que se establecen entre los distintos ambientes en los que participa y los contextos o sistemas más grandes en los que esos ambientes están incluidos; plantea la existencia de cuatro sistemas o niveles de interacciones denominados: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

Es importante señalar que algunos de los planteamientos de la perspectiva transaccional o psicopatología del desarrollo sobre la capacidad de los niños de supe-

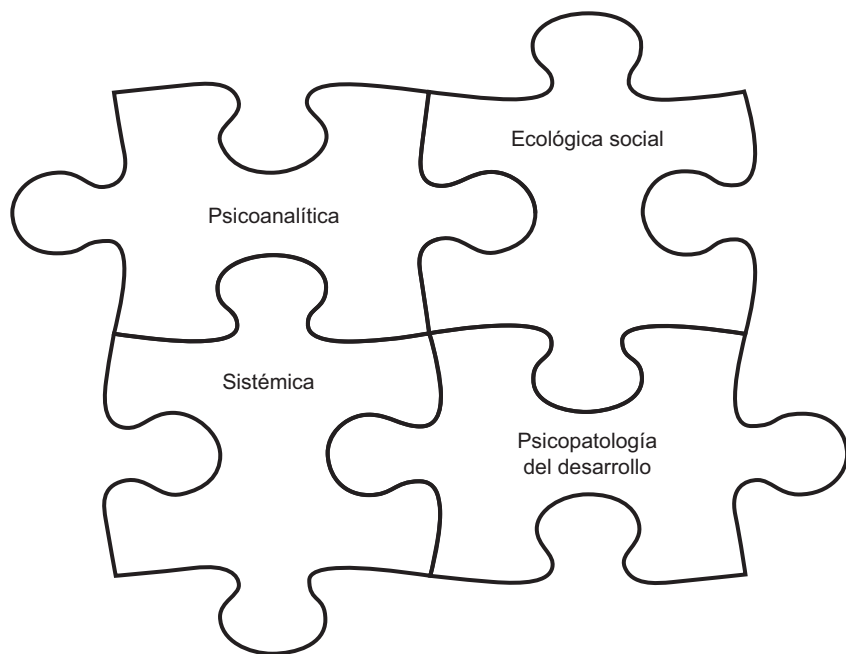


Figura 1-2. Esquema de las perspectivas contemporáneas en el estudio de la resiliencia.⁴

⁴ Mapa conceptual propuesto en este trabajo.

rar situaciones adversas tienen algunas bases en los estudios previos de Ana Freud (1971) sobre el desarrollo de la niñez y la adolescencia, quien plantea el concepto de discontinuidades del desarrollo. Garmezy (1993) en particular, reconoce sus aportaciones como parte de los antecedentes importantes para el estudio de la resiliencia; estas contribuciones apoyaron la estructuración de la teoría del apego de Bowlby, la cual ha sido retomada en el estudio de la resiliencia en niños. De manera similar Cicchetti y Cohen (1995) aceptan que las aportaciones desde una perspectiva psicoanalítica de Spitz, Klein y Winnicott, representan una contribución importante que sientan las bases de la investigación en resiliencia.

Las diferencias observadas en la capacidad de adaptación a las diversas situaciones de vida han dado la pauta a continuar con las investigaciones desde una óptica centrada en el desarrollo, en términos de las fortalezas más allá de la vulnerabilidad, del riesgo y de la psicopatología. Todas las perspectivas han contribuido de manera importante a entender la resiliencia, sin embargo, aún existen aspectos a estudiar.

Perspectiva de la psicopatología del desarrollo

Este enfoque se ha estructurado a lo largo varios decenios y constituye el precursor de la investigación en resiliencia. Es descrito, por sus propios representantes, como una disciplina emergente de reciente surgimiento a partir de la integración de la investigación en el campo del desarrollo humano y de la clínica (Garmezy, 1993; Luthar, 2006; Masten & Powell, 2003; Rutter, 1993a, 1993b; Wyman, 2003).

El estudio de la resiliencia desde este enfoque emerge de la práctica clínica y la investigación de manera interdisciplinaria en particular con poblaciones de niños y adolescentes en riesgo en una amplia gama de circunstancias y situaciones, por ejemplo, predisposiciones genéticas, circunstancias familiares difíciles, desventajas socioculturales, pobreza, y condiciones medioambientales negativas como barrios con altos niveles de delincuencia (Masten & Powell, 2003; Rutter, 1993; Werner & Smith, 1992).

Como se mencionó, en sus inicios este enfoque estaba dirigido de manera fundamental a estudiar alteraciones en el desarrollo, así la “psicopatología del desarrollo se refiere al estudio de los orígenes y cursos de los patrones de conducta maladaptada...” (Garmezy, 1993, p. 95). Sin embargo, a partir del decenio 1970-79, se ha reconfigurado como una “disciplina emergente” para el estudio de las diferentes trayectorias y resultados del desarrollo del adolescente.

Dentro de este enfoque, el desarrollo humano es considerado como un “proceso interactivo jerárquico, en los cuales los patrones tempranos de adaptación proveen un marco referencial para transformar y ser transformado por las experiencias ulteriores incrementando su complejidad, flexibilidad y organización” (Yates, Egeland *et al.*, 2003, p. 247). El desarrollo representa un patrón de adaptación a través del tiempo cuyos niveles de adaptación son probabilísticas más que determinísticos, relacionados con los niveles posteriores de funcionamiento lo que da origen al concepto de trayectoria del desarrollo.

De acuerdo a Ebata, Petersen y Conger, (2002), trayectoria del desarrollo se refiere a los patrones de crecimiento o desarrollo, una “ruta” que un adolescente tiene

y que desarrolla a lo largo del tiempo que implica un camino hacia el futuro. Incluye la historia del desarrollo de la persona que connota una dirección. Los resultados de crecimiento en estos términos involucran varios aspectos de ajuste, por lo que considera situaciones, eventos y experiencias en la vida del adolescente. Implica la capacidad adaptativa previa, medida a través de la adaptación exitosa y bienestar emocional.

El enfoque del desarrollo se orienta a estudiar las continuidades como las discontinuidades en términos de adaptación positiva expresadas a través de competencias, así como en la inadaptación (adaptación negativa) manifestada a través de la presencia de alteraciones o problemas físicos o emocionales, o presencia de malestar emocional. Se enfoca en los orígenes y trayectorias, tanto de los patrones de conducta que se encuentran dentro de la norma, como los que se desvían de ésta.

Werner y Smith (1992) subrayan los efectos interaccionales entre múltiples estresores (p.ej. Alcoholismo y pobreza). Cicchetti (2003) aclara que el campo de la resiliencia ha tenido seguidores como Luthar (2003) con una visión más optimista de los modelos psicopatología-riesgo y se orienta hacia el estudio de los procesos positivos de adaptación a pesar de la adversidad.

En la actualidad, la psicopatología del desarrollo también identificada como modelo ecológico-transaccional postula la participación de diversas variables tanto internas como externas en las trayectorias de vida de niños y adolescentes y en su adaptación positiva o desadaptada, a partir de lo cual se puede comprender y fomentar la resiliencia (Luthar, 2003; Masten & Powel, 2003; Rutter, 2002; Walsh, 2004). Los modelos riesgo-vulnerabilidad y de protección que dirigieron la investigación inicial por Garmezy (1991) y Rutter (2002) han podido vincular los mecanismos biológicos con los psicosociales que interactúan en la adaptación al estrés y en el desarrollo de la resiliencia.

De acuerdo a Wyman, Sandler, Wolchik y Nelson (2000), los estudios en resiliencia dentro del enfoque del desarrollo se han realizado a partir de diversas vertientes, algunas de las cuales se han centrado más en el desarrollo humano y la psicopatologías en la infancia y la adolescencia; otros trabajos se han enfocado en las condiciones de pobreza, mientras que algunos más están dirigidos al estudio de niños expuestos a situaciones traumáticas y con alto nivel de estrés. Según los autores, la investigación se ha ubicado en particular en dos campos:

1. El de estudio de múltiples factores de riesgo y resiliencia.
2. Los estudios centrados en los procesos de estrés y afrontamiento en contextos de estresores de vida específicos.

Como se mencionó arriba, la perspectiva de psicopatología del desarrollo es considerada líder en el estudio de la resiliencia, en particular en niños y adolescentes; ésta incluye enfoques y teorías particulares, por lo que, de acuerdo al énfasis que se le dé a los procesos suelen ser identificados con diferentes nombres tales como: modelo transaccional (Sameroff & Rosenbaum, 2006); perspectiva ecológica-mediacional (Barrera & Prelow; 2000; Felner, 2000); modelo organizacional (Cicchetti, 2003; Cicchetti & Cohen, 1995); modelo heurístico (Grotevant, 1998); modelo de competencia (Garmezy, 2002); perspectiva interactiva (Magnusson & Casaer, 1993);

modelo de riesgo (Rutter, 2007); perspectiva integrativa (Luthar, 2003; Seidman & Pedersen, 2003) e incluso perspectiva evolutiva (Walsh, 2004), por su interés en el desarrollo de las personas a lo largo de su ciclo vital en diferentes niveles y contextos.

Algunos de sus principales representantes como Cicchetti, Garmezy, Haggerty, Luthar, Masten, Rolf, Rutter, Sameroff y Sroufe (Cicchetti, 1993; Cicchetti & Cohen, 1995; Garmezy, 1993b; Haggerty & Sherrod, 2000; Luthar, 2006; Rutter, 1985, 1993b; Wyman, 2003) se refieren a esta perspectiva como ciencia interdisciplinaria de psicopatología del desarrollo y la consideran una aproximación integrativa y disciplina emergente, aplicada a la psicología del desarrollo de reciente surgimiento, a partir de la integración de la investigación en el campo del desarrollo humano y de la clínica, así como de otras disciplinas en particular las neurociencias, la etiología y la psiquiatría, que se orientan al estudio del riesgo, la vulnerabilidad, la adaptación y la resiliencia de los individuos por medio de la integración de múltiples niveles de análisis.

Magnusson y Casaer (1993) la denominan integración del desarrollo o integraciónista y la consideran como una reciente disciplina del desarrollo humano que aglutina diversos enfoques particulares. Achenbach (1999) describe a la psicopatología del desarrollo como un macroparadigma emergente que relaciona diferentes niveles conceptuales y estudia un conjunto amplio de variables biológicas, psicodinámicas, comportamentales, familiares y sociales, las cuales intervienen de manera conjunta en las trayectorias del desarrollo. Es decir, puede ser visto como un macroparadigma emergente por su capacidad de integrar, a través de la investigación y la práctica clínica, una serie de microparadigmas (biomédico, conductual, psicodinámico, sociológico, de sistemas familiares, y cognitivo) de los cuales se derivan teorías y principios, de tipo genético, neurológico, bioquímico, del aprendizaje (modelamiento y reforzamiento), de la personalidad, o como la teoría del apego y la teoría de la anomia, o con respecto al estrés familiar, el aprendizaje social, así como sobre la percepción y cognición social, los cuales en conjunto tienen el propósito de explicar los diferentes factores que influyen en el desarrollo adolescente.

Cicchetti (2003) y Luthar (2006) enfatizan que el objetivo de la psicopatología del desarrollo es la investigación del funcionamiento de niños y adolescentes a través de la evaluación de la influencia de los procesos bioquímicos, genéticos, biológicos, fisiológicos, cognitivos, sociales, representacionales, socioemocionales, medioambientales, culturales y sociales sobre la conducta. El potencial de aplicaciones no se limita a la investigación; también se priorizan actividades de intervención y de servicio, así como de evaluación y de planeación, que se relacionan entre sí. De esta forma, la investigación, tiene implicaciones importantes para la planeación, el diseño y el desarrollo de programas de evaluación e intervención a nivel de prevención y promoción, a lo largo de diferentes sistemas organizacionales, por lo que este enfoque incide en diversos ámbitos, contextos, escenarios y problemáticas, de los cuales se muestran algunos ejemplos en la figura 1-3.

Estas formulaciones reflejan la influencia de las premisas de los modelos ecológico-mediacional transaccionales respecto a la interacción dinámica entre varios contextos y factores (proximal, como la familia, y distal, como el entorno social y cultural) en la perspectiva de la psicopatología del desarrollo, lo que al parecer



Figura 1-3. Ámbitos, niveles y áreas de problematización del enfoque Psicopatología del Desarrollo.

originó la expansión de la investigación más allá del laboratorio a múltiples escenarios, como centros penitenciarios, clínicas de día, escuelas, centros de salud mental, juzgados, así como diferentes situaciones, como guerras y pobreza.

También se identifican principios básicos de la epistemología sistémica (Bertalanffy, 1978) al proponer el estudio integral del individuo como un sistema de funcionamiento biológico, psicológico y social, dentro de un modelo general sistémico de regulación del desarrollo en el que interactúan otros sistemas más amplios como la familia (Luthar, 2006; Sameroff, 1995; Yates, Egeland *et al.*, 2003).

En fechas más recientes Cicchetti y Valentino (2006) se refieren a la psicopatología del desarrollo como una perspectiva organizacional del desarrollo, y ecológica-transaccional. Su objetivo es identificar la interacción de sistemas relevantes que impactan la capacidad de organización de las experiencias y recursos de los individuos, para un desarrollo competente.

El campo de la resiliencia implica el estudio de las trayectorias del desarrollo ante situaciones de adversidad significativa, las cuales ponen énfasis, tanto en los procesos como en los resultados y tienen como meta común la identificación de correlatos de ajuste en niños y adolescentes en situaciones de riesgo y la comprensión de la relación entre factores de riesgo, vulnerabilidad y protección, con el fin de desarrollar toda una ciencia de la prevención (Luthar, 2003).

Dentro de este paradigma existen varias definiciones de resiliencia pero todas ellas coinciden en que es un constructo multidimensional que refiere a dos dimensiones básicas: adaptación positiva y presencia de estrés, riesgo y, o adversidad, o ambos (Garmez, 2000; Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 1993a; Werner & Smith, 1992),

por lo tiene que ser estudiada, tanto en términos de la presencia de desenlaces positivos, como de la ausencia de resultados negativos (Cicchetti, 1993; Luthar, 2006).

En específico, Werner y Smith (1992) definen a la resiliencia y a los factores protectores como las contrapartes positivas de la vulnerabilidad, que denota la susceptibilidad del individuo a presentar desenlaces de desarrollo negativos.

Rutter (1993a p. 64) menciona: "...es un fenómeno que se manifiesta en sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado una forma de estrés, que en la población general se estima que implica un grave riesgo de consecuencias desfavorables...".

La resiliencia es un proceso en el cual participa una serie de variables intrapícas y sociales que posibilitan al individuo a tener un desarrollo normal ante situaciones de riesgo o no normativas (Rutter (1993a). También es definida como resistencia al estrés, manifestada a través de una trayectoria de adaptación exitosa a pesar de las predicciones negativas, ya que el sujeto ha estado expuesto a factores de riesgo biológicos o a eventos de vida estresantes, lo que implica una expectativa de vulnerabilidad a futuros estresores (Rutter, 2000), aunque este autor advierte que se puede ser resiliente en algunos dominios y no en otros (Rutter, 2007). Es un proceso que se desarrolla a través del tiempo con base en una combinación de atributos personales y ambientales, familiares, sociales y culturales, que le permiten al individuo enfrentar de manera exitosa las dificultades y retos de la vida, en particular los eventos con alto grado de estrés. Todos estos planteamientos reflejan la influencia de las premisas sistémicas y ecológicas.

Garmezy (1993a) enfatiza que la resiliencia es la capacidad de lograr una adaptación exitosa a pesar de las situaciones adversas y aclara que es importante diferenciar entre ésta y competencia, ya que no puede decirse que sean lo mismo. La última, implica una serie de conductas adaptativas en diferentes dominios ante circunstancias diversas, aunque no siempre sean adversas, mientras que la primera es un concepto más amplio que implica el ser competente a pesar de estresores en la vida. Para este autor, lo más importante es la significancia crítica de la acumulación de los estresores y añade que no se puede hablar de resiliencia si no hay de por medio una situación estresante o de riesgo significativa.

Masten y colaboradores (1991) se refieren a la resiliencia como la capacidad de afrontar las adversidades de manera positiva, construir a partir de ellas, y así poder superarlas; de manera textual dicen éstos la consideran un: "proceso de, capacidad para, o desenlace de adaptación positiva a pesar de retos y circunstancias amenazantes..." (p. 426). También se define como "...un patrón de adaptación positiva en un contexto de riesgo o adversidad significativa..." (Masten & Powell, 2003, p. 4). La resiliencia es una inferencia acerca de una persona que requiere dos elementos básicos: 1. Que la persona se adapte "bien", y 2. Que esté o haya estado en una situación de riesgo importante (Masten & Coastworth, 1998).

Luthar (2006) es quien subraya que la resiliencia tiene dos componentes centrales que la diferencian de otros procesos: la adaptación positiva y la adversidad. El primero de ellos alude al mejor nivel de adaptación que se presenta en relación al esperado. Por otra parte, el concepto de adversidad hace referencia a las situaciones de riesgo que aumentan la probabilidad de que se presente una alteración en la trayectoria del desarrollo. Por tanto, define a la resiliencia en términos de adaptación

positiva a pesar de la adversidad. En el caso de niños y adolescentes implica la ausencia de desórdenes psicológicos durante su desarrollo, aun cuando las circunstancias predigan un mal ajuste.

Perspectiva psicoanalítica

Se enfoca en los procesos individuales. En cierta manera también puede ser considerada una de los pilares en el estudio de la resiliencia debido a que tiene sus raíces en los estudios de Ana Freud (1971) sobre las trayectorias del desarrollo infantil no obstante, en la actualidad se le identifica como la corriente europea y se asocia a nombres como Vanistendael o Manciaux, o bien con Block (1996). Para el psicoanálisis contemporáneo, la resiliencia se encuentra tanto en las estructuras psíquicas como en el apoyo social que el niño y el adolescente tienen, y que pueden recuperar para afrontar la adversidad.

Para este enfoque, la resiliencia es el resultado de algo que poco a poco se construyó con el tiempo antes de que un evento traumático se presentara, lo que le permite al individuo estar preparado para enfrentar y reparar el daño (Vanistendael, 2005).

La resiliencia va más allá de la capacidad de recuperación, por lo cual en primer lugar es descrita como la resistencia a la destrucción con la implicación de protección ante situaciones estresantes y en segundo lugar, como la capacidad de reconstrucción a partir de circunstancias adversas, lo que también se traduce en la capacidad que tienen niños, adolescentes y adultos para tener éxito a pesar de las circunstancias (Vanistendael & Lecomte, 2004).

Otro autor francés, Cyrulnick (2002) señala que la palabra resiliencia es equiparable a la resistencia al sufrimiento; por tanto, es la capacidad que muestran algunas personas para resistir las lesiones de una herida psicológica, que además estimula un impulso de reparación psicológica.

Manciaux y colaboradores (2003) señalan que la resiliencia puede ser considerada una forma de resistencia a una situación traumática, estresante, que se manifiesta como un comportamiento aceptable por la sociedad y como producto de un proceso de evolución satisfactorio, por tanto se tendría que definir qué significa adecuado, aceptable y satisfactorio, en función de un determinado contexto sociocultural.

También se reconocen las aportaciones de las teorías del yo (Block, 1996; Erikson, 1986) a las que se debe el término ego resiliencia o ego resiliente, acuñado por Block (1996) para hacer alusión a la combinación de características estructurales de personalidad que se desarrollan a través del tiempo y que le permiten al individuo enfrentar situaciones de adversidad, lo cual representa la condensación de otras teorías psicoanalíticas (Hauser & Safyer, 1995).

Todas estas teorías subrayan la importancia de las experiencias tempranas del ser humano en el proceso de desarrollo y de la construcción de la resiliencia por lo que se ubican dentro de la perspectiva psicoanalítica.

Perspectiva ecológico-social

La perspectiva social o corriente latinoamericana de la resiliencia se ha orientado en particular al estudio de los procesos sociales, culturales, económicos e incluso

políticos (Munist & Suárez-Ojeda, 2004). No obstante se aprecia y se reconoce una clara influencia de Rutter y Garmezy, en la conceptualización de la resiliencia. No obstante, y a pesar de que también su estudio también incluye el nivel individual, esta perspectiva pone especial énfasis en el contexto social de los individuos y orienta su estudio a los grupos sociales (Kotliarenco & Aceitón, 2006). Muchos de sus representantes como Grotberg, Kotliarenco, Suárez-Ojeda y Munist (Kotliarenco *et al.*, 2003; Munist, Santos *et al.*, 1998) retoman las definiciones de resiliencia planteadas en un inicio por Garmezy y Rutter (Garmezy, 1991; 1993a), así como los planteamientos del enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1987) respecto a la existencia de diversos sistemas que interaccionan de manera dinámica e influyen en el desarrollo de los individuos y las comunidades, con base en los cuales se han propuesto modelos sobre la resiliencia comunitaria como el de Suárez-Ojeda (Melillo & Suárez-Ojeda, 2001), de manera que podría reconocérsele como una perspectiva ecológica-social.

Munist y colaboradores (1998) establecen que la resiliencia es una capacidad dinámica que le permite al individuo elaborar de manera positiva circunstancias desfavorables y puede variar con el tiempo, además es resultado del equilibrio entre factores de riesgo, protección y personalidad. También se plantea que es la combinación de factores que permiten a una persona afrontar, superar problemas y adversidades de la vida, a la vez que “construir” a partir de ellos. En específico se menciona que es la capacidad de hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y ser transformados de manera positiva por ella (Munist & Suárez-Ojeda, 2004).

Para Kotliarenco y colaboradores (2003) es la capacidad que tienen las personas, grupos y, o comunidades, o ambas para minimizar o sobreponerse a las condiciones difíciles o adversas de la vida, de forma que se logran disminuir sus efectos negativos, a partir de lo cual pueden superarse a sí mismos.

Con base en las definiciones previas de Rutter (1987), Grotberg (2004) menciona que resiliencia es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas. Agrega que es la capacidad de los individuos y de las comunidades, para enfrentar y superar la adversidad. Esta definición sintética, implica la capacidad de recuperación, después de experimentar la situación estresante de tal forma que las personas pueden reintegrarse a sus ritmos de vida habituales. Su manera de conceptualizarla hace referencia a la resiliencia como una cualidad dinámica cambiante, que surge de la percepción de los recursos para enfrentar las situaciones estresantes y resolverlas, lo que hace alusión al afrontamiento.

Munist y Suárez-Ojeda (2004) plantean que la resiliencia representa un ámbito inter, multi y transdisciplinario de las ciencias humanas que se ha ampliado con el tiempo con el propósito de desarrollar estrategias de prevención y promoción de la salud, con el fin de contribuir al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las personas y que surge de la incapacidad del modelo tradicional de riesgo para dar respuestas a las múltiples preguntas sobre el ser humano. Estos autores señalan que la resiliencia es la combinación de factores que permiten a un niño afrontar, superar problemas y adversidades de la vida, a la vez que “construir” a partir de ellos. Implica la capacidad de hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y ser transformados por ellas en forma positiva; visto de otra manera, la adaptación puede ser

considerada así cuando se logra un desarrollo en función de las expectativas sociales o cuando no hay signos de “desajuste”. Esta definición de adaptación en el contexto de la resiliencia implica la idea de transformación activa del entorno.

Con base en este modelo y como parte de sus aportaciones, surge un concepto nuevo denominado resiliencia comunitaria, desarrollado en particular por Suárez-Ojeda (Melillo & Suárez-Ojeda, 2001) a partir de sus estudios sobre desastres o catástrofes sufridos por una comunidad y que producen dolor, pérdidas de vidas y recursos, pero que a la vez generan un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. Como consecuencia se ha propuesto la existencia de otros mecanismos o elementos que participan en la resiliencia comunitaria como autoestima colectiva, identidad cultural, humor social, honestidad estatal, resultado de los vínculos sociales a partir de los que se establecen redes sociales de apoyo sólidas que pueden proteger a todo un grupo o comunidad (Melillo & Suárez-Ojeda, 2001).

Perspectiva sistémica

También se puede identificar una perspectiva sistémica del estudio de la resiliencia que retoma de manera especial la epistemología sistémica o teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1978), aplicada en el campo de la terapia familiar y que amplía el estudio de la resiliencia individual al insertarla en sistemas más amplios, en particular la familia. Dentro de este enfoque se pueden identificar diversas líneas de trabajo y teorías sobre estrés y adaptación a nivel individual y familiar, entre ellas, la de McCubbin y Patterson (McCubbin & Patterson, 1982; Patterson, 2002), en cuyo modelo de adaptación y ajuste familiar, FAAR, por sus siglas en inglés *Family Adjustment and Adaptation Response* (McCubbin & Patterson, 1983) define a la resiliencia como un conjunto de procesos de poder regenerativo o procesos de recuperación. Por su parte Walsh (2004), a partir de un enfoque clínico, entiende a la resiliencia en términos de características, procesos y resultados.

Con base en planteamientos previos de McGoldrick y Carter (2003) respecto al cruce de los ejes del ciclo de vida individual con el ciclo vital familiar, Walsh (2004) la resiliencia se estima como una estructura que se va delimitando con base en las relaciones que se entretejen entre las experiencias del curso del ciclo vital, tanto del individuo como de la familia, que le permiten superar las crisis y transiciones individuales, como de todo el sistema familiar.

Walsh (2004) enfatiza el carácter activo de la resistencia, la autocorrección y el crecimiento, como respuesta a las crisis y desafíos de la vida. La resiliencia implica algo más que sobrevivir a una situación traumática. Las personas y familias resilientes muestran varias características importantes, de entre las cuales destaca la capacidad de afrontamiento positivo, la flexibilidad y la cohesión.

Su foco de investigación son múltiples factores de riesgo, individuales y familiares, así como de protección, entre los cuales ha incluido también el afrontamiento como parte del proceso de la resiliencia familiar. En términos generales y de manera similar a la propuesta de McCubbin y Patterson (1983) entre los mecanismos para promover la resiliencia están: a) reducir las demandas familiares y, b) aumentar sus capacidades y, o resignificar los acontecimientos, o ambos, o también cambiar las

creencias familiares, por lo que su intervención se estructura en torno a los sistemas de creencias, los patrones organizacionales y a la comunicación y resolución de problemas dentro de la familia.

Modelos de investigación

La literatura refiere que en función de las perspectivas y de la conceptualización de la resiliencia existen dos aproximaciones básicas al estudio de la resiliencia (Masten, 2001):

1. **La aproximación enfocada en las personas.** Conceptualiza a la resiliencia como un conjunto de características de los individuos que les permiten adaptarse de manera positiva a situaciones adversas o de estrés. Las investigaciones tienden a comparar grupos de personas con diferentes perfiles en distintos tiempos y situaciones, para diferenciar adolescentes resilientes de otros grupos de jóvenes, como el estudio sobre comportamiento antisocial de Jaffe y colaboradores (2007) que compararon la capacidad intelectual o IQ y el temperamento en grupos de gemelos.
2. **La aproximación enfocada en las variables** lleva a cabo estudios multifactoriales mediante estadísticas multivariadas en el análisis de datos para probar la relación entre el grado de riesgo o adversidad y las cualidades individuales o medioambientales y los resultados o desenlaces adolescentes que pueden compensar o proteger al individuo de las consecuencias negativas del riesgo, la adversidad o el estrés.

En una primera “ola” o etapa, las investigaciones de la resiliencia se enfocaban a identificar los predictores de adaptación ante situaciones adversas y la controversia residía en establecer los criterios observables de adaptación (O’Dougherty, Masten *et al.*, 2013). En la actualidad se reconoce que la resiliencia es un constructo que se puede inferir a partir de otros elementos como la competencia. Dichos correlatos se definen en términos de factores positivos o protectores y en fechas más recientes (Masten *et al.*, 2006) se entienden como factores compensatorios porque moderan los efectos negativos del riesgo, la adversidad o el estrés, el cual con frecuencia se mide a través sucesos de vida negativos.

Dichos enfoques representan las primeras formas de evaluar a niños y adolescentes en contextos de adversidad en los inicios de la investigación en resiliencia, los cuales se dirigían a evaluar la resiliencia individual y los factores que hacían la diferencia (O’Dougherty *et al.*, 2013) como lo muestran los estudios pioneros de Garmezy (1991) y Rutter (1987). Muchos estudios todavía se guían por alguna de estas aproximaciones, aunque en la actualidad existen modelos mixtos más complejos que evalúan la resiliencia al combinar ambas aproximaciones.

Cuando el adolescente cuenta con recursos tanto internos como externos que pueden amortiguar el riesgo es menos probable que presente problemas en su desarrollo. Esto se ha podido constatar a través de estudios que incorporan diversas variables al mismo tiempo, con el uso de análisis multivariados como regresión lineal o logística, regresión jerárquica, análisis de *clusters*, discriminante y de senderos. Un

ejemplo de este tipo de estudio es el de Wadsworth y colaboradores (2005) para evaluar la relación entre conflicto familiar, afrontamiento en adolescentes y su relación con ansiedad, depresión y resiliencia en adolescentes con presión económica.

En fechas recientes Rutter (2007, 2012a) enfatizó que las aproximaciones interactivas del estudio de la resiliencia la definen como un proceso dinámico en el cual el afrontamiento exitoso puede involucrar una compleja mezcla de habituación psicológica, cambios a nivel mental, alteraciones en la percepción y actuación de la autoeficacia, cambios hormonales y alteraciones neurales. Los hallazgos apuntan la importancia a fenómenos mentales como ideas, atribución, planeación o autorreflexión, como parte de un proceso de afrontamiento como respuesta al estrés y a la adversidad y no como un grupo de características temperamentales perdurable.

Enfoques relacionados con la resiliencia

Psicología positiva

En relación con la resiliencia se encuentra la perspectiva denominada psicología positiva que tiene como fundador y principal representante a Seligman. Surge dentro del modelo salutogénico y rompe con la visión patológica y negativa de los procesos salud-enfermedad, por lo que con frecuencia se le confunde con el enfoque de la resiliencia. La psicología positiva implica la investigación de procesos positivos del desarrollo humano en lugar de centrarse en los aspectos negativos o fallas en éste. Su estudio se centra en la felicidad y el bienestar emocional que para la psicología positiva son el resultado deseable (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Estos resultados pueden ser promovidos a través del fortalecimiento de las emociones positivas hacia: a) el pasado, por ejemplo, satisfacción, orgullo, serenidad; b) hacia o en el presente como alegría, gozo, placer, satisfacción y que pueden ser momentáneas; y c) hacia el futuro, como el optimismo, la esperanza, la confianza y la fe. Estos procesos se enmarcan en tres aspectos o dimensiones de la vida: 1. Vida placentera, que implica el disfrute y la obtención de placer ante situaciones cotidianas y generan sentimientos positivos; 2. La buena vida o vida disfrutable: formada por la realización de actividades que generan satisfacción en el presente y que a veces implica el uso de las fortalezas para lograr gratificaciones y que también se asocian a emociones positivas y, 3. El significado de la vida, que involucra el disfrutar de los “momentos felices” y también hacer uso de las fortalezas para enfrentar con éxito una situación que podría rebasar los propios recursos (Seligman, 2003).

Aspectos como alegría, fe, espiritualidad, esperanza, optimismo, satisfacción y, creatividad, ligadas a la inteligencia emocional, contribuyen al bienestar emocional y la felicidad. Asimismo se promueven las competencias y la resiliencia en las personas; para lograrlo es importante llevar a cabo estrategias que motiven la prevención al daño, en especial en temas relacionados con hábitos saludables, por ejemplo, de nutrición y la promoción de un mejor estilo de vida, lo cual implicará un beneficio para su desarrollo.

A diferencia, como se mencionó con anterioridad, el campo de la resiliencia representa desde un punto de vista metafórico el estudio de las “dos caras de la

moneda”: la adaptación y no adaptación, que forman parte de un proceso dinámico y un continuo que involucra una amplia gama de comportamientos observables y cubiertos, indicadores directos e indirectos de adaptación-desadaptación (Rutter, 2012a). Incluye tanto variables personales de índole emocional, cognitivo y conductual como también factores contextuales que influyen en los procesos adaptativos, en particular ante situaciones adversas, de riesgo y de estrés significativo.

Perspectiva del desarrollo positivo del adolescente (PYD)

Una perspectiva contemporánea del desarrollo adolescente relacionada con la resiliencia es la denominada Desarrollo Positivo del Adolescente, conocida también como PYD por sus siglas del inglés *Positive Youth Development*. Su evolución es compleja y no lineal por lo que sólo se hacen algunas consideraciones al respecto.

El PYD surge de la interconexión de diversas teorías y supuestos básicos sobre el desarrollo humano. Sus orígenes se asocian a diferentes investigadores entre ellos Gottlieb y Lerner (Lerner, 2005), así como a algunos otros también relacionados con los estudios de resiliencia a partir de una perspectiva denominada en sus inicios psicopatología del desarrollo que en la actualidad se le identifica también bajo el nombre de perspectiva ecológico-transaccional, denominada así como ya se mencionó antes, por asumir la epistemología sistémica (Bertalanfy, 1978) y algunas de las premisas básicas del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987). Es común que el enfoque o constructo de la resiliencia se confunda con el de PYD debido a que comparten algunos supuestos principales de estos dos enfoques.

Sin embargo, aunque éstos no pueden ser equiparables, tampoco se podría asumir que son dos enfoques por completo diferentes puesto que, al parecer, tienen más puntos de convergencia que divergencia; uno de ellos es su interés por estudiar los factores que contribuyen al desarrollo positivo en la adolescencia.

Mientras que el PYD se centra en particular en las fortalezas, la resiliencia estudia tanto de los factores de riesgo como de protección, en congruencia con sus implicaciones teórico-metodológicas. Por tanto, se orienta al estudio de las trayectorias “normales” y “desviadas” como producto de la exposición de situaciones o eventos “normativos” como “no normativos” en condiciones de riesgo. No obstante algunas líneas de investigación a partir de la perspectiva ecológico-transaccional se centran en las competencias como parte de los procesos de adaptación a circunstancias normales y como un parámetro de resiliencia en ambientes o situaciones adversas (Masten *et al.*, 2006). En esta medida podría considerarse que el enfoque de la resiliencia implica mayor inclusividad en términos del estudio del desarrollo humano.

Tanto la resiliencia como el PYD implican constructos y procesos que tienen sus propios indicadores, aunque algunos de ellos son utilizados para medirlos o estudiarlos. No obstante, existen algunos elementos que permiten asumir que la resiliencia es un constructo precursor pero diferente al de PYD (Lee, Cheung *et al.*, 2012). La resiliencia es un concepto que implica el desarrollo positivo del adolescente aún ante situaciones de adversidad, mientras que el PYD se enfoca en la ausencia de problemas y en los procesos positivos en la adolescencia. La resiliencia a su vez podría ser el determinante o predictor del desarrollo positivo del adolescente

en etapas posteriores. Así el desarrollo positivo del adolescente debería “seguir” o ser el resultado de la resiliencia.

Sin embargo, el desarrollo positivo de la adolescencia es un proceso que puede resultar de la resiliencia, y a su vez la resiliencia ser un indicador que refleja de manera necesaria (necesariamente) adaptación positiva. Plantea un grupo de tres condiciones para el desarrollo positivo: a. Gente positiva (involucra consistencia, cariño y gente competente); b. Lugares positivos (seguridad, estructura) y c. Oportunidades de desarrollo positivas (amplia gama de opciones de entrenamiento, exploración, entre otras). De la interacción de estas tres condiciones, los expertos en desarrollo sugieren que el desarrollo positivo de los jóvenes involucra características psicológicas, conductuales y sociales que reflejan lo que denominan las “Cinco Cs”: competencia, confianza, conexión social, carácter y cuidado/compasión (Lerner, 2005).

Desde el punto de vista de los modelos de adaptación y competencia, se asume que cumplir con las tareas del desarrollo es importante para el desarrollo positivo de los jóvenes. Incluye diversas formas de competencia, como la social, emocional y académica. De esta forma competencia y adaptación comprometen habilidades para mantener una autoimagen positiva, autocontrol, toma de decisión, capacidad para conectarse o vincularse a redes sociales, lo que ambos enfoques consideran importante. En particular el PYD se centra en seis tipos de competencia: física o en salud, cognitiva, social, emocional, moral-espiritual y, conductual.

El modelo sistémico es un enfoque que retoma ambas aproximaciones y representa una contribución importante para estudiar el desarrollo humano, en particular el de los adolescentes. Para la PYD el propio adolescente, la familia, la comunidad y la sociedad civil en general influyen en el desarrollo de los jóvenes.

No obstante, en la actualidad la investigación en resiliencia adopta aproximaciones neurocientíficas y biológicas para avanzar en la medición y análisis de múltiples niveles de funcionamiento, las cuales incluyen la interacción genes-medio ambiente; además, la resiliencia propone el estudio de los adolescentes en su medio ambiente a través del tiempo, lo que requiere de diseños sofisticados. En la medida de que los adolescentes transitan hacia la etapa adulta también los ambientes cambian y necesitan de nuevas competencias, lo que requiere que el adolescente se ajuste a las demandas que le plantean las diferentes situaciones, entre las que se incluye la adversidad. Por tanto, sería necesario continuar el estudio de la interacción entre los factores adversos y los de protección internos y externos que le permiten al adolescente ajustarse o adaptarse de manera equilibrada.

CONCLUSIONES

La resiliencia es un constructo inferencial difícil de estudiar porque implica el uso de parámetros sociales de lo que significa adaptación, éxito, estar bien y, o cumplir de manera exitosa con la tarea del desarrollo en una etapa específica; esto involucra el uso de medidas o estándares de medición de la adversidad y el riesgo, así como de adaptación ya que un adolescente puede presentar comportamientos adaptativos y

reflejar competencia académica o social, pero no por ello ser resiliente, a menos de que haya experimentado una situación de adversidad, riesgo o estrés significativo.

Lo anterior deriva en controversias que dan como resultado una gran variedad de definiciones que hacen complicado tener un cuerpo sólido de conocimiento respecto a lo que representa la resiliencia. Algunos modelos explicativos y de investigación la conceptualizan como aspectos o rasgos de los adolescentes, mientras otros hacen referencia a los resultados, y otras más ponen énfasis en el proceso, el cual que puede tener marcadores de inicio y de salida. Luthar y Zelazol (2003) y Rutter (2007) advierten que cuando se hace alusión a la resiliencia es preferible referirse a perfiles que a características de personalidad de los individuos. De esta manera, la resiliencia puede ser identificada a través de comportamientos asociados a un perfil psicológico o conjunto de factores psicológicos que contribuyen a que una persona demuestre competencia en términos psicosociales y académicos, que pueden variar en función de las circunstancias y a través del tiempo (Masten, Garmezy *et al.*, 1988).

Se observa que la mayoría de las definiciones de resiliencia subrayan la existencia de adaptación ante la presencia de un riesgo significativo y, o la experimentación de situaciones estresantes. Si no existe por lo menos una de éstas no se puede hablar de resiliencia, por lo que no es conveniente equipararla con la competencia, aunque algunas líneas de investigación en resiliencia se avoquen al estudio de aquélla y su relación con la psicopatología, justo para poder diferenciar su papel en el desarrollo del adolescente.

En general, todas las perspectivas contemporáneas que retoman el modelo ecológico conceptualizan a la resiliencia como un constructo multidimensional que trata de explicar un proceso dinámico de adaptación multifactorial ante situaciones adversas, de riesgo o presencia de estrés significativo, que puede ser entendido a partir de las interacción dinámica entre factores proximales y distales, los cuales algunos autores los clasifican en variables personales como las biológicas y factores medioambientales de tipo familiar, social, económico, cultural y político que pueden cambiar a lo largo de su ciclo vital (Masten & Gerwitz, 2006).

En particular los niños y adolescentes no son resilientes por completo, pueden serlo en cierta medida, en diferentes épocas y ante circunstancias determinadas. Por ejemplo, pueden presentar comportamientos resilientes en función de las características de la situación, tales como el tipo y magnitud de la adversidad, presión, frecuencia, entre otros, así como por características personales, como percepción del evento y de los recursos para hacerle frente, de manera tal que les permita adaptarse a su medio ambiente.

La literatura muestra que tanto el enfoque sistémico como el ecológico ofrecen un marco conceptual amplio a partir del cual se puede explicar un fenómeno tan complejo como la resiliencia dado su carácter multidimensional. La perspectiva psicopatología del desarrollo, perspectiva organizacional, o ecológica-transaccional, como se le denomina de manera indistinta, implica un enfoque integral e inclusivo de diferentes modelos y teorías específicas, por lo que representa un amplio marco teórico-metodológico que guía la investigación multinivel y retoma tanto factores proximales como distales para el estudio del desarrollo del adolescente. También se observa que existen otras perspectivas relacionadas con la resiliencia que podrían denominarse “emergentes” y que son menos inclusivas.

Los niños y adolescentes con perfiles resilientes son aquellos que a pesar de vivir en circunstancias adversas, como por ejemplo la pobreza y, o experimentar situaciones muy estresantes, así como estar expuestos a un conjunto de factores de riesgo o eventos de manera crónica, son capaces de enfrentarlos y desarrollarse de manera adecuada en relación a parámetros y normas aprobadas por la sociedad, sin presentar alteraciones en su desarrollo o problemas emocionales, contrario a lo que se hubiese esperado.

En síntesis, se observa que la resiliencia cobra significado a la luz de un contexto. Es el resultado de un balance entre factores de riesgo y protección de los cuales el afrontamiento juega un papel central en el mantenimiento de un funcionamiento adecuado con respecto a una norma, conforme a un grupo de edad, ante situaciones adversas. Así que la resiliencia no tiene que ser juzgada en términos de un funcionamiento superior, sino de uno relativamente mejor que el que muestran otros adolescentes que experimentaron el mismo nivel de adversidad, el cual no es absoluto ni permanente, así como tampoco global.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. (1999). What is "developmental" about developmental psychopathology? En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 29-48). Nueva York: Cambridge University Press.
- Amar, J., Kotliarenco, M. & Abello, R. (2005). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo*, 2, 167-197.
- Baldwin, A., Baldwin, C. & Cole, R. (1999). Stress-resistant families and stress-resistant children. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 257-280). Nueva York: Cambridge University Press.
- Barrera, M. & Prelow, H. (2000). Interventions to promote social support in children and adolescents. En D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler, & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 309-340). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Benard, B. (2004). Resiliency: what we have learned. San Francisco: West Ed.
- Bertalanffy, L. V. (1978). *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Block, J. (1996). The construct of ego resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 349-361.
- Boden, C., Fergusson, D. & Horwood, J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37, 431-440.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brooks-Gunn, J. & Duncan, G., (1997). The effects of poverty on children. *The Future of Children: Children and Poverty*, 7(2), 55-71.
- Cicchetti, D. (1993). Developmental psychopathology: Reactions, reflections, projections. *Developmental Review*, 13, 471-502.
- Cicchetti, D. (2003). Foreword. En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Cicchetti, D. & Cohen, D. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D. Cohen. (Eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. 2d. Ed. (pp. 3-20). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. 3. *Risk, Disorder, and Adaptation*. 2nd. Ed. (pp. 129-201). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cohen, D. (2012). The Developmental Being. Modeling a probabilist approach to child development and psychopathology. En Garralda, M.E. & J. Raynaud. (Eds), *Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood*. (pp. 3-29). Maryland: Jason Aronson.
- Cyrlunick, B. (2002) *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Dekovic, M. (2005). Multiple Perspectives within the Family: Family Relationship Patterns. *Journal of Family Issues*, 26(4), 467-490. Doi: 10.1177/0192513X04272617
- Devenson, A. (2004). The importance of "resilience" in helping people cope with adversity. *Australia's Journal of Social and Political Debate*. Recuperado de <http://www.onlineopinion.com.au/print.asp?Article=1847.pdf>
- Ebata, A., Petersen, A. & Conger, J. (2002). The development of psychopathology in adolescence. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 306-333). Nueva York: Cambridge University Press.
- Erikson, E. (1986). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.
- Fergusson, D. & Horwood, L. (2003). Resilience to childhood adversity. Results of a 21-year study. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 130-155). Nueva York: Cambridge University Press.
- Freud, A. (1971). *Psicopatología y normalidad en la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent Coping. Advances in theory, research and practice*. Nueva York: Routledge.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garmezy, N. (1993a). Developmental psychopathology: some historical and current perspectives. En D. Magnusson & P. Casaer (Eds.), *Longitudinal research on individual development*. (pp. 95-126). Nueva York: Cambridge University Press.
- Garmezy, N. (1993b). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garmezy, N. (2000). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. En R. Haggerty, L. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. (pp. 1-18). Reino Unido: Cambridge University Press.
- Garmezy, N. (2002). Resiliency Development. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- Garmezy, N. & Rutter, M. (1985). Acute reaction to stress. En M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatric*. (pp. 38-56). Oxford, Edimburgo: Blackwell Scientific Publication.
- Gómez, R. & McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models. *Personality and Individual Differences*, 30(6), 1165-1176.

- González-Arratia, L.F.N.I., Fonseca, M., Valdez, J. L. & González, S. (2011). Resiliencia, autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes con antecedente de maltrato. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*, enero-julio, 51-61.
- Grotberg, E. (2004). Adolescentes contra la violencia: el poder de la resiliencia. En A. Melillo, N. Suárez-Ojeda & D. Rodríguez (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 155-171). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Grotevant, H. D. (1998). Adolescent development in family contexts. En W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology*. 3. (pp. 1097-1149). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Haggerty, R. & Sherrod, L. (2000). Preface. In: R. Haggerty, L. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions*. (pp. 19-63). Reino Unido: Cambridge University Press.
- Hauser, S. & Safyer, A. (1995). The contributions of ego psychology to developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. (pp. 555-580). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffit, T., Polo-Tomás, M. *et al.* (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: Accumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231-253.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kotliarenco, M. & Aceitón, H. (2006, julio) La resiliencia como ventana de oportunidad. Un análisis entre resiliencia y pobreza. *III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Child-watch International*. México.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. & Fontecilla, M.I. (2003). *Estado de Arte en Resiliencia*. OPS, OSN, OMS, Fundación Kellogs. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, CEANIM Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer.
- Kotliarenco, M. & Pardo, M. (2000). Algunos alcances respecto al sustento biológico de los comportamientos resilientes. Recuperado de <http://www.iacd.oas.org/educa135/Kotliarenco2000/kotliarenco2000.html>
- Lee, Y., Cheung, Ch., & Kwong, M. (2012). Resilience as a Positive Youth Development Construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*, 12, 1-9. Doi:10.1100/2012/390450
- Lerner, R. (2005). Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases. Workshop on the Science of Adolescent Health and Development, National. Research Council, Washington, DC.
- Luthar, S. (2003). Preface En S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. Three: Risk, Disorder and Adaptation. (pp. 739-795). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562
- Luthar, S. & Zelazol, L. (2003). Research on resilience: An integrative review. En S.S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 510-551). Nueva York: Cambridge University Press.
- Maddi, S. (2006). Hardiness: The courage to grow from stress. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168.

- Magnusson, D. & Casaer, P. (1993). *Longitudinal research on individual development*. New York: Cambridge University Press.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. & Cyrulnik, B. (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Comp.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. (pp.17-27). Barcelona: Gedisa.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A., Best, K. & Garmesy, N. (1991). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A., Burt, K. & Coatsworth, D. (2006). Competence and psychopathology in development. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. 3. Risk, Disorder and Adaptation. (pp. 696-738). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Masten, A. & Coatsworth, D. (1998). The development of competent in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. & Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In: S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 1-25). Nueva York: Cambridge University Press.
- McCubbin, H. & Patterson, J. (1982). Family adaptation to crisis. En H. McCubbin, E. Cauble, & J. Patterson (Eds), *Family Stress, coping, and social support*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- McCubbin, H. & Patterson, J. (1983). Family transitions: Adaptation to stress. En H. McCubbin & Ch. Figley (Eds.), *Stress and the Family. Volume I: Coping with normative transitions*. (pp. 5-25). Nueva York: Brunner/Mazel Publisher.
- McGoldrick, M. & Carter, B. (2003). The family life cycle. En F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*. (pp. 375-398). Nueva York: The Guilford Press.
- Melillo, A. & Suárez-Ojeda, N. (2001). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E. et al. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Fundación Kellogg. Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional. Recuperado de <http://www.Resilnet.uiuc.edu/library/resilman/resilman.html>
- Munist, M. & Suárez-Ojeda, E. N. (2004). Resiliencia en los adolescentes. En: A. Melillo, N.E. Suárez-Ojeda & D. Rodríguez (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 137-153). Buenos Aires: Paidós.
- O'Dougherty, M., Masten, A. & Narayan, A. (2013). Resilience Processes in Development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. En S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children*. Nueva York, USA: Springer Science+Business Medi. Doi: 10.1007/978-1-4614-3661-4_2
- Patterson, J. M. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349-360.
- Peñacoba, C. & Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-96.
- Plankerel, B. & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474.
- Rolf, J. E. & Johnson, J. L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. En M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. (pp. 229-249). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-31.

- Rutter, M. (1993a). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1993b). Developmental psychopathology as a research perspective. In: D. Magnusson & P. Casaer (Eds.), *Longitudinal research on individual development*. (pp. 127-152). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2000). Stress research. Accomplishments and tasks ahead. En R. J. Haggerty, I. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, Risk and Resilience in children and Adolescents Processes, Mechanisms and Interventions*. (pp. 354-385). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2002). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competency and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Rutter, M. (2012a). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. Doi:10.1017/S09545579412000028
- Rutter, M. (2012b). Resilience: Causal pathways and social ecology. En M. Ungar (Comp). En M. Ungar (Ed). *The social ecology of resilience*. Nueva York: Springer.
- Sameroff, A. (1995). General systems theories and developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Theory and Methods*. 1. (pp. 659-695). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sameroff, A. & Rosenblum, K. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annuary of New York Academy Science*, 116-124.
- Seidman, E. & Pedersen, S. (2003). Holistic contextual perspectives on risk, protective and competence among low income urban adolescents. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability adaptive in the context of childhood adversities*. (pp. 318-342). Nueva York: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I., Persike, M., Güney, N., Cok, F. et al. (2013). Stress With Parents and Peers: How Adolescents From Six Nations Cope With Relationship Stress. *Journal of Research on Adolescence*, 23(1), 103-117.
- Seligman, M. (2003) Positive Psychology. Fundamental assumptions. *The Psychologist*. 16(3). 126-127.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1). 5-14 doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5-14
- Tiet, Q., Bird, H., Davies, M., Hoven, C. et al. (1998). Adverse life events and resilience. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1191-1200.
- Ungar, M. (2013). Social ecologies an their contribution to resilience. En M. Ungar (Ed). *The social ecology of resilience*. Nueva York: Springer.
- Vanistendael, S. (2005, noviembre). La resiliencia: desde una inspiración hacia cambios prácticos. 2º Congreso Internacional de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes. Madrid, España.
- Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2004). Resiliencia y sentido de vida. En A. Melillo, N.E. Suárez & D. Rodríguez, (Comps.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. (pp. 91-101). Buenos Aires: Paidós.
- Wadsworth, M., Raviv, M.A., Compas, B. & Connor-Smith, J. (2005). Parent and adolescent responses to poverty related stress: Tests of mediated and moderated coping models. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 283-298.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- Walsh, E. (2004). *Resiliencia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Werner, E. & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds*. Nueva York: Cornell University Press

- Wyman, P. (2003). Emerging perspective on context specificity of children's adaptation on resilience: evidence from decade of research with urban children in adversity. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: adaptive in the context of childhood adversities*. (pp. 293-317). Nueva York: Cambridge University Press.
- Wyman, P., Sandler, I., Wolchik, Sh. & Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. En D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 133-184). Washington, DC: Child Welfare.
- Yates, T., Egeland, B. & Sroufe, A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. En S.S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 243-266). Nueva York: Cambridge University Press.

Riesgo, pobreza y salud mental del adolescente

*Blanca Estela Barcelata Eguiarte y
María Elena Márquez-Caraveo*

The true measure of a nation's standing is how well it attends to its children – their health and safety, their material security, their education and socialization, and their sense of being loved, valued, and included in the families and societies into which they are born.

(UNICEF, 2007)

Los adolescentes representan una gran proporción de la población general a nivel mundial. Según estimaciones de la OMS (2011) 1 de cada 5 personas en el mundo es adolescente. En Latinoamérica este sector abarca 30% de la población (CEPAL, 2006), mientras que en México constituye la franja más ancha de la pirámide poblacional e integra alrededor de la quinta parte de la población total (CONAPO, 2011a).

De acuerdo con los datos del II Censo Nacional de Población y Vivienda (CONAPO, 2011a) los adolescentes entre 10 y 19 años representan 28.3% de la población general. Por su parte, los que ofrece el INEGI (2010) muestran un descenso en la población joven, aunque se reporta que existen 20.2 millones de jóvenes entre 15 a 24 años, lo que significa que todavía es el grupo de edad más grande de la población. Se estima que 39% tiene menos de 14 años de edad, mientras que el grupo de jóvenes de 15 a 19 años representa alrededor del 9.6% en todo el país; en el Distrito Federal, 8.4% y en el Estado de México, 13.3% (CONAPO, 2011b). Se calcula que hasta el 2020 la población adolescente seguirá en crecimiento, en particular el grupo de 10 a 19 años de edad.

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE EN CIFRAS

La Federación Mundial de Salud Mental -FMSM- (FMSM, 2003) estima que alrededor del 20% de los niños y adolescentes padecen una enfermedad mental discapacitante y que cerca del 3.8% requiere de un tratamiento a largo plazo como se muestra en el cuadro 2-1.

El total de los trastornos psiquiátricos representa 24.7%, cifra por encima de las estimaciones presentadas a nivel mundial hace pocos años (FMSM, 2003). Asimismo resalta que algunas de las variables sociodemográficas asociadas a dichos trastornos fueron el sexo, el abandono de la escuela, tener un bebé y casarse o trabajar.

La Organización Panamericana de la Salud -OPS- (Maddaleno, Morello, & Infante-Espínola, 2003; OPS, 2011) proporciona algunos otros datos con respecto a la prevalencia de problemas emocionales en adolescentes en Latinoamérica y ubican a México como uno de los países en el que alrededor del 15% de su población presenta algún problema de salud física o emocional. La Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH, por sus siglas del inglés *World Federation Mental Health*, 2006) y la Organización Mundial para la Salud (WHO, por sus siglas del inglés *World Health Organization*, 2007), plantean políticas y líneas de acción que marcan como prioridad la atención al maltrato infantil, las enfermedades asociadas a prácticas sexuales

Cuadro 2-1. Tasas de prevalencia. Trastornos emocionales y conductuales graves en niños y adolescentes en países seleccionados (FMSM, 2003)

País	Prevalencia
EUA	18 a 22%
Nueva Zelanda	22%
Puerto Rico	18%
Canadá	18%
Finlandia	15%
Suecia	17%
Grecia	39%
Japón	12%
India	7 a 20%
China	7%
Franja de Gaza (ansiedad)	21%
Sudán, Filipinas y Colombia	12 a 29%

de riesgo, el consumo de alcohol y tabaco, la depresión y el suicidio en los adolescentes y jóvenes, en especial a aquellos grupos que viven en condiciones de pobreza.

La investigación epidemiológica en México, reporta altos niveles de trastornos emocionales en población adolescente (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2008). Se observa que 1 de cada 11 adolescentes presenta algún trastorno mental serio, 1 de cada 5 trastornos tiene gravedad moderada, 1 de 10 es leve, y que la mayoría no recibe tratamiento. Los trastornos de ansiedad representan 37% del total (13.3% lo ocupan fobias específicas y fobia social), seguidos por los trastornos de ánimo, control de impulsos y, por último, del consumo de sustancias. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica documentó que 50% de los trastornos mentales en población adulta iniciaron antes de los 21 años (Medina-Mora *et al.*, 2003; 2005).

Estudios posteriores (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas, & Cruz, 2009) permiten observar que, a pesar de que existen variaciones a través de los años en los índices de los diversos trastornos, la ansiedad todavía es el de mayor prevalencia, en especial en el grupo de las mujeres; aunque es el de menor nivel de gravedad en comparación con desórdenes del estado de ánimo.

Los datos a nivel mundial y los proporcionados en México desde hace varios años por las encuestas nacionales de salud (Benjet *et al.*, 2008, 2009; Medina-Mora, Borges *et al.*, 2003; 2005) muestran que los trastornos de ansiedad presentan los “picos” más altos en los perfiles de los trastornos de salud mental y constatan que los jóvenes entre 12 y 19 años de edad son los más vulnerables.

El suicidio es otro de los trastornos de salud multifactorial, en el cual influyen diversos factores de riesgo de índole biológica, psicológica y social, sobre todo; sin embargo, puede ser predecible a través de la conducta suicida (ideación, planeación e intento). Por ello la WFMH (2006) fomenta en todo el mundo compromisos y acciones para su prevención e instituyó así el 10 de septiembre como el día mundial para la prevención del suicidio.

Estudios sistemáticos realizados en México a lo largo de varios años muestran que la depresión y el suicidio en la adolescencia son un problema de salud mental que ha ido en incremento. En 1990 se presentó una tasa de 4 por cada 100 mil adolescentes, en tanto en el 2011 ésta fue de 7.7 muertes por cada 100 mil adolescentes (INEGI, 2013). De los intentos suicidas que se reportan, la mayoría son llevados a cabo por mujeres, pero gran parte de ellos son consumados por los hombres; del total de intentos de suicidio 94% logra consumarlo (González-Forteza, Villatoro *et al.*, 2002). Por otro lado, el INEGI (2002a) reportó que de 1997 a 2000 ocurrieron 2 459 suicidios consumados, y la mayor parte fueron en población adolescente; cabe mencionar, que 38.9% tenía entre 15 y 19 años y 36% se encontraba entre los 20 y 24 años de edad.

Puentes, López y colaboradores (2004) refieren que entre 1990 y 2001, la tasa aumentó de 2,6 a 4,5 por 100 000 en el grupo de adolescentes de 11 a 19 años. En el 2008 se reporta una prevalencia del 11.5% en la ideación suicida; del 3.9% para el plan y del 3,1% del intento suicida para adolescentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México y a pesar de que se reporta una tasa del 5.4/100,000 adolescentes entre 14 a 24 años, es una de las más altas de entre 28 países (Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco & Nock, 2008). Borges, Benjet, Medina-Mora, Orozco, Fa-

miliar, Wang (2010) indican prevalencias de uso de servicios de salud por ideación (44%), por ideación y plan (49%) y por intento (50%).

Análisis recientes por grupo muestran una prevalencia del suicidio de 4.4% para el grupo de 10 a 14 años, para el grupo de 15 a 19 es del 23.6%, mientras que para el de 20 a 24 años representa 17.1%. Las últimas estadísticas señalan que es la tercera causa de muerte de adolescentes de 15 a 19 años y que 43.5% falleció por este motivo (INEGI, 2013), lo que confirma que este grupo de edad es el más vulnerable y que el suicidio todavía constituye uno de los problemas prioritarios de salud pública.

Otra problemática de salud mental en la adolescencia, son las adicciones. En México algunas encuestas previas a nivel nacional (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CNA], 2004; Villatoro, Hernández, Hernández *et al.*, 2004; Sánchez, Llerenas, Anaya & Lazcano, 2007) muestran un aumento en la prevalencia de 31% en los últimos años; cerca del 10 y 9% de los adolescentes entre 10 y 19 años consumen alcohol y fuman, respectivamente y, que de los 14 millones de fumadores, 70% empezaron a hacerlo a una edad promedio de 13 años. Otras fuentes reportan que, por ejemplo, 52.5% inicia el consumo de marihuana entre los 15 y 19 años de edad; esta tendencia se ha mantenido de 1987 al 2005, y que los adolescentes son el mayor grupo de usuarios de cocaína con respecto a la población general (Soriano, Ortiz *et al.*, 2006; Ortiz, Martínez *et al.*, 2007). El consumo de alcohol y drogas, por ejemplo, se ha encontrado ligado a accidentes, los que en la actualidad aparecen entre las principales causas de muerte entre los jóvenes de 14 a 19 años (CONAPO, 2010).

Se observa que las características socioeconómicas y culturales de cada país, así como a la disponibilidad de las drogas, se asocian al perfil de consumo, en el cual los inhalantes, junto con el consumo de otras drogas y alcohol, son los de mayor uso entre los adolescentes; en particular en zonas marginadas y suburbanas del Distrito Federal, como por ejemplo, las delegaciones Azcapotzalco e Iztapalapa, a pesar de que existe evidencia de que son las que dejan mayores secuelas en la salud, algunas de ellas irreversibles, en un lapso bastante corto (Villatoro *et al.*, 2004).

Investigación epidemiológica (Celis de la Rosa, 2004; Santos, Villa *et al.*, 2003) señala el aumento de la prevalencia en otras problemáticas de salud pública como el embarazo en la adolescencia asociadas a diversos factores, entre ellos de tipo económico. Reportes posteriores (Villegas, 2009) señalan altas tasas de mortalidad en mujeres entre 14 y 19 años de edad a causa de embarazos prematuros, partos y abortos, mientras que en los hombres, la mortalidad se relaciona con traumatismos o accidentes, los cuales con frecuencia están asociados al consumo de alcohol y, o drogas (Secretaría de Salud, 2006).

Los trastornos alimentarios o conductas alimentarias de riesgo (CAR) representan otra problemática de salud asociada a factores psicológicos. En México, la obesidad ocupa el segundo lugar en población general y en adolescentes. Se informa que las mujeres en este periodo presentan los índices más altos de obesidad y sobrepeso (CONAPO, 2010). Algunos estudios indican que cerca del 30% de los adolescentes tenía problemas alimentarios, en específico de apetito y la mitad tenía problemas con su imagen corporal; en este rubro se encontraron diferencias de género, ya que la mayoría de las mujeres reportaban preocupación e insatisfacción al respecto a diferencia de los hombres (Barcelata, Lucio & Durán, 2004). Las mujeres tienden a presentar un mayor porcentaje de CAR (10.3%) en contraste con los hombres

(2.8%), las cuales se asociaron a estrés, impulsividad y depresión (Nuño, Celis de la Rosa & Unikel, 2009).

La prevalencia de anorexia, bulimia y el trastorno por atracones en una muestra representativa de adolescentes entre 12 y 17 años de la Ciudad de México y municipios conurbados, se estimó en 0.5, 1 y 1.4%, respectivamente, con una discapacidad asociada que osciló entre 83 y 100%. No obstante, ni una cuarta parte recibió tratamiento; además se detectó una alta prevalencia de conducta suicida y adversidad psicosocial (Benjet *et al.*, 2012).

La amplia gama de problemas de salud mental en la adolescencia reportados por organismos internacionales y nacionales de salud, ha impulsado el que se realicen investigaciones a partir de diferentes perspectivas con el propósito de delimitar la naturaleza de dichos problemas. En la actualidad una de las tareas es identificar grupos vulnerables y determinar factores de riesgo y protección que intervienen en las trayectorias y desenlaces adolescentes; además, existe un especial interés en identificar los recursos y fortalezas de los adolescentes, con el propósito de promover acciones de carácter preventivo, conforme lo establecen las políticas y acciones de salud a nivel mundial.

FACTORES CONTEXTUALES Y ADOLESCENCIA

Resultados de diferentes trabajos con poblaciones escolares y clínicas, urbanas y rurales, así como de estudios transculturales (Aguilera, Salgado *et al.*, 2004; Lucio, Barcelata *et al.*, 2004; Lucio, Plascencia *et al.*, 2005) evidencian que no se puede generalizar con respecto a los adolescentes mexicanos, ni tampoco se puede hablar de la existencia de “la familia mexicana”, dada la diversidad de culturas o subculturas en México en las cuales se encuentran insertos los adolescentes. No obstante, se observan algunas características básicas o condiciones en las que viven los jóvenes mexicanos.

Al igual que en otros países, en México, los adolescentes son considerados como uno de los grupos más sanos de la población, cuyos índices de mortalidad han ido en descenso (Celis de la Rosa, 2004). Sin embargo, se le considera un grupo vulnerable ya que tiende a presentar estilos de vida y conductas de riesgo, algunas propias de la etapa, y muchas de ellas asociadas a problemas de salud física y emocional con repercusiones en momentos posteriores del ciclo vital.

Las prácticas poco saludables de los adolescentes pueden incrementar la probabilidad de trastornos de tipo psicofisiológico y de muerte a corto, mediano y largo plazo. Se reportan hábitos alimentarios inadecuados (Benjet *et al.*, 2012); sedentarismo o falta de actividad física (Russell, 2004), conductas sexuales de riesgo asociadas a embarazos prematuros (Menke & Suárez, 2003) y enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA (Meave & Lucio, 2008). A pesar de ello, es considerado el grupo más sano y que menos acude a servicios de salud en general, y de salud mental en particular. El 7% de toda la consulta externa de atención primaria a nivel nacional atiende a población entre 10 y 19 años. Esto refleja la poca accesibilidad a este sector de la población en términos de salud mental, lo que se subsana por las encuestas a hogares realizadas a nivel nacional (Benjet *et al.*, 2008, 2009). En

la actualidad el porcentaje de cobertura es bajo en proporción al tamaño de la población adolescente; por ejemplo, la derechohabencia a los servicios de salud de los adolescentes de 10 a 19 años es tan sólo de 35.6%, del cual el IMSS asegura al 28%, el ISSSTE al 5.6% y el resto, la Secretaría de Salud (CONAPO, 2011b); lo cual ilustra un sistema de salud deficitario en términos de atención a los adolescentes, como se señaló con antelación (Borges *et al.*, 2008). Se sabe que en los 544 establecimientos de salud mental ambulatorios, la población infantil y adolescente que se atiende asciende a no más del 27% y se reduce a 6% en hospitales psiquiátricos; muy pocas escuelas de nivel medio y medio superior cuentan con psicólogos o realizan actividades de promoción y prevención en salud mental (OPS, OMS, 2011).

Podría pensarse que las condiciones de los adolescentes hoy en día son mejores que las de generaciones pasadas, no obstante, todos los cambios globales han ocasionado transformaciones importantes al interior de las familias mexicanas que ponen a prueba su capacidad de adaptación. Por ejemplo, se estima que alrededor del 40% de los jóvenes no viven en una familia integrada. El 63.9% de sus hogares son nucleares y 22.0% son monoparentales. También se ha incrementado a 24% el número de hogares con familias extensas (INEGI, 2010). La transición en la configuración familiar obedece sobre todo a los procesos migratorios como consecuencia de las recurrentes crisis económicas del país y altas tasas de desempleo (Aguilera *et al.*, 2004; Sobrino, 2010) que influye en la acomodación de los hogares, de los cuales un creciente número es dirigido por las madres o por un solo padre; dicha situación cambia la dinámica familiar y afecta el desarrollo de los adolescentes.

La migración dentro y fuera del país, así como entre ciudades o interurbano, es diferente de región a región y esto matiza la vida de los adolescentes y sus familias. Entre los tres primeros estados identificados con mayor movilidad entre ciudades están Michoacán, Oaxaca y Aguascalientes, así como el Estado de México por su movilidad interurbana (Sobrino, 2010). Existe evidencia previa de que la ausencia de los padres o una mala relación con ellos, puede favorecer la presencia de síntomas de malestar emocional (Aguilera *et al.*, 2004); sin embargo, muchos padres se ven obligados a “abandonar” sus hogares en búsqueda de mejores condiciones de vida para su familia. La migración no sólo involucra al padre y, o la madre de familia, sino que también los adolescentes participan de esta movilización. Cada vez son más los jóvenes que salen de sus casas para encontrar mejores condiciones de vida para sí mismos y para sus familias, lo que genera migración rural-urbana, urbana-urbana e internacional a edades tempranas (Anzaldo, 2010; Falicov, 2002; Sobrino, 2010) y aumenta la vulnerabilidad de la salud mental de los adolescentes.

El contexto psicosocial es otra variable que afecta el desarrollo del adolescente. No representa lo mismo vivir en una gran urbe, que vivir en sus inmediaciones o en zonas rurales. La dinámica familiar cambia de manera importante, como lo muestran algunos estudios transculturales y comparativos entre regiones y estados de la República Mexicana. Los adolescentes que viven en ciudades más pequeñas, a pesar de ser ciudades de importancia para el país, tienden a presentar menores niveles de estrés (Lucio *et al.*, 2004) al igual que los adolescentes que viven en provincia (Lucio *et al.*, 2005), aunque se reconoce que las alteraciones en las trayectorias y desenlaces adolescentes son un fenómeno multirreferencial.

A pesar del esfuerzo de las familias por ofrecer mejores condiciones de vida a sus miembros y para acceder a servicios básicos que les permiten subsistir y desarrollarse, se estima que 1 de cada 10 familias no tiene recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas de sus hijos, ya que la pobreza es una condición que va en aumento en los hogares de los adolescentes mexicanos. Se mencionan cifras que van del 15 al 50% de jóvenes que presentan algún tipo de pobreza. La encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares (INEGI, 2010) indica que 56.6% de los adolescentes entre 13 a 15 años presentan pobreza de patrimonio; 30.6%, de capacidades, y 56.6% de alimentación.

La investigación señala que en el último año un total de 68% de adolescentes ha experimentado algún tipo de adversidad crónica, mientras que casi 7% reportó cuatro o más (Benjet, Borges *et al.*, 2009). La adversidad económica es la de mayor frecuencia seguida de ser testigo de violencia doméstica. Cada vez son más los adolescentes que viven en hogares con presiones económicas, en los cuales las madres han tenido que salir a trabajar, así como los hijos a edades muy tempranas. También existe evidencia de que los adolescentes de bajos niveles socioeconómicos están más expuestos a sucesos de vida adversos (Barcelata & Lucio, 2012; Lucio, León, Durán, Bravo & Velasco, 2001).

Por otra parte, algunas variables sociodemográficas como la escolaridad, el género y la edad, entre otras, influyen en los comportamientos de los adolescentes (Pérez *et al.*, 2010). Se calcula que sólo 4 de cada 10 jóvenes asisten a la escuela, lo que representa 56% de la población adolescente; aunque sin diferencias significativas en cuanto al sexo, ya que cerca de la mitad son hombres y la otra mitad mujeres, quienes asisten de manera más constante a la escuela. Los bajos índices de asistencia escolar todavía son un problema, el cual parece asociarse a las crisis económicas que hacen que los adolescentes tengan que integrarse al mercado de trabajo de forma prematura y bajo condiciones poco favorables. Se reporta que 11.6% de los que tienen entre 12 y 14 años no acuden al colegio; de 15 a 19 años, 41.3%; y que 80% de los que tienen alrededor de los 19 años han abandonado la escuela por motivos económicos y falta de acceso en su localidad (Tuirán, 2012).

Desde el punto de vista laboral, los adolescentes mexicanos son un grupo económicamente activo, con una contribución importante al ingreso familiar. Se estima que 44% son hombres y 24% mujeres y que de cada diez jóvenes que trabajan, sólo tres estudian y 2 de 4 realizan actividades en el hogar, en particular las mujeres (CONAPO, 2010). También se advierten diferencias en cuanto la edad, ya que sólo 8% de los adolescentes entre 12 y 14 años trabaja, mientras que 35% de los de 15 a 19 años es económicamente activo. No obstante, subsisten irregularidades en términos legales, de seguridad e higiene, y de condiciones salariales, que muchas veces violan los derechos de los niños y los adolescentes.

Por otro lado, se detectan paradojas intra e inter sistémicas escuela-mercado laboral. A pesar de la evidencia que muestra que a mayor escolaridad hay más oportunidades de empleo y de desarrollo humano, los problemas económicos del país hacen que esto funcione de forma opuesta a lo esperado. El INEGI (2010) informa que a mayor escolaridad, mayor probabilidad de desempleo o subempleo y más dificultades de inserción en el mercado laboral bajo condiciones justas. Estos datos son

relevantes, si se toma en cuenta que el asistir a la escuela se considera un factor de protección, mientras que no hacerlo se considera un riesgo.

Por otra parte, el hecho de trabajar durante la adolescencia puede ser un riesgo potencial porque tiende a aumentar posibilidad de disponer dinero para el consumo de tabaco, alcohol y, o drogas. Algunos estudios señalan que los adolescentes que no estudian parecen estar más expuestos al consumo de tabaco y alcohol; por el contrario, aquellos que van a la escuela y se dedican a estudiar, tienen menor probabilidad de incurrir en alguna conducta de alto riesgo, como consumo de drogas (Joffre, García *et al.*, 2008; Soto & Nuño, 2009). No obstante, un factor de riesgo que todavía es importante para los adolescentes en general, es la disponibilidad de las mismas (Wagner, González-Forteza *et al.*, 2003). También la edad es un factor asociado al mayor consumo; adolescentes más grandes tienen mayor oportunidad, en especial, aquellos que han abandonado la escuela y que trabajan (Benjet, Borges *et al.*, 2007).

Se advierte que las discrepancias sociodemográficas y económicas contribuyen a que aún exista un rezago en la educación y oportunidades laborales de los adolescentes, lo cual contribuye a la agudización de la desigualdad social en la población que parece perpetuarse a través de las generaciones. Este ambiente de incertidumbre en los jóvenes mexicanos parece contribuir no sólo al incremento del estrés en diversas dimensiones, sino también al surgimiento de otro tipo de problemáticas como la violencia y delincuencia.

Juárez, Villatoro y colaboradores (2005) informan un incremento de la conducta antisocial entre adolescentes de educación media y media-superior involucrados en diversos ilícitos como robos y violencia, violencia en la Ciudad de México, el cual representó un 2.8% y 7.36% en 1997 y 2003, respectivamente. Se nota que las delegaciones que muestran las tasas más altas en actos antisociales graves, en todas las cohortes, fueron en orden decreciente: Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Álvaro Obregón, lo cual no siempre se vincula con variables como marginación.

Como se mencionó antes, de todos los trastornos que se observan en los adolescentes mexicanos, los de control de impulsos y de conductas antisociales ocupan el segundo lugar (Benjet *et al.*, 2008). Este dato parece no sólo reflejar la problemática, sino su relación con el incremento de la delincuencia en el país, si se considera que 3 de cada 10 jóvenes cometen algún tipo de delito. Márquez (2009) reporta que 28% de los presuntos delincuentes en el 2007 tenían entre 16 y 24 años de edad, y que a pesar de que el fenómeno de la delincuencia juvenil va en descenso, todavía constituye un problema tanto de seguridad pública como para el propio joven, por los riesgos que las actividades ilícitas representan; tal es el caso de los robos, en los cuales están involucrados 49.70% de los jóvenes. Esto sugiere que robar es el inicio de los pequeños infractores en otro tipo de ilícitos, que puede progresar hacia otros más graves, como el crimen organizado.

Estos son algunos datos que muestran que la adolescencia en México no es la misma para todos los jóvenes. Los estudios realizados desde una perspectiva psicosocial sugieren que los adolescentes mexicanos parecen encontrarse en ambientes de riesgo que involucran variables socioeconómicas y culturales, como la marginación, que aumenta su vulnerabilidad. Variables macroestructurales como el desarrollo económico de un país, una región o una comunidad pueden representar un riesgo que afecta de manera directa o indirecta a los adolescentes, por lo cual las crisis o

adversidad económica parecen ser un elemento importante en el surgimiento de problemas emocionales.

Información al 2013 señala que en México casi la mitad (45.5%) de la población vive en condiciones de pobreza y los menores de 18 años y las personas con discapacidad (incluidas las mentales) presentan niveles de pobreza superiores a la media (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] 2013), por lo que se considera importante establecer la relación entre pobreza y resultados adaptativos/resiliencia (desarrollo psicológico óptimo y salud mental) y/o mal-adaptativos (psicopatología) en niños y adolescentes.

POBREZA Y SALUD MENTAL ADOLESCENTE

La pobreza se reconoce como una condición humana multidimensional que con dificultad puede reducirse a una estadística. Representa una realidad y una adversidad inaceptable para cualquier sociedad y alude tanto a la privación de elementos necesarios para la vida humana dentro de una sociedad como a la de medios o recursos para modificar dicha situación. De acuerdo a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2002) constituye, además, una realidad que vulnera la vida humana y la pérdida del potencial de las personas para existir y actuar.

En México, casi la mitad de la población es pobre. Hoy día, este concepto es considerado por la investigación social desde una perspectiva multidimensional. Para el Consejo Nacional Evaluación (CONEVAL, 2013), la pobreza resulta de la combinación del número de carencias sociales y si se tienen o no, ingresos menores a la línea de bienestar mínimo (LBM). Las carencias sociales son:

- Rezago educativo.
- Acceso a los servicios de salud.
- Acceso a la seguridad social.
- Calidad y espacios de la vivienda.
- Acceso a los servicios básicos en la vivienda.
- Acceso a la alimentación.

En conjunto, estos factores generan lo que se conoce como índice de privación social. Por su parte, la LBM representa el valor monetario de la canasta alimentaria; en consecuencia, la población se clasifica en los siguientes grupos:

1. Pobre: quien tiene una o más carencias sociales e ingreso inferior a la LBM. Este grupo incluye a los pobres extremos (aquellos con 3 o más carencias sociales e ingreso menor a la MBM) y a los moderados; es decir, aquellos que si bien son pobres, no lo son en extremo.
2. Vulnerable por carencia social: quien tiene un ingreso igual o mayor a la LBM, pero padece una o más carencias sociales.

3. Vulnerable por ingreso: cuando no presenta carencia social, pero su ingreso es menor a la LBM.
4. No pobre y no vulnerable: no tiene carencia social y su ingreso es igual o superior a la LBM.

Para el 2012, 45.5% de mexicanos vivía en condición de pobreza, de los cuales 41.8 millones eran moderados y 11.5 millones pobres extremos; por otro lado, la desigualdad entre regiones caracteriza al país (3 de cada 4 habitantes en Chiapas es pobre mientras que en Nuevo León es 1 de cada 4) (CONEVAL, 2013). Asimismo, la desagregación de la información indica que los grupos que presentan niveles de pobreza superiores a la media son: los indígenas, la población rural, las personas con alguna discapacidad y los menores de 18 años. De este modo, en México los niños y adolescentes se sitúan en condición de doble vulnerabilidad porque representan uno de los grupos que más se ve afectado por la pobreza.

Con respecto a la canasta básica, los datos del CONEVAL (2014) muestran un incremento en el ingreso que les permite establecer una línea de bienestar para la población rural y urbana, en la cual se aprecia que a pesar de que ha habido un aumento, la cantidad resulta muy limitada para poder cubrir todas las necesidades básicas de una familia “promedio”, que le permita acceder a productos y servicios que satisfagan un estado de bienestar.

En la psicología del desarrollo, el estatus socioeconómico (ESE) alude a una medida de tipo multidimensional representada de manera típica por la ocupación y el nivel educativo de los padres, el tipo de vivienda y el ingreso (Flanagan & Layfiel, 1999). En este documento, el término ESE bajo (ESEB) y pobreza se utilizan de manera indistinta; no obstante, se recomienda desagregar los componentes típicos del ESE ya que pueden ejercer una contribución diferencial a los resultados infantiles.

Estas consideraciones llevan a repensar los puntos de vista de los expertos (Levine, 2006), quienes indican que la pobreza puede ser considerada como un fenómeno económico que tiene efectos en la sociedad, el crecimiento y la composición de una población; en concreto, en los niveles social, cultural y de salud, que a su vez pueden generar patrones de migración y asentamientos irregulares, desarrollo económico informal, subempleo y desempleo. Lo anterior, forja hondas raíces en una baja productividad laboral y económica al margen de la información y la educación indispensable, lo cual propicia la reproducción indefinida de la pobreza.

En este sentido, se menciona que ésta tiene por lo menos dos dimensiones claras, una es de carácter objetivo y en general está asociada al nivel o estatus socioeconómico; con frecuencia se utiliza el ingreso familiar, el *per cápita* y la canasta básica como parámetros del nivel de pobreza. Otro, es de índole subjetivo y refleja la percepción particular de las personas, en este caso de los adolescentes, sobre la situación económica matizada por el contexto psicosocial. Así, la percepción de la pobreza (Székely, 2005), puede darse a partir de las valoraciones individuales y de las manifestaciones colectivas que se desprenden de esta anomalía económica. Se toman en consideración los escenarios psicosociales y emocionales reportados por las personas, ambos componentes conforman un tejido de significados que conectan tanto unidades objetivas como subjetivas relacionadas con su contexto presente y pasado que les ha tocado vivenciar. En términos generales, se observa que dicha per-

cepción se asocia con las privaciones materiales para cubrir las necesidades básicas como alimentación y vivienda, o secundarias como el esparcimiento, la recreación, también importantes por su relación con bienestar emocional. Esto se asocia a lo que esos ingresos significan en su vida, es decir, la percepción que los adolescentes tienen de que el ingreso familiar les permite hacer o a lo que pueden acceder, que en conjunto les puede generar sensación de bienestar integral.

¿CUÁL ES LA ASOCIACIÓN ENTRE LA POBREZA Y LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES?

En fechas recientes, *The Lancet*, una de las revistas médicas de mayor influencia (2011) planteó el origen de la inequidad entre los grupos poblacionales y al interior de ellos a partir de la experiencia infantil adversa. La ciencia del neurodesarrollo provee evidencia respecto a la forma en que las experiencias biológicas y psicosociales afectan el desarrollo cerebral. En un inicio, la estimulación cognoscitiva inadecuada, el retraso del crecimiento, la deficiencia de iodo y la anemia por falta de hierro, se observaron como factores de riesgo biológico y psicosocial (Walker, 2007); en forma más reciente, esta misma publicación documentó la presencia de aspectos adicionales, tales como la nutrición prenatal, el estrés y la depresión materna, así como la exposición al plomo, la institucionalización y la exposición a la violencia social como factores de riesgo que minan el potencial de desarrollo infantil (Walker, 2011). Otros estudios (Wadsworth & Compas, 2002; Wadsworth *et al.*, 2005) muestran que la percepción de los “apuros económicos” tiene relación directa con el bienestar emocional y psicopatología de los adolescentes y utilizan este parámetro para medir la pobreza.

Resultados en el desarrollo infantil y adolescente

La evidencia científica respecto a la relación entre pobreza y problemas de salud física y mental es cada vez más creciente y consistente (Brooks-Gunn, Duncan *et al.*, 1997; Huston, Mcloyd *et al.*, 1994; Lieberman, 2009; Walker, 2011). Las consecuencias a corto y largo plazo en relación al ciclo de vida del individuo, incluida la transmisión intergeneracional de la pobreza, se han descrito de manera consistente en la literatura de investigación desde hace más de tres decenios (Birch & Gussow, 1970). Aunque en modelos animales la relación entre ambientes empobrecidos y desarrollo cerebral se documentó desde mediados del siglo XX, las técnicas no invasivas de imagenología cerebral han permitido constatar el impacto de la pobreza en las redes neuronales y el desarrollo cerebral humano con énfasis en los procesos de atención, lenguaje y lectoescritura y la noción de número (Lipina & Posner, 2012), así como el impacto positivo de la intervención a favor de la neuroplasticidad. Sin embargo, la influencia de la pobreza no se restringe a los aspectos cognoscitivos, también existe evidencia respecto a que los niños de las familias de bajos ingresos puntúan más bajo en las evaluaciones de salud física, logro educativo y bienestar emocional (Brooks-Gunn *et al.*, 1997; Reading, 1997; Walker, 2011).

Resultados con respecto a la salud mental

La salud mental se entiende como un desenlace positivo, sinónimo de bienestar. Se propone que esta condición se determina por un rango amplio de resultados a nivel individual, comunitario y social. Así, un grado bajo de salud mental contribuye a la generación de problemas de salud y socioeconómicos, tales como una elevada morbilidad física, reducido logro educativo, escaso desempeño laboral y de productividad, mayor incidencia de adicciones, alta criminalidad y baja cohesión social y comunitaria (McCulloch & Goldie, 2010).

Resulta preocupante que la salud mental no se distribuya en forma azarosa en la sociedad: quienes experimentan los mayores niveles de desventaja social también exhiben los niveles más bajos de salud mental. Esta inequidad significa que existe una distribución inequitativa de factores que la promueven o protegen y de aquellos en detrimento de la misma. En los países desarrollados, la relación entre inequidad en el ingreso y la prevalencia de trastornos mentales está bien documentada (Goldie, Dowds, & O'Sullivan, 2014); entre éstos, destaca EUA como un país de altos ingresos, alta inequidad y elevadas prevalencias de trastornos psiquiátricos, que contrasta con países como Japón que exhibe un bajo nivel de estos últimos factores. Lo anterior es preocupante en países como México que no sólo tiene altos índices de pobreza sino desigualdad e inequidad social acentuadas, realidad que resulta inadmisibles desde un punto de vista moral y ético.

Por otro lado, es importante diferenciar las variables que median entre el contexto distal (estatus socioeconómico) y los resultados infantiles y adolescentes. Es decir, la familia constituye el nivel de salida de la estructura socioeconómica de un hogar. Así, se describen mecanismos intrafamiliares con mayor prevalencia en los ambientes de pobreza tales como malestar emocional (depresión, irritabilidad, labilidad emocional) y abuso de sustancias por parte de los padres; estilos de crianza menos firmes, más punitivos e inconsistentes; ambientes cada vez más caóticos, con menos estimulación y rutinas regulares y con restricciones para las oportunidades de aprendizaje, así como menor disponibilidad e interacción verbal parental (Lieberman, 2009; Walker, 2011).

Resulta de interés evaluar si el impacto deriva del ingreso *per se* o de otras condiciones familiares que concurren con la pobreza, tales como tender a ser familias monoparentales, con bajo logro educativo, con ocupaciones poco calificadas, en situación de desempleo o subempleo. Los diversos factores socioeconómicos afectan la salud en diferentes momentos del curso vital, operan a distintos niveles y a través de mecanismos causales diferenciales (Braveman *et al.*, 2005). De todos los componentes del ESE, la educación de los padres, en particular de la madre, constituye el indicador más relevante; en específico en EUA con frecuencia se considera un equivalente de dicho estatus.

DEL RIESGO A LA PROTECCIÓN: EVIDENCIA EMPÍRICA

Existe evidencia de la relación directa e indirecta entre factores económicos como el ESE y el desarrollo de trastornos mentales en la adolescencia (Conger, & Conger,

2002). Resulta cierto que los niños y adolescentes que pertenecen a niveles socioeconómicos más bajos o que atraviesan por crisis económicas son más reactivos a los estresores medioambientales. La literatura muestra de manera reiterada que en familias pobres y, o de escasos recursos, los padres presentan patrones de crianza limitados o inadecuados y que éstos a su vez están asociados con algunos marcadores como edad y escolaridad de sus respectivos padres (Garmezy, 1993; Luthar 2006; Sameroff & Rosenbaum, 2006). La mayoría de ellos tuvieron hijos a edades muy tempranas, lo cual estuvo relacionado con reducida escolaridad; ésta, a su vez, se asocia a pocas oportunidades de empleo y bajos ingresos por familia, lo que implica un riesgo acumulativo o multiplicativo.

En México se reporta investigación con adolescentes de la zona metropolitana de la Ciudad de México que viven en condiciones de pobreza (Altamirano, 2010; Barcelata, 2011; Barcelata & Lucio, 2012), realizada en contextos considerados de riesgo psicosocial y marginación por su bajo nivel de desarrollo y altos niveles de delincuencia (CONAPO, 2011). Entre los indicadores objetivos de la pobreza se consideró al ESEB y tomaron en cuenta la edad, escolaridad, ocupación de los padres y cantidad de dinero que éstos les daban diario a los adolescentes para gastar. Se encontró que cerca del 71% de los jóvenes presentaron más de tres indicadores de ESEB. También se observó relación entre éste y presencia o ausencia de adaptación, aunque no se encontró asociación entre percepción de pobreza y presencia de trastornos emocionales (Barcelata, 2011).

Estudios más recientes¹ enmarcados en el proyecto PAPIIT IN303512 (Barcelata, Villaseñor, Lucio *et al.*, 2012-2013) sobre factores de riesgo, protección y resiliencia en condiciones de adversidad económica con grupos de adolescentes de contextos escolares y clínicos de 13 a 21 años, muestran algunos datos relacionados a las características sociodemográficas de los adolescentes y sus familias que podrían resultar útiles para la planeación de acciones de salud mental.

La mayor parte de los estudios consideran que el ESEB y las condiciones riesgo psicosocial que viven los adolescentes representan un riesgo por su relación con la presencia de trastornos de salud mental (Galán, 2013), así como un aumento de conductas de riesgo (Armenta, 2014) y rasgos premórbidos de personalidad en adolescentes de muestras escolares (Luna, 2013).

Con respecto a las familias, se observa que la mayoría (84%) de los padres de los adolescentes son jóvenes, con un rango de edad entre 30 y 45 años. En cuanto a la escolaridad se observa que el padre tiende a presentar un mayor grado de escolaridad que la madre y que la mayoría sólo cursó la secundaria. Un alto porcentaje (65%) de los padres son obreros y empleados, y a pesar de que 50% de las madres son amas de casa, un número importante de éstas (30%) trabaja fuera de su hogar como obreras o empleadas (23%) y como afanadoras domésticas (8%). Llama la atención que cerca del 50% de las familias de los adolescentes son nucleares y consideradas intactas; 28% son monoparentales; 15%, extensas, mientras que 8% son reconstituidas. Otro dato importante es que en el 28% de los hogares el ingreso

¹ Algunos datos son descritos en capítulos posteriores.

proviene de ambos padres, aunque en casi 50% el principal proveedor todavía es el padre. Todos estos indicadores del ESEB resultaron significativos para medir el riesgo en términos de pobreza y poder identificar a aquellos adolescentes que, a pesar de la adversidad económica, mostraron adaptación, por lo que fueron considerados resilientes.

En dichos estudios, variables psicológicas como el afrontamiento evitativo o disfuncional se relacionó con mayor número de conductas internalizadas y externalizadas (Armenta, 2014). Algunos rasgos de personalidad como ansiedad, depresión, comportamiento antisocial y dificultades de contención emocional (Barcelata *et al.*, 2013; Barcelata, Luna *et al.*, 2013) se consideraron factores de riesgo asociados a la pobreza, lo cual se pudo comprobar a través de la comparación de adolescentes resilientes y no resilientes.

Asimismo variables familiares como baja comunicación y alto conflicto, así como percepción de apoyo familiar (Barcelata, Granados & Ramírez, 2013), junto con las prácticas parentales pueden ser un factor de riesgo que se asocia a la capacidad de adaptación de los adolescentes (Hernández, 2014). De manera consistente con la literatura (Brooks-Gunn *et al.*, 1997; Conger & Conger, 2002; Plunkett *et al.*, 1999), los datos muestran el riesgo latente que representa vivir en contextos de marginación económica y su efecto potencial para la presencia o experimentación de sucesos vitales adversos no normativos como episodios de depresión, abuso de consumo de alcohol, pérdida del empleo del padre, disminución de los ingresos (Barcelata, Granados & Armenta, 2013). Asimismo, se observó relación entre el afrontamiento adolescente y parental, lo cual evidencia la importancia que tienen los padres en los mecanismos de adaptación del adolescente (Molina, 2013).

Estos datos parecen reflejar la influencia indirecta de algunos aspectos macroestructurales, que impactan por ejemplo al mercado laboral en el cual muchas madres han tenido que insertarse, afectando a su vez el funcionamiento familiar a lo cual no todos los adolescentes y sus familias se han podido adaptar de manera positiva.

Por otra parte, la literatura también muestra que no todos los adolescentes presentan resultados desadaptados en contextos de pobreza. Se reconoce que aquellos que escapan a los efectos adversos de la pobreza presentan una combinación de factores de naturaleza biológica y psicosocial que los protegen de dichos efectos y los vuelve resistentes o resilientes.

Werner y Smith (1992) en su estudio sobre resiliencia ante eventos adversos, en particular con poblaciones en condiciones de pobreza, identificaron la existencia de dos grupos de factores protectores:

1. Internos: el temperamento y la personalidad. Características como autoconfianza, sociabilidad, responsabilidad, que en conjunto se denominó orientación social positiva y locus de control interno, así como un temperamento “fácil”, afectuoso y sociable, con tendencia a buscar apoyo y en general con habilidades psicosociales como la empatía contribuyeron a la resiliencia.
2. Externos: de índole familiar en especial, entre los que destacaron la cohesión y flexibilidad familiar.

Entre los factores personales de los adolescentes resilientes en contextos de pobreza y ESEB se reporta la capacidad intelectual o IQ, así como habilidades de lenguaje

y de razonamiento superiores en comparación con otros niños y adolescentes (Masten, Garmezy *et al.*, 1998). La presencia de una fuerte relación con una persona significativa se menciona como otro factor protector en ambientes de privación social y condiciones de pobreza (Barrera & Prelow, 2000; Rutter, 2002; Werner & Smith, 1992).

Aunque en México la investigación en resiliencia con adolescentes de ambientes de marginación y pobreza es bastante escasa, los resultados son consistentes con los estudios previos mencionados. Algunas investigaciones muestran que algunos rasgos de personalidad, evaluados con el MMPI-A, pueden proteger al joven que vive en ambientes de riesgo psicosocial. Entre dichas características están la capacidad de contención de impulsos, menor nivel de inmadurez, mayor interés en las personas; lo cual implica mayor empatía, tendencia a la extroversión, sentido de compromiso y responsabilidad, así como menos dificultades para el manejo de la autoridad (Barcelata *et al.*, 2013). Arenas, Lucio y colaboradores (2012) también observaron características similares en adolescentes resilientes de ambientes de presión social con riesgo suicida, quienes mostraron menores puntuaciones en inmadurez, impulsividad, baja autoestima, ansiedad y depresión. Otros estudios confirman que rasgos de personalidad “robusta” o “resistente” como control, compromiso y reto, así como la autoestima se relacionan con la resiliencia en niños y adolescentes con antecedentes de maltrato (González-Arratia, Fonseca *et al.*, 2011); y que el optimismo, locus de control y el afrontamiento activo son características asociadas con la resiliencia en adolescentes escolares (González-Arratia & Valdez, 2013).

El afrontamiento también es un factor considerado como protector por su frecuente asociación con la resiliencia ante situaciones de pobreza o adversidad económica y que éste tiende a ser un moderador entre la pobreza o el ESEB y la adaptación. Hay estudios que muestran evidencia de que estrategias de afrontamiento consideradas funcionales o productivas, como la búsqueda de apoyo social, la solución de problemas y la distracción tienen una influencia positiva en la adaptación, por lo que resulta ser el principal y más fuerte predictor de la resiliencia, junto con otras variables familiares como el apoyo familiar percibido que protege al adolescente de ambientes de adversidad económica (Barcelata, 2011; Barcelata, Durán *et al.*, 2012; Barcelata & Lucio, 2012).

Otros estudios también reportan que variables familiares como expresión, comunicación, unión o cohesión y bajo conflicto, son factores que se relacionan con la resiliencia tanto en el caso de adolescentes pequeños infractores y en situación de calle, que viven en contextos de riesgo psicosocial (González-Arratia, Valdez, Oudhof van Barneveld *et al.*, 2012).

Por otra parte la percepción del apoyo social, en particular el que proviene de la familia también se asoció con buen funcionamiento familiar (Ramírez, 2013), aunque el apoyo de los amigos también resultó importante; sin embargo, habría que investigar más ya que de acuerdo al contexto también puede convertirse en un factor de riesgo (Ramírez, Barcelata *et al.*, 2013). También las prácticas de crianza caracterizadas por calidez y buena comunicación, se asociaron a menor presencia de conductas internalizadas y externalizadas en adolescentes de escuelas multiproblemáticas ubicadas en zonas de riesgo de la zona metropolitana de la Ciudad de México (Hernández, 2014).

En fechas recientes, Walker (2011) destacó el valor protector de la lactancia y, en particular el de la educación materna en la crianza de los hijos. Este componente se identificará como uno de los relevantes en los programas de intervención a favor de la resiliencia que se discutirán en el último capítulo.

PROGRAMAS DE ABATIMIENTO DE LA POBREZA EN AMÉRICA LATINA

Los resultados de las evaluaciones de programas de educación y cuidados de la primera infancia (ECPI) en América Latina (AL) (Treviño, Toledo *et al.*, 2011) reportan un efecto positivo de éstos en el desarrollo individual, cuyos resultados se expresan en distintas dimensiones a lo largo de la vida del niño, con efectos moderados que son más acentuados mientras más vulnerable es el grupo tratado. Es difícil extrapolar los hallazgos de otros programas de intervención respecto a los resultados del desarrollo cognoscitivo, socioemocional y de participación en el sistema educacional ya que no pueden compararse con facilidad por las diferentes características de cada intervención. Los programas en América Latina tienen un destacado componente nutricional y de salud, con baja cobertura para la población de 0 a 3 años. Los programas de transferencias en efectivo se han implementado en México, por ejemplo a partir del llamado Programa Oportunidades (Fernald, Gertler *et al.*, 2008) y documentan efectos positivos a corto plazo en los resultados del desarrollo descrito y a mediano y largo plazo en el rendimiento académico. Es un tipo de política pública dirigida a la primera infancia bajo diseño experimental. El programa ejemplifica cómo los niños son con frecuencia el foco de inversión del capital humano en los programas de abatimiento de la pobreza, con la intención de darles herramientas para romper la transferencia intergeneracional de esta condición (Sen 1999, citado por Fernald 2008). No obstante, se señala que la repercusión de este programa en México en el desarrollo cognitivo ha sido muy baja en los niños más pobres. El programa se ha visto limitado en la medida que no ha impactado en la calidad de las escuelas y en la generación de “capital humano desde dentro de la familia, la escuela y la comunidad”, bajo un enfoque holístico (Villarreal, 2009).

CONCLUSIONES

La pobreza impone una adversidad no sólo entre naciones o entre habitantes de un mismo país, sino que tiene un origen en la inequidad biológica y psicosocial impuesta en forma temprana e individual en el recién nacido. Aún antes de nacer, al infante en pobreza se le prescribe una agenda social; esto resulta inaceptable para cualquier sociedad que reconozca los primeros años de vida como el sustento y la clave de una vida plena y productiva en el niño tanto como el progreso de una nación (UNICEF, 2014).

Lo anterior parece reforzar la idea de que la pobreza al igual que la resiliencia, es un fenómeno complejo multidimensional (Boltvinik, 2004; Valdini, 2001) del cual el ingreso económico podría ser sólo uno entre varios indicadores. Resulta más conveniente considerar al ESEB asociado a la pobreza y traducirla en términos de la combinación de algunos indicadores del nivel socioeconómico y la valoración subjetiva, como lo sugieren los estudios sobre desarrollo infantil y adolescente (Conger & Conger, 2002, Sameroff & Rosenbaum, 2006).

Significar la pobreza como un riesgo distal (Rutter, 2003) es útil siempre y cuando se tome en cuenta que puede variar en función de su interacción con otros factores distales como la cultura y de la combinación de factores proximales como la configuración y dinámica familiar, así como la percepción del entorno. Esto permite entender el valor de cada factor asociado a la pobreza en el desenlace adolescente, por lo que a pesar de que se reconoce el papel prioritario que asume la valoración subjetiva de las condiciones económicas, también resultan útiles otros indicadores socioeconómicos que parecen proporcionar más información sobre las condiciones de pobreza y los resultados adolescentes.

La niñez y adolescencia vislumbran un escenario difícil en muchos países, en particular en aquellos con mayor desventaja y desigualdad como México. En este sentido, la UNICEF (2012) señala que la experiencia infantil ocurre en el medio urbano cada vez con mayor frecuencia y muchos niños disfrutan de las ventajas que ofrece la vida urbana, como educación, servicios médicos e instalaciones recreativas. Sin embargo, son innumerables los casos que carecen de servicios esenciales, pese a tenerlos cerca, dado que en lugar de asistir a la escuela, se ven obligados a trabajar en condiciones de peligro y explotación. Las penurias que sufren los niños en las comunidades pobres suelen quedar ocultas por los promedios estadísticos en los cuales se basan las decisiones sobre asignación de recursos, lo que perpetúa esta situación. Debido a que dichos datos no hacen distinciones, la riqueza de algunas personas oculta la pobreza de otras y esto lleva a que niños y niñas que ya padecen carencias graves sigan privados de acceso a servicios esenciales y propone medidas urgentes para eliminar los obstáculos que atentan contra la inclusión de las personas menos favorecidas (UNICEF, 2012).

Lo anterior conlleva un reto ineludible para el equipo de salud que obliga a llevar a cabo acciones de salud mental en diferentes niveles que implican el trabajo con el propio adolescente, la familia, la escuela, los grupos de referencia y la sociedad en general. Si bien no se puede cambiar por completo la situación de marginación que viven muchos jóvenes, derivada de aspectos macroestructurales, sí se pueden llevar acciones de salud integral que promuevan entre otras habilidades para la vida como el afrontamiento o la búsqueda de apoyo social productivo que les permitan al adolescente y su familia enfrentar con éxito las condiciones de riesgo que impone la pobreza.

Urgen medidas de sectores múltiples (salud, educación, desarrollo social, derechos humanos, entre otros) que partan de un enfoque integral del desarrollo humano en el cual se reconozca el efecto deletéreo biológico y psicosocial de la pobreza, sin duda, el factor de riesgo más extendido, penetrante e “invisible” en los programas de salud de la infancia y la adolescencia.

REFERENCIAS

- Aguilera, R., Salgado, N., Romero, M. & Medina-Mora, M. (2004). Paternal absence and international migration: Stressors and compensators associated with mental health of Mexican teenagers of rural origin. *Adolescence*, 39(156), 711-723.
- Altamirano, O. (2010). Percepción psicosocial de la pobreza en alumnos de tres bachilleratos de la zona oriente y metropolitana del D.F. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México.
- Anzaldo, C. (2010). Evolución de la marginación urbana, 2000-2005. En Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México*. México: CONAPO. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/11.pdf>
- Arenas, P., Lucio, E. & Forns, M. (2012). Indicadores diferenciales de personalidad frente al riesgo suicida en adolescentes. *Revista Iberoamericana de Evaluación Psicológica -RIDEP-*, 32(2), 79-103.
- Armenta, R. (2014). Conductas de riesgo internalizadas y externalizadas: Su relación con el afrontamiento en adolescentes. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México.
- Barcelata, B. (2011). Factores personales y familiares predictores de la resiliencia en adolescentes en condiciones de pobreza. (Tesis inédita de doctorado). UNAM. México.
- Barcelata, B., Armenta, J. & Luna, Q. (Octubre, 2013). Estudio de la validez del Youth Self Report en adolescentes de la Ciudad de México. En M. E Márquez-Caraveo. (Coordinadora) *Salud mental, adolescencia, psicopatología y contexto*. Simposio llevado a cabo en el congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología, Guadalajara, México.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2012a). Coping strategies as predictors of resilience in adolescents with economic hardship. En P. Buchwald, T. Ringeisen & K. Kaniasty. (Eds.). *Stress and Anxiety. Application to Economic Hardship, Occupational Demands and Developmental Challenges*. (pp. 7-18). Berlín: Logos-Verlag.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2012b). Valoración subjetiva de los sucesos estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas, *Salud Mental*, 36(6), 513-520.
- Barcelata B., Granados A. & Ramírez A. (2013). Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Revista Mexicana de Orientación*, 10(24), 65-79.
- Barcelata, B. Granados, B., & Armenta, R. (2013). Adolescentes en Riesgo Psicosocial: Análisis por Sexo a partir de los Sucesos Vitales. *Revista de Psicología Eureka*, 10(2), 147-163.
- Barcelata, B. & Lucio, E. (2012). Fuentes de estrés y su influencia en la adaptación psicológica en jóvenes con adversidad económica. *En-Claves del pensamiento*, 6(2), 31-48.
- Barcelata, B., Lucio, E. & Durán, C. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Barcelata, B., Luna, Q., Granados A., & Lucio, E. (2013). Perfiles de personalidad de riesgo y protección de estudiantes con desventaja socioeconómica. En N. Ruvalcaba, J. L. Oliveros, G. Covarrubias, R. Flores y J. Gutiérrez (Coord.) *Aportes Interdisciplinarios en el ejercicio Profesional de la Salud Mental. Vol. II*. Impreso/libro electrónico.
- Barcelata, B., Villaseñor, M., Lucio, E., Márquez-Caraveo, M.E. & Granados, D.A. (2012). *Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias*. Proyecto PAPIIT IN303512 (2012-2013). Financiado por la Dirección de Asuntos Generales del Personal Académico (DGAPA). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Barrera, M. & Prelow, H. (2000). Interventions to promote social support in children and adolescents. En D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler & R. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. (pp. 309-340). Washington, DC: Child Welfare League Association Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Blanco, J. Zambrano, J. Orozco, R. *et al.* (2007). Drug use opportunities and the transitions to drug use among adolescents from the México City Metropolitan Area. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 128-134.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2008). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x.
- Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Cruz, C. & Méndez, E. (2009). Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. & Medina-Mora, M.E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483-490.
- Birch, H. G. & Gussow, J. D. (1970). *Disadvantaged children: health, nutrition and school failure*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Boltvinik, J. (2004). *Pobreza Desigualdad y Marginación en la Ciudad de México*. México: Dirección General de Desarrollo del Distrito Federal.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R. & Nock, M. (2008). Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41-52.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R. & Wang, P. S. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of World Health Organization*, 86(10), 757-764.
- Borges G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Familiar, I., & Wang, P. (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 32-39.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K., Metzler, M. & Posner S. (2005). Socioeconomic Status in Health Research: One Size Does Not Fit All. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294, 879-2888.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G. & Manito, N. (1997) Poor families, poor outcomes: The well-being of children and youth. En G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Consequences of growing up poor*. (pp. 1-17). Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Celis de la Rosa, A. (2004). La salud de los adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*, 45(1), 153-166.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL- (2006). *Informes Anuales. 1998-2003 América Latina, Crecimiento y Desempleo*. Recuperado de <http://www.cepal.org/americalatina/developloregion338/mexico.html>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL- (2007). *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2007*. Recuperado de <http://www.eclac.org/cgi-bin/gtprod.asp?Xml=/publicaciones/xml>
- Conger, R. & Conger, K. (2002). Reilience in midwestern families: Selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 64, 361-373.

- Consejo Nacional en Contra de las Adicciones (2004). *Estadísticas básicas*. Recuperado de http://www.conadic.org.mx/interior/menu_superior/investigación_y_estadística/mexico_contra_tabaquismo.html
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2013). México.
- Consejo Nacional de Población (2005). *Indicadores socioeconómicos e índice de marginación municipal*. México.
- Consejo Nacional de Población (2010). Situación actual de los jóvenes en México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/04.pdf>
- Consejo Nacional de Población (2011a). *Situación demográfica de México*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/index.php?Option=com_content&view=article&id=301&Itemid=418
- Consejo Nacional de Población (2011b). México en cifras. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/index.php?Option=com_content&view=article&id=149&Itemid=14
- Falicov, C. (2002). Ambiguous loss: Risk and resilience in latino immigrant families. En M. Suárez & M. Páez (Eds.). *Latinos: Remaking America*. (pp. 183-217). CA, USA: University of California Press,
- Federación Mundial de Salud Mental (FMSM, 2003). *Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/events/2007/World_mental_health_day/es/index.html
- Fernald, L., Gertler, P. & Neufeld, I., (2008). Role of cash in conditional cash transfer programs for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *The Lancet*, 371, 828-837.
- Flanagan, C. & Layfiel, G. (1999). Socioeconomic status. En C. A. Smith (Ed.), *The Encyclopedia of parenting theory and research*. (pp. 411-413). Westport, CT, EUA: Greenwood Press.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). *Estado mundial de la infancia 2012: niñas y niños en un mundo urbano*. Nueva York: UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *The United Nations Children's Fund. Early Childhood Development: The key to a full and productive life*. Nueva York: UNICEF.
- Galán, J. (2013). *Descripción de condiciones socioeconómicas en adolescentes mujeres con trastornos mentales*. Tesis inédita de especialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". México.
- Garnezy, N. (1993). Developmental psychopathology: Some historical and current perspective. En D. Magnusson & P. Casaer (Eds.), *Longitudinal research on individual development. Present status and future perspective* (pp. 95-126). Cambridge: University Press.
- Goldie, I., Dowds, J., & O'Sullivan, C. (sin año). Mental Health and Inequalities. *Mental Health Foundation*, 1-11.
- Gonzalez-Arratia, N.I., Fonseca, M., Valdez, J.L., & Gonzalez, S. (2011). Resiliencia autoestima y personalidad resistente en niños y adolescentes con antecedente de maltrato. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología Social y de la Salud*, 1, 51-61.
- Gonzalez-Arratia, N.I., & Valdez, J.L. (2013). Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *Ergosum*, 19(3), 207-214.
- Gonzalez-Arratia, N.I., Valdez, J.L., Oudhof van Barneveld, H., & Gonzalez, S. (2012). Resiliencia y factores protectores en menores infractores y en situación de calle. *Psicología y Salud*, 22(1), 49-62.
- González-Forteza, C., Villatoro, V.J., Alcántar, E., Medina, M.E., Fleiz, C., Bermúdez, P.L. & Amador, B. (2002). Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 25(6), 1-11.

- Hernández, M. (2014). Estilos parentales y su relación con la adaptación en la adolescencia temprana. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México.
- Huston, A. C., Mcloyd, V. C. & García-Coll, C. (1994). Children poverty: Issue in contemporary research. *Child Development*, 65, 275-282.
- Hsieh, M. & Shek, D. (2008). Personal and family correlates of resilience among adolescents living in single-parent households in Taiwan. *Journal of Divorce & Remarriage*, 49(3/4), 330-358.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2002). Encuesta Nacional de Juventud. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. México: Autor.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2008). Encuesta Nacional de Juventud. Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2002a). *Estadísticas Sociodemográficas y de Salud*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Censo de Población y vivienda 2010*. Recuperado de <http://inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/default.aspx?Tema=me&e=15>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2013). *Estadística a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales*. Recuperado de <http://inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/poblacion/default.aspx?Tema=me&e=15>
- Jaffee, S., Caspi, A., Moffit, T., Polo-Tomás, M. & Taylor, A. (2007). Individual, family, and, neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231-253.
- Joffre, V.M., García, G., Saldívar, A. Vázquez, F., & Lin, D. (2008). Consumo de tabaco en alumnos de secundaria. Resultados preliminares de la aplicación de una encuesta estructurada. *Gaceta Médica de México*, 144(4). 309-313.
- Juárez, F., Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Fleiz, C. & Medina-Mora, M.E. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28(3), 60-68.
- Juárez, F., Villatoro, J., Gutiérrez, M.L., Fleiz, C. & Medina-Mora, M.E. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: Mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28(3), 60-68.
- Levine, E. (2006). Riqueza y pobreza: Los trabajadores más pobres del país más rico; Los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. En E. Levine (Comp.), *La realidad económica actual y las corrientes teóricas de su interpretación: Un debate inicial*. México: Porrúa.
- Lieberman, A. F., & Osofsky, J. D. (2009). Poverty, Trauma, and Infant Mental Health. *Zero to Three*, november, 54-58.
- Lipina, S., & Posner, M., (2012). The impact of poverty on the development of brain networks. He impact of poverty on the development of brain networks. *Front Hum Neurosci*, 12(6), 1-12. doi: 10.3389/fnhum.2012.00238
- Lucio, E., Barcelata, B., Durán, C., & Villafraña, L. (2004). Sucesos de vida estresantes: Un estudio transcultural de adolescentes venezolanos y mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 17(1), 123-138.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. & Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5), 17-23.
- Lucio, E., Plascencia, M. & Zamarrón, G. (2005). Detección del riesgo suicida y otros problemas emocionales en una muestra de adolescentes de Aguascalientes. *Investigación y Ciencia*, 32, 115-127.

- Luna, Q. (2013). *Correlatos entre afrontamiento y personalidad en adolescentes*. Tesis inédita de licenciatura. UNAM, México.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. Vol. Three: Risk, Disorder and Adaptation. (pp. 739-795). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Maddaleno, M., Morello, P. & Infante-Espinola, F. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45(1), 5332-5339.
- Magnusson & P. Casaer (Eds.). *Longitudinal research on individual development. Present status and future perspective* (pp. 95-126). Cambridge: University Press.
- Márquez-Caraveo, M. E. (2007). *Percepción de crianza y ajuste académico social en adolescentes*. Tesis inédita de doctorado. UNAM, México.
- Márquez, R. (2009). Jóvenes y delincuencia. Este país, 217, 43-46. Recuperado de http://estepais.com/inicio/.../217/6_propuesta_jovenes_marquez.pdf.
- Masten, A., Best, K. & Garmeszy, N. (1991). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A. S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D. S., Larkin, K. & Larsen, A. (1998). Competence and stress in school children: The moderating effects of individual and family qualities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29(6), 745-764.
- McCulloch, A., & Goldie, I. (2010). Understanding mental health. In: I. Goldie (Ed). *Public Mental Health Today*. (pp 235-254). Brighton, Inglaterra: Pavilion Publishing Ltd.
- Meave, S. (2009). *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo, elementos para la intervención preventiva con adolescentes escolares*. (Tesis inédita de doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Meave, S. & Lucio, E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual: Una experiencia con adolescentes en escuelas públicas. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(36), 203-222.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C. *et al.* (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M, Borges, G, Lara, C. *et al.* (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773-1783.
- Menkes, K. & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 35, 1-31.
- Nuño, B., Celis de la Rosa, A. & Unikel, C. (2009). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61(4)286-293.
- Organización de Naciones Unidas (2008). Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Datos de México. 1990-2000. División de Estadística de las Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Techgroup. Recuperado de <http://www.millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/data.aspx?Cr=484>
- Organización Mundial de la Salud -OMS-(2011). Salud y desarrollo del niño y del adolescente. Recuperado de http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/
- Organización Panamericana de la Salud -OPS- (2011). *Salud y desarrollo del adolescente*. Recuperado de <http://paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/adolhome.html>

- Ortiz, A., Martínez, R., Meza, D., Soriano, S. Galván, J. & Rodríguez, E. (2007). Uso de drogas en la Ciudad de México: Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). *Salud Mental*, 30(4), 41-46.
- Peña, F., Ulloa, F. & Páez, F. (1999). Co-morbilidad del trastorno depresivo mayor en adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental*, número especial, 1-5.
- Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., De Castro, F., Leyva, A., Chávez, R., Chávez, M. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324-333.
- Plunkett, S., Henry, C. & Knaub, P. (1999). Family stressor events, family coping, and adolescent adaptation in farm and ranch families. *Adolescence*, 34(33), 146-168.
- Puentes, E., López, L. & Martínez, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2), 102-109.
- Ramírez, A. (2013). Interacción del sexo, la edad y el tipo de familia en la percepción de apoyo social en adolescentes. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México.
- Ramírez, A., Barcelata, B. & Granados, A. (2013, octubre). Apoyo social percibido en estudiantes de contextos: Urbano y rural. En M. E Márquez-Caraveo. (Coord.) *Salud mental, adolescencia, psicopatología y contexto*. Simposio llevado a cabo en el Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología, Guadalajara, México.
- Reading, R. (1997). Poverty and the health of children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 76, 463-467.
- Russel, M. (2004). Actitudes y normas subjetivas asociadas a las intenciones y a la actividad física en niños y adolescentes mexicanos: Un estudio transversal. (Tesis inédita de maestría). Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Rutter, M. (2002). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & Sh. Weintraub. *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. (pp. 181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2003). Genetic influences on risk and protectin: Implications for understanding resilience. En S.S. Luthar, (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp. 740-783). Nueva York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. & Rosenblum, K. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annuary of New York Academy Science*, 1094, 116-124. doi: 10.1196/annals.1376.010
- Sánchez, L.M., Llerenas, A., Anaya, R. & Lazcano, E., (2007). Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública de México*, 49(2), 182-193.
- Sánchez, R., Borda, M., Torres, P. & Lozano, O. (2002). Conductas de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes y adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 9, 15-23.
- Santos, J., Villa, J., García, M. A.; León, G. Quezada, S. & Tapia, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45(1), 5140-5152.
- Secretaría de Desarrollo Social -SEDESOL- Comité técnico para la medición de la pobreza. (2002). Medición de la pobreza. Variantes metodológicas y estimación preliminar. Serie: Documentos de investigación 1. México: Autor.

- Secretaría de Salud (2006). Principales causas de mortalidad en población de 15 a 24 años. Recuperado de <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/sns/vitales/cuadro8a.html>
- Székely, M. (2005). *Desmitificación y Nuevos Mitos Sobre la Pobreza. Escuchando lo que dicen los Pobres*. México: Porrúa.
- Serrano, G. & Flores, M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230.
- Sobrino, J. (2010). *Migración urbana*. México: CONAPO. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2010/10.pdf>
- Soriano, A., Ortiz, A., & Galván, J. (2006). *Sistema de Reporte de Información en Drogas SRID. Resultados y tendencias 1987-2004. Serie Estadística en Farmacodependencia. Tendencias en el área metropolitana*. México: CONACYT.
- Soto, L. & Nuño, B. (2009). Asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y características escolares en bachilleres. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 10(1), 69-77.
- The Lancet (2011). Global Mental Health 2011. Recuperado de <http://www.thelancet.com>
- The United Nations Children's Fund. (2007). Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries: a comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre.
- The United Nations Children's Fund. (2014). *Early Childhood Development: The key to a full and productive life*. UNICEF.
- Thompson, R., Flood, M. & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder and Adaptation*. (pp. 1-37). Nueva York: John Wiley & Sons, Inc.
- Treviño, E., Toledo, G., & Cortínez, M. (2011). ¿Son la educación y los cuidados de la primera infancia los grandes igualadores de oportunidades en América Latina? *Centro de Políticas Comparadas de Educación*, 24, 1-19.
- Tuirán, R. (2012). Encuesta Nacional de la Juventud 2010. Los jóvenes y la educación. Secretaría de Educación Pública. Recuperado de <http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/2249/1/images/vf-jovenes-educacion-ninis.pdf>
- Valdini, L. (2001). *Perspectiva de la pobreza. Orientación económica*. México: Lorna.
- Villarreal, M.G.; López, E.; Bernal, P.; Escobedo, J., & Valadez, L. (2009). Rendimiento académico de alumnos de secundaria beneficiarios del Programa Oportunidades en comunidades rurales y semiurbanas de Chiapas y Nuevo León. *Región y Sociedad*, mayo-agosto, 127-164.
- Villatoro, J., Hernández, I., Hernández, H., Fleiz, C., Blanco, J. & Medina-Mora, M. E. (2004). Encuestas Nacionales de Consumo de Drogas de Estudiantes III 1991-2003. Recuperado de <http://www.inprf.org.mx/sociales/enuestas/Encuesta%2055.html>
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcanzar, M. I. et al. (2001). Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal. México: Instituto Nacional de Psiquiatría-Secretaría de Educación Pública.
- Villegas, C. (2009). Competencia maternal percibida y habilidades de afrontamiento en adolescentes. (Tesis inédita de doctorado). Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Wadsworth, M. & Compas, B. (2002). Coping with family conflict and economic strain: the adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 243-247.
- Wadsworth, M., Raviv, M.A., Compas, B. & Connor-Smith, J. (2005). Parent and adolescent responses to poverty related stress: Tests of mediated and moderated coping models. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 283-298.

- Wagner, F., González-Forteza, C., Aguilera R.M., Ramos-Lira, L. Medina-Mora, M.E. & Anthony, J. (2003). Oportunidades de exposición al uso de drogas entre estudiantes de secundaria de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 26(2), 22-32.
- Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, et al. (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369, 145–157. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2)
- Walker, S., Wachs, T., Grantham-Mcgregor, S., Black, M., Nelson, C. & Huffman, S. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet*, 378, 1325-1338. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60555-2
- World Federation for Mental Health –WFMH- (2006). Making Mental Health a Global Priority. World Mental Health Day: Building awareness-reducing risk: mental illness and suicide. Recuperado de <http://www.wfmh.org/00worldmentalhealthday.html>
- World Health Organization –WHO- (2007). Child and adolescent health and development. Progress Report 2006-2007. Recuperado de http://www.who.int/child_adolescent_health/en/html.

Afrontamiento y personalidad en adolescentes en contextos de riesgo

Quetzali Yuritzi Luna Martínez

La adolescencia es una etapa que, debido a su naturaleza, implica la adaptación a diversas situaciones que pueden ser o no generadoras de estrés. La manera en que los jóvenes reaccionen ante las múltiples situaciones dependerá en parte de la percepción subjetiva de cada evento como estresante. La forma particular de respuesta ante los sucesos experimentados como estresantes puede tener repercusiones tanto positivas como negativas.

Los eventos inherentes a todos los sujetos que se encuentran en la fase adolescente son conocidos como normativos, ya que son sucesos esperados de acuerdo a esta etapa del desarrollo y, por tanto, suelen no ser tan agobiantes; un ejemplo de ellos son los cambios puberales. Los hechos no normativos son aquellos cuya incidencia es menor, no son predecibles y en consecuencia no se pueden controlar, por ello pueden incidir de forma negativa en cada joven, por ejemplo, el divorcio de los padres (Barcelata, 2007).

Asimismo, los adolescentes pueden verse afectados por estresores agudos que se presentan de forma abrupta y son de gran intensidad como la muerte de algún familiar. Cuando se trata de una exposición prolongada a la situación o factor estresante, como lo es la situación de pobreza se habla de estresores crónicos. De manera independiente a la clasificación que se prefiera tomar en cuenta, es un hecho que el estrés derivado de estos acontecimientos puede relacionarse con alteraciones en el desarrollo (Barcelata, 2007; Coleman & Hendry, 2003). Debido a lo anterior, se ha prestado gran atención a la forma en la que los adolescentes reaccionan para enfrentar las demandas del medio ambiente.

En este contexto surge el estudio del afrontamiento. Si bien el término ha adquirido una gran popularidad actual, no es un concepto nuevo; por ello es preciso tener en cuenta las aportaciones que permitieron el desarrollo teórico y metodológico del tema.

ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS EN EL ESTUDIO DEL AFRONTAMIENTO

Se considera que existen dos posturas clásicas en el estudio del tema, una de ellas se basó en el modelo animal. Sus planteamientos fueron influenciados por la teoría de Darwin, desde cuya perspectiva el afrontamiento se concebía como aquellos actos que le permitían a un individuo controlar las condiciones aversivas del entorno y reducir el grado de perturbación psicofisiológica. La otra, que se basaba en la teoría psicoanalítica, equiparaba el afrontamiento con los mecanismos de defensa y pretendía identificar y clasificar estilos o rasgos para afrontar situaciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1991).

El modelo animal, al ser considerado simplista y poco funcional, fue dejado de lado; mientras que el modelo psicoanalítico de rasgos y estilos fue cuestionado con fuerza, en particular por Lazarus y Folkman, quienes establecieron un nuevo modelo al plantear al afrontamiento como un proceso consciente, intencionado, que tiene como objetivo una respuesta y que permite la adaptación del individuo a las demandas de un estresor dado. Estos autores definieron el afrontamiento como: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1991, p.164).

Esta nueva perspectiva tuvo una gran aceptación pues se describió el afrontamiento como un proceso cambiante en consecuencia de las continuas evaluaciones del individuo y el entorno. De acuerdo a este modelo, la evaluación tiene un papel crítico en la forma en cómo responde un individuo a cualquier factor generador de estrés.

La evaluación primaria es un patrón de respuesta inicial en el proceso de estrés en el que la persona puede evaluar la situación en cuatro modalidades de valoración: de amenaza, de pérdida, de desafío y de beneficio y se relaciona con el efecto emocional del acontecimiento cargado de estrés; mientras que la evaluación secundaria implica una valoración más cognitiva de la pertinencia de la amenaza y la percepción de las habilidades y competencias para enfrentarse a ellas (Coleman & Hendry, 2003).

El modelo transaccional de Lazarus y Folkman tuvo gran impacto y se ha convertido en una de las teorías con mayor aplicación en el estudio del afrontamiento. Además, funge como sustento primordial de una de las dos aproximaciones generales que se reconocen en la actualidad respecto al tema. La perspectiva contextual, que entiende al afrontamiento como un proceso transitorio basado en esquemas cognitivos y la elección de respuestas específicas ante una situación determinada (Beutler, Moos & Lane, 2003).

Por otro lado, la perspectiva disposicional habla de estilos de afrontamiento, que pueden ser considerados como patrones bastante estables y duraderos del comportamiento que caracterizan a la persona cuando se enfrenta a situaciones que requieren alguna respuesta (Beutler *et al.*, 2003). Los estilos de afrontamiento reflejan formas características de responder a los cambios de cualquier tipo de ambiente.

En este sentido, se ha sugerido la redefinición de este término como un proceso de personalidad. Otros autores que han incursionado en el tema desde la perspectiva disposicional han señalado las respuestas inconscientes, automáticas e involuntarias como aspectos del afrontamiento (Connor-Smith & Flachsbart, 2007).

Connor-Smith y Flashbart (2007) consideran que la investigación moderna del afrontamiento inició cuando Lazarus y Folkman diferenciaron las funciones entre el dirigido a la emoción y el que lo hace hacia el problema. El primero es aquel que regula la respuesta emocional y aparece cuando se ha evaluado que no se puede hacer algo para cambiar la situación generadora de estrés; en tanto que el segundo pretende manipular o alterar el entorno y, por tanto, el factor estresante. Ambos modifican la relación entre el factor generador de estrés y el individuo (Lazarus & Folkman, 1991).

El estudio del afrontamiento en la población joven ha logrado un mayor consenso al establecer que el afrontamiento que involucra compromiso hacia las fuentes de estrés y las reacciones emocionales se asocian con menos problemas emocionales y conductuales. Mientras que el que procura alejarse de los estresores está asociado con más problemas de ajuste (Connor-Smith & Compas, 2004).

PRINCIPALES CLASIFICACIONES

Existen diferentes intentos por clasificar los tipos de afrontamiento, en muchos casos los autores crearon clasificaciones e instrumentos a partir de la teoría de Lazarus y Folkman de manera completa o parcial. A continuación se hará mención de algunas de éstas en función de los instrumentos usados en la actualidad para medir estrategias y estilos de afrontamiento.

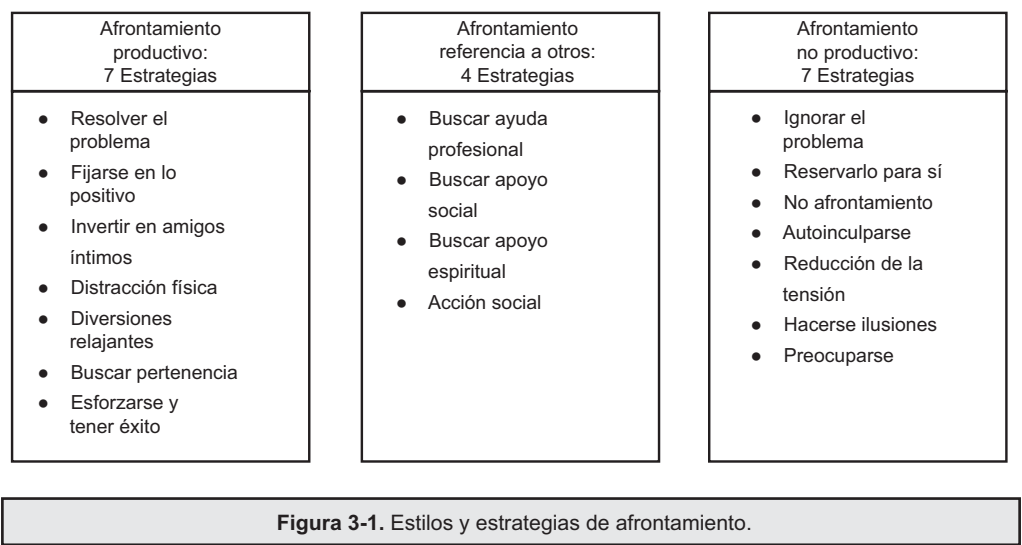
Carver, Sheirer y Weintraub (1989) tomaron como base el modelo de Lazarus al igual que el de autorregulación de Bandura para elaborar su propia clasificación y evaluar el afrontamiento con el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (por sus siglas del inglés *Coping Estimation*). Además, es de resaltar que el instrumento cuenta con una versión disposicional y otra situacional (Carver *et al.*, 1989). La estructura del cuestionario al igual que el modelo de los autores contempla la existencia de tres estilos de afrontamiento dentro de los cuales se agrupan trece estrategias de la siguiente manera:

- Centrado en el problema: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales.
- Centrado en la emoción: búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, negación y acudir a la religión.
- Estilo maladaptativo: enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual y desentendimiento mental.

MODELOS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES

Investigadores como Frydenberg, han retomado como referencia los conceptos de estrés y afrontamiento desarrollados por Lazarus (Lazarus & Folkman, 1991) enfocándose específicamente en el afrontamiento adolescente. Esta investigadora define el término como los sentimientos, pensamientos y acciones que un individuo emplea para lidiar con las demandas de una situación (Frydenberg, Eacott & Clark, 2008). Identifica 79 descriptores de las acciones de afrontamiento, que se constituyen en los reactivos de la Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (Adolescent Coping Scale, por nombre original en inglés ACS: Frydenberg & Lewis, 2000), los cuales se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento, que forman parte de tres formas o estilos básicos de afrontamiento: Productivo, No Productivo, y en Referencia a Otros, cuya distribución se presenta en la Figura 3-1. Tanto el “Afrontamiento Productivo”, denominado así por Fridenberg et al., (2008) como el de “Referencia a Otros”, pueden ser considerados como productivos, ya que el primero refleja la tendencia a abordar las dificultades de forma directa, tratando de enfrentando y dar solución a la situación y el segundo implica compartir las preocupaciones con los demás y buscar soporte en ellos, no obstante, dependiendo del contexto no siempre puede resultar productivo, en términos de las consecuencias para el adolescente. El “Afrontamiento No Productivo” se denomina así porque las estrategias se orientan más bien a la evitación.

Un enfoque similar es el presentado por Seiffge-Krenke (2000) quien considera importante la funcionalidad del afrontamiento, a la vez que estableció la existencia del afrontamiento activo e interno, que puede ser equiparable con el centrado en el problema y en la emoción, respectivamente, los cuales englobó en lo que consideró un estilo funcional de afrontamiento.



El estilo funcional se refiere a los esfuerzos para manejar el problema o los estresores, ya sea por medio de la búsqueda activa de apoyo, acciones concretas de búsqueda de solución o reflexiones sobre las soluciones posibles, pero sin llegar a la rumiación. El estilo de afrontamiento disfuncional se caracteriza por una falla en la solución del problema y se refiere a las defensas tales como la negación o la represión, que también involucra una actitud pesimista que conduce a la evitación. Esta forma de enfrentar los problemas refiere la falta de control de sentimientos, la cual puede tener una función importante, en especial en los sucesos que se consideran más allá del control personal o donde la acción directa está inhibida por obstáculos externos (Colleman & Hendry, 2003; Lucio & Villarruel, 2008).

En cuanto a la medición del afrontamiento del adolescente, Seiffge-Krenke (2000) desarrolló el Cuestionario de Afrontamiento a través de Situaciones (CASQ, por sus siglas del inglés *Coping Across Situations Questionnarire*), el cual comprende 20 estrategias posibles, entre las que se incluyen cuestiones como dirigirse a los amigos, a los padres, establecer un compromiso, rehusar preocuparse, esperar lo peor, utilizar drogas para olvidar el problema, entre otras. Una de las ventajas de este cuestionario es que evalúa las estrategias de afrontamiento usadas en ocho diferentes dominios, de modo que permite identificar aquellas que los jóvenes usan por ejemplo cuando tienen problemas en la escuela, con sus amigos o con sus padres.

El modelo de Connor-Smith y Compas (2004) identifica 19 estrategias de afrontamiento englobadas en cinco factores, el cual puede ser esquematizado como se muestra en la figura 3-2; en el que, dichos autores dan importancia a las respuestas

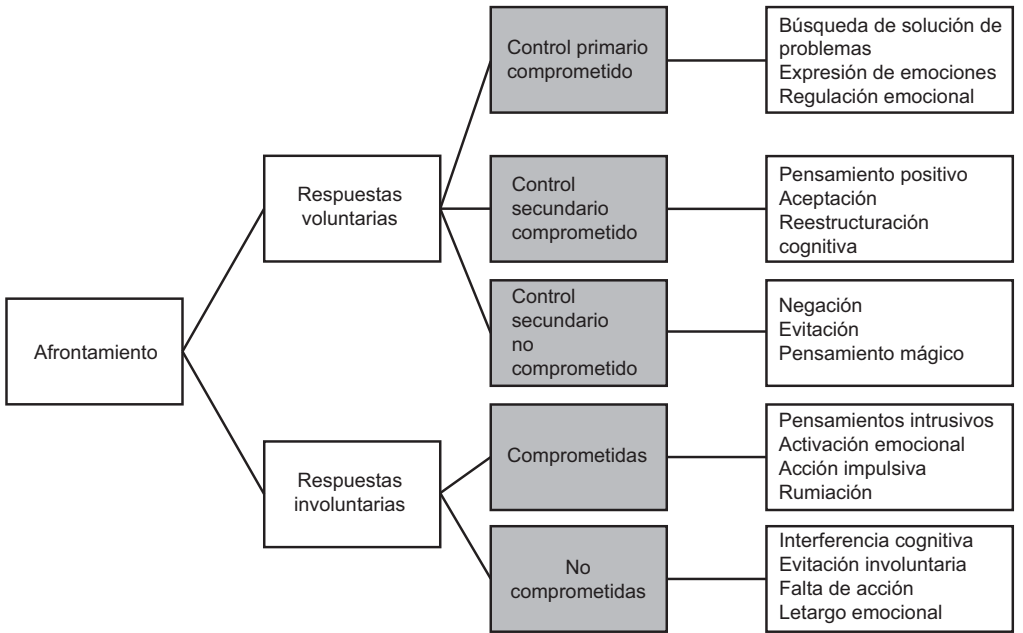


Figura 3-2. Modelo de afrontamiento de Connor-Smith y Compas.

voluntarias e involuntarias, ya que las consideran a ambas en el proceso de afrontamiento y las subdividen en dos rubros: el afrontamiento comprometido (aproximación), que implica los intentos activos para manejar una situación o las emociones asociadas y el no comprometido (evitación), que implica el distanciamiento de la situación o los sentimientos estresantes.

En función de las metas se encuentran el afrontamiento de control primario que está dirigido a cambiar el factor de estrés o las emociones relacionadas a través de estrategias tales como la resolución de problemas o regulación de las emociones y el afrontamiento de control secundario, que es usado para facilitar la adaptación al estrés a través de estrategias tales como la aceptación o reestructuración cognitiva (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Desde este modelo se considera que las respuestas involuntarias y no comprometidas son las más disfuncionales.

AFRONTAMIENTO: HALLAZGOS DE INVESTIGACIÓN

En cuanto a las formas de afrontamiento de los adolescentes, los resultados adquieren mayor variabilidad cuando se toman en cuenta el sexo, la edad y el país de origen de los jóvenes. Algunos estudios que utilizan como instrumento la Escala de Afrontamiento del Adolescente (ACS) señalan que los adolescentes en general se inclinan por afrontar de manera productiva al hacer uso de estrategias como la distracción física, búsqueda de diversiones relajantes e invertir tiempo en amigos íntimos (Gómez, Luengo *et al.*, 2006). Otros más coinciden al señalar estas estrategias, a su vez añaden la búsqueda de pertenencia, y como estrategia improductiva el preocuparse (Martín, Lucas *et al.*, 2011).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, destaca que las segundas prefieren un afrontamiento de referencia a los otros, como buscar apoyo social y pertenencia. Aunque también se sabe que pueden emplear estrategias poco productivas y disfuncionales; por ejemplo, preocuparse y hacerse ilusiones (Martín, Lucas *et al.*, 2011; Samper, Tur *et al.*, 2008). Mientras que los hombres tienden a usar estrategias de evitación, pero también de afrontamiento interno como la distracción física, reservar el problema para sí e ignorar el problema (Gómez *et al.*, 2006; Martínez & Morote, 2001).

Algunos estudios indican diferencias importantes en la forma en que los adolescentes afrontan en función de la cultura. En este sentido resalta el estudio realizado por Gelhaar y colaboradores (2007) quienes buscaron comparar los estilos y estrategias de afrontamiento de siete países de la Unión Europea donde utilizaron el CASQ. El estudio reveló que los adolescentes de todas las nacionalidades emplean principalmente afrontamiento funcional tanto activo como interno con diferencias en el uso de estrategias específicas. La diferencia más importante en el afrontamiento activo fue entre alemanes y portugueses, ya que los primeros tienden más a enfocarse a resolver el problema en comparación, en particular, con los portugueses. Sin embargo, también los croatas, presentan más altos puntajes que los italianos y los

portugueses, quienes tienden a buscar principalmente apoyo de otras personas. El afrontamiento interno fue el que presentó mayores variaciones debidas a la cultura. Se observó que los suizos, así como los alemanes y croatas, presentan los valores más altos en estrategias como pensar en una solución, mientras los italianos y los portugueses, piensan menos en sus problemas o aceptan sus límites. En cuanto al uso de la retirada como estrategia de afrontamiento, la diferencia más notable fue respecto al uso del alcohol, la cual utilizan con mayor frecuencia los alemanes y croatas, y en menor medida los italianos.

Otros estudios han coincidido al establecer diferencias en el afrontamiento en función de factores culturales, tal es el caso de adolescentes europeos (de origen español) y de América Latina. Los primeros optan por un afrontamiento productivo, mientras que los segundos recurren a la búsqueda de apoyo espiritual o bien a la falta de afrontamiento (Samper, Tur *et al.*, 2008). En general, los resultados apuntan a que los adolescentes de diferentes partes del mundo tienden a hacer uso de estrategias activas e internas más que de evitación.

Algunos autores creen importante estudiar la respuesta de afrontamiento en un contexto determinado, pues consideran que las variaciones en el comportamiento de coping dependen del tipo de situación estresante (Gelhaar *et al.*, 2007). Así, en la investigación intercultural de adolescentes europeos señalada con anterioridad se encontraron formas similares de afrontar en los dominios de problemas con los pares, donde al parecer los adolescentes tienden a hacer un mayor uso de afrontamiento activo. Sin embargo, también encontraron marcadas diferencias en el dominio de problemas en la escuela, en la cual por ejemplo los adolescentes alemanes hacen un mayor uso de afrontamiento activo y los portugueses de evitación.

En este sentido, coinciden los resultados de Romero y Palacio (2011), quienes indagaron las fuentes de estrés de estudiantes colombianos de educación secundaria y las estrategias más usadas ante estas situaciones. Respecto a las fuentes de estrés destacan el saber que su rendimiento académico es bajo, ser castigados por indisciplina y presentar un examen. Se observó que los estudiantes de la muestra utilizaban con mayor frecuencia la solución de problemas y búsqueda de apoyo social, es decir, estrategias consideradas funcionales.

Como se ha hecho mención, el estudio del afrontamiento en adolescentes ha generado mayor interés al considerarse la adolescencia un periodo que exige adaptarse a múltiples cambios y situaciones, que de no ser afrontados de formas positivas pueden generar consecuencias para la salud física y mental del adolescente.

Así lo demuestran diversos estudios realizados que reflejan el uso de estilos y estrategias improductivas de afrontamiento (no afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema y reservarlo para sí) y conductas de riesgo como la ideación suicida, consumo de drogas, conducta sexual desprotegida y problemática. De forma inversa, se sabe que el afrontamiento productivo, de aproximación y orientado a la solución de problemas es más usado por adolescentes que no presentan las conductas de riesgo mencionadas (Della, 2006; Samper *et al.*, 2008; Teva, Bermudez & Buela, 2011).

En otros casos se han podido identificar estrategias que más allá de asociarse con una adaptación positiva en los jóvenes, pueden predecirla, como por ejemplo la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y distracción. Por otro lado, las

de rumiación y conducta autolesiva predicen problemas de desajuste y actúan como factores de riesgo (Barcelata, Durán *et al.*, 2012).

También se considera que las estrategias de afrontamiento activas y productivas se encuentran asociadas con mayor nivel de bienestar psicológico como son resolver el problema o esforzarse y tener éxito. Por el contrario, estrategias de afrontamiento no productivo como reducción de la tensión, autoinculparse y falta de afrontamiento se encuentran asociadas con un bajo nivel de bienestar psicológico (Figueroa *et al.*, 2005; González, Montoya *et al.*, 2002).

PERSONALIDAD Y CONDUCTAS DE RIESGO

El estudio de la personalidad en adolescentes se ha desarrollado con fines de diagnóstico clínico pero también ha permitido la identificación de diversas características individuales que hacen proclives a los jóvenes de presentar problemas de salud y ajuste psicosocial; además de tomar en cuenta que diversos trastornos que prevalecen en la población adulta mexicana inician en la franja de edad correspondiente al periodo adolescente (Medina-Mora, Borges *et al.*, 2003). Se ha enfatizado el estudio de factores de riesgo y protección que permitan prevenir la aparición de trastornos que afecten la calidad de vida de los adolescentes y puedan extenderse hasta la edad adulta, en la cual en muchos casos generan incapacidad para desarrollarse de manera productiva en el contexto social en que se encuentran inmersos.

Los factores de riesgo son las características detectables en un individuo, familia o grupo que señalan una mayor probabilidad de sufrir un daño. Por el contrario, los protectores favorecen el desarrollo humano y permiten a un individuo, familia o grupo mantener la salud o recuperarla (Donas, 2001).

Al igual que la conducta de afrontamiento, los factores personales se reconocen como características que se asocian e incluso pueden influir en la forma en que los adolescentes encaran las dificultades cotidianas o aquellas no normativas y pueden aminorar o exacerbar algunas conductas de riesgo que afecten su salud. Destaca el consumo de sustancias adictivas, debido a la alta prevalencia de consumo de drogas tanto legales como ilegales, en ambos casos son los hombres quienes presentan mayor riesgo (Villatoro *et al.*, 2011). Sin embargo, el caso de las drogas legales ha aumentado el consumo en las mujeres en los últimos años sobre todo respecto a la ingesta de alcohol (Medina-Mora *et al.*, 2012; Villatoro *et al.*, 2012).

También la conducta suicida es considerada un problema de salud, ya que el intento de suicidio y el suicidio consumado se ha incrementado durante los últimos años, por lo que éste último se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad en adolescentes de entre 14 y 19 años, rango que representa 10.64% del total de muertes por suicidio. En el grupo de 15 a 24 años es la tercera causa de muerte (Borges, Orozco, *et al.*, 2010; Palacios, Sánchez & Andrade, 2010).

Por último, la conducta sexual desprotegida ha fomentado el desarrollo de diversas estrategias de prevención con la idea de reducir el impacto de las consecuencias como el gran número de personas que padecen enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y el embarazo adolescente (Meave, 2008; Meave & Lucio, 2008).

Respecto a los factores internos, variables como la baja autoestima, sentimientos de baja autoeficacia, la búsqueda de sensaciones, impulsividad, comportamiento oposicionista, malestar o sintomatología depresiva y dificultades en la socialización son características individuales que se encuentran presentes en las y los jóvenes que asumen las conductas de riesgo mencionadas (Calvete & Estévez, 2009; Lucio & Hernández, 2009; Toro, Paniagua, González, & Montoya, 2006; Vinet, Faundez & Larraguibel, 2009).

En relación a los métodos de evaluación de la personalidad, existen diferentes instrumentos para obtener datos con fines de investigación; éstos están diseñados para evaluar rasgos y actitudes que son bastante estables a través del tiempo y las situaciones (Dumont, 2010). Muchas de las características de personalidad que se han reportado como relacionadas a conductas de riesgo son evaluadas con cuestionarios de autoinforme específicos de algún dominio, mientras que en otros casos se utilizan inventarios globales (Burger, 2008; Dumont, 2010); dentro de éstos, los más destacados y dirigidos a la medición de la personalidad en población infantil y adolescente se encuentran: *The Behavior Assessment System for Children -Self-Report of Personality* (BASC-SRP), *Personality Inventory for Youth* (PIY), *Youth Self-Report* (YSR), *Millon Adolescent Clinical Inventory* (MACI) y por último el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory Adolescents* (MMPI-A), (Frick & Kamphaus, 2000).

El MMPI-A y el MACI son algunos instrumentos empleados en la evaluación de jóvenes que presentan diversas conductas de riesgo. En el caso del consumo de alcohol, la poca capacidad para seguir las reglas, la tendencia al aislamiento, rasgos que reflejan impulsividad y poca capacidad para el manejo de emociones, se encuentran presentes en jóvenes que consumen alcohol y drogas. En resumen, aquellos con tendencia a comportarse de forma oposicionista y desafiante se encuentran en mayor riesgo de desarrollar alguna adicción (Fantín, 2006; León, 2008; Vinet, Faúndez & Larraguibel, 2009; Vinet & Faúndez, 2012).

En el caso del riesgo suicida, de nuevo se encuentran presentes rasgos de aislamiento y ensimismamiento en hombres y mujeres con intento de suicidio; sin embargo, en los hombres destaca también la preocupación por la salud, así como en las mujeres la tendencia a mostrar un comportamiento impulsivo y poca capacidad para seguir las reglas; además de sintomatología depresiva y el reconocimiento de problemas con el alcohol y drogas, lo cual sugiere que algunas conductas de riesgo pueden presentarse asociadas entre sí (Lucio & Hernández, 2009).

Por otro lado, los adolescentes que presentan conductas sexuales de riesgo al parecer tienden a ser ansiosos, desconfiados y susceptibles; asimismo, parecen propensos a aislarse y a experimentar sentimientos de tristeza y depresión. Respecto a los hombres se puede decir que tienden a presentar un comportamiento oposicionista y rebelde, muestran falta de sensibilidad y tendencia a decir mentiras, también pueden tener desacuerdos importantes con sus padres y problemas para seguir las reglas en la escuela y obedecer a figuras de autoridad. De modo similar, las mujeres pueden tener una actitud rebelde y con tendencia a decir mentiras, así como a presentar quejas somáticas y dificultades para concentrarse. Tanto en hombres como en mujeres se presenta la tendencia a asumir otros comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol y drogas (Meave, 2008).

Respecto a las características personales consideradas positivas en tanto se alejan de los comportamientos riesgosos mencionados, se considera que los jóvenes que prestan más atención a su cuerpo, muestran mayor interés por su salud al igual que aquellos que asumen una actitud modesta, responsable, que requieren de reconocimiento social y que poseen una adecuada autoestima, son aquellos que presentan menos comportamientos que pueden afectar su salud como las conductas sexuales desprotegidas, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (Fantín, 2006; Meave, 2008; Vinet & Faúndez, 2012). De igual forma, son aquellos jóvenes que se insertan de manera apropiada en centros escolares y presentan un buen rendimiento académico (Monzón, 2001).

AFRONTAMIENTO Y PERSONALIDAD

El interés por estudiar los rasgos de personalidad en relación a la conducta de afrontamiento surge en parte al identificar características comunes en las personas que presentan reactividad física y psicológica ante el estrés (Matthews, Deary & Whiteman, 2009). Abordar el estudio del tema en particular en adolescentes deviene entre otras cosas por las razones que ya han sido expuestas: ambas variables son identificadas como asociadas con la asunción de conductas de riesgo que pueden afectar la salud de los jóvenes en diferentes áreas.

Se considera que en la actualidad se vislumbra la tercera generación en el estudio del tema tanto en investigación como en teoría, debido a que hoy día se cuenta con modelos e instrumentos más confiables para evaluar la personalidad (Eksi, 2010). Esto le ha dado mayor realce a la perspectiva disposicional que en un inicio se había asociado con la teoría psicodinámica y, por tanto, había carecido de fundamento empírico.

Diversos estudios realizados en población adolescente brindan un panorama consistente, en tanto que sugieren características de personalidad que reflejan estabilidad emocional asociadas con el uso de estrategias de afrontamiento productivo. Mientras que aquellos rasgos o características que reflejan inestabilidad emocional se relacionan con el manejo de las de afrontamiento improductivo o disfuncional.

En un estudio realizado en adolescentes argentinos (Fantín, Florentino, & Correché, 2005) a través de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis, y el Inventario de Personalidad Adolescente de Millon se obtuvieron correlaciones entre tres estilos de afrontamiento (dirigido al problema, dirigido a la emoción y afrontamiento improductivo) y estilos de personalidad básica. Los resultados indicaron que los adolescentes que muestran las estrategias más disfuncionales tienden a presentar labilidad emocional, marcados cambios en sus conductas, sentimientos de inseguridad y minusvalía. Los que presentan estilos dirigidos al problema tienden a ser formales, eficientes y conscientes de las normas sociales, evitan situaciones impredecibles y manifiestan estados de ánimo estables. También, pueden ser expresivos, encantadores y tienden a buscar experiencias nuevas. Por último, los adolescentes que usan el estilo dirigido a los demás pueden describirse

como extrovertidos, emotivos, expresivos y confiados en sus capacidades, aunque egocéntricos.

Resultados similares fueron obtenidos al explorar la relación entre los rasgos de la personalidad y los estilos y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes preuniversitarios de Lima, Perú (Cassaretto, 2010). En este caso se aplicó el Inventario de Personalidad NEO Revisado: NEO PI-R y el Inventario de Estimación del Afrontamiento: COPE. Los resultados arrojaron asociaciones importantes y significativas (correlaciones moderadas). Neuroticismo se asoció de forma positiva con el estilo mal adaptativo de afrontamiento y de manera negativa con el centrado en el problema; extraversión se relacionó con el estilo centrado en la emoción, en específico con la interpretación positiva; por último, consciencia correlacionó con el estilo centrado en el problema de forma positiva y de manera negativa con el estilo mal adaptativo.

Este estudio realizado por Cassaretto (2010) permitió observar las asociaciones positivas entre facetas específicas de la personalidad como aspiraciones al logro, disciplina y reflexión con el afrontamiento centrado en el problema. Otras, como ansiedad, hostilidad y depresión se asociaron con el estilo maladaptativo; mientras que benevolencia se relacionó con el estilo centrado en la emoción.

En función de estos resultados se puede apreciar que los adolescentes que tienen un estilo maladaptativo son quienes presentan mayor inestabilidad emocional. Además, aquellos con mayores puntajes en neuroticismo realizan menores esfuerzos para resolver o cambiar el estresor. En cuanto a las personas con alta extraversión, podrían desarrollar un afrontamiento mixto, ya que se asoció con el uso de las estrategias de reinterpretación positiva y búsqueda de apoyo social (Cassaretto, 2010).

Con una población similar en Bogotá (Contreras, Espinoza & Esguerra, 2009) se evaluaron ambas variables en adolescentes con una edad promedio de 18 años. Al igual que en estudios anteriores se halló una relación negativa entre estilos de afrontamiento activo como solución de problemas, reevaluación positiva, apoyo social y neuroticismo; lo cual de nuevo sugiere que la presencia de este dominio de la personalidad implica respuestas tanto pasivas como maladaptativas de afrontamiento ya que, además, en este caso se encontró una relación positiva entre este dominio y estrategias como la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta.

Por otro lado, dominios de extraversión, amabilidad y consciencia se asociaron con estrategias activas y racionales, lo cual indica que individuos sociables, amables y responsables tienen mayor probabilidad de acudir a estrategias que implican el apoyo social, la evaluación positiva y focalizarse en la solución del problema.

Martínez y colaboradores (2005) hallaron asociación entre las estrategias de afrontamiento y características de personalidad que pueden influir en el desempeño académico de estudiantes universitarios. Los resultados indican que las personas que tienden a asumir un afrontamiento dirigido a la solución del problema son comunicativas y buscan la estimulación externa de forma constante, además son sociables y confían en sus habilidades. Mientras que aquellos con afrontamiento dirigido a la emoción tienden a ser más optimistas y creativos, pero también pueden ser más inseguros, sumisos y tal vez se les dificulte tomar decisiones.

Si bien los resultados son consistentes en muestras de jóvenes latinoamericanos, también coinciden con los hallazgos obtenidos en otros países. Eksi (2010),

por ejemplo, obtuvo correlaciones entre consciencia y las estrategias, acudir a la religión, optimismo y reservarlo para sí. Esta última, junto con búsqueda de apoyo social también se asoció con extraversión en jóvenes turcos con una edad promedio de 22 años.

En un estudio realizado en estudiantes universitarios alemanes también se obtuvieron asociaciones negativas entre neuroticismo y solución de problemas, reestructuración cognitiva y rumiación. De igual forma, se obtuvo una asociación negativa entre apertura a la experiencia y el afrontamiento centrado en la emoción. Uno de los objetivos principales del estudio fue establecer si una respuesta de afrontamiento observada podía predecir la impresión de la personalidad de un modo que reflejara lo establecido en la literatura. En relación a lo cual se observó que el comportamiento de afrontamiento que puede considerarse funcional en respuesta a un factor de estrés interpersonal predice una impresión más favorable de la personalidad. Mientras que un afrontamiento disfuncional contribuye a una impresión desfavorable; con lo cual queda de manifiesto la importancia de la respuesta de afrontamiento y sus consecuencias en el funcionamiento social (Geisler, Wiedig-Allison et al., 2009).

Desde una perspectiva un poco diferente en cuanto al afrontamiento Hambrick y Mccord (2010) estudiaron a través del modelo de cinco factores la relación entre la personalidad y el afrontamiento proactivo, el cual es considerado como un estilo que caracteriza a las personas por dirigirse hacia una meta y evaluar los factores estresantes como un reto que les motiva a superarse. Sus datos indican que el perfil de personalidad de alguien con afrontamiento proactivo, y que por ende cuenta con una gran capacidad para adaptarse al medio, es el que tiene un alto contenido de consciencia, en particular logro-esfuerzo, extraversión (sobre todo alegría), y amabilidad, en especial altruismo. Por otro lado presentaría bajas puntuaciones en neuroticismo, en especial depresión. Concluyen que este tipo de personas serían más proclives a poseer un afrontamiento amortiguador del estrés.

Como puede apreciarse, en la actualidad ha tenido una gran aceptación para trabajar con el modelo de los cinco factores en la evaluación de la personalidad, sin embargo la magnitud de las correlaciones ha sido variable en diferentes muestras y con el uso de múltiples instrumentos de personalidad y afrontamiento se complica en algunos casos la interpretación de los resultados.

Con el objetivo de aclarar y homogeneizar los hallazgos en relación al tema de la personalidad y el afrontamiento Connor-Smith y Flashbart (2007) realizaron un metaanálisis que incluía datos de 165 muestras independientes en el cual ajustaron los rasgos de personalidad al modelo de los cinco factores y codificaron las estrategias de afrontamiento al modelo jerárquico creado por ellos, en donde se encuentran en un nivel general el afrontamiento comprometido y el no comprometido. Dentro del primero se encuentran el afrontamiento de control primario y secundario; por último, en el nivel más específico se incluyen las estrategias de afrontamiento como son: evitación, búsqueda de apoyo social, solución de problemas, aceptación, negación, entre otras.

Los resultados arrojaron una relación positiva entre el afrontamiento Comprometido y las dimensiones consciencia, apertura a la experiencia y extraversión, así como asociación negativa entre el afrontamiento no comprometido y las dimensio-

nes de agradabilidad y consciencia y una relación positiva entre la dimensión del afrontamiento no comprometido y neuroticismo. En cuanto al afrontamiento de control primario, se halló una correlación positiva entre éste y extraversión, apertura a la experiencia y consciencia. Mientras que el afrontamiento de control secundario se asoció también de forma positiva con extraversión y apertura a la experiencia.

Además se evaluaron algunos posibles moderadores de esta relación y se concluyó que la severidad del estresor y el sexo son uno de los principales moderadores de la relación. Los autores consideran que la personalidad puede afectar de manera directa la selección de la estrategia de afrontamiento y de forma indirecta al influir en la exposición al estrés, la reactividad al estrés, o incluso en la percepción de los recursos de afrontamiento. Asimismo, opinan que la evaluación de ambas variables debe centrarse en facetas y estrategias específicas y no sólo en dominios, facetas o dimensiones generales.

Autores como Jang, Thordarson, Stein, Cohan y Taylor (2007) consideran que si bien el afrontamiento no es sólo manifestación de los rasgos de personalidad, tal vez esta última pueda moderar la adquisición del estilo de afrontamiento, mediar la flexibilidad de éste o influenciar la preferencia de los estilos. De igual forma, a través de un estudio que realizaron con gemelos concluyeron que existen algunos tipos de afrontamiento que pueden tener un componente hereditario y, por tanto, estarían más influenciados por la personalidad. Tal sería el caso del afrontamiento centrado en la emoción, el enfocado en la tarea y la distracción social.

Otros autores (Kirchen, Forns *et al.*, 2010) que se han concentrado en el afrontamiento del adolescente también sugieren que algunas estrategias de afrontamiento podrían suscitarse en una situación específica, mientras que otras pueden ser más bien disposicionales. Kirchen y colaboradores (2010) realizaron un estudio longitudinal para evaluar la estabilidad y consistencia del afrontamiento en una muestra de adolescentes españoles. El afrontamiento de evitación resultó ser más estable en los hombres, mientras que las mujeres mostraron mayor estabilidad en las estrategias: búsqueda de orientación, solución de problemas y afrontamiento de aproximación. Además, los autores señalan que parece ser el afrontamiento de las chicas sobre el que se puede considerar el componente disposicional, más que el de los hombres.

En el área clínica algunos autores como Beutler y colaboradores (2003) consideran que asignar el tratamiento correcto en función del estilo de afrontamiento puede promover cambios en las habilidades de éste. Mediante el uso del MMPI han distinguido entre el estilo internalizante (reflejado por las escalas Hs, D, Pt, y Is) que se beneficiaría de acuerdo a los autores con intervenciones dirigidas al desarrollo del insight y el estilo externalizante (Hi, Dp, Pa y Ma), el cual se vería favorecido por terapias conductuales. Además, señalan que algunas características de personalidad podrían dotar al individuo de un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento como son el optimismo y la autoconfianza. Por último, se suman a aquellos que sostienen que los estilos de afrontamiento, en un momento dado pueden predecir las respuestas específicas de éste.

¹ Estudio realizado gracias al financiamiento de la DGAPA a través del Proyecto PAPIIT IN303512.2 de la UNAM.

AFRONTAMIENTO Y PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES MEXICANOS EN RIESGO

En fechas recientes Luna (2013) evaluó la relación entre afrontamiento y personalidad en adolescentes estudiantes de nivel secundaria y bachillerato de entre 13 y 18 años de edad con un promedio de edad de 15.3 años, de los cuales 48.5% fueron hombres y 51.5% mujeres. En cuanto al estado civil, 98% de la muestra era soltero y la mayoría, 70% de ellos, vivía con ambos padres; 25 % pertenecía a familia monoparental y 5% vivía con familia extensa. Todos los participantes residían en la Ciudad de México y zona conurbada y asistían a escuelas públicas ubicadas en colonias consideradas por la CONAPO (2010) como de alto riesgo y bajo desarrollo social.¹

Para la evaluación de la personalidad se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes, MMPI-A, y para medir el afrontamiento el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes, CA-A (Lucio & Villarruel, 2008) el cual se basa en el modelo de Connor-Smith y Compas, al igual que en el de Seiffge Krenke junto con una ficha de datos sociodemográficos.

Los resultados de la muestra indican un mayor uso de estrategias no productivas y disfuncionales, como la evitación, rumiación e impotencia y conducta autolesiva. Aunque señalan, en contraste con otros estudios, que las mujeres hacen mayor uso de estrategias disfuncionales, en particular rumiación y respuestas fisiológicas.

En lo que se refiere a la evaluación de la personalidad, los resultados sugieren que los hombres podrían ser más proclives a presentar conductas de riesgo para su salud. Aunque las diferencias en cuanto al sexo no resultaron estadísticamente significativas, los varones presentaron mayores puntajes que las mujeres en escalas del MMPI-A que se consideran como predictoras del desajuste adolescente; mostraron características como problemas de conducta, desconfianza, susceptibilidad, ansiedad, obsesividad, enojo y baja autoestima, entre otras. De acuerdo a lo planteado por Beutler y colaboradores (2003), lo anterior sugiere que los hombres adolescentes presentan un perfil de afrontamiento externalizante.

En cuanto a la asociación entre ambas variables (cuadros 3-1 a 3-3) las correlaciones obtenidas fueron moderadas. Se destacaron asociaciones entre escalas clínicas como hipocondriasis, esquizofrenia y desviación psicopática y las estrategias de rumiación e impotencia y conducta autolesiva, lo que indica que la tendencia a presentar conductas antisociales, aislamiento, susceptibilidad y ansiedad serían características presentes en aquellos adolescentes que recurrieran a estrategias disfuncionales y poco productivas (cuadro 3-1). Lo que coincide un tanto con otros hallazgos, ya que se asocian a características de personalidad que implican cierto grado de inestabilidad emocional (Cassaretto, 2010; Contreras *et al.*, 2009).

Las asociaciones dadas en las escalas de contenido muestran correlaciones acorde a lo reportado en la literatura, ya que por el contrario, estrategias productivas, voluntarias y comprometidas como la solución de problemas, (Fantín *et al.*, 2005; Connor-Smith & Flashbart, 2007), se asoció de manera negativa con problemas familiares y escolares (cuadro 3-2) e indicó que los jóvenes con estrategias dirigidas a la solución del problema se adaptan mejor a su contextos inmediatos como son la familia y la escuela. Además, al parecer cuentan con una mejor autoestima y se fijan metas positivas a futuro.

Cuadro 3-1. Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y escalas básicas del MMPI-A

	Solución proble- mas	Respon- sas fisio- lógicas	Rumia- ción	Evita- ción	Bús- queda apoyo s.	Distrac- ción	Impo- tencia y conducta autole- siva	Religio- sidad
Hs	-.254**	.207**	.317**	.174**	.178**	-.169**	.327**	.034
D	-.253**	.051	.214**	.057	-.182**	-.209**	.261**	-.015
Hi	-.244**	.019	.105*	.099*	-.121**	-.208**	-.195**	.001
Dp	-.285**	.150**	.374**	.195**	.275**	-.075	.340**	-.018
Pa	-.238**	.157**	.291**	.180**	-.175**	-.100*	.360**	.034
Pt	-.187**	.328**	.470**	.192**	-.184	-.004	.356**	.034
Es	-.243**	.276**	.428**	.275**	-.243	-.058	.419**	.046
Ma	-.042	.214**	.265**	.206	-.149**	.110*	.240**	.077
Is	-.234**	.134**	.257**	.058	-.149**	-.165**	.238**	.080

Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación psicopática (Dp), Masculinidad Feminidad (Mf), Masculinidad Feminidad (Mff), Paranoia(Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomanía (Ma), Introversión Social (Is).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En general, los resultados ratifican a solución de problemas (estrategia activa) como una estrategia funcional, ya que se asoció de manera negativa con características que reflejan malestar emocional, al relacionarse de manera negativa con todas las escalas clínicas, al igual que con inmadurez y la tendencia al consumo de alcohol y, o drogas, o ambos, pertenecientes a las escalas suplementarias.

Búsqueda de apoyo social también tuvo una relación negativa con la presencia de rasgos que implican desajuste psicosocial como son depresión y enajenación (cuadro 3-2), asociados a trastornos emocionales de importancia como la depresión o problemas de control de impulsos (Benjet *et al.*, 2009; Lucio & Hernández, 2009; Palacios, 2010), lo cual era de esperarse en función de la teoría que la sugiere como una estrategia positiva y funcional. A pesar de esto, se asoció en forma positiva con aspiraciones limitadas, lo cual puede indicar que si bien el buscar soporte de los demás puede favorecer el ajuste en los adolescentes, también podría conducir a asumir

Cuadro 3-2. Correlaciones entre estrategias de afrontamiento y Escalas de Contenido del MMPI-A

	Solu- ción proble- mas	Respues- tas fisio- lógicas	Rumia- ción	Evita- ción	Bús- queda apoyos.	Distrac- ción	Impo- tencia y Conducta Autole- siva	Reli- giosi- dad
ANS-A	-.180**	.333**	.412**	.152**	.173**	-.018	.328**	.084
OBS-A	-.099**	.294**	.373**	.133**	.114**	.089*	.250**	.046
DEP-A	-.254**	.266**	.470**	.204**	-.237**	-.077	.394**	.010
SAU-A	-.259**	.215**	.302**	.205**	-.176**	-.177**	.390**	.070
ENA-A	-.241**	.144**	.333**	.161**	-.249**	-.056	.321**	-.028
DEL-A	-.086*	.228**	.267**	-.231**	-.123**	.024	.297**	.072
ENJ-A	-.121**	.328**	.348**	-.126**	-.141**	.092*	.199**	.042
CIN-A	.060	.180*	.232**	.085*	-.057	.102*	.090*	.017
PCO-A	-.145**	.174**	.288**	.207**	-.236**	.017	.206**	.042
BAE- A	-.308**	.223**	.351**	.181**	-.211**	-.089*	.352**	-.019
ASL-A	-.373**	.029	.161**	.093*	-.295**	-.176**	.186**	-.157**
ISO-A	-.177**	.027	.132**	.032	.126**	-.146**	.192**	-.045
FAM-A	-.288**	.213**	.358**	.234**	-.329**	-.083	.371**	.003
ESC- A	-.306**	.182**	.326**	.203**	-.277**	-.060	.280**	-.016
RTR-A	-.235**	.203**	.348**	.205**	-.184**	-.059	.339**	.009

Ansiedad (ANS-A), Obsesividad (OBS-A), Depresión (DEP-A), Preocupación por la Salud (SAU-A), Enajenación (ENA-A), Pensamiento Delirante (DEL-A), Enojo (ENJ-A), Cinismo (CIN –A), Problemas de conducta (PCO-A), Baja Autoestima (BAE- A), Aspiraciones Limitadas (ASL –A), Inconformidad social (ISO-A), Problemas Familiares (FAM-A), Problemas escolares (ESC- A), Rechazo al tratamiento (RTR-A).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).
** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

una actitud de desinterés y baja motivación al logro. Esto implicaría la necesidad de cuestionarse respecto a la calidad y la fuente del apoyo recibido.

En particular la asociación positiva entre búsqueda de apoyo social y problemas familiares y escolares fue un hallazgo contradictorio respecto a lo planteado en la literatura. Sin embargo, podría suponerse que la fuente y la calidad del apoyo social que obtienen los jóvenes pueden resultar hasta cierto punto perjudicial, lo cual se

Cuadro 3-3. Correlaciones entre estrategias de afrontamiento y escalas suplementarias del MMPI-A

	Solu- ción de proble- mas	Res- puestas fisioló- gicas	Rumia- ción	Evita- ción	Búsque- da de Apoyo social	Dis- trac- ción	Impo- tencia y Con- ducta Autole- siva	Reli- giosi- dad
MAC-A	-.070	.230**	.261**	.167**	.167**	-.094*	-.221**	.028
RPAD	-.244**	.136**	.264**	.206**	-.208**	-.019	-.300**	.040
TPAD	-.251**	.137**	.259**	.179**	-.341**	.002**	-.163	-.029
INM-A	-.346**	.161**	.348**	.252**	-.302**	-.101*	-.362**	-.010
A-A	-.131**	.316**	.448**	.166**	.443**	.035	.295**	.019
R-A	-.122**	.270**	.174**	-.117**	-.151**	-.168**	-.080	-.071

Ansiedad (A-A), Represión (R-A), Alcoholismo (Mac-A), Reconocimiento de problemas con alcohol y drogas (RPAD), Tendencia a problemas con Alcohol y Drogas (TPAD), Escala de Inmadurez (INM-A).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

vería reflejado en esta relación con la presencia de dificultades en casa y escuela. En contra parte, podría deberse a que los adolescentes que experimentan dificultades en la escuela y hogar buscan obtener soporte en otras personas.

En las escalas suplementarias las estrategias disfuncionales (rumiación, evitación, impotencia y conducta autolesiva) parecen presentarse en jóvenes que pueden caracterizarse por ser sobre todo inmaduros y ansiosos. Mientras que aquellos que hacen uso de estrategias funcionales tanto activas como internas (solución de problemas y búsqueda de apoyo social) presentan menores niveles de inmadurez (cuadro 3-3).

Las estrategias que evalúan la tendencia a presentar problemas con el alcohol y las drogas se relacionaron de manera negativa con solución de problemas e indicaron que la pasividad en el afrontamiento puede relacionarse con la presencia de trastornos por consumo de alcohol, una de las conductas de riesgo que impacta de forma importante en los adolescentes y se ve reflejado tanto en la demanda de servicios como en la prevalencia de trastornos (Benjet *et al.*, 2009; Medina-Mora *et al.*, 2012; Villatoro *et al.*, 2011).

Los resultados de dicha investigación establecen un precedente importante respecto hacia donde se deben dirigir los esfuerzos para intervenir y promover la adquisición de estrategias de afrontamiento a través de programas de prevención eficaces elaborados en función de las características y necesidades de la población mexicana.

CONCLUSIONES

Múltiples estudios realizados respecto al afrontamiento en adolescentes develan la importancia de este proceso en relación al ajuste psicosocial de los jóvenes, con las implicaciones concomitantes. Con ello, se ha demostrado la importancia de abordar el estudio del tema desde una perspectiva más amplia, tomando en cuenta algunas variables como el sexo, país de origen o contextos particulares para generar intervenciones que promuevan en los adolescentes el aprendizaje y desarrollo de estrategias saludables en función de características específicas y de acuerdo a cada contexto.

Respecto a la evaluación de la personalidad como variable asociada al riesgo se han identificado de manera consistente algunas características como la impulsividad, sintomatología depresiva, tendencia a la introversión y ansiedad como las más frecuentes que se presentan en adolescentes con tendencia a asumir diversas conductas de riesgo.

Al igual que en el caso del afrontamiento, la identificación de estas características, se ha realizado con la finalidad de generar programas de intervención y prevención cuyo principal objetivo ha sido reducir el riesgo en este rango de la población. Ya que, si bien la adolescencia es considerada una etapa de vulnerabilidad debido a los múltiples cambios que conlleva, conocer aquellas particularidades presentes en los jóvenes que presentan riesgo, podría servir para potencializar los recursos del adolescente.

En cuanto a la relación entre afrontamiento y personalidad, es preciso señalar que la diversidad de instrumentos de afrontamiento y personalidad dificulta el estudio del tema. En el caso particular de la personalidad, la amplia gama de instrumentos de los que se dispone hoy en día brinda desde luego la posibilidad de realizar evaluaciones más confiables y objetivas al tomar en cuenta características más específicas y diversas de la personalidad. Sin embargo en relación al estudio del tema ha predominado el empleo de instrumentos basados en el modelo de los cinco factores aunque no siempre son los más usados con fines de detección de trastornos en el área clínica.

La magnitud de las correlaciones en diferentes estudios ha sido variada, sin embargo muchos resultados son consistentes al indicar que características de Neuroticismo, las cuales reflejan la presencia de malestar emocional, se encuentran asociadas a estrategias disfuncionales y poco productivas. Mientras que aquellas estrategias de afrontamiento consideradas como productivas pueden presentarse en jóvenes con rasgos de personalidad que funcionan como factores protectores, y que se han relacionado con menor malestar emocional.

En un intento por validar y armonizar las dos principales perspectivas teóricas (contextual y disposicional) diversos autores como Frydenberg o Seiffge-Krenke reconocen la existencia de estrategias englobadas en estilos de afrontamiento. Esta postura, resulta la más integradora y congruente, respaldada de manera empírica por la innegable asociación entre ambas variables, a pesar de la ya mencionada variabilidad en la fuerza de la relación.

Por último, hondar en el estudio del tema resulta necesario para esclarecer la naturaleza de la asociación entre ambas variables. Además permitiría comprender el

papel que juegan las características de personalidad y la conducta de afrontamiento en relación a los factores estresantes y al resultado derivado del uso de unas u otras estrategias y estilos. Los datos podrían contribuir a desarrollar acciones para fortalecer las estrategias de afrontamiento que resultan funcionales en los adolescentes donde se reconoce la importancia del contexto en el cual se desarrollan los chicos y en particular cuando se trata de ambientes de riesgo psicosocial.

REFERENCIAS

- Barcelata, B. (2007). Evaluación clínica y psicológica en la adolescencia. En M. García (Comp.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología* (pp. 37-76). México: Porrúa-UNAM.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio E. (2012). Coping strategies as predictors of resilience in adolescents with economic Hardship. En K. Moore, K. Kaniasty & P. Buchwald (Eds.), *Stress and Anxiety: Application to economic hardship occupational demands, and developmental challenges* (pp. 7-17). Berlín: Logos Verlag.
- Barcelata, B., Lucio E. & Márquez-Caraveo, M. E. (julio, 2012). The MMPI-A as adaptation measure: A comparative study in two samples of low income adolescents. Trabajo presentado en la 20th IACAPAP World Congress, París.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Enrique Méndez, E. *et al.*, (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31, 155-163.
- Beutler, L., Moos, R. & Lane, G. (2003). Coping, Treatment Planning, and Treatment Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1151-1167. doi: 10.1002/jclp.10216.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4), 292-304.
- Burger, J. M. (2008). *Personality* (7a ed.). Belmont: Thomson & Wadsworth.
- Butcher, J., Cabiya, J., Lucio E. & Garrido, M. (2009). *Aplicación del MMPI-2 y el MMPI-A en pacientes hispanos*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Calvete, E., & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones* 21(1), 49-56.
- Cassaretto, M. (2010). Relación entre la personalidad y afrontamiento en adolescentes preuniversitarios. *Revista Vanguardia Psicológica* 1(2), 202-225.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Coleman, J., & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata, S, L.
- Connor-Smith, J. & Compas, E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3):347-368.
- Connor-Smith, J. & Flashbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A Meta Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107. doi: 10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Contreras, F., Espinosa, J. & Esguerra, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*. 8(2), 311-322.
- Della, M. (2006). Estrategias de afrontamiento (*coping*) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38(3), 1-15.

- Dumont, F. (2010). *A History of Personality Psychology. Theory, science and research from hellenism to the twenty first century*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Donas, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad. En: S. Donas (Comp.) *Adolescencia y juventud en América Latina*. (pp. 491-499). Cartago, Costa Rica: Libro Universitario Regional.
- Eksi, H. (2010). Personality and coping among Turkish College students: A Canonical Analysis. *Educational Sciences: Theory and practice*, 10(4), 2159-2176.
- Fantin, M. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18(3), 284- 292.
- Fatin, M., Florentino, M. & Correché, M. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la Ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, VI (11), 163-180.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levin, M. et al. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Frick, P. & Kamphaus, R.W. (2000). *Evaluación clínica de la personalidad y la conducta del niño y del adolescente*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Frydenberg, E., Eacott, Ch. & Clark, N. (2008). From Distress to Success: Developing a Coping Language and Programs for Adolescents. *The Prevention Researcher*. 15(4), 8-12.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2000). *Escalas de Afrontamiento para Adolescentes -ACS- (3ª ed.)*. Madrid: TEA.
- Geisler, F., Wiedig-Allison, M. & Weber, H. (2009). What Coping Tells about Personality. *European Journal of personality*, 23, 289-306. doi: 10.1002/per.709
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., Macek P., Steinhusen H.C. & Winkler, C. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: a seven-nation study from central, eastern, sothern, and northern Europe. *Psychology Press*, 4(2), 129-136. doi: 10.1080/17405620600831564
- Gómez, J. A., Luengo, Á., Romero, E., Villar, P. & Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3) 581-597. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305>
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Hambrick, E. P. & McCord, D. M. (2010). Proactive coping and its relation to the Five Factor Model of Personality. *Individual Differences Research*, 8(2), 67-77.
- Jang, K. L., Thordarson, D. S., Stein, M. B., Cohan, S. L. & Taylor S. (2007). Coping Styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress and Coping*, 20(1), 17-24. doi: 10.1080/10615800601170516
- Kirchner, T., Forns, M., Amador, J. A. & D. Muñoz (2010). Stability and consistency of coping in adolescence: A longitudinal study. *Psicothema*, 22(3), 382-388.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- León, R. I. (2008). *Personalidad, sucesos de vida y consumo de bebidas con alcohol en adolescentes de educación Media Superior*. (Tesis inédita de maestría) Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Lucio, E. & Hernández, Q. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(1), 33-40.
- Lucio, E. & Villarruel, B. (2008). Assessment of coping in adolescents: Considerations for developing coping questionnaires for teenagers. En P. Buchwald, (Ed.), *Stress and Anxiety Applications to Life Span Development and Health Promotion*. (pp. 65-74). Berlín: Logos Verlag.

- Luna, Q. Y. (2013). *Correlatos entre afrontamiento y personalidad en adolescentes*. (Tesis inédita de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México.
- Martín, G., Lucas, B. & Pulido, R. (2011). Diferencias de género en el afrontamiento en la adolescencia. *Brocar*, 35, 157-166.
- Martínez, P. & Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19(2), 212-236.
- Martínez, V., Arenas, M.C., Casado, E., Ahumada, N. *et al.* (2005). La influencia de los estilos de personalidad en la elección de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de examen en estudiantes de 4º año de psicología de la UNSL. *Fundamentos en Humanidades*, VI(2), 173-194.
- Matthews, G., Deary, I. J., & M. C. Whiteman (2009). Stress. En Authors (Eds.), *Personality Traits* (pp. 269-300). Reino Unido: Cambridge University Press.
- Meave, S. (2008). *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo, elementos para la intervención preventiva con adolescentes escolares*. Tesis inédita de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Meave, S. & Lucio, E. (2008). Barreras y estrategias para la investigación en salud sexual. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 36(13), 203-222.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. *et al.* (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-16.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Fleiz, C., Téllez, M. *et al.* (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Palacios, J. Sánchez, B. & Andrade, P. (2010) Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(1), 53-75.
- Romero, F. & Palacio, J. (2011). Estilos de afrontamiento y vida académica en estudiantes de secundaria. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 7(1), 26-33. Recuperado de <http://www.tipica.org>.
- Samper, P., Tur, A., Mestre, V. & Cortés (2008). Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 431-440.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2009). *Teorías de la personalidad*. México: Cengage Learning.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 575-691.
- Teva, I., Bermúdez, M. P. & Buena, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *Anales de psicología*, 27(1), 35-46.
- Toro, D., Paniagua, R., González C. & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 302-308.
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, M. *et al.* (2011). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental*, 34, 81-94.
- Villatoro J., Medina-Mora M., Fleiz, C., Téllez, M. *et al.* (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/spps-ena-2011.html> http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Vinet, E. & Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. *Salud Mental*, 35, 205-213.
- Vinet, E., Faúndez, X. & Larraguibel, M. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. *Revista Médica de Chile*, 137, 466-474.

Percepción de apoyo social en adolescentes de contextos múltiples

Rafael Alejandro Ramírez Ferrusca

La adolescencia no puede separarse de las etapas que le anteceden y preceden; es decir, de la infancia y la adultez, ya que los cambios anatómicos y fisiológicos que ahí se experimentan impactan en la necesidad por lograr la propia identidad así como en ocupar un lugar en la sociedad (Ardila, 2007). De acuerdo a Dulanto (2000) la adolescencia es en parte resultado de las experiencias vividas en la infancia dentro de la familia, la escuela y la comunidad como entornos próximos y, a su vez, se toma en cuenta a esta etapa desde un punto de vista biopsicosocial, en el hecho de que se puede madurar en los aspectos físico, emocional y social.

La Encuesta de la Dinámica Familiar en México (2011), señala que 76% de los encuestados de entre 12 y 17 años vive con ambos padres, 17% sólo con su madre. El 75% vive en hogares nucleares mientras que 24% habita en hogares extensos. Sin embargo, al vincular otros aspectos de tipo emocional, 2 de cada 10 entrevistados consideran que entre sus familiares, incluidos ellos, se demuestran poco o nulo cariño. De ahí que Quiroz, Villatoro *et al.* (2007) explican la relación del ambiente familiar y el maltrato con el desarrollo de conductas antisociales por parte de los adolescentes. Los patrones de crianza se repiten y tienden hacia la hostilidad, falta de comunicación, rechazo e inestabilidad emocional. Por otro lado, Benjet, Borges *et al.* (2009) consideraron la prevalencia de la adversidad en adolescentes, que se traduce en abandono y abuso, pérdida o psicopatología de los padres, adversidad económica y enfermedad física grave, y cómo éstos se enlazan con elementos sociodemográficos. En este panorama, los varones sufren más abandono y las mujeres abuso sexual. Es aquí donde los adolescentes, al no tener un apoyo de tipo emocional ni económico por parte de su familia, pudieran padecer ciertos trastornos o ser abusados en su contexto social, pues no cuentan con herramientas suficientes en cuanto a defensa y protección se refiere.

El suicidio es otro fenómeno que de manera lamentable se observa en los adolescentes, ya sea por medio de conductas que los acercan al mismo, o el suicidio consumado. Datos que proporciona el Instituto Mexicano de la Juventud (2009) indican que ésta es la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes, los cuales provenían de familias fragmentadas o con ausencia de figuras maternas o paternas. Las entidades federativas en donde hay mayor prevalencia de muertes por suicidio son el Estado de México, el Distrito Federal, Jalisco, Guanajuato y Veracruz.

Cuando los adolescentes se relacionan con otro espacio fuera de su hogar social (la calle, la escuela, un círculo de amistades, en el trabajo en caso de tenerlo, entre otros), se infiere que se enfrentan a situaciones que los pueden favorecer o situar en riesgo, lo cual pone en juego la seguridad y confianza que se les otorgó en su familia; por lo que se torna un intercambio de recursos en forma bidireccional, debido a que las circunstancias afectan a los jóvenes en particular en los aspectos emocional, cognitivo y afectivo e incluso en el físico, además de alterar su vida en el hogar, escuela y ambientes en donde se relacionan.

En cuestión de desarrollo social, en el país tanto a nivel nacional como en los diferentes estados y localidades, se cuenta con instituciones gubernamentales o asociaciones civiles que apoyan a los adolescentes con diversos programas de intervención; sin embargo, éstos no son suficientes para “rescatar” a todos de caer en la delincuencia o en conductas de riesgo. Los objetivos y estándares que manejan dichas instituciones en ocasiones no son aplicables para toda la población juvenil de México que es tan diversa. Por lo tanto, se considera de vital importancia que tanto profesionales de la educación y la salud mental como la sociedad en general analice en mayor o menor medida qué tipo de apoyo social se puede brindar a los adolescentes, o cuál es la fuente de donde éste proviene, para así poder hacer frente a las dificultades que dicho sector enfrenta.

Apoyo social percibido: definición y tipos

Se pueden analizar los factores que contribuyen a comprender el apoyo social, mismo que el individuo experimenta en el proceso de interactuar con su entorno. El apoyo social se manifiesta en la familia, amigos y otras personas significativas, varía de una persona a otra y se toman en cuenta variables como sexo, edad, tipo de familia y contexto en el que vive el adolescente; además, éste cambia según la ausencia o presencia de dichas variables.

El apoyo social en situaciones adversas ha sido estudiado por psicólogos, sociólogos y antropólogos. De forma más concreta, los médicos y psicólogos han colaborado en investigaciones sobre condiciones estresantes, sin embargo en programas de salud mental comunitaria han participado profesionales de la salud mental como psiquiatras, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, odontólogos y docentes (Musitu, Herrero *et al.*, 2004).

Cohen y Willis (1985), son precursores en el estudio del apoyo social percibido y hacen referencia a éste como la percepción que tienen las personas de la disponibilidad de los recursos sociales. El apoyo social se ha valorado con diferentes instrumentos en poblaciones con características propias, y es aquí donde estriba la

dificultad de conceptualizarlo de manera uniforme, sobre todo cuando se quiere contrastar los resultados o los efectos que el apoyo social tiene sobre la salud (Terol, López *et al.*, 2004).

El apoyo social es un fenómeno multidimensional que conlleva elementos tangibles como eventos actuales y actividades, así como aspectos subjetivos como la percepción y el significado que le otorgue cada persona. El apoyo social se puede dar a través de los sujetos que rodean a un individuo, el cual experimenta un soporte emocional, comparte intereses comunes y recibe comprensión y respeto (Feldman, Goncalves *et al.*, 2008). En la percepción del apoyo social, como proceso, se pueden distinguir tres elementos:

1. Valoración: es la estimación subjetiva que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que tiene implicaciones importantes en la protección de psicopatología.
2. Disposición: se refiere al apoyo social disponible para la persona, pero que no siempre es percibido por el adolescente
3. Satisfacción,: significala adaptación del apoyo social valorado desde el receptor y que es percibido como suficiente o adecuado (Terol, López *et al.*, 2004).

Al respecto Barrón y Sánchez (2001) caracterizan al apoyo social percibido como el hecho de que las personas estén conectadas de manera fiable, y que la forma de evaluar el apoyo social es cuando se expresa en qué medida se cree disponer de dicho apoyo.

Musitu y colaboradores (2004) tomaron en cuenta el aspecto de la salud para plantear que el apoyo social es un mecanismo de prevención primaria, ya que si éste se percibe en las primeras etapas de desarrollo como la infancia y después en la adolescencia, no podrán influir otras situaciones dañinas que incrementen la probabilidad de padecer trastornos psicológicos que afecten la calidad de vida de las personas. Asimismo, el apoyo social también contribuye a sostener la autoeficacia y el sentido del dominio, lo que facilita la recuperación o el mantenimiento del equilibrio emocional (Kaniasty, 2012).

Se puede entender al apoyo social percibido desde un enfoque psicosocial, ya que, el aspecto social se identifica cuando el ser humano se relaciona con otras personas, mientras que lo psicológico se muestra ante la valoración de la conexión con otros individuos en términos de lo que se recibe (de forma directa e indirecta), de forma satisfactoria, o al no haber obtenido lo esperado o de saciar, si no todas, al menos ciertas necesidades.

Barrón y Sánchez (2001) con base en Cohen y Wills (1985), y de manera más reciente Kaniasty (2012) clasifican al apoyo social en términos de las funciones que este elemento desempeña:

- Emocional: intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación.
- Instrumental: prestación de ayuda o asistencia material.
- Informacional: consejo, guía o información pertinente a la situación.

Por su parte Gracia, Herrero y Musitu (2002) proporcionan una clasificación del apoyo social de forma más detallada y al igual que en el de tipo emocional, men-

cionan los posibles beneficios que se pueden compartir, tales como pensamientos, sentimientos y experiencias personales, con lo que se construye una adecuada autoestima y el mantenimiento de la salud además del bienestar de la persona. En el apoyo instrumental se presta ayuda directa ya sea en forma de servicios, de tipo económico o con materiales, mientras que, por último, en el apoyo con consejo se forman estrategias de afrontamiento emocionales y conductuales ante las demandas del entorno, a proporcionar sugerencias o guías informacionales.

De acuerdo a las clasificaciones anteriores, los psicólogos y profesionales de la salud mental brindan apoyo instrumental, ya que si bien manejan en su labor de evaluación e intervención aspectos emocionales, y en ocasiones consejos, se presta un servicio que es remunerado, consentido y requerido dentro y fuera de las instituciones. En casi todas las investigaciones se examina el apoyo social emocional. De lo que si no se tiene evidencia es qué tipo de apoyo social es el más eficaz dado que las evaluaciones siguen limitadas (Deniss, 2003), debido a que también se abocan a considerar cuáles son las variables que interactúan y se relacionan con la percepción de apoyo social.

Variables implicadas en la percepción de apoyo social

El apoyo social como recurso para el afrontamiento ante situaciones estresantes, no puede valorarse en forma aislada. Se deben considerar múltiples variables de tipo sociodemográfico como, el sexo de las personas, ser estudiante, vivir en una familia con padres desempleados o el nivel socioeconómico.

El apoyo social percibido se vincula con hechos psicológicos considerados como variables, como en el caso de la tendencia a la depresión y síntomas depresivos derivados de situaciones estresantes. Quienes pertenecen al nivel socioeconómico bajo y medio muestran menor percepción de apoyo social, debido a que hay cierta desconfianza a la sociedad y las instituciones gubernamentales o asociaciones civiles que mediante programas intentan solucionar necesidades en diferentes entornos, por lo que expresan cierto conformismo o resentimiento en comparación a niveles sociales y económicos superiores (Rodríguez, 2010). En relación de nuevo con aspectos de salud, el apoyo social percibido por las mujeres depende en gran parte de factores sociodemográficos como el nivel de estudios, cargas familiares, menor nivel laboral y, en su caso, del desempleo; además, cuando son solteras, perciben mayor apoyo que cuando son casadas. En los varones, la edad y factores de tipo social y familiar son los que incurren en su percepción de apoyo social (Matud, 2001). Los síntomas que se agravan, sobre todo en éstos, cuando se tiene percepción baja de apoyo social son ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión grave (Matud, Carballeira, López, Marrero & Ibañez, 2002).

Otro aspecto a considerar dentro del apoyo social es el funcionamiento familiar, el cual cambia según las circunstancias que enfrentan los integrantes de cada familia, ya sea por separado o en conjunto, cercanos o lejanos, en términos del apoyo que se brinden unos con otros. En este sentido, las familias se encuentran aglutinadas, es decir, donde en una misma vivienda viven dos o más familias que

pueden guardar o no parentesco, carecen de organización y falta de apoyo entre sus integrantes (Medellín, Rivera *et al.*, 2012). Hay estudios multifactoriales que se dan a la tarea de considerar la relación entre dos o más variables con respecto al apoyo social para evaluar el peso de cada una de ellas y su relación con los procesos de adaptación y resiliencia. Por ejemplo, Barcelata (2011) trabajó con una muestra de adolescentes en los cuales evaluó la relación entre el funcionamiento familiar y el género. Esta investigación mostró que las mujeres perciben mayor apoyo social que los varones, por lo que propuso que la identificación de recursos y la formulación de estrategias de intervención tienen que ser congruentes, por lo que conocer qué tipo de apoyo se da y es percibido por parte de los adolescentes con respecto a sus padres es importante. En otro estudio se analizó la relación entre algunas variables del funcionamiento familiar, como cohesión, manejo del conflicto y comunicación con el apoyo social percibido proveniente de la familia, los amigos y otras personas significativas, donde se encontró una relación positiva entre la unión o cohesión y la percepción de apoyo social (Barcelata, Granados *et al.*, 2013).

Por otro lado, se ha examinado el apoyo social en relación a aspectos económicos. Palomar y Cienfuegos (2006) trabajaron con adultos en la Ciudad de México e hicieron una comparación entre quienes eran o no pobres. Dentro de sus hallazgos se tiene que la pobreza se considera derivada de los bajos salarios, la forma de gobierno, los dirigentes políticos, entre otras. Las personas en situación de menor pobreza se sienten culpables cuando afrontan situaciones estresantes, ya que para ellas el ser exitoso es sinónimo de tener capital. A diferencia de quienes no lo son, porque enfrentan las situaciones complejas con redes de apoyo social como la familia, parientes, amigos y otros allegados. En este sentido, Martín, Fajardo y colaboradores (2007) informan que en las familias hay dos tendencias para afrontar la crisis económica, donde ésta se puede tomar como algo temporal o bien como una amenaza; de esta manera se contempla que se muevan recursos y valores a nivel emocional, la manifestación de apoyo de amigos cercanos e incluso, la asistencia de instituciones sociales gubernamentales o asociaciones civiles.

Otro componente a considerar es el orden de nacimiento y el apoyo social percibido en adolescentes de secundaria por parte de sus padres. Sin embargo, Sánchez, Rodríguez *et al.*, (2007) no encontraron diferencias significativas entre primogénitos y entre quienes nacieron después; pero se hace hincapié en que el apoyo parental influye en la socialización de los hijos, es decir, los adolescentes pueden ser más empáticos, menos agresivos y experimentar los afectos de manera positiva. Simpson (2001) por su parte, sugiere que ante las diferentes edades de los hijos, las familias deberían tratarlos como individuos distintos de los demás hermanos con respecto a la etapa de desarrollo, pero menciona que no debían influir estereotipos ni experiencias pasadas tanto de los padres como de los propios hijos. Ante esto, no hay que dejar de lado el importante planteamiento de Morell, García del Castillo y colaboradores (2011) que conceptualizan a la familia como una organización social en la cual las interacciones o el comportamiento de cada uno de ellos influye en el resto.

Hay que reflexionar sobre la conexión entre familia, escuela y la percepción de apoyo social. Por fortuna, se han llevado a cabo investigaciones al respecto como la realizada por Domínguez, Salas y colaboradores (2011) con estudiantes universitarios en la Ciudad de México. En dicho trabajo se confirma la asociación positiva

entre el apoyo social percibido de la familia y de los amigos con el optimismo, el apego seguro, la satisfacción vital y la satisfacción con el apoyo social.

Dentro de la escuela, el clima que se vive en dicho entorno influye en los adolescentes para que encuentren amistades y personas significativas (Estévez, Murgui *et al.*, 2008). A partir de ello hay que considerar, entonces, con qué tipo de familia vive el adolescente, si es monoparental, compuesta por ambos padres, nuclear, extensa, o si en la dinámica familiar influyen otras personas, como parientes, amigos, vecinos, tutores, entre otros.

Otro aspecto relacionado con el medio escolar es que el desempeño académico de los adolescentes depende en gran medida de las tareas encomendadas en el aula (Patrick, Ryan *et al.*, 2007), por lo que un factor sociodemográfico a considerar es si los jóvenes acuden a la escuela y de ser así, qué tanto apoyo experimentan por parte de sus profesores y compañeros, sobre todo en cuanto a tareas que son retos como discutir sobre un tema, presentar en público algún tema o exponer sus dudas en clase. De forma general, los adolescentes, según sus antecedentes de apoyo familiar, pueden considerar que el ambiente escolar sea justo o no, de lo que entonces se deriva una atención o indiferencia hacia los estudios, o la actitud que se tome con figuras de autoridad dentro del plantel como los profesores, prefectos o directivos (Estévez, Murgui *et al.*, 2007).

Otro aspecto relacionado con las tareas escolares y a veces laborales es el hecho de tener apoyo material o instrumental y cuál es el manejo de la información que realiza el adolescente ya que es importante para el desempeño académico contar con un equipo de cómputo, en cualquiera de sus modalidades, que tenga acceso a internet. En dicho entorno cibernético los adolescentes se encuentran inmersos en el uso de las redes sociales, ya sea para relacionarse con amigos, conocer a otras personas, reencontrarse con otros círculos de amigos del pasado, con parientes e incluso llevar a cabo relaciones amorosas por ese medio. Esto ha generado el interés de conocer qué tanto beneficia el uso de las redes sociales en el ámbito psicológico o qué nivel de satisfacción tienen los adolescentes con las relaciones sociales que experimentan a través de la red (Fuente, Herrero & Gracia, 2010), por medio de *chat*, mensajes privados, foros, o publicaciones en muros.

A partir del desarrollo de variables demográficas como género, edad, escolaridad, uso de la computadora, entre otros, puede observarse cómo es la percepción social de los adolescentes. De forma gradual se han elaborado investigaciones e instrumentos que permiten evaluar la percepción del apoyo social en diferentes contextos o circunstancias; sin embargo, la familia y la escuela como contextos más inmediatos serán indispensables para evaluar qué tan significativo es el apoyo social en los adolescentes para el progreso de su autoestima, afrontamiento a situaciones estresantes o conductas de riesgo.

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL EN ADOLESCENTES

En cuanto a lo psicológico se refiere, la percepción de apoyo social se da a través de personas, de manera independiente a su grado de cercanía. En adolescentes que re-

ciben atención psicológica se ha explorado la relación de las áreas familiar, personal, escolar, de salud, social y sexual con factores de riesgo y protección psicosocial. En lo que concierne a la percepción de apoyo social, en ambos sexos la madre es con quien se tiene mayor comunicación, a diferencia de la que se mantiene con el padre, ya que ésta es la que la mayor parte de las ocasiones ella es la encargada de los asuntos de los hijos dentro de la casa y a nivel escolar. Las mujeres perciben el apoyo social mediante alguna amiga en quien puedan confiar, compartir sus intereses y expresar asuntos íntimos, aunque esto no es así con los hombres, ya que por lo general éstos tienen una relación distante con quienes ellos consideran sus amigos, por lo que la demostración de afecto es poca, sobre todo si participan en algún equipo deportivo o club en su vecindario (Barcelata, Durán & Lucio, 2004).

Por otro lado, hay que considerar que hay adolescentes infractores que se encuentran en situación de reclusión. En estos casos los jóvenes se apoyan entre sí, por lo que al no vivir con su familia, y no interactuar con otros entornos como la escuela o un vecindario, el apoyo social que perciben es menor que quienes no son infractores (Méndez & Barra, 2008). Por su parte Bravo y Fernández (2003) desarrollaron una investigación, tanto a nivel secundaria como de bachillerato, con adolescentes que fueron acogidos en residencias de protección y realizaron una comparación con aquellos que vivían con sus respectivas familias. Con base en sus resultados, los autores proponen que cuando los adolescentes son adoptados, quienes llegan a ser sus tutores y figuras de apoyo les ofrecerán los elementos necesarios para enfrentar su nuevo estilo de vida, ya que los jóvenes que desde pequeños han vivido con su familia en ocasiones perciben apoyo social en niveles muy bajos. Por lo tanto, ésta, como primer grupo en el que todo individuo se desenvuelve, permite mediar y al mismo tiempo proveer recursos emocionales y materiales; aunque a la vez, éstos pueden proteger o poner en riesgo a los adolescentes, en este caso, de cometer conductas riesgosas como consumir sustancias adictivas, delinquir, entre otras.

Dentro y fuera de la familia, la presencia o ausencia de determinadas personas o la cantidad de las mismas, pueden impactar en el desarrollo psicosocial de los adolescentes, tal es el caso de ambos padres o uno de los dos, los hermanos, los amigos, el novio o novia o algún adulto significativo como algún maestro, o un consejero o guía espiritual. Al respecto Jiménez, Musitu y Murgui (2005) han demostrado que la satisfacción que se tenga del ambiente familiar se relaciona de manera positiva con la percepción de apoyo social. Personas que interactúan con la familia de los adolescentes como el novio o novia, los amigos y compañeros de escuela son fuente de apoyo cuando se enfrentan problemas familiares, sobre todo con la figura paterna. Tanto en la adolescencia temprana como en la adolescencia tardía se tienen conflictos con figuras de autoridad, y conforme los adolescentes crecen la relación con éstas se torna menos significativa en la mayoría de los casos.

Musitu y Cava (2003) por su parte, analizaron la evolución del apoyo social en los adolescentes que viven con ambos padres, debido a que al inicio de la etapa no todos cuentan con el mismo apoyo, de ahí la forma en que se adaptan a eventos normativos, no normativos y estresantes propios de su edad; aunado a que el ofrecido por parte de los padres disminuye y es visto de manera similar tal como lo perciben los pares, que también tienen diferencias con sus progenitores. Los padres mantienen una preocupación por sus hijos debido a que en su mayoría se les consi-

dera inmaduros, se crean expectativas sobre ellos como continuar con sus estudios, independizarse y formar quizá su propia familia.

Los adolescentes construyen sus vínculos de apoyo al relacionarse con otras personas, mismas que conllevan un prestigio y un valor otorgado que se manifiesta en el hecho de permanecer en un grupo o equipo de pares o amigos; aunque, en otro extremo también pueden experimentar agresiones. La exclusión forma parte en la búsqueda de la reputación social, ya que se desenvuelve al mismo tiempo que la agresión relacional; por su parte las víctimas experimentan soledad y poca satisfacción vital (Buelga, Musitu *et al.*, 2009). Durante la adolescencia la violencia verbal es de lo más común, la cual surte efectos negativos en la autoestima, por lo que tienden a vivir con ánimo depresivo. Es lamentable que esto se torne cotidiano y normal como forma de “prueba” para integrarse a un grupo (Cava, Buelga *et al.*, 2010). Por tanto, es necesario que profesionales de la salud mental y del ámbito educativo promuevan valores, hábitos y costumbres que alejen a los adolescentes de la violencia de tal forma que se proporcionen herramientas asertivas y efectivas ante conductas violentas por parte de otras personas. Es por ello que Villarroel (2010) marca que las personas que generan un ambiente acogedor y respetuoso en el aula, al mismo tiempo promueven el aprendizaje académico de los adolescentes. Esto se resume en que si los docentes se conectan a nivel emocional con sus alumnos a la vez estimulan la creatividad para asumir los contenidos propuestos en el plan de estudios (Turpeinein, 2007).

Al comienzo de toda relación de los adolescentes con sus pares, realizan una especie de “ensayo” de apoyo social que no siempre tiene éxito, pero su red mejora en cuestión de solidez conforme aumenta su edad (Gracia, Herrero & Musitu, 2002). Un antecedente de los amigos íntimos son los hermanos, pues con ellos se goza de complicidad, apoyo y socialización, sobre todo cuando hay enfrentamiento con los padres. Los adolescentes “tempranos” o más jóvenes tienen la creencia de que sus amigos deben ser iguales a ellos, es como un tipo de “narcicismo” ya que se ven reflejados en sus amistades (González, 2004) en cuanto a intereses, gustos o ideas se refiere.

Por otra parte, la estructura familiar se vincula con la división del trabajo, las responsabilidades de cada uno de sus integrantes, la distribución de la autoridad, la toma de decisiones, las formas de comunicación y la expresión de apoyo emotivo. En este sentido, las familias mexicanas han sufrido modificaciones, ya que otros aspectos como la migración han provocado que en ocasiones los hijos se queden a cargo de otros familiares como tíos o abuelos, por lo que se espera que los adolescentes les correspondan con obediencia (Grinder, 2008). Esto podría ser una situación adversa para los jóvenes, pues toda la dinámica familiar cambia e incluso éstos dejan de habitar en su propia casa para estar cerca de los familiares o personas que cuidan de ellos. Esto se sustenta en que la adversidad y la vulnerabilidad en los adolescentes puede padecerse tanto dentro como fuera, con o sin familia, y que el apoyo influye para su desarrollo psicosocial (Barcelata, 2011). Sin embargo, otro medio por el cual los adolescentes amplían sus relaciones sociales es la Internet, ya sea en redes sociales como *Facebook*, *Twitter* o salas de *chat*, así como foros de discusión o *blogs* de sus artistas favoritos, intereses académicos, gustos, entre otros similares. No hay datos exactos de la forma en que se percibe apoyo social desde los

medios electrónicos, pero sí de que los contactos entre personas aumentan día con día (Eastina & LaRose, 2004).

Por último, se tiene que tomar en cuenta que la familia y los diferentes entornos sociales en donde se desenvuelven los adolescentes se relacionan entre sí. Por una parte aquélla inculca valores, impone reglas, enseña costumbres, espera ciertos resultados de sus hijos adolescentes que no siempre van a ser los mismos que en las familias de otros adolescentes. Sin embargo, los jóvenes asimilan valores y estilos de vida de su entorno familiar, así como del ambiente escolar, de amistades y de la sociedad en general para forjar su identidad, así como su proyecto de vida y metas propias. En ambos extremos de este vínculo los jóvenes perciben apoyo, el cual varía en grados, pero también en la forma. En diferentes investigaciones se ha logrado analizar el apoyo social junto con las diversas variables que influyen en el mismo, y poco a poco se ha ampliado la visión de éste tanto a nivel general como contextual, pero en lo que sí hay consenso es que la percepción de este aspecto es un recurso que coadyuva con otros como el funcionamiento familiar y el afrontamiento positivo para la resiliencia.

APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADOLESCENTES EN RIESGO: ANÁLISIS POR SEXO, EDAD, FAMILIA Y CONTEXTO

A continuación se reseñan algunos hallazgos sobre apoyo social percibido en diversos grupos de adolescentes mexicanos, caracterizados por vivir en zonas de riesgo psicosocial, los cuales accedieron a colaborar en una investigación sobre factores de riesgo y protección en contextos de vulnerabilidad social y económica.¹

Uno de los objetivos fue analizar la percepción del apoyo social que tienen los adolescentes en su familia, con sus amigos y con otras personas significativas a partir de su sexo (hombre o mujer), su edad (etapas de la adolescencia: temprana o tardía), y el tipo de familia en la que viven (nuclear, extensa, monoparental o reconstituida). Además se realizaron comparaciones de dos contextos, del medio urbano y del medio rural.

Se realizó una investigación de tipo transversal y exposfacto (Coolican, 2005; Hernández *et al.*, 2010). En el estudio participaron adolescentes, hombres y mujeres de 13 a 18 años de edad, que eran estudiantes de escuelas secundarias y bachilleratos públicos de la zona oriente y conurbada de la Ciudad de México; la cual, de acuerdo al INEGI (2010), se considera de riesgo psicosocial. También formaron parte de esta investigación estudiantes de medios rurales y urbanos de la zona de Oaxaca, cuyos resultados se contrastaron. Los datos recabados fueron analizados conforme a la etapa de la adolescencia de los participantes: temprana, con chicos de 13 a 15 años de edad y tardía, con los que tenían 16 a 18 años de edad.

¹ *Evaluación de factores de riesgo y protección para la promoción de la resiliencia en adolescentes y familias* (PAPIIT IN303512-2). Proyecto financiado por la DGAPA-UNAM.

La muestra poblacional fue de tipo no probabilístico y propositiva (García, 2009), y la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los salones de clases asignados por las autoridades de las escuelas, con las cuales se pidieron los permisos, autorizaciones y consentimientos informados pertinentes. Durante la aplicación se presentaron de 2 a 4 aplicadores, aunque esto variaba según el número de participantes por aulas. La colaboración de los adolescentes fue anónima y voluntaria, y a su vez podían dejar de contestar en el momento que lo decidieran, por lo que se aplicó un consentimiento informado.

Se aplicó una ficha sociodemográfica usada en el macroproyecto de la UNAM (Lucio, 2007) para recabar datos como el tipo de familia, sexo y edad, entre otros. Para medir el apoyo social percibido proveniente de la familia, los amigos y otros se aplicó la Escala de Apreciación de Apoyo Social (Martínez, 2004), con índice de confiabilidad de un alfa de Cronbach de .87. Ambos instrumentos fueron administrados de forma colectiva y el tiempo aproximado de aplicación de cada uno fue de 14 a 20 minutos.

En cuanto a la distribución del apoyo social en porcentajes por áreas, en la figura 4-1 se observa que en primer lugar, 46.34% de los participantes indican estar de acuerdo en que perciben apoyo social de sus amigos, en segundo lugar hay 44.76% de percepción de apoyo social por parte de personas significativas; y por último, 43.17% está muy de acuerdo en percibir apoyo de su familia.

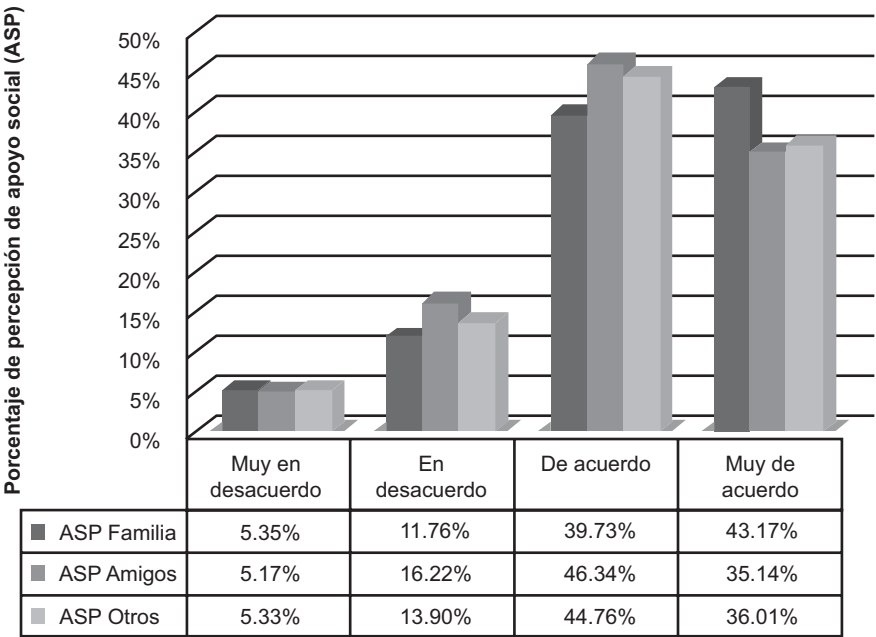


Figura 4-1. Porcentajes de la percepción de apoyo social percibido por áreas.

Cuadro 4-1. Diferencias del apoyo social percibido por sexo

Dimensión	Hombres N=261		Mujeres N=277		t	sig.
	Media	D.E.	Media	D.E.		
Familia	3.205	.515	3.214	.538	-.198	.921
Amigos	2.977	.581	3.240	.496	-5.657	.016*
Otros	3.111	.502	3.120	.464	-.229	.324
ASP Global	3.103	.448	3.189	.407	-2.345	.185

** p≤ 0.001; * p≤ 0.05

Con respecto a la comparación de la percepción de apoyo social entre los adolescentes de acuerdo a su sexo, en el cuadro 4-1 los promedios y los valores t indican diferencias estadísticamente significativas sólo en área de amigos; sin embargo, a nivel general y en cada una de las áreas las mujeres perciben más apoyo social en comparación con los varones.

Al considerar las etapas de la adolescencia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, los adolescentes tardíos tienden a percibir mayor apoyo social tanto de la familia, de los amigos y de otras personas en comparación con los que se encuentran en la etapa temprana (figura 4-2).

Si se toman en cuenta sólo los tipos de familia, a nivel general los adolescentes perciben apoyo social en mayor medida cuando éste proviene de los integrantes

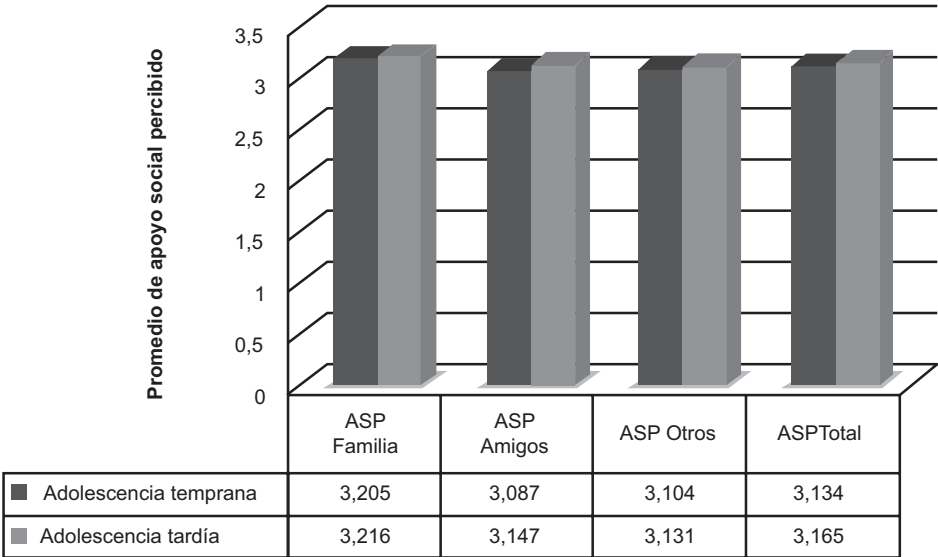


Figura 4-2. Apoyo social percibido por área conforme a la etapa de la adolescencia.

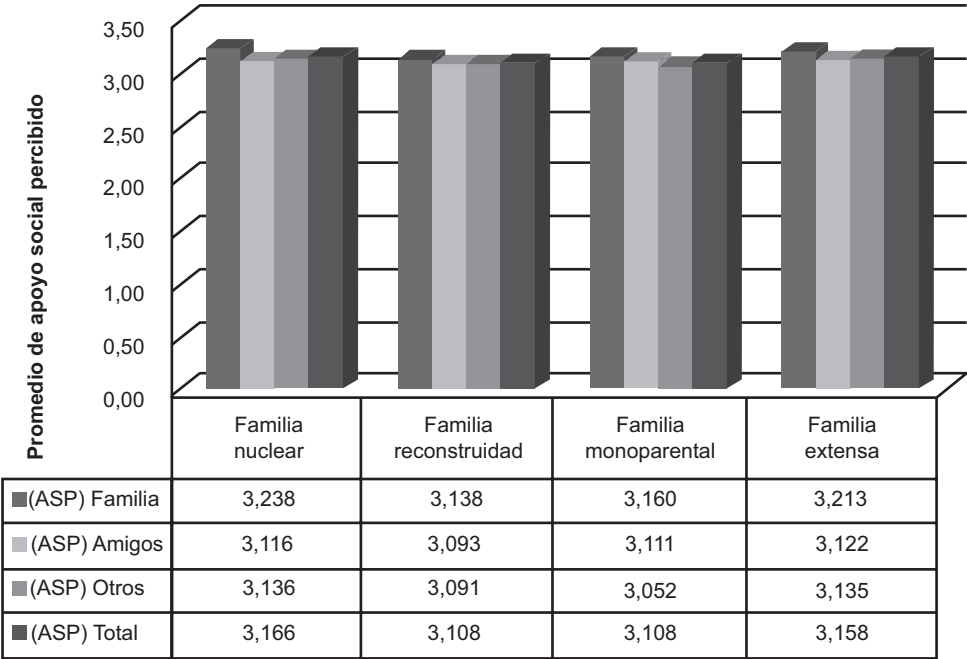


Figura 4-3. Apoyo social percibido por área conforme al tipo de familia.

de la familia y de otras personas significativas. Se observa que aquellos que viven en una de estructura nuclear, es decir, cuando sólo viven con sus padres y con sus hermanos, perciben que este apoyo es mayor; en menor grado cuando su familia es monoparental (en la que viven ya sea sólo con su madre o con su padre), o cuando su familia está reconstruida (en la que uno de los padres vive en pareja con otra persona). Sin embargo, cuando cohabitan con una familia extensa (padres, hermanos y otros parientes) tienden a percibir mayor apoyo de sus amigos (figura 4-3). Cabe mencionar que no se encontraron diferencias significativas con respecto al tipo de familia de los adolescentes en el apoyo social percibido en ninguna de las áreas y tampoco a nivel general.

Por otro lado los análisis de interacción del sexo, la edad y el tipo de familia de los adolescentes, son la mujeres las que perciben mayor apoyo social tanto en la familia, en los amigos y de otras personas, más en adolescentes de 15 a 18 años (etapa tardía), no mostraron resultados estadísticamente significativos.

Aunque no se encontraron efectos de interacción entre el sexo y la etapa en la que se encuentra el adolescente en la percepción del apoyo social en ninguna de las áreas, el cuadro 4-2 permite apreciar que en la adolescencia tardía, tanto los hombres como las mujeres de 16 a 18 años, tienden a percibir mayor apoyo social en todas las áreas.

Cuadro 4-2. Efectos de interacción del sexo y la etapa en el apoyo social percibido

Dimensión	Sexo	Etapa	Media	D.E.	F	Sig.
Familia	Hombres	Adolescencia temprana	3.164	.055	.030	.863
		Adolescencia tardía	3.207	.074		
	Mujeres	Adolescencia temprana	3.174	.051		
		Adolescencia tardía	3.238	.062		
Amigos	Hombres	Adolescencia temprana	2.905	.056	.514	.474
		Adolescencia tardía	3.093	.075		
	Mujeres	Adolescencia temprana	3.191	.051		
		Adolescencia tardía	3.290	.063		
Otros	Hombres	Adolescencia temprana	3.105	.050	.269	.604
		Adolescencia tardía	3.133	.068		
	Mujeres	Adolescencia temprana	3.063	.046		
		Adolescencia tardía	3.149	.057		
APS GLOBAL	Hombres	Adolescencia temprana	3.064	.044	.000	.997
		Adolescencia tardía	3.146	.060		
	Mujeres	Adolescencia temprana	3.140	.041		
		Adolescencia tardía	3.223	.050		

**p≤.001; *p≤.05.

Tampoco se encontraron efectos en la interacción del sexo y el tipo de familia, con significancia estadística en todas las dimensiones o áreas excepto en amigos, es decir, las mujeres perciben más apoyo social a diferencia de los hombres por parte de quienes fungen como sus amigos, sobre todo si viven en una familia extensa (cuadro 4-3). Sin embargo, se aprecia que mientras las chicas de familias extensas perciben mayor apoyo en general, los chicos perciben mayor apoyo familiar cuando su familia es nuclear.

Por último, cabe señalar que no se encontró ningún efecto significativo entre el sexo, la edad y el tipo de familia. Sin embargo, los datos sugieren que las mujeres, de los 16 a 18 que viven en familias monoparentales tiende a percibir mayor apoyo familiar; mientras que las chicas de 13 a 15 años de edad que viven con su familia y otros parientes (familia extensa) perciben más apoyo de los amigos. Por otro lado, los hombres de 15 a 18 años de edad perciben más apoyo de otras personas cuando viven en una familia reconstruida.

Por último, otra de las preguntas de investigación del estudio fue ¿Hay alguna influencia del sexo, la edad y el tipo de familia en la percepción de apoyo social de la familia, los amigos y de personas significativas? Para contestarla se realizaron análisis multifactoriales para ver la interacción del sexo, edad y tipo de familia con

Cuadro 4-3. Efectos de interacción del sexo y el tipo de familia en el apoyo social percibido

Dimensión	Sexo	Tipo de familia	Media	D.E.	F	Sig.
Familia	Hombres	Nuclear	3.239	0.043	1.358	0.255
		Reconstruida	3.206	0.139		
		Monoparental	3.207	0.077		
		Extensa	3.089	0.083		
	Mujeres	Nuclear	3.23	0.046		
		Reconstruida	3.128	0.117		
		Monoparental	3.161	0.069		
		Extensa	3.305	0.072		
Amigos	Hombres	Nuclear	2.987	0.044	2.666	.047**
		Reconstruida	3.126	0.141		
		Monoparental	3.053	0.078		
		Extensa	2.829	0.085		
	Mujeres	Nuclear	3.262	0.047		
		Reconstruida	3.191	0.119		
		Monoparental	3.168	0.07		
		Extensa	3.339	0.073		
Otros	Hombres	Nuclear	3.105	0.039	1.977	0.116
		Reconstruida	3.186	0.127		
		Monoparental	3.139	0.07		
		Extensa	3.046	0.076		
	Mujeres	Nuclear	3.169	0.042		
		Reconstruida	3.049	0.107		
		Monoparental	3.004	0.063		
		Extensa	3.201	0.066		
APS GLOBAL	Hombres	Nuclear	3.116	0.035	2.582	0.05*
		Reconstruida	3.175	0.112		
		Monoparental	3.136	0.062		
		Extensa	2.995	0.067		
	Mujeres	Nuclear	3.218	0.037		
		Reconstruida	3.12	0.095		
		Monoparental	3.109	0.056		
		Extensa	3.279	0.058		

**p≤.001; *p≤.05

el apoyo social percibido. Con respecto a los efectos principales y de interacción de primer y segundo orden del sexo (que sean hombres o mujeres), la etapa de la adolescencia (adolescentes tempranos o tardíos) y el tipo de familia en la que viven, en la percepción del apoyo social, el cuadro 4-4 muestra que en general no hay interacciones de estas variables con significancia estadística. Sólo se aprecia influencia del sexo en la percepción del apoyo social, donde las mujeres son las que perciben más apoyo de los amigos que los hombres. También, los chicos que viven en familias nucleares tienen mayor apoyo social percibido de su familia que los que viven en familias extensas que perciben mayor apoyo de sus amigos. Por último, se aprecia que son las mujeres las que presentan mayor apoyo social percibido en general cuando viven en familias nucleares, lo que parece apreciarse mejor en la siguiente figura 4-4.

Apoyo social en diferentes contextos sociales

En otro estudio se analizó la percepción de apoyo social con base al contexto en el que viven los adolescentes (Ramírez, Barcelata *et al.*, 2013). El objetivo fue analizar las diferencias de apoyo social percibido en la familia, con los amigos y otras personas significativas en adolescentes de secundaria con base en dos contextos: urbano

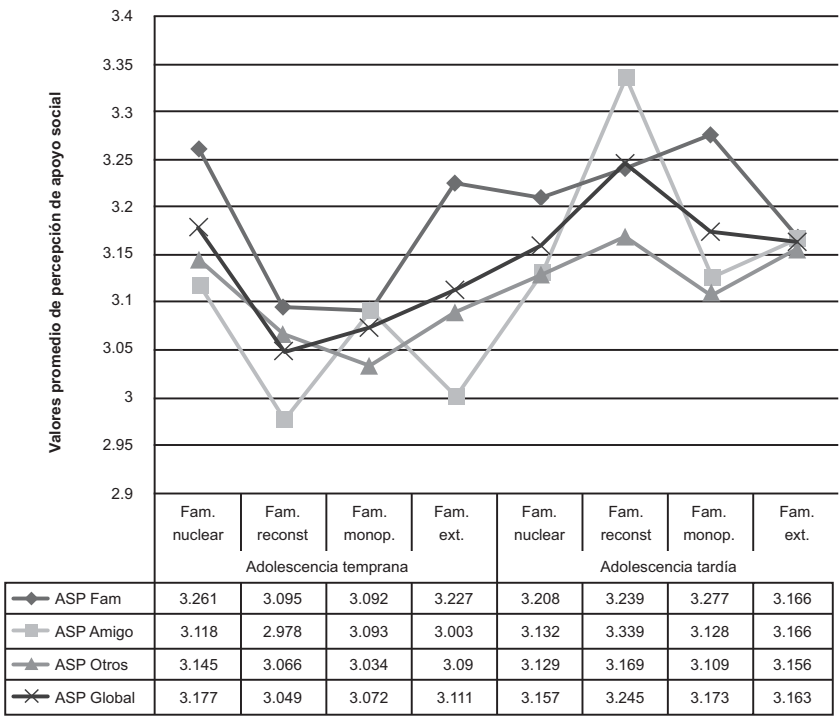


Figura 4-4. Apoyo social percibido: Interacción de la subetapa y el tipo de familia.

y rural. Cabe destacar que el estudio se limitó a adolescentes de la etapa temprana, debido a que en el contexto rural sólo cuentan con escuelas hasta ese nivel educativo; así, participaron 491 adolescentes (47.3% hombres y 52.7% mujeres) de 12 a 17 años de edad, con una media de 13.98 años (D.E.=.925), todos estudiantes de nivel secundaria. Los adolescentes en el contexto urbano habitan en la zona oriente de la Ciudad de México y área conurbada (N=250) considerada de alto riesgo, y quienes viven en el medio rural radican en el municipio de San Pedro Teutila, Oaxaca (N=241) señalada con alto grado de marginación (CONAPO, 2010). Se evaluó la percepción de apoyo social también con la Escala de Apresiasi3n de Apoyo Social (Martínez, 2004). El instrumento se aplicó en las escuelas, bajo el consentimiento informado, y fue contestado de forma voluntaria y anónima por parte de los participantes.

En la figura 4-5 se observa que los adolescentes que viven en el contexto urbano perciben mayor apoyo social global en comparaci3n con quienes viven en el medio rural. Al respecto se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t=28.707$; $\alpha=.005$). Lo mismo sucede en el área familiar ($t=28.058$; $\alpha=.000$), en donde también los adolescentes del medio urbano perciben mayor apoyo a diferencia de los que viven en zonas rurales.

Otro análisis que se llevó a cabo fue la comparaci3n de la percepci3n de apoyo social en adolescentes de dos contextos socioculturales diferentes en una misma entidad federativa. Los participantes fueron 244 adolescentes estudiantes de secundaria (43.4% hombres y 56.4% mujeres), de entre 12 y 17 años de edad, con una media de 13.71 años (D.E.=1.018), habitantes de dos contextos distintos: el municipio de Loma Bonita (urbano) y San Pedro Teutila (rural), ambos en el estado de Oaxaca. También se manejó la escala de apreciación de apoyo social (Martínez, 2004) para evaluar tres áreas de apoyo social: familia, amigos y otras personas significativas.

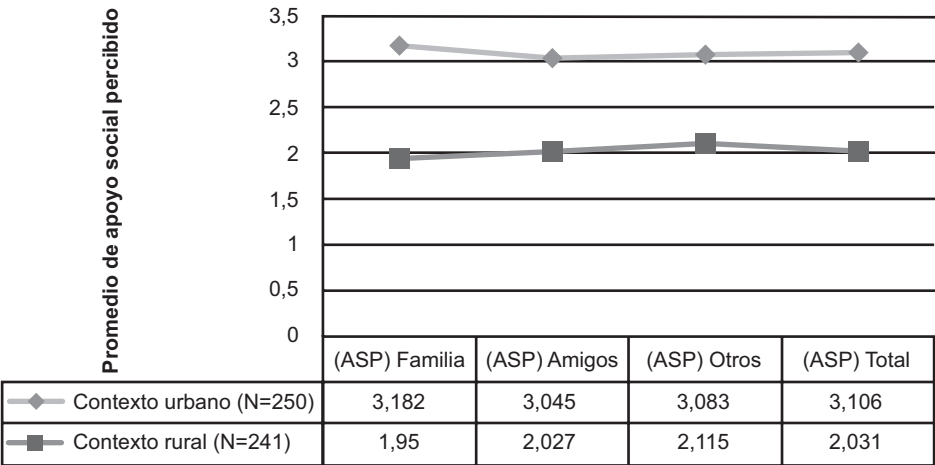


Figura 4-5. Diferencias de apoyo social percibido de acuerdo al contexto urbano y rural.

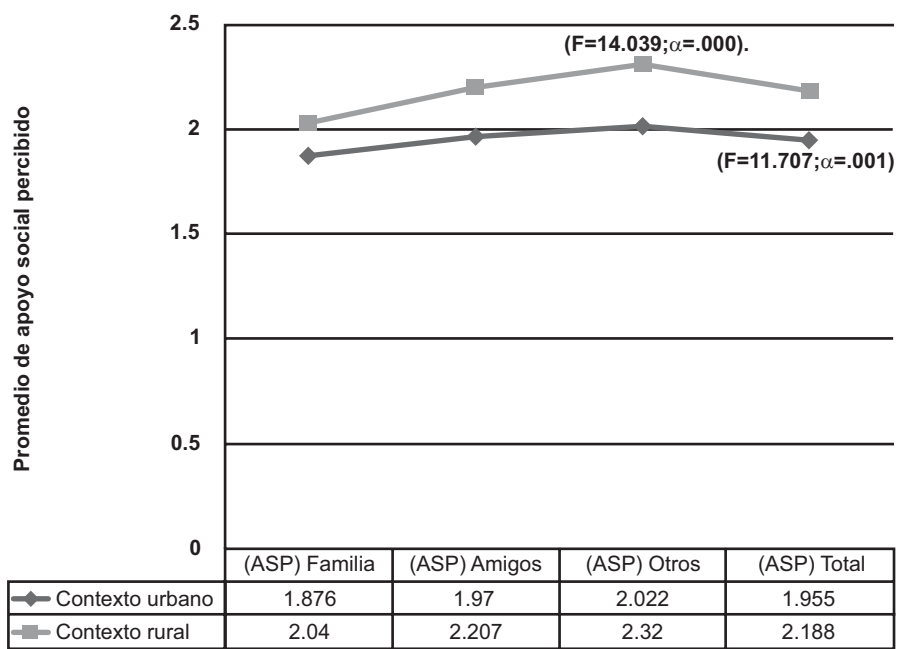


Figura 4-6. Diferencias de apoyo social percibido de acuerdo al contexto urbano y rural.

La figura 4-6 muestra diferencias estadísticamente significativas en la percepción del apoyo social. Los adolescentes que viven en el área rural perciben mayor apoyo social en comparación con quienes viven en el medio urbano. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando el apoyo social proviene de otras personas significativas, por lo cual los adolescentes que viven en el medio rural perciben mayor apoyo social en comparación de los adolescentes que radican en un contexto urbano.

De esta forma se mostró la percepción de apoyo social de los adolescentes primero con base en tres variables principales: sexo, edad y el tipo de familia. Sin embargo, también se muestra la comparación que se tuvo además de la percepción de apoyo social en adolescentes, sólo por el contexto en el que habitan: urbano y rural, y rural y urbano.

CONCLUSIONES

El apoyo social percibido por parte de los adolescentes contribuye a una adaptación positiva frente a hechos o circunstancias adversas en el plano económico y social, en especial en contextos o situaciones de pobreza, marginación y en zonas de conflictos delictivos, lo que reduce la probabilidad de que se presenten trastornos psicológicos

que se derivan del estrés cotidiano (Cohen & Willis, 1985), así como también disminuyen los comportamientos delictivos (Méndez & Barra, 2008).

La percepción de apoyo social cambia de una persona a otra, y más si se considera la influencia de ciertos factores de tipo sociodemográfico, por lo que se analizó la percepción de apoyo social de estudiantes adolescentes al considerar su sexo, su edad y el tipo de familia en un primer momento, para después dejar un esbozo comparativo de diferentes contextos: urbano, urbano y rural.

En relación al sexo de los adolescentes, en la investigación realizada con adolescentes en riesgo se muestra que las mujeres perciben más apoyo social de sus amigos, similares a los resultados de otros estudios (Matud *et al.*, 2006) quienes a su vez indican que se percibe todavía más apoyo cuando los adolescentes son solteros. Por otra parte, se observa que algunos datos coinciden con los planteados por Barcelata y colaboradores (2004), los cuales señalan que las mujeres tienden a buscar mayor apoyo con quienes comparten aspectos íntimos; es decir, entre las mujeres se buscan, guardan secretos, platican de sus gustos, expresan sus ideas, sueños o fantasías y podría inferirse que hay mayor intercambio emocional, ya que las mujeres de este estudio presentaron mayores puntajes en la percepción de apoyo de sus amigos. Por el contrario, los varones son quienes se perciben más apoyados por su familia; sin embargo, se reporta que el grupo de mujeres adolescente es el que presenta mayores niveles de ansiedad, depresión y otros problemas de salud físicos propios de esta etapa ya que, en muchos de los casos, éstas no cuentan con herramientas psicológicas para adaptarse a situaciones nuevas (Méndez & Barra, 2008).

Al analizar la percepción del apoyo social en relación con la edad de los adolescentes, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cada una de las áreas, pero se obtuvo que en la adolescencia tardía se percibe más apoyo de los amigos y de otras personas significativas; aunque podría pensarse que ésta se presenta en la adolescencia temprana en donde el apoyo de la familia es indispensable, por lo que estos datos tendrían que confirmarse en otras muestras.

De acuerdo a lo anterior, conforme los adolescentes crecen, perciben menos apoyo y percibido entre ellos mismos, al menos cuando son amigos o pares, lo pueden describir de forma similar (Musitu & Cava, 2003). Esto se debe a que los jóvenes ponen en tela de juicio todos aquellos valores, hábitos, estilos de vida o conductas que sus padres les han inculcado (Crispo & Guelar, 2002), mismos elementos que se reformulan y así la rebeldía se manifiesta de forma superficial (Berger, 2004). Una manera en la que los adolescentes ponen un límite entre “ellos y las otras personas” es cuando utilizan el sarcasmo, sobre todo para ridiculizar a otras personas que tienen ideas o gustos diferentes a los del grupo al que también pertenecen o de forma individual (Arnett, 2008).

Por otro lado, también se analizó el apoyo social percibido con respecto al tipo de familia en la que viven los adolescentes, esto porque de acuerdo a lo indicado por la Encuesta de la Dinámica Familiar (2011), 2 de cada 10 entrevistados reportan que en su familia no hay demostración de afecto, ni por parte de ellos. Los resultados encontrados en el estudio realizado en adolescentes estudiantes revelan que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al tipo de familia y el apoyo social percibido. Empero, las diferencias de las medias encontradas marcan que se percibe más apoyo social cuando se vive en una familia nuclear,

en segundo lugar cuando ésta es extensa y en últimos lugares cuando se vive en una familia monoparental y reconstruida. Lo anterior se puede explicar debido a que, cuando una familia habita en una vivienda de forma aglutinada hay desorganización, caos y falta de apoyo consistente (Medellín *et al.*, 2012).

El apoyo social percibido analizado de forma general se da en mayor medida cuando se vive dentro de una familia nuclear y cuando los adolescentes son mayores, pero más cuando se percibe desde otras personas significativas. Esto es así cuando los adolescentes acuden a la escuela, cuentan con buena autorregulación y cumplen con las tareas que les son asignadas. Los profesores, compañeros de clases y los amigos en la escuela también son fuente de apoyo social (Patrick *et al.*, 2007).

Se ha encontrado que con estudiantes universitarios se tiene mayor apoyo social familiar, esto a su vez conlleva tener buen optimismo, un apego seguro, mayor satisfacción de su propia vida y desde luego del apoyo que perciben y reciben (Dominguez, 2008).

En la mitad de la muestra capitalina, el sostén económico participan otros familiares en como pueden ser los tíos, alguno de los abuelos, la madre o ambos padres, y en ocasiones incluso el mismo adolescente. Martín y colaboradores (2007) exponen que cuando una familia se encuentra en situaciones de crisis económica, los integrantes se unen más, y que de manera externa pueden recibir apoyo de amigos cercanos o de programas de instituciones gubernamentales.

Se tiene que apuntar que cuando los adolescentes carecen de apoyo por parte de sus padres, sobre todo de tipo emocional y más aún en condiciones de pobreza y marginación, los jóvenes pueden padecer trastornos psicológicos y ser víctimas de abusos o violación tanto en su integridad física en el contexto social próximo en donde se desenvuelven, como puede ser el vecindario, la escuela, los grupos o clubes deportivos, pandillas, entre otros (Benjet *et al.*, 2009).

Como segunda fase de la investigación realizada con adolescentes capitalinos y de la zona conurbada al oriente de la ciudad, se llevó a cabo una comparación de la percepción de apoyo social con respecto a aquellos que viven en contexto rural. Los resultados concuerdan con Rodríguez (2010) en el sentido de que al menos éstos últimos perciben menor apoyo social tanto de su familia, amigos y otras personas significativas, por lo que se infiere que no confían en sus padres y demás miembros de su familia. Lo contrario sucede con adolescentes del medio urbano los cuales en primer instancia perciben apoyo por parte de su familia, por lo que tienen menor probabilidad de caer en la depresión y llevar a cabo conductas de riesgo asociadas como el intento suicida o la delincuencia (Martínez *et al.*, 2010).

En tanto, no se puede generalizar el hecho de que quienes no perciben apoyo social no tengan la capacidad de adaptarse a situaciones estresantes, como indica Cardozo (2010), ya que no siempre los adolescentes que viven en contexto rural enfrentan las mismas circunstancias de quienes habitan en el medio urbano. Por otro lado, los del primer caso perciben apoyo de personas significativas como sus profesores y pares, además de sus amigos, por lo que se puede suponer que los adolescentes de ambos medios estudiados cuentan con una percepción de apoyo social suficiente.

Otra comparación de segundo orden que se llevó a cabo fue en adolescentes estudiantes del contexto urbano con el contexto rural, esto porque de forma cultural y

territorial no están tan distantes como el medio rural del capitalino, en donde sobre todo se llevó a cabo la investigación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se percibe apoyo social en el área de amigos y a nivel general entre el contexto urbano y el rural. En este último caso, los adolescentes son más vigilados por sus familias, debido a las condiciones de cercanía, a diferencia de las grandes ciudades donde las distancias son largas y se invierte mucho tiempo en el transporte del trabajo a la casa (en los padres) y de la escuela al hogar (adolescentes).

Ocaña y colaboradores (2013) señalan que en comunidades rurales no se permiten relaciones cercanas como el noviazgo, mucho menos la amistad entre hombres y mujeres pero al menos este tipo de vínculos sí se dan en el contexto escolar donde los profesores son fuente de apoyo y a su vez cómplices.

De todas las comparaciones realizadas, se observa que en la familia es donde se percibe mayor apoyo social al menos en la muestra de estudio. Al igual que Arenas, Durán y Heredia (2008) se sugiere trabajar con el grupo familiar y se tomen en cuenta las condiciones de cada integrante y de su familia, como su nivel de desarrollo, edad cronológica, estatus laboral o académico, el lugar que ocupa el adolescente por orden de nacimiento, el tipo de familia, las condiciones estructurales de la vivienda, además de los servicios con los que se cuenta, ya que a partir de esto se puede tener un panorama general del desarrollo de conductas, hábitos y manifestaciones emocionales, de soporte y sociales.

Es indispensable que se piense en la adolescencia como un periodo crítico aunque no tormentoso, en el cual se toman decisiones de tipo moral, y al mismo tiempo se desarrollan relaciones nuevas con otros pares, con la expectativa de tener un equilibrio entre ser autónomo y responsable consigo mismo y con los demás, formar una identidad propia y experimentar la intimidad con otros (Miccuci, 2005). De tal forma, el apoyo social percibido cambia, varía de persona a persona, y a su vez es “un arma de dos filos”, ya que cuando un adolescente se percibe apoyado, tampoco es garantía de que éste soporte sea positivo.

Se propone evaluar el apoyo social familiar en relación a otros factores de gran impacto como la migración, debido a que los adolescentes conviven con otros parientes que están a su cargo, como los abuelos o los tíos (Grinder, 2008). También, se recomienda analizar las consecuencias que tiene el apoyo social de la madre o del padre, ya que a partir de esto se puede predecir la violencia por parte de los adolescentes en su entorno escolar, la participación de los padres junto con los docentes o la supervisión en el desarrollo académico de los hijos (Martínez *et al.*, 2008).

Asimismo, es necesario diseñar programas de evaluación e intervención para fomentar habilidades de comunicación eficientes en personas que convivan y trabajen con población adolescente. Al involucrarse profesionales con quienes los jóvenes puedan tener un soporte, se tendría un elemento que pudiera prevenir el desencadenamiento o el surgimiento de trastornos psicológicos (Musitu *et al.*, 2004).

En síntesis, las cuestiones de género y edad son importantes en la percepción del apoyo social, por lo que se tienen que tomar en cuenta al planear acciones de intervención. La familia puede aportar elementos que coadyuvarán a fortalecer la integridad adolescente en términos de su autoestima, autoconcepto y equilibrio emocional, mismos que sea probable se reflejen en otras relaciones sociales.

Por último, se señala la importancia de que se realicen estudios descriptivos y comparativos con adolescentes escolares y de muestras clínicas en el medio rural indígena, fronterizo o migrante, ya que la mayoría de los estudios se llevan a cabo en contextos urbanos capitalinos. Barcelata (2011) subraya la falta de evaluación e intervención en poblaciones que por su lejanía o falta de recursos no tienen servicios educativos y mucho menos psicológicos.

Se debe considerar que México es un país con muchas culturas, por lo cual los valores e ideologías insertas en el funcionamiento familiar y la forma de relacionarse con otras personas cambia de un lugar a otro, que a veces no están distantes, lo que influye en la percepción de apoyo social. La forma en que se intervenga tendrá que adecuarse a las necesidades del contexto y la idiosincrasia de cada grupo cultural.

REFERENCIAS

- Ardila, L. (2007). *Adolescencia, desarrollo emocional: guía y talleres para padres y adolescentes*. Colombia: ECOE Ediciones.
- Arenas, P., Durán, C. & Heredia, M. (2008). Psychological support and stress of adolescents and their parents. En K. Moore & P. Buchwald (Eds.), *Stress and anxiety. Application to adolescence, job stress and personality*. (pp.19-28). Berlín: Logos Verlag.
- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente* (3ªed.). México: Pearson Education.
- Barcelata, B. (2011). *Factores personales y familiares predictores de la resiliencia en adolescentes en condiciones de pobreza*. Tesis inédita de doctorado. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Barcelata, B., Durán, C. & Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Barcelata B., Granados A. & Ramírez A. (2013). Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Revista Mexicana de Orientación*, 10(24), 65-79.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61.
- Barrón, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J., Cruz, C. & Mendez, E. (2009). Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489.
- Berger, K. (2004). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* (6ªed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Bokszczanin, A. & Makowsky, S. (2007). Family economic hardship, parental support and social anxiety in adolescents. En P. Roussi, E. Vassilaki, K. Kaniasty & J. Baker (Eds.). *Stress and Psychosocial Resources. Coping with life changes, occupational, demands, educational challenge, and threats to physical and emotional wellbeing* (pp. 57-69). Berlín: Logos.
- Bravo, A. & Fernández, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1), 136-142.
- Buelga, S., Musitu, G. & Murgui, S. (2009). Relaciones entre la reputación social y la agresión relacional en la adolescencia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 127-141.
- Cardozo, G. & Alderete, A.M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182.

- Cava, M., Buelga, S., Musitu, G. & Murgui, S. (2010). Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal. *Revista de Psicodidáctica*, 15(1), 21-34.
- Cheng, S. & Chang, A. (2006). Relationship with others and life satisfaction in later life: Do gender and widowhood make a difference? *Journal of Gerontology*, 61, 46-53.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98, 310-57.
- Consejo Nacional de Población (2010). *Situación demográfica de México 1910-2010*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=301&Itemid=15
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (4ª ed.). México: Manual Moderno.
- Crispo, R. & Guelar, D. (2002). *La adolescencia: manual de supervivencia. Guía para hijos y padres*. Barcelona: Gedisa.
- Deniss, C. (2003). Peer support within a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332.
- Desarrollo Integral de la Familia (2011). Encuesta de la Dinámica Familiar. Recuperado de <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/EncuestaNalDinamFamiliaMex2011.pdf>
- Domínguez, A., Salas, I., Contreras, C. & Procidano, M. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de apoyo social percibido de la familia y los amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.
- Domínguez, L. (2008). La Adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4(1), 69-76. Recuperado de: http://www.conductitlan.net/50_adolescencia_y_juventud.pdf
- Dulanto, E. (2000). *El Adolescente*. México: Asociación Mexicana de Pediatría-McGraw-Hill Interamericana.
- Eastina, S. & LaRose, R. (2004). Alt support: modeling social support online. *Elsiervier*, 21, 977-972. Recuperado de: www.elsevier.com/locate/comphumbeh; doi:10.1016/j.chb.2004.02.024
- Estévez, E., Murgui, S., Moreno, D. & Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19, 108-113.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. & Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 119-128.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Piugnau, G., Zaragoza, J. et al. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Fuente, A., Herrero, J. & Gracia, E. (2010). Internet y apoyo social: sociabilidad y ajuste psicosocial en la sociedad de la información. *Acción Psicológica*, 7(1), 9-15.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basada en proyectos*. México: Porrúa/UNAM.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. México: UNAM-Porrúa.
- González, J.J. (2004). *Relaciones interpersonales*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Gracia, E., Herrero, J. & Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Grinder, R.E. (2008). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta. Ed). México: McGraw Hill.

- Instituto Mexicano de la Juventud (2009). *En México, el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte en los jóvenes: IMJUVE*. Recuperado de <http://www.intranet-imjuve.org.mx/sitioimj/boletines-servicios-46/245-en-mco-el-suicidio-juvenil-es-la-tercera-causa-de-muerte-en-los-jes-imjuve.html>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/contenido/DemyPob/epo-bla28.asp80?s=est&c=17509>
- Jiménez, T., Musitu, G. & Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 181-195.
- Kaniasty, K. (2012, 25 de enero). *All about support: conceptual, measurement & methodological distinctions that matter*. Taller efectuado en la Facultad de Psicología, UNAM. México.
- Lucio, E. (2007). Cuadernillo de Preguntas del Proyecto MP6-11: *Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macroproyecto UNAM 2007-2009) –versión para investigación-*. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- Martín, E., Fajardo, C., Gutiérrez, A. & Palma, D. (2007). Estrategias de afrontamiento de crisis causadas por desempleo en familias con hijos adolescentes en Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 127-141.
- Martínez, A. (2004). *Evaluación de la confiabilidad de dos escalas de apoyo social: la escala de apreciación social y la escala de apoyo social*. (Tesis inédita de licenciatura). FES Iztacala. UNAM. México.
- Martínez, B., Murgui, S., Musitu, G. & Monrea, M.C. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 679-692.
- Matud, M. (2001). Estrés y salud: un estudio empírico. *Psicología Iberoamericana*.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. *et al.* (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25(2), 32-37.
- Medellín, M., Rivera, M., López, J., Kanán, G. *et al.* (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*, 35, 147-154.
- Méndez, P. & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17(1), 59-64.
- Micucci, J.A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar: cómo romper el ciclo y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Morell, R., García del Castillo, J., Gázquez, M. & García del Castillo, A. (2011). Cuestionario para la evaluación de variables familiares relacionadas con el 81 consumo de drogas en estudiantes universitarios. *Salud y Drogas*, 11(2), 143-162.
- Musitu, G. & Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. & Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Ocaña, F., Cruz, O., García, G.A., Ocaña, J. *et al.* (2013). *Los avatares de la construcción adolescente en estudiantes de una comunidad indígena de Chiapas*. Congreso Nacional del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. México: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología.
- Palomar, J. & Cienfuegos, Y. (2006). Impacto sobre las variables de personalidad sobre la percepción de pobreza. *Anales de Psicología*, 22(2), 217-233.
- Patrick, H., Ryan, A. & Kaplan, A. (2007). Early adolescents' perceptions of the classroom social environment, motivational beliefs, and engagement. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 83-98.

- Quiroz, N., Villatoro, J., Juárez, F., Gutiérrez, M. *et al.* (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial. *Salud Mental*, 30(4), 47-54.
- Ramírez, A., Barcelata, B. & Granados, A. (Octubre, 2013). Apoyo social percibido en estudiantes de secundaria en comunidades urbana y rural. En M.E. Marquez Caraveo. (Coordinadora) *Salud mental, adolescencia, psicopatología y contexto. Simposio* llevado a cabo en el XXI Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología, Guadalajara, México.
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre el nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275.
- Simpson, A. (2001). *Ser padres de adolescentes: Una síntesis de la investigación y una base para la acción (Raising Teens: A Synthesis of Research and a Foundation for Action)*. Boston: Centro para la Comunicación de Salud, Escuela de Salud Pública de Harvard. Recuperado de <http://hrweb.mit.edu/worklife/raising-teens/pdfs/serpadresadol.pdf>
- Terol, M., López, S., Neipp, M., Rodríguez, J. *et al.* (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35 (1), 23-45.
- Turpeinein, P. (2007). *Adolescencia, creatividad y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Villarroel, V. (2010). La relación profesor-alumno como factor protector del desarrollo del adolescente. En D., Sirlopú & Salgado, H. (Eds.). *Infancia y adolescencia en riesgo. Desafíos y aportes de la psicología en Chile*. (pp. 119-144). Chile: Universidad del Desarrollo.

Habilidades socioemocionales y resiliencia

*Norma A. Ruvalcaba Romero, Julia Gallegos Guajardo
Diana Villegas Guinea y Maryurena Lorenzo Alegría*

Durante años la psicología había volcado sus esfuerzos por estudiar los aspectos anormales del ser humano con una visión clínica, sin embargo desde el decenio 1990-99 del siglo pasado emergió una nueva perspectiva denominada psicología positiva desarrollada sobre todo por Martin Seligman (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), la cual buscó estudiar, desde un ámbito científico, los aspectos positivos del ser humano y de la experiencia subjetiva; entre ellos, las habilidades con las que cuentan las personas para una mejor calidad de vida, un mayor bienestar y crecimiento, así como los procesos y funciones psicológicas que favorecen el mejor funcionamiento del individuo y, en general, de las sociedades.

El campo de la psicología positiva implica los abordajes de las experiencias subjetivas que en el pasado se denominaban bienestar, alegría y satisfacción, en la actualidad conceptos como el fluir y la felicidad y en un futuro como rasgos individuales positivos que estudien la capacidad para el amor, la vocación, el coraje, habilidades interpersonales, sensibilidad estética, perseverancia, perdón, originalidad, espiritualidad, talentos y sabiduría. A nivel grupal e institucional aprecia los valores cívicos como la responsabilidad, altruismo, tolerancia, ética, entre otros (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Como parte de estos fenómenos, también es posible encontrar el estudio de la inteligencia emocional, ya que tiene un impacto significativo en el desarrollo humano, la felicidad, el bienestar y la búsqueda de significado en la vida (Bar On, 2010).

Desde su aparición en 1990, el constructo de inteligencia emocional, bajo la autoría de John Mayer y Peter Salovey, ha dado paso a una gran producción de textos científicos y de divulgación, inclusive la aparición de nuevos modelos denominados en forma genérica modelos mixtos y de habilidad; no obstante, en la actualidad los investigadores enfatizan la existencia de dominios compartidos en sus propuestas, aunque difieren en la terminología empleada, consideran sus formulaciones más complementarias que contradictorias (Extremera, Fernández *et al.*, 2004).

Los modelos mixtos son aquellos que integran, además de las habilidades emocionales, rasgos de la personalidad (como el optimismo y la automotivación por ejemplo), mientras que los esquemas de habilidad son aquellos que se centran de manera exclusiva en el estudio de los procesos emocionales y las habilidades relacionadas con éstos y no como un rasgo de personalidad (Fernández-Berrocal, Extremera *et al.*, 2008).

¿QUÉ SON LAS HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES?

Este capítulo se centra en la propuesta de habilidades socioemocionales desarrollada por Reuven Bar-On (2006), considerada como un modelo mixto que las define como un segmento de la interrelación entre las competencias emocionales y sociales que impactan en la conducta inteligente. De acuerdo al cual, ser emocional y socialmente inteligente implica en el ámbito personal, expresarse con eficacia, conocer las propias fortalezas y debilidades, así como afrontar de manera satisfactoria las demandas cotidianas. Respecto al ámbito interpersonal, abarca la capacidad de ser consciente de las emociones y las necesidades de los demás, cooperar con los otros, mantener relaciones constructivas que sean satisfactorias para ambas partes, ser bastante optimistas, positivos y automotivados. En otras palabras, hay que favorecer que las emociones trabajen a favor de las personas y no en contra. Las competencias socioemocionales descritas por Bar-On (2006) son cinco y cada una de ellas comprende un número de capacidades relacionadas entre sí de forma estrecha:

1. Competencias intrapersonales: implican la capacidad de ser autoconsciente y de expresarse. Incluyen la autoestima personal (ser preciso al percibir, entender y aceptarse a uno mismo), la autoconsciencia emocional (tener consciencia y entender las propias emociones), asertividad (competencia para expresar las propias emociones de manera eficaz y constructiva), independencia (se refiere a tener autoconfianza y evitar la dependencia emocional respecto a los demás) y la autoactualización (esforzarse por alcanzar metas personales y actualizar el propio potencial).
2. Competencias interpersonales: se refieren a la consciencia social y a las relaciones entre individuos e implican las siguientes competencias: empatía (estar consciente y entender los sentimientos de los demás), responsabilidad social (identificarse con un grupo social y cooperar con los demás) y relaciones interpersonales (consiste en establecer relaciones interpersonales satisfactorias y relacionarse bien con los demás).

Entre otras de las habilidades socioemocionales se encuentran:

3. Manejo del estrés: en esta área se involucra el manejo y la regulación emocional, incluye las habilidades de tolerancia al estrés (manejar las emociones de manera efectiva y constructiva) y el control de impulsos (se refiere al control efectivo de las emociones relacionadas a la ira).

4. Adaptabilidad: se refiere a las habilidades para manejar el cambio. Implica la comprobación de la realidad (competencia para validar de manera objetiva los propios sentimientos y pensar conforme a la realidad externa), la flexibilidad, (capacidad para adaptar y ajustar los propios sentimientos y pensamientos a nuevas situaciones) y la solución de problemas (resolver con eficacia problemas tanto de naturaleza personal como los interpersonales).
5. Estado anímico general, se relaciona con la capacidad de las personas para automotivarse e incluye al optimismo (se refiere a ser positivo y mirar el mejor lado de la vida) y la felicidad (considerada como el hecho de sentirse contento con uno mismo, con los otros y con la vida en general).

Respecto al impacto de la edad, el género y la etnicidad en la inteligencia socioemocional, los estudios realizados bajo este modelo han demostrado que la gente mayor es más inteligente en aspectos sociales y emocionales que las personas jóvenes; las mujeres son más conscientes de sus emociones, demuestran más empatía y reportan mejores relaciones interpersonales que los varones; mientras que estos últimos son más propensos a manejar sus emociones de forma directa, además de ser más adaptables; por otra parte no se han manifestado diferencias significativas entre grupos étnicos (Bar-On, 1997) .

Por último, este modelo ha sido correlacionado con constructos referentes a la salud física (Krivoy, Weyl & Bar-On, 2000), a la salud mental específicamente a través del manejo de las emociones y el afrontamiento del estrés (Bar-On, 2003) a las interacciones sociales (Bar-On, 1997), al desempeño académico (Bar-On, 2003; Parker *et al.*, 2004), así como al desempeño laboral (Boyatzis & Ratti, 2009; Boyatzis, Good *et al.*, 2012).

IMPORTANCIA DE LAS HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social que comienza con la pubertad entre los 10 y 12 años y termina a los 19 o 20 años. La adolescencia comprende dos fases: la temprana que sucede entre los 10 y 15 años, y la tardía que se extiende hasta los 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social que marca el proceso de transformación del niño en adulto. En esta etapa ocurren grandes cambios en el cerebro (Peper & Dahl, 2013) y durante el proceso el adolescente descubre su propia identidad y desarrolla su autonomía. Erikson (1950), al explicar las etapas del desarrollo psicológico, señala que los jóvenes en esta etapa se preocupan cada vez más por saber el tipo de adulto en que quieren convertirse. Si crecen para aceptarse a sí mismos por las personas que son, en lugar de las personas que ellos o los demás quieren que sean, desarrollarán un fuerte sentido de lealtad hacia sí mismos (Erikson, 1950).

Durante esta etapa, el adolescente empieza a hacer uso de su autonomía, comienza a elegir a sus amigos y a personalizar sus afectos. Los sentimientos de segu-

ridad y adecuación por lo general provienen del resultado de las interacciones con su grupo social, con el cual crea una relación estrecha. Como resultado se espera que el adolescente logre una inserción autónoma en el medio social y una independencia flexible (Daniel & Wassell, 2002; Erikson, 1950).

Debido a los múltiples cambios que suceden en la adolescencia, el individuo se encuentra expuesto a diferentes riesgos como por ejemplo: trastornos de alimentación, bajo rendimiento escolar y, o deserción escolar, o ambos; consumo de drogas y alcohol, embarazos no deseados, problemas de conducta, así como desórdenes de ansiedad y depresión, entre otros (Benjet *et al.*, 2009; Daniel & Wassell, 2002; Greenberger, 2000).

Estadísticas sobre adolescentes mexicanos indican que 2.2 millones de adolescentes entre 15 y 17 años no se encuentran escolarizados, y que 18.9% los adolescentes entre 15 y 19 años no se encuentran involucrados en actividades educativas ni laborales (*United Nations Children's Fund* [UNICEF], 2011). El panorama de salud mental es alarmante, se reporta que cerca del 50% de los adolescentes ha cumplido con los criterios de uno de estos problemas, como por ejemplo: ansiedad, depresión, impulsividad, y abuso de sustancias (Benjet *et al.*, 2008).

En relación a la sintomatología depresiva, un estudio señala que un aproximado del 65% de los adolescentes mexicanos reportaron el no poder dejar de sentirse tristes y solos, y casi 50% manifestaron sentir miedo y rechazo (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2008). Este mismo estudio también reveló que un alto porcentaje de estudiantes entre 15 y 19 años ha cometido acciones como el insultar, ignorar, rechazar y golpear a algún compañero.

BENEFICIOS DE LA ENSEÑANZA DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES EN LA ADOLESCENCIA

Si bien es cierto que la adolescencia es un periodo que supone muchos riesgos dado que es en el que se encuentra una mayor influencia en el psiquismo del individuo, producida por alteraciones hormonales o conflictividades de origen emocional. En esta etapa parece producirse un desfase de algunas áreas de los lóbulos frontales responsables del razonamiento ético y moral, así como la inhibición de conductas impulsivas, desórdenes afectivos o bajo control sobre las necesidades de gratificación (Mestre, Nuñez *et al.*, 2007); aunque también representa una gran oportunidad para el desarrollo positivo debido a que el cerebro del adolescente se encuentra aún en formación. Para esto, la enseñanza de habilidades sociales y emocionales ha demostrado ser una vía muy efectiva (CASEL, por sus siglas del inglés *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*, 2011; Durklak, Weissberg *et al.*, 2011; Greenberg, 2000).

Las habilidades socioemocionales juegan un papel muy importante en el futuro académico, psicológico y social de un individuo. Además, tienen un fuerte vínculo con la resiliencia ya que permiten que el individuo tenga la habilidad para transformar las emociones positivas en oportunidades de aprendizaje y las negativas en posibilidades de crecimiento ante la adversidad (Omar, Paris *et al.*, 2011).

Las habilidades socioemocionales proveen al adolescente de la capacidad para desarrollar un autoconcepto positivo, comprender y regular de mejor manera sus emociones, y establecer y negociar con éxito las interacciones con compañeros (CASEL, 2011; González-Arratia, Valdéz-Medina *et al.*, 2008). La evidencia empírica relaciona a estas habilidades con mayores niveles de bienestar subjetivo, felicidad, optimismo, satisfacción con la vida y buena salud física (Omar *et al.*, 2011; Salgado-Lévano, 2009). Por otro lado, éstas se relacionan de manera negativa con problemas de agresividad, conductas disruptivas, ansiedad, depresión, hiperactividad, abuso de sustancias y *bullying* (Gulay, 2011; Oliva, Jiménez, Parra *et al.*, 2008).

En un estudio realizado con adolescentes mexicanos por Ruvalcaba, Salazar y Gallegos (2012) se encontró que las competencias socioemocionales tienen una validez predictiva sobre los desórdenes de conducta. En particular, el manejo del estrés, el control de impulsos y la competencia interpersonal representan un 17.3% de su varianza. En coincidencia con estos resultados, Velásquez y Montgomery (2009) encontraron que estudiantes peruanos no violentos tenían un mayor nivel de resiliencia, en comparación con los que sí lo eran. Al comparar a los estudiantes de acuerdo a su nivel de violencia, se encontraron diferencias significativas en las áreas de perseverancia y optimismo de la resiliencia y el factor motivacional de la depresión; asimismo, se añade que el contexto familiar mostró jugar un papel más importante que el educativo en la formación del comportamiento resiliente.

Las competencias socioemocionales también han reportado correlaciones negativas y estadísticamente significativas con la sintomatología ansiosa y depresiva (Ruvalcaba, Gallegos *et al.*, 2013). En específico las competencias socioemocionales reportaron contribuir en un 39% de la varianza sobre la depresión, y en un 14.7% sobre la ansiedad. Para explorar su rol en la prevención de abuso de sustancias, Córdova-Alcaráz, Andrade-Palos y colaboradores (2006) realizaron un estudio con 1 021 jóvenes mexicanos de 13 a 18 años. Los resultados muestran que las principales características resilientes identificadas y que mejor distinguen a los no usuarios de los dependientes de drogas son: buen manejo de conflicto en sus relaciones interpersonales, control ante situaciones de riesgo, buen sentido del humor, orientación positiva hacia el futuro, y mayor unión familiar y aceptación de la madre.

En particular el proceso de autorregulación ha demostrado tener un efecto positivo sobre el rendimiento académico. Un estudio realizado por Gaxiola-Romero, González-Lugo y colaboradores (2012), reportó que la autorregulación, mediada por la resiliencia, es una variable que predice el 13% de la varianza del rendimiento académico de estudiantes mexicanos de preparatoria. De manera similar, Alumran y Punamaki (2008) encontraron que los estudiantes de su muestra que cuentan con mayor inteligencia emocional seleccionan mejor sus estrategias de afrontamiento, tienen menos probabilidades de faltar a clases sin autorización familiar o de ser expulsados, a la vez que muestran una mayor apertura al trabajo en equipo; asimismo se ha encontrado relación con las notas finales.

En conclusión, la enseñanza de habilidades socioemocionales promueve el desarrollo positivo del adolescente y disminuye las posibilidades de presentar problemas psicológicos e involucrarse en conductas de riesgo. Debido a esto, en el último decenio se ha visto un cambio pronunciado hacia su enseñanza dentro del salón de clases (Cardozo & Dubini, 2006; Durklak *et al.*, 2011; Fisak, Richard *et al.*, 2011;

Neil & Christensen, 2009) y es de esperarse que tenga una relación importante con los procesos de resiliencia.

HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON LA RESILIENCIA

Tanto las habilidades socioemocionales como la resiliencia son recursos internos que las personas utilizan o que en potencia pueden utilizar para tener un mejor desempeño en los distintos aspectos de su vida.

En cuanto a la resiliencia, ésta ayuda a superar la adversidad y evitar experimentar consecuencias importantes en el desarrollo (Palomar & Gómez, 2010), además de contribuir a la calidad de vida de las personas (Veloso, Cuadra *et al.*, 2013) y la satisfacción con la vida (Limonero, Tomás-Sábado *et al.*, 2012).

La resiliencia no se refiere a cualidades anómalas o especiales sino a recursos humanos ordinarios de los niños, sus familias y sus relaciones interpersonales. Al ser un recurso importante en la adaptación y en el desarrollo de las personas, ha sido estudiado por diferentes autores y desde diferentes perspectivas, por lo que existen diversas definiciones de la resiliencia.

Masten (2001) define la resiliencia como “un fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de serias amenazas a la adaptación o el desarrollo” (p.228). Además considera que una persona es resiliente si su desarrollo ha sido amenazado de manera significativa y no se ha visto afectado.

Por otro lado, Hjemdal, Friborg *et al.*, (2006) definen la resiliencia como un factor protector, procesos y mecanismos que, a pesar de las experiencias con estresores que se ha visto que contienen un riesgo significativo de desarrollar psicopatologías, contribuyen a un buen resultado (p. 84). Asimismo, ha sido explicada por tres categorías de factores protectores: los factores individuales positivos, el apoyo familiar y contar con una red de apoyo más allá de la familia (Von Soest, Mossige *et al.*, 2010). Mientras que otros autores señalan que la resiliencia es el resultado de una combinación entre las características individuales y su entorno que le ayudan a superar los obstáculos (González, 2007).

A pesar de que no se ha llegado a un consenso de una sola definición de resiliencia, se puede asumir que es un conjunto de factores o cualidades de protección que el individuo posee y le ayudan a superar adversidades sin tener una consecuencia permanente en su desarrollo o estado psicológico (Fiorentino, 2008).

Es posible considerar como una de las características o un factor de la resiliencia a las habilidades socioemocionales, ya que éstas ayudan a las personas a identificar, entender y manejar de manera adecuada sus emociones y las de los demás, a ser empáticos, a saber cómo comunicarse con los demás, así como a utilizar de forma efectiva estrategias de solución de problemas (García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013); por lo que no es extraño que exista una relación entre la resiliencia y las habilidades emocionales, ya que dichas habilidades fortalecen a los niños y a los adolescentes (Fiorentino, 2008).

Entre las investigaciones que se han realizado alrededor del tema de la resiliencia, se han encontrado asociaciones positivas entre características de personas resi-

lientes con la presencia de habilidades socioemocionales, como el manejo de emociones, control de impulsos, habilidades de comunicación, estrategias de solución de problemas, entre otras (Becoña, 2006). Además algunas de las características personales que se consideran parte en algunos modelos de abordaje de la resiliencia son también elementos o aspectos de las habilidades socioemocionales, como asertividad, autocontrol emocional y optimismo (Uriarte, 2006).

Asimismo, algunos estudios han señalado que existe una relación entre la inteligencia emocional y la resiliencia (Almeida, Omar, Aguilar & Carvalho, 2009; Armstrong, Galligan & Critchley, 2011; Kinman & Grant, 2011; Omar *et al.*, 2011). Es decir, han encontrado que las personas que presentan una alta inteligencia emocional o un mayor número de habilidades socioemocionales, reportan ser más resilientes que aquellas que manejan niveles bajos o reducidos en estas variables debido a que pueden afrontar de mejor manera la adversidad, ya que identifican, manejan y regulan sus emociones, además de que saben cómo expresarlas de forma adecuada.

Un estudio realizado por Ruvalcaba, Gallegos y Guinea (en revisión), mediante un análisis de ecuaciones estructurales estos autores encontraron que las habilidades intra e interpersonales de adolescentes mexicanos tenían un efecto predictor sobre las competencias sociales, mientras que la adaptabilidad y el estado de ánimo tenían una influencia directa sobre las competencias personales asociadas a la resiliencia. En este caso es importante destacar las habilidades relacionadas al impulso de la ira o al manejo del estrés, por lo que puede concluirse lo que favorece la resiliencia es la capacidad de generar emociones positivas y no el manejo de las negativas

De la misma manera, resultados de otras investigaciones mencionan que las emociones positivas se encuentran con mayor frecuencia en las personas que presentan tener una alta resiliencia (Tugade, Fredrickson *et al.*, 2004), mientras que quienes manifiestan un bajo nivel de ésta, por lo general presentan dificultades para regular sus emociones de manera adecuada (Ong, Bisconti *et al.*, 2006). De manera conjunta, otros estudios indican que existe una asociación entre la regulación de las emociones y la resiliencia, por lo que quienes tienen una mejor autorregulación de sus emociones resultan más resilientes (Buckner, Mezzacappa *et al.*, 2003; Tugade & Fredrickson, 2007).

Resultados de otras investigaciones también indican que la resiliencia ayuda a las personas a afrontar el estrés (Beale, Fegley *et al.*, 2006), y de igual manera existen estudios que señalan que las personas con habilidades socioemocionales afrontan el estrés con éxito (Kinman & Grant, 2011; Omar *et al.*, 2011). Es posible que lo anterior deba a que algunas características de la resiliencia, como las habilidades mencionadas, permiten evaluar los estados emocionales y regularlos para poder afrontar situaciones adversas y mantener un equilibrio y bienestar mental (Omar *et al.*, 2011).

Tanto las habilidades socioemocionales como la resiliencia están involucradas en el proceso de adaptación ante situaciones adversas (Edward, 2005), es por eso que se han encontrado las asociaciones presentadas con anterioridad, lo cual deja ver una clara relación entre la resiliencia y las habilidades emocionales, así como el impacto de ambas en el bienestar de las personas (Limonero *et al.*, 2012).

De igual manera, debido a la relación encontrada entre la resiliencia y las habilidades socioemocionales, se han desarrollado programas de intervención en los cua-

les éstas se promueven entre los niños y adolescentes con el objetivo de aumentar su resiliencia, para aumentar el bienestar y disminuir los problemas de emocionales y de conducta (Pahl & Barrett, 2007).

Asimismo, Waugh, Thompson y colaboradores (2011) mencionan que una de las características de las personas resilientes es que a nivel emocional son flexibles. Es decir que además de experimentar emociones negativas durante situaciones adversas, también experimentan otras positivas. Además, se sugiere que las personas resilientes saben utilizar de mejor manera ambos tipos de emociones (negativas y positivas) que las personas menos resilientes (Westphal, Seivert *et al.*, 2010).

Aparte de los resultados mencionados de las investigaciones que han encontrado relación entre las habilidades socioemocionales y la resiliencia, existen autores que consideran la resiliencia como una habilidad o fortaleza socioemocional, debido a que las personas resilientes son empáticas, respetuosas y compasivas con las demás personas, tienen habilidades de comunicación afectiva y sociales, así como de solución de problemas (Carreño, 2012).

Las habilidades socioemocionales son una de las características o factores protectores de la resiliencia. Sin embargo, no son el único elemento que la constituye, sino que está conformada por varios factores que interactúan entre sí (Fiorentino, 2008; García-Vesga & Domínguez-de la Ossa, 2013; Omar *et al.*, 2011), por lo que es importante identificar cuáles son los factores protectores que son parte del proceso de la resiliencia para poder realizar intervenciones y programas que faciliten la adaptación de las personas a las situaciones adversas que se presentan en sus vidas. Además, identificar las habilidades que promueven la resiliencia puede ayudar a reconocer los mecanismos que promueven la salud mental y ayudar a prevenir conductas desadaptadas o delictivas (Buckner, Mezzacappa *et al.*, 2003).

CONCLUSIONES

Las habilidades socioemocionales y la resiliencia son recursos personales que permiten optimizar el desempeño en diferentes contextos. Numerosas investigaciones evidencian la relación entre ambos constructos. Al parecer, quienes poseen un mayor número de éstas, también son más resilientes. En la misma línea, las personas resilientes cuentan con una mayor inteligencia emocional. En la base de esta relación se encuentra un mayor conocimiento de las emociones y una capacidad superior para regularlas, que permite a los individuos afrontar y superar de forma óptima las vicisitudes de la vida. Aquí cabe plantearse que las habilidades emocionales pueden ser una característica inherente de las personas resilientes pero que, a su vez, al ser susceptibles de mejora, pueden ser un factor que promueva la resiliencia. Ante esta panorámica, los entrenamientos en habilidades socioemocionales podrían facilitar la superación de adversidades sin consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas.

Se ha encontrado que la resiliencia contribuye a mejorar indicadores de satisfacción con la vida y la calidad de la misma. Si se pretende incrementar éstos índices es necesario conocer qué factores están a la base de un comportamiento resiliente y desarrollar programas de intervención dirigidos a potenciarlos.

La adolescencia es una etapa de cambios biológicos, psicológicos, sexuales y sociales en los que el adolescente va definiendo su identidad. En este período de desarrollo, el individuo se ve expuesto a diferentes riesgos, entre otros, los relacionados con su salud física y mental y su rendimiento académico. Las habilidades socioemocionales son un factor protector ante estos peligros y la adolescencia es un momento oportuno para el aprendizaje de las mismas, ya que en este momento se reúnen las características de madurez y la plasticidad cerebral necesarias.

Las habilidades socioemocionales están vinculadas con diferentes indicadores de desarrollo adecuado en la adolescencia. Por un lado, se relacionan un comportamiento resiliente, promueven un mejor autoconcepto, mejoran la comprensión y regulación emocional, optimizan las relaciones sociales, incrementa el bienestar, se asocia con mayores índices de felicidad, optimismo, satisfacción con la vida y salud física. Por otro lado, se relacionan de forma negativa con agresividad, disrupciones, ansiedad, depresión, hiperactividad e impulsividad, abuso de sustancias y *bullying*.

En síntesis, las habilidades socioemocionales dotan a los adolescentes de competencias que aminoran los riesgos a los que se ven expuestos y contribuyen a su desarrollo integral. Así las cosas, es necesario promover el diseño e implementación de programas de educación socioemocional en el aula escolar.

REFERENCIAS

- Almeida, S., Omar, A., Aguiar, M. & Carvalho, S.R. (2009). Resiliencia e inteligencia emocional en adolescentes: Un estudio de Brasil, Argentina y México. En Conselho Regional de Psicologia. *Resumos de comunicaciones científicas*. VI Congresso Norte Nordeste de Psicologia. Belém: UF-Pará.
- Alumran, J.I. & Punamaki, R.L. (2008). Relationship between gender, age, academic achievement, emotional intelligence, and coping styles in Bahraini adolescents. *Individual Differences Research*, 6, 104-119.
- Armstrong, A., Galligan, R. & Critchley, C. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and individual differences*, 51(3), 331- 336. doi: 10.1016/j.paid.2011.03.025
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i)*: Technical Manual. Canada: Multi Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the emotional Quotient Inventory (EQ-i). En R. Bar On, R. & Parker, J. (eds): *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence. *Psicothema*, 18, (Supl), 13-25.
- Bar-On, R. (2010). Emotional Intelligence: an integrative part of positive psychology. *South African Journal of Psychology*, 40,(1), 54-62.
- Bar-On, R. (2003). How important is it to educate people to be emotionally and socially intelligent and can it be done? *Perspectives in Education*, 21, 3-13.
- Beale, M., Fegley, S., & Dupree, D. (2006). Investigating and linking social conditions of minority children and adolescents with emotional well-being. *Ethnicity & Disease*, 16, 67- 70.

- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2008). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 386-395. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x.
- Boyatzis, R. E., Good, D. & Massa, R. (2012). Emotional, social, and cognitive intelligence and personality as predictors of sales leadership performance. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 19(2), 191-201.
- Boyatzis, R. E., & Ratti, F. (2009). Emotional, social and cognitive intelligence competencies distinguishing effective Italian managers and leaders in a private company and cooperatives. *Journal of Management Development*, 28(9), 821-838.
- Buckner, J., Mezzacappa, E. & Beardslee, W. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15, 139- 161. doi: 10.1017.S0954579403000087
- Cardozo, G. & Dubini, P. (2006). Promoción de salud y resiliencia en adolescentes desde el ámbito escolar. *Psicodebate* 7, 21- 39.
- Carreño, P. (2012). *La resiliencia, una competencia emocional y moral para una vida saludable*. Trabajo presentado en las Jornadas de Educación Emocional. Chile.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL, 2011). *What is social and emotional learning (SEL)?* Documento electrónico disponible en: <http://www.casel.org/social-and-emotional-learning>.
- Córdova-Alcaráz, A. J., Andrade-Palos, P. & Rodríguez-Kuri, E. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 101-122.
- Daniel, B. & Wassell, S. (2002). *Adolescence: Assessing and promoting resilience in vulnerable adolescents*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Durklak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. et al. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405-432. Doi: 10.1111/j1467-8624.2010.01564.x
- Edward, K. (2005). Resilience: When coping is emotionally intelligent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 11(2), 101-102. doi: 10.1177/1078390305277526
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. Nueva York: Norton.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre J. & Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2), 209-228.
- Fernández-Berrocal P., Extremera, N. & Palomera R. (2008). Emotional Intelligence as a Crucial Mental Ability on Educational Context. En A. Valle y J. Nuñez (Eds.), *Handbook of Instructional Resources and Applications* (pp. 67-88). Nueva York: Nova Science Publishers.
- Fiorentino, M.T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95- 144.
- Fisak Jr, B. J., Richard, D. & Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12, 255-268. doi:10.1007/s11121-011-0210-0
- García-Vesga, M. C. & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1), 63-77.
- Gaxiola- Romero, J., González-Lugo, S., Contreras-Hernández, Z. & Gaxiola- Villa, E. (2012). Predictores del rendimiento académico en adolescentes. *Revista de Psicología*, 30 (1), 47-74.

- González-Arratia, N. I. (2007). Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca. Tesis inédita de doctorado. Universidad Iberoamericana. México.
- Gonzalez-Arratia, N.I., Valdez, J.L., & Zavala, Y.C. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.
- Greenberg, M.T. (2000). Promoting resilience in children and youth: Preventative interventions and their interface with neuroscience. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 139-150. doi: <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1376.013>
- Gulay, H. (2011). Assessment of the prosocial behaviors of young children with regard to social development, social skills, parental acceptance-rejection and peer relationships. *Journal of Instructional Psychology*, 38, 164-172.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M. & Rosenvinge, J. (2006). A new scale for adolescents resilience: Grasping the central protective resources behind healthy development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 84- 96.
- Kinman, G. & Grant, L. (2011). Exploring stress resilience in trainee social workers: the role of emotional and social competencies. *British Journal of Social Work*, 41, 261- 275. doi: 10.1093/bjsw/bcq088
- Krivoy, E., Weyl, Ben-Arush, M. & Bar-On, R. (2000). Comparing the emotional intelligencie of adolescent cancer survivors with a matched sample from the normative population. *Medical and Pediatric Oncology*, 35(3), 382.
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M.J. *et al.*, (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predotores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology*, 20(1), 183-196.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227- 238. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.227
- Mestre, J., Nuñez, I. & Guil, R. (2007). Aspectos Psicoevolutivos, Psicosociales y Diferenciales de la Inteligencia Emocional. En J. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de Inteligencia Emocional* (pp.153-172). Madrid: Pirámide.
- Neil, A.J. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.002
- Oliva, A., Jiménez, J.M., Parra, A. & Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62.
- Omar, A., Paris, L., Uribe, H., Ameida, S.H., & Aguiar, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicología en Estudio*, 16 (2), 269-277.
- Ong, A. D., Bisconti, T.L. & Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 730- 749. doi: 10.1037/0022-3514.91.4.730
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). *La salud de los adolescentes*. Documento electrónico disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Pahl, K. M., & Barrett, P. M. (2007). The development of social-emotional competente in pre-school-aged children: An introduction to the FUN FRIENDS Program. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 17(1), 81-90.
- Palomar, J. & Gómez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7- 22.
- Parker, J., Creque, R., Barnhart, D., Harris, J. *et al.* (2004). Academic achievement in high school: does emotional intelligence matter? *Personality and Individual Differences*, 31, 1321-1330.

- Peper, J.S. & Dahl, R.E. (2013). The teenage brain: Surging hormones-brain-behavior interactions during puberty. *Current Directions in Psychological Science*, 22, 134-139. doi: 10.1177/0963721412473755
- Ruvalcaba, N., Salazar, J. & Gallegos, J. (2012). Competencias socioemocionales y variables sociodemográficas asociadas a conductas disociales en adolescentes mexicanos. *Revista CES Psicología*, 5, 1-10.
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Flores, A. & Fulquez, S. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*, 16 (29), 20-41.
- Ruvalcaba, N., Gallegos, J., & Villegas, D. (en revisión). Validez predictiva de las competencias socioemocionales sobre la resiliencia en adolescentes mexicanos. In S. Mylan (Ed.). *Education & Social-Emotional Learning*.
- Salgado-Lévano, A.C. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la Ciudad de Lima. *Liberabit*, 15(2), 133-141.
- Secretaría de Educación Pública (SEP, 2008). *1era Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia en Escuelas públicas de Educación Media Superior*. Documento electrónico disponible en: http://www.catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaV2/Documentos/Educacion/Informes/SEP_Encuesta_Discriminacion_y_Violencia_2008.pdf
- Seiffge-Krenke, I., Persike, M., Güney, N., Cok, F. *et al.* (2013). Stress With Parents and Peers: How Adolescents From Six Nations Cope With Relationship Stress. *Journal of Research on Adolescence*, 23(1), 103-117.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Tugade, M., Fredrickson, B. & Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.
- Tugade, M. & Fredrickson, B. (2007). Regulation of positive emotions: emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311- 333. doi: 10.007/s10902-006-9015-4
- United Nations Children's Fund (UNICEF, 2011). *La Adolescencia*. México. Documento electrónico disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6879.html
- Uriarte, J. (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de Psicodidáctica*, 11(1), 7- 24.
- Velásquez, C. & Montgomery, W. (2009). Resiliencia y depresión en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana con y sin participación en actos violentos. *Revista de Investigación en Psicología*, 12 (2), 75-87.
- Veloso, C., Cuadra, A., Antezana, I., Avedaño, R. *et al.* (2013). Relación entre inteligencia emocional, satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia en funcionarios de Educación Especial, *Estudios Pedagógicos XXXIX* (2), 355- 366.
- Von Soest, T., Mossige, S., Stefansen, K. & Hjemdal, O. (2010). A validation study of the Resilience Scale for Adolescents (READ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 215-225. doi: 10.1007/s10862-009-9149-x
- Wagh, C.E., Thompson, R.J. & Gotlib, I.H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion*, 11(5), 1059- 1067. doi:10.1037/a0021786
- Westphal, M., Seivert, N. & Bonanno, G.. (2010). Expressive flexibility. *Emotion*, 10 (1), 92-100.

Resiliencia: implicaciones clínicas, políticas de atención y programas de intervención

*María Elena Márquez-Caraveo,
Laura Karina Sánchez Jiménez e
Israel Itzaman Jiménez Navarro*

El corazón que ríe

Tu vida es tu vida
no dejes que sea golpeada contra la húmeda sumisión
mantente alerta
hay salidas
hay una luz en algún lugar
puede que no sea mucha luz pero
vence a la oscuridad
mantente alerta
los dioses te ofrecerán oportunidades
conócelas
tómalas
no puedes vencer a la muerte pero
puedes vencer a la muerte en la vida, a veces
y mientras más a menudo aprendas a hacerlo
más luz habrá
tu vida es tu vida
conócela mientras la tengas
tú eres maravilloso
los dioses esperan para deleitarse
en ti.

Charles Bukowski

La resiliencia es un concepto que está presente en la agenda de los profesionales en el manejo de desastres, educación, trabajo social, salud y política (Ager, 2013). Sin embargo, la promoción de la resiliencia no es tarea de un sector en particular, sino de todos aquellos involucrados en el cuidado y protección de los niños y adolescentes (Munist, Santos *et al.*, 1998). Es por ello que el objetivo de este

capítulo es concientizar a aquellos que trabajan con estos grupos de edad sobre la importancia de la resiliencia como elemento clave de la salud mental y su aplicación a los programas de intervención.

Estudios recientes revelan que experimentar estrés y adversidad en etapas tempranas de la vida puede tener como consecuencia el desarrollo anormal de circuitos neuronales implicados en el comportamiento social y emocional de los individuos (Durlak, Weissberg *et al.*, 2011). Por otro lado, estos mismos estudios sugieren que la existencia de emociones positivas, el optimismo, la presencia de cuidadores amorosos, una red de apoyo social fuerte, un sistema cardiovascular sano y la flexibilidad cognitiva, son factores que contribuyen al desarrollo de la capacidad del individuo para la recuperación rápida frente a las situaciones de estrés.

Además, existe evidencia respecto a que los niños que reciben un entrenamiento emocional y de habilidades sociales, presentan no sólo una mejoría de las capacidades para afrontar la adversidad, sino que también se aprecia un desempeño académico más exitoso. De modo que fomentar la resiliencia desde temprana edad tiene un efecto positivo adicional a lo ya mencionado (Durlak, Weissberg *et al.*, 2011).

La discusión sobre el concepto de resiliencia y su aporte a la salud mental, debe basarse en los avances teórico-prácticos encontrados hasta la fecha en diversas investigaciones. Se propone que a partir de esta evidencia científica se diseñen los programas y evaluaciones sociales en torno a la resiliencia (Aguer, Stark *et al.*, 2010). En el campo de la intervención preventiva, se sugiere (Rutter, 2012) que no es suficiente identificar los factores que fomenten el desarrollo de la resiliencia, sino que, además, habrá que favorecer su presencia; este último es uno de los objetivos más importantes en el diseño de las estrategias de prevención. Dicho enfoque supone la necesidad de vincular los programas de salud a la familia, las escuelas y la comunidad en general (Werner & Smith, 1982) con énfasis en los niños y las familias que viven en condición de vulnerabilidad, ya que éstos carecen de algunos de los vínculos sociales que coadyuvan en la mitigación del estrés y la adaptación positiva.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1948 a la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A su vez, estableció que la salud mental es:

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

Por su parte, el Instituto de Medicina (*Institute of Medicine*, [IOM], 2004) propuso una especificidad en la definición de salud infantil y modificó la descripción del año 1948 propuesta por la OMS, al sugerir que la salud “se extiende a un niño o un grupo de niños” que pueden: a) desarrollar su potencial, b) satisfacer sus necesida-

des y c) desarrollar las capacidades que le permitan interactuar exitosamente con su ambiente biológico, físico y social.

De acuerdo a este enfoque, existen cuatro aspectos fundamentales en el campo del desarrollo, que sirven como base para realizar intervenciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales:

1. Comprender los patrones de competencia relacionados con la edad y el desarrollo de trastornos; 2. Advertir la presencia de múltiples contextos; 3. Reconocer la importancia del desarrollo de habilidades y 4. Incorporar en las intervenciones la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales (O'Connell, 2009).

En contraste a la salud mental, los trastornos mentales se definen de acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992) de la siguiente manera: "Es el comportamiento de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo."

¿Equivale la promoción de la salud mental a la prevención de los trastornos psiquiátricos? Parece importante distinguir a una de la otra.

La OMS en 1986, define la promoción de la salud como, "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla"; precisó además que la promoción de la salud mental tiene como principal objetivo fomentar el desarrollo de las capacidades de afrontamiento individuales. Se sugiere que el foco de estas acciones abarcaría desde la población general hasta los pacientes que son tratados debido a algún trastorno mental (OMS, 1998).

La promoción de la salud mental y la prevención de los padecimientos mentales son actividades complementarias y superpuestas (OMS, 2002). Ambas se concentran en cambiar influencias comunes en el desarrollo de niños y adolescentes, con el fin de garantizar un funcionamiento adecuado en las tareas y desafíos de la vida cotidiana y, de este modo, evitar los problemas cognitivos, emocionales y del comportamiento que deterioran su funcionamiento (O'Connell, 2009).

En consecuencia, habría que realizar la siguiente pregunta: ¿es, por lo tanto, prudente destinar una parte de los recursos disponibles, a los programas de prevención de los trastornos mentales y promoción de la salud mental, para promover el bienestar de la sociedad?, lo que se contesta de forma afirmativa (Knapp, Mc Daid, 2011). No obstante, aunque la evidencia es vasta respecto a las ventajas de intervenir en edades tempranas (*United Nations Children's Fund* [Unicef], 2011), las intervenciones sustentadas en evidencia científica y de probada efectividad, no son "fáciles de implementar, sencillas o baratas" por lo que la implementación de dichas prácticas es sólo viable a una escala útil con el respaldo financiero, humano y político, a distinto nivel, de los sistemas gubernamentales (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2007) lo que posibilita el desarrollo de una política pública en pro de la salud mental de un país. Es importante resaltar que el desarrollo de éstas no sólo se limita a este contexto, si no al de la salud en general.

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

De acuerdo a la OMS, se estima que 450 millones de personas padecen un trastorno mental. Una de cada cuatro personas, será afectada por un trastorno mental en algún momento de su vida; los trastornos neuropsiquiátricos representan el 13% de las enfermedades a nivel mundial y se prevé que para 2030, la depresión será la causa principal de la carga de enfermedad a nivel global (OMS, 2004).

A su vez, datos de investigación epidemiológica en nuestro país, señalan que 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años (Organización Panamericana de la Salud [OPS], OMS, 2011) y se considera que 45% de la carga global de enfermedad en los jóvenes lo representan enfermedades como depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y trastorno bipolar (OMS, 2011).

En México, se dispone de datos de investigación epidemiológica nacional para la población adulta y urbana (Medina-Mora, 2003) y a nivel metropolitano en la población de 12 a 17 años (Benjet et al., 2009), este estudio senalo altas prevalencias, baja utilización de servicios y poco acceso al tratamiento efectivo.

No se poseen datos de la población de niños, aunque datos de otros países sugieren que entre 12 y 29%, de la población que acude a los servicios de atención primaria, padece un trastorno psiquiátrico (Giel *et al.*, 1981). Sin embargo, en el primer nivel de atención, sólo se diagnostica del 10 al 22%; por consecuencia, gran parte de este sector de la población, queda desprovisto de una intervención efectiva.

El impacto económico de estos padecimientos tanto en las familias, como en la sociedad se ha establecido de manera consistente (OMS, 2005). Por lo anterior, países como Inglaterra han modificado las estrategias utilizadas para la promoción de la salud mental, tal como se menciona en el documento *Paying the price. The Cost of Mental Health Care in England to 2026*. En él se señala que una de las áreas que permanecen poco desarrolladas, es el análisis de cómo funciona la prevención y promoción en la salud mental; lo cual es necesario con el fin de disminuir la prevalencia de los trastornos mentales y de esta manera reducir el impacto económico de los mismos (McCrone, 2008). Como resultado de los costos que generan los problemas mentales y a pesar que la prevalencia permanezca estable, los costos muestran un aumento considerable. Además existe una alta comorbilidad después que se ha instalado el primer episodio de un trastorno mental. Por lo tanto, la intervención temprana es una oportunidad potencialmente significativa. Parafraseando al director Niall Dickson del "King's Fund": sin el tipo de inversión correcta, todos pagaremos el precio, no solo perdiendo recursos sino también vidas.

En este orden de ideas, en el 2011, el Departamento de Salud en Londres, publicó *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*, el cual propone 11 modelos de intervención que refuerzan, con evidencia científica, el resultado positivo de las estrategias de prevención de los diferentes trastornos mentales, así como el beneficio económico de las mismas. Una de las conclusiones a las que se llega en dicho documento hace hincapié en los beneficios observados a largo plazo, en particular, con las intervenciones realizadas en la población infantil, ya que si los niños no reciben este tipo de atención es muy probable que los trastornos persistan durante la adolescencia y permanezcan hasta la vida adulta. Desde el punto de vista económico, cuando se realizan intervenciones en esta población, el

costo de la inversión realizada se recuperará con rapidez (Knapp, 2011). El éxito de la prevención en la historia natural de la enfermedad está bien documentado, pues disminuye el impacto negativo de la enfermedad sobre el ciclo vital del individuo (OMS, 2002).

Niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria

Existen dos formas de concebir la manera de prevenir los trastornos mentales; la primera hace referencia a los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1964), y la segunda la concibe como universal, selectiva e indicada (Gordon, 1983; Mrazek & Haggerty, 1994; World Health Organization, 2005).

A partir del modelo de historia natural de la enfermedad se propuso la primera clasificación; ésta tiene la ventaja de intervenir de forma precisa en cada nivel de la historia natural de la enfermedad cuando se conoce la etiología, curso y comorbilidad, como en la mayoría de las enfermedades médicas. Sin embargo, en lo que refiere a los trastornos mentales, este concepto puede resultar impreciso, ya que la génesis de estas patologías se origina de acuerdo a la etapa del desarrollo en la que se encuentre el individuo, así como en la interacción con las características particulares, el ambiente y la cultura (OMS, 1998). De tal forma que, precisar el inicio de la enfermedad es complicado, ya que algunos individuos presentan síntomas subclínicos y no reúnen los criterios para el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas. En la población infantil, es importante considerar, además de lo ya mencionado, que la plasticidad o la fragilidad de adaptación que caracteriza a esta etapa de la vida, se ve bastante influida por la dinámica familiar en comparación con los adultos (Gordon, 1987).

Niveles de prevención: universal, selectiva e indicada

Desde otro enfoque, en 1983 Gordon publicó en la revista *Public Health Reports* el reporte *An Operational Classification of Disease Prevention*, cuyo objetivo principal fue proponer un modelo más efectivo para identificar las medidas preventivas que limitarán el desarrollo de una enfermedad a futuro y con énfasis en un análisis de costo-beneficio en la población. El autor propuso una nueva clasificación a partir de los siguientes cuestionamientos al enfoque de prevención previo: “Esta clasificación proviene de una época en la que la investigación biomédica era originada casi exclusivamente en los laboratorios científicos, bajo la cual, los conceptos de salud y enfermedad son principalmente mecanicistas”. En los últimos años, el crecimiento y el éxito de la investigación epidemiológica en las enfermedades crónicas ha introducido una gran cantidad de conocimiento científico no mecanicista, referente a la prevención de enfermedades (Gordon, 1983).

La medicina se caracteriza por identificar factores de riesgo primarios que puedan sustentar la causalidad de una enfermedad o evento clínico determinado. Incidir en la etiología como medida de prevención primaria o secundaria sobre el cuadro

sindrómico para impedir el desarrollo de la enfermedad, es una situación efectiva y sencilla en el caso de las ocasionadas por lesión o infección, aunque en las crónicas resulta poco preciso. El periodo de latencia es prolongado e incluso la presencia de ciertas alteraciones, como por ejemplo, las cifras elevadas de presión arterial, glucosa o colesterol, no implican una enfermedad manifiesta a pesar de que las tres entidades representan un riesgo importante para producir una enfermedad.

En este sentido, Gordon pone en entredicho la semántica utilizada en las intervenciones preventivas, por ejemplo, al manejo de los hábitos dietéticos para la hipercolesterolemia, se le identifica como una medida de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares; pero el uso de la dieta o los fármacos para la diabetes o hipertensión, son reconocidos como tratamiento o medida de prevención secundaria. “A medida que se conoce más sobre las enfermedades crónicas multifactoriales, con largos periodos de latencia, el concepto del origen biológico de la enfermedad se vuelve progresivamente más difuso”, señala el propio autor y agrega: “el infarto al miocardio inicia con el primer dolor o con la primera lesión sobre la pared arterial que tiene su origen probable desde la juventud”. Por este motivo, las intervenciones preventivas con diferentes justificaciones epidemiológicas, requieren enfoques distintos para su adecuado uso (Gordon, 1983).

Por otro lado, señaló que el uso del término primario y secundario hace referencia a un valor ordinal y sugiere que es más importante uno que otro. Por ejemplo, las intervenciones de prevención se aplican de forma efectiva a poblaciones de alto riesgo, y en este grupo de personas es posible identificar un origen biológico; esto se asemeja más bien a una estrategia de prevención secundaria (Gordon, 1983).

Con una proyección del análisis costo-beneficio, la nueva clasificación propuso tres categorías:

- **Universal:** en esta categoría se incluye a la población general y no sólo a la que busca atención por padecer una enfermedad. El uso de medidas preventivas universales sin necesidad de estar enfermo representa un beneficio, pues reduce riesgo y costo. Este enfoque general en la población que en apariencia está sana, anula el nivel de prevención terciaria del modelo clásico, donde la enfermedad ya está reconocida; por ejemplo, tener una dieta adecuada, efectuar una higiene dental y el uso de cinturón de seguridad al abordar un automóvil. Estas medidas pueden ser aplicadas, en su mayoría, sin consentimiento o asistencia profesional.
- **Selectiva:** en esta categoría destacan aquellas medidas preventivas que ofrecen beneficio a un subgrupo de la población general, que ya cuentan con determinadas características tales como edad, sexo u ocupación y que, en virtud de poseer dicha característica, se eleva por arriba de la media general el riesgo y costo de padecer una enfermedad. En la aplicación de estas medidas preventivas, la educación pública que se ofrece al subgrupo de la población en riesgo es de gran importancia. Las personas que tienen mayor contacto con este subgrupo son las más óptimas para llevar a cabo estas medidas, ya que, al igual que la población universal, no es necesario que presenten alguna enfermedad. Tal es el caso de la aplicación de la vacuna contra la rabia para los veterinarios, la inmunización anual contra la gripe

para personas mayores, el uso de gafas de seguridad para maquinistas, evitar el uso de alcohol y algunos medicamentos en mujeres embarazadas.

- **Indicada:** a esta categoría pertenecen aquellas personas a las cuales durante una evaluación se les descubre la presencia de algún factor de riesgo, anormalidad o condición que lo identifica de forma individual con un alto riesgo de padecer una patología. Esta categoría, encasilla el nivel de prevención secundario según el modelo clásico o tradicional. Este tipo de medidas suelen ser aplicadas por profesionales ya que en su mayoría son hallazgos como parte de una evaluación clínica, de laboratorio o de gabinete como por ejemplo, control de tensión arterial o dieta para reducir el colesterol (figura 6-1).

A su vez, Mrazek y Haggerty (1994) enfatizaron la importancia de poner en un contexto más amplio la prevención, incluidas las intervenciones sostenidas, en los casos en que un tratamiento continuo esté indicado. El tratamiento de las distintas patologías se dividió en dos aspectos:

1. La identificación de casos.
2. El tratamiento estándar establecido para el trastorno en particular, que incluye intervenciones para reducir la probabilidad de otros padecimientos.

Es decir, este enfoque abarca los aspectos de mantenimiento en donde se vigila a largo plazo el tratamiento de los pacientes. De ese modo, se reduce la recaída y la recurrencia; además, se proveen servicios de seguimiento que incluyan la rehabilita-

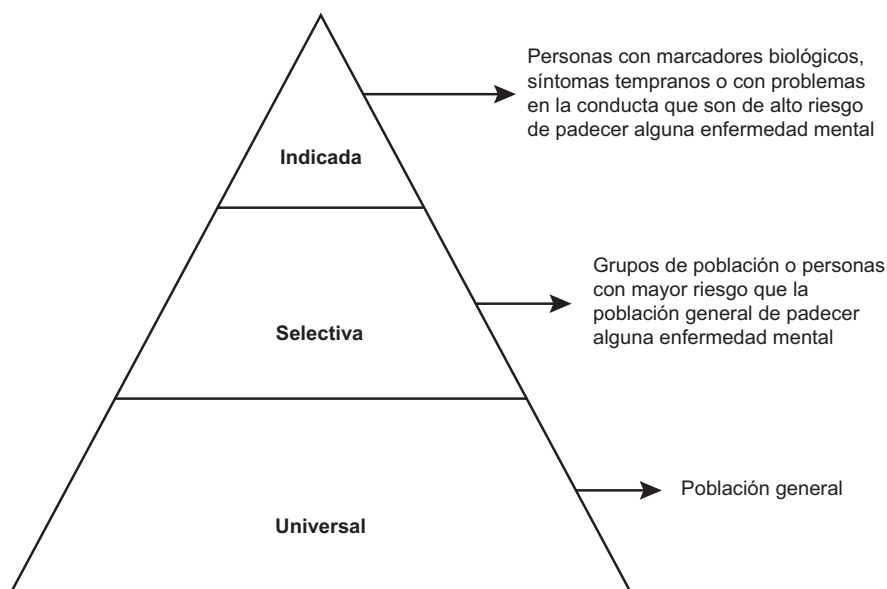


Figura 6-1. Niveles de prevención en salud mental.

ción. En fechas recientes, (IOM, 2009), este grupo de trabajo sugirió diferenciar con claridad entre prevención y tratamiento, porque aunque este último incluya algunos aspectos preventivos de la comorbilidad (p. ej., manejo con litio a un paciente con trastorno bipolar en el que se disminuye la ocurrencia de consumo de alcohol asociado), el tratamiento es precisamente eso y no prevención.

PSICOPATOLOGÍA: UNA VISIÓN CATEGÓRICA, DIMENSIONAL Y DE INVESTIGACIÓN

El estudio de la psicopatología obedece a distintas taxonomías, según sea el enfoque usado para su jerarquización; sin embargo, es posible distinguir dos tipos de clasificaciones de los trastornos mentales: el categórico y el dimensional.

El modelo categórico o enfoque clínico-categorial (Lacalle, 2009), se caracteriza por hacer énfasis en la presencia o ausencia de síntomas, que a través de una evaluación cualitativa realizada por el clínico, integra una serie de signos y síntomas para cada enfermedad en una categoría identificada por un código específico, y que se determina por el consenso de expertos en la materia. Desde el punto de vista de la investigación, las herramientas que utilizan suelen ser las entrevistas estructuradas para minimizar el error diagnóstico (Lacalle, 2009). Esta visión la comparten sistemas como el de la Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) -10 (correspondiente a la 10ª revisión, 1994) o ICD (por sus siglas del inglés *International Classification of Diseases*) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), cuya versión más reciente, DSM-5 (American Psychological Association [APA], 2013), se destaca por la eliminación del diagnóstico multiaxial (enfoque de la CIE-10 y el DSM-IV) y aparece un cambio en el orden en el que se presentan los trastornos de acuerdo al desarrollo evolutivo de cada individuo, en el que serán tomadas en cuenta las características propias de cada fase (desde la infancia hasta la senectud) (DSM-5, 2013). La ventaja más clara que ofrece este último sistema, es la definición operacional de términos, lo que facilita la comunicación entre los profesionales y al mismo tiempo, favorece la aportación individual para futuras modificaciones. Sin embargo, esta simplificación lleva implícita una desventaja, ya que se reúnen individuos de características heterogéneas en un solo grupo, lo que empobrece la información psicopatológica. Además, algunos sujetos no son diagnosticados por presentar cuadros subumbriles. A este contexto hay que agregar la importancia de la comorbilidad, ya que, la presentación de un trastorno único es poco frecuente. Ésta se define como la presencia simultánea de un trastorno o enfermedad psiquiátrica adicional al trastorno primario, situación que puede representar más de la mitad de los casos psiquiátricos (Radmanovic & Burgic, 2010). De tal forma que, el exceso de comorbilidades diagnósticas y la dificultad para delimitar algunos trastornos, requiere un cambio de paradigma (Widakowich, 2012).

El modelo dimensional o enfoque psicométrico-dimensional, tuvo su origen en los primeros estudios de los trastornos de la personalidad, derivado de la gran diversidad de conductas observadas en el comportamiento de los individuos. Este enfoque supone un reconocimiento a la naturaleza continua y de los grados de in-

tensidad de algunos fenómenos (Lacalle, 2009). La clasificación dimensional, se caracteriza por medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, con matices y diferencias de grado entre los comportamientos (Widakowich, 2012). Ésta hace uso, por ejemplo, del análisis factorial y a partir de una gama de síntomas y conductas del individuo, se obtienen dimensiones en lugar de categorías (Lacalle, 2009). En la evaluación dimensional, los datos empíricos son reconocidos por el uso de escalas de evaluación estandarizadas, y muchas de ellas asignan puntuaciones y puntos de corte para diferenciar a los sujetos sanos. Sin embargo, la desventaja de éstos viene de la pobre capacidad para su generalización.

Por otro lado, muchas clasificaciones categóricas aún derivan de los trastornos que se observan en los adultos sin perspectiva apropiada respecto a la especificidad de la infancia, y su interacción con contextos sociales y ambientales diversos. Sin mencionar que la familia y las características demográficas de cada población toman especial relevancia, motivo por el cual los modelos dimensionales son más comunes en el ámbito infantil (Lacalle, 2009).

Existen numerosos estudios donde el objetivo principal es complementar ambos sistemas de clasificación. En su mayoría se respetan tanto la entrevista estructurada como la aplicación de escalas estandarizadas; por lo tanto, esto brindó la oportunidad de crear nuevos constructos para entender a los trastornos mentales, como es el caso del trabajo iniciado por el *National Institute of Mental Health* en el 2009 nombrado *The Research Domain Criteria Project* (RDoC, por sus siglas en inglés) (Cuthbert & Insel, 2013), que se basa en los sistemas neurobiológicos y la conducta observable. Este proyecto parte de dos premisas:

1. El reconocimiento de los sistemas neuronales fundamentales para las funciones del comportamiento.
2. La consideración psicopatológica en términos de disfunción de diversos tipos y grados de sistemas particulares, que por su característica de integración, se obtiene de estudios en multisistemas (Cuthbert *et al.*, 2013).

Los cinco dominios principales muestran sus más importantes constructos psicológicos y cada columna representa la unidad de análisis. El objetivo de la propuesta resumida en el cuadro 6-1, es tomarlo como partida para su revisión, validación e investigación.

Aunque el principal objetivo del proyecto RDoC es para fines de investigación, su formulación es una llamada de atención a la necesidad de crear modelos “híbridos”, donde la característica principal sea fusionar los modelos categóricos y dimensionales. Ya nadie duda de la efectividad de ambos modelos, sin embargo, la diferencia radica en reconocer el uso y el alcance de cada uno. Por ejemplo, el sistema de clasificación DSM no está diseñado ni pensado para fomentar la ciencia básica representada por las áreas médica, psicológica y sociológica. Por lo tanto, se inhibe la posibilidad del desarrollo de nuevas teorías en temas actuales para la investigación, como la cognición, personalidad, o funcionamiento; a pesar de que los tres son fundamentales para los diagnósticos del DSM. Es así, que cuando el desarrollo de nuevas teorías conduce a la realización de pruebas que permiten una mayor comprensión de la etiología, identificación, tratamiento, evolución o pronóstico;

Cuadro 6-1. Matriz de criterios de dominios de investigación Traducido al español de: http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml#toc_matrix									
Dominio	Unidad de Análisis								
	Genes	Moléculas	Células	Circuitos	Fisiología	Conducta	Auto-reportes	Para-digmas	
Sistemas de Valencia Negativa • Amenaza aguda ("miedo") • Amenaza potencial ("ansiedad") • Amenaza persistente Pérdida • Ausencia de recompensa con frustración									
Sistemas de Valencia Positiva • Aproximación a la motivación • Respuesta inicial de recompensa • Respuesta persistente de recompensa • Aprendizaje por recompensa • Hábito									
Sistemas Cognitivos • Atención • Percepción • Memoria de trabajo • Memoria declarativa • Comportamiento del lenguaje • Control cognitivo									
Sistemas de Procesos Sociales • Afiliación y vínculo • Comunicación social • Percepción y comprensión de uno mismo • Percepción y comprensión de los demás									
Sistema Excitatorio / Modulador • Excitación • Ritmos biológicos • Sueño-vigilia									

estos resultados deben y pueden influir en la evolución del DSM. De esta forma, la ciencia básica conduce al DSM y no al revés (Chmura, 2007).

SERVICIOS DE ATENCIÓN E INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Existen tres razones de peso para el desarrollo de intervenciones efectivas que mejoren la salud mental de los niños y adolescentes:

1. Porque se observan trastornos mentales que ocurren de manera específica en ciertas etapas de la niñez; de ahí que, en primer término, sea necesario desarrollar programas e intervenciones específicas con foco en esta población.
2. Porque existe una alto grado de continuidad entre los padecimientos mentales de inicio en la niñez y su continuidad en la adolescencia y posteriormente, la adultez (OPS, OMS, 2011). Por lo tanto, las intervenciones tempranas pueden reducir el riesgo de cronicidad de las patologías.
3. Porque las intervenciones efectivas reducen la carga de las enfermedades mentales en el individuo y en la familia, y en consecuencia, reducen los costos en el sistema de salud y las comunidades (WHO, 2005).

La salud mental de los niños y adolescentes es influida por una gran variedad de factores, tanto protectores como de riesgo; lo que se discutió con mayor amplitud en el capítulo 2. De ahí que las políticas públicas, planes, programas de atención e intervenciones específicas, deberían estar diseñados de manera que puedan reducir los factores de riesgo e incrementar los protectores (WHO, 2005). Se recomienda que las intervenciones tendientes a fortalecer a estos últimos y, o a minimizar los de riesgo, o ambos, se desplieguen bajo una combinación de servicios de atención a la niñez que tenga como base el autocuidado y las acciones comunitarias informales y formales, sin excluir la investigación preventiva y de los modelos de tratamiento específicos, en servicios especiales de alto costo y nivel de especialización.

El autocuidado debiera representar el sistema más difundido y el punto de partida a favor de la salud mental. La atención comunitaria informal (programas que se llevan a cabo en las familias, escuelas, prisiones, casas-hogar y comunidad), precede a la atención primaria provista en el sistema de salud a través de centros de salud y unidades de medicina familiar. El siguiente nivel de especialización lo provee el centro comunitario de salud mental (atención de salud mental comunitaria formal mediante equipos interdisciplinarios (p. ej. Centros Comunitarios de Salud Mental –CECOSAM-, Centros de Integración Juvenil –CIJ-, Centro Integral de Salud Mental –CISAME- y las unidades psiquiátricas en hospitales generales y pediátricos). Los servicios especiales de alto costo y nivel de especialización, con unidades de cuidado prolongado, se consideran para el menor porcentaje de la población y lo representan instituciones especializadas en salud mental infantil y del adolescente (WHO, 2005).

A pesar de la gran cantidad de teorías y datos expuestos sobre el tema de la resiliencia, existen muy pocas recomendaciones para la elaboración de políticas pú-

blicas en la literatura de investigación. No obstante, es posible resaltar los siguientes focos de atención que se recomiendan:

- Medidas de prevención dirigidas a mejorar el funcionamiento familiar.
- Incrementar la capacidad de los servicios de consejería y salud.
- Incentivar los ambientes escolares que provean de soporte.
- Desarrollar programas comunitarios.
- Promover las mejoras socioeconómicas.
- Adoptar un término de resiliencia más comprensible.

Lo anterior se esquematiza en la figura 6-2 mediante la cual se busca resaltar que los programas de atención deben incluir a la familia, con énfasis en mejoras al funcionamiento más que a la estructura; a la escuela, como proveedora de apoyo a los niños con problemas de salud mental y a nivel de comunidad es prioritario aumentar los servicios de atención en esta materia a nivel primario y desarrollar programas específicos. En un contexto más amplio, la atención en salud mental exige mejoras al estatus socioeconómico de la población y la adopción del concepto de resiliencia en forma exhaustiva.

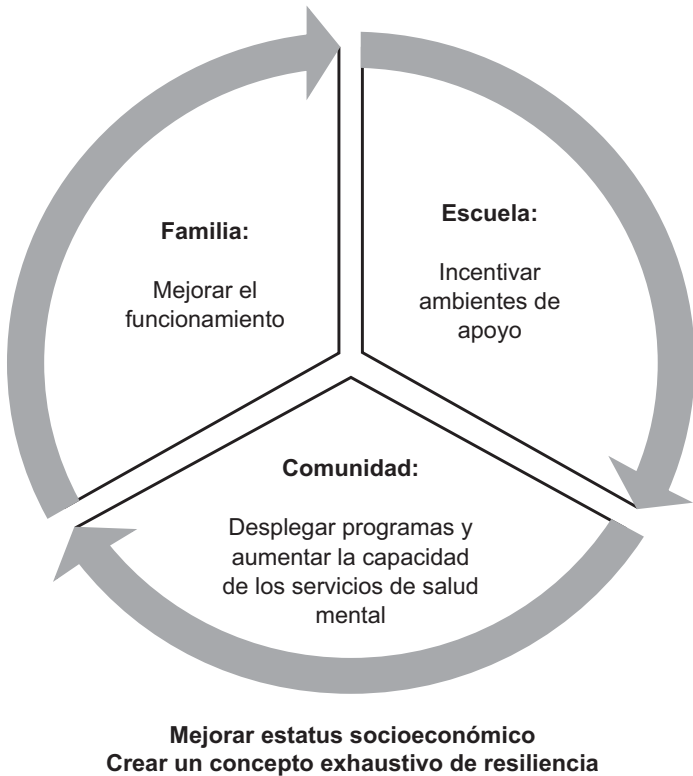


Figura 6-2. Foco de las intervenciones a favor de la resiliencia en niños y adolescentes.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A FAVOR DE LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES: SITUACIÓN EN MÉXICO

En el contexto de la salud mental en los niños y adolescentes, la forma en la que la psicopatología incide no siempre determina la presencia de un trastorno de forma categórica. Se conoce que a nivel mundial sólo una quinta parte llega a ser reconocida por los servicios de atención primaria en salud. De manera que muchos de los que pudieran experimentar factores de riesgo, manifestarían cuadros clínicos de manera subsindrómica, por lo que no obtienen la oportunidad de una intervención temprana y oportuna que impactaría en gran medida de forma positiva en su salud a largo plazo.

México tiene un rezago importante en este campo ya que sólo 30% de los centros de atención primaria cuentan con algún protocolo de evaluación o tratamiento para alguna condición de salud mental (OPS, OMS, 2011). De ahí, que es urgente la atención protocolizada, bajo un plan y política específica, de la salud mental infantil y adolescente a nivel de atención primaria.

Otro punto a considerar se relaciona con la concepción general de que ciertos tipos de trastornos mentales se presentarán en etapas específicas del desarrollo del niño y adolescente (WHO, 2005). Aunque 1 de cada 3 mexicanos es menor de 18 años, el porcentaje de niños y adolescentes que se atienden a nivel ambulatorio es del 27% y sólo 6% alcanza a ser atendido en hospitales psiquiátricos que concentran 80% del limitado presupuesto otorgado a la salud mental en el país (2%). Cabe mencionar que no se cuenta con establecimientos de tratamiento diurno para este sector de la población (OPS, OMS; 2011).

Si bien se señala que el futuro de los servicios de salud mental tendrán como base la escuela (WHO, ATLAS, 2005), el informe de evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS en nuestro país señala que pocas escuelas de nivel medio o superior tienen psicólogo, realizan actividades de promoción o prevención. De ahí que se reconoce el reto al que deben enfrentarse los interesados en la salud mental de niños y adolescentes.

DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL A FAVOR DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La OMS identificó una serie de pasos a seguir para el desarrollo de políticas públicas que lleven a un óptimo desarrollo de los niños y adolescentes, que mencionamos a continuación (WHO, 2005):

1. Recopilar información en el desarrollo de políticas públicas: esto requiere del conocimiento de la prevalencia de las enfermedades mentales en niños y adolescentes. Supone, además, identificar los recursos disponibles, así como las organizaciones existentes y la visión y actitudes de los trabajadores de la

salud mental de los niños y adolescentes. A nivel nacional, en México existe un rezago en la información respecto a la prevalencia de múltiples trastornos mentales de la niñez y la adolescencia. La mayoría de los datos tomados como referencia provienen del extranjero, mismos que no representan la mejor evidencia para la planeación de políticas públicas.

2. Recopilar evidencia de las estrategias que son efectivas: los proyectos piloto deben recopilar información sobre la causa por qué algunas intervenciones sean exitosas y otras no. Es indispensable identificar entre las que resultan eficaces (aquéllas capaces de lograr el efecto deseado en condiciones controladas) y las efectivas (las que logran alcanzar el efecto deseado dentro de un escenario extenso y no controlado), ya que las que son eficaces no siempre se pueden extrapolar a la realidad.
3. Empezar la consulta y la negociación: es fundamental crear consensos y realizar negociaciones en todas las etapas del desarrollo de políticas públicas. Los propios niños y adolescentes pueden ser motivados para que expresen sus necesidades y contribuir a la formulación de una política de salud mental.
4. Intercambio con otros países: las organizaciones profesionales, nacionales e internacionales pueden proveer y promocionar el desarrollo de redes para el desarrollo de políticas.
5. Desarrollar la visión, valores, principios y objetivos de las políticas: la visión traduce expectativas positivas y realistas de la salud mental infantil (p. ej. crear ambientes que satisfagan necesidades psicosociales). Los valores conllevan la noción de calidad o utilidad y son consistentes con la visión (p. ej. reducir el sufrimiento o promover la cohesión familiar). Por último, los principios traducen las acciones que respaldan los valores (p. ej., provisión de servicios de salud mental en centros de atención primaria cuando se resalta el valor de la accesibilidad o la provisión de servicio educativo apropiado si se resalta la inclusión social).
6. Determinar las áreas de intervención: para maximizar el impacto de las acciones es necesario que se tomen en cuenta distintas áreas de intervención: financiera, colaboración intersectorial, defensoría, sistemas de información, investigación y evaluación de los servicios así como políticas que los respaldan; mejora de la calidad, organización de servicios, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; legislación y derechos humanos, mejora del acceso y uso de la medicación psicotrópica, desarrollo de recursos humanos y capacitación.
7. Identificar los roles y responsabilidades de los diferentes actores y sectores: es fundamental que las partes interesadas tengan una responsabilidad clara (p. ej. el sistema de salud puede responsabilizarse del tratamiento, mientras que el educativo de los programas de salud mental).

Una vez establecida la política pública, se toma como guía para la creación de un plan que integre una serie de estrategias donde se representen las líneas de acción con mayor eficacia para cumplir los objetivos (WHO, 2005).

Se identificaron una serie de estrategias para fortalecer los vínculos entre la investigación y el desarrollo de políticas, éstas deben incluir: un mayor compromiso

tanto para poner en práctica los indicadores de resiliencia en los distintos niveles de análisis como en el proceso de realizar las políticas para basar las tomas de decisiones en la evidencia científica y, para finalizar, la capacidad para el desarrollo de modelos de sistemas complejos adaptativos susceptibles a la exploración de nuevos escenarios políticos (Ager, 2013).

Los programas realizados (figura 6-3) en torno a mejorar el desarrollo del niño y el adolescente deben de cumplir con las siguientes características (WHO, 2005):

1. Promover las habilidades cognitivas y el desarrollo de logros de los niños y adolescentes.
2. Fortalecer un vínculo seguro entre el niño y los padres.
3. Impulsar de manera positiva los roles parentales.
4. Mejorar el nivel educativo de los padres.

Las intervenciones preventivas pueden estar destinadas para ser aplicadas en la familia, la escuela y, o la comunidad, o ambas. A continuación se mencionan algunas de las intervenciones mencionadas por O'Connell y colaboradores en la revisión del Instituto de Medicina (2009).

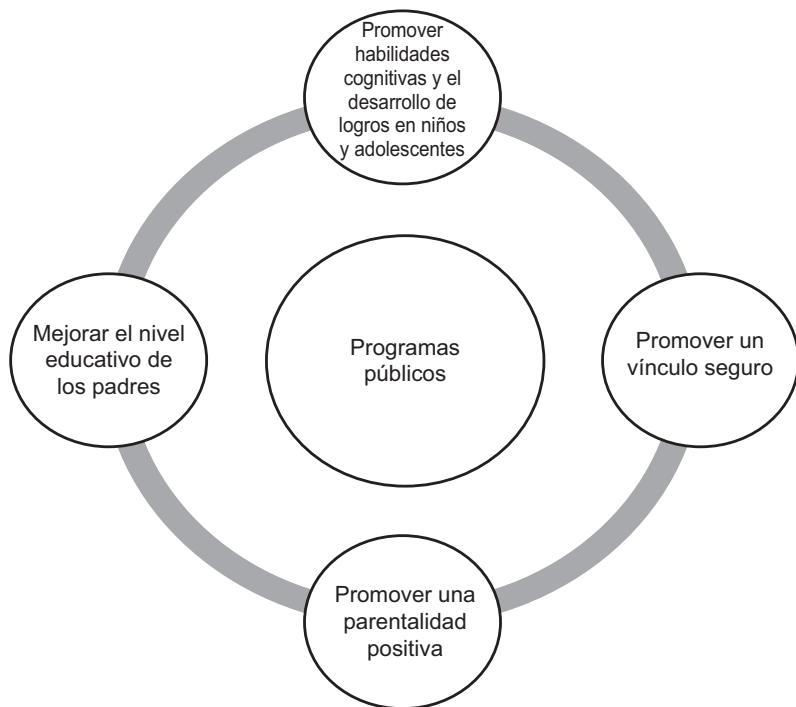


Figura 6-3. Áreas de interés para el desarrollo de programas a favor de la resiliencia en los niños y adolescentes.

Estrategias de intervención en las familias

- Prevención de embarazos en las adolescentes: ésta se realiza en particular en las menores de 16 años ya que son factor de riesgo para parto pretérmino, retardo en el crecimiento intrauterino, complicaciones perinatales. Además, la probabilidad de que sea madre soltera es mayor, con menor nivel educativo y con un bajo ingreso mensual, situación que supone un riesgo acumulado al desarrollo infantil (Zeanah, 1997). Sin embargo, las medidas de prevención que existen hasta la fecha no han demostrado evidencia concreta de su eficacia. Franklin y colaboradores (Franklin, Grant *et al.*, 1997) reportaron en su investigación que el programa que ellos proponen disminuye el embarazo en adolescentes, más no la actividad sexual.
- Cuidado prenatal y desarrollo intrauterino óptimo: los riesgos significativos durante el proceso de desarrollo fetal incluyen anomalías genéticas, nutrición materna precaria, consumo materno de alcohol, tabaco u otras sustancias neurotóxicas, bajo peso al nacimiento, depresión y ansiedad materna o ambos. Incidir en estos factores de riesgo y evitar nacimientos pre-término reduce el riesgo de desarrollar trastornos mentales en la infancia.
- Primeros meses de vida: la depresión posparto, ser madre adolescente y, o con adicciones, o ambas, constituyen factores de riesgo a nivel parental, para el buen desarrollo infantil temprano (Zeanah, 1997). Muchas de las estrategias consisten en promover la sensibilidad materna y el vínculo del infante.

Algunos programas se llevan a cabo mediante visitas domiciliarias a través de intervenciones intensivas que tienen como meta embarazos exitosos y el desarrollo adecuado del infante; en los cuales, enfermeras capacitadas visitan a las madres durante el embarazo o durante el puerperio y le dan seguimiento durante los primeros años de vida del niño. En su mayoría, también proporcionan apoyo social y educación a los padres, información sobre el desarrollo del niño, motivación para que se propicien relaciones positivas padres-hijos, así como servicios de atención en salud y sociales (Sweet & Appelbaum, 2004).

- Mejorar las habilidades de crianza: se demostró que el comportamiento agresivo que inicia de manera típica en la infancia es un factor de riesgo para presentar trastornos tanto externalizados como internalizados, por lo que las crianzas hostiles e inconsistentes contribuyen a la presencia de comportamientos poco cooperadores y agresivos (Patterson, 1976). Se demostró una eficacia significativa al mejorar las habilidades de crianza, con resultados positivos en la reducción de trastornos mentales, en especial del consumo de sustancias (Barlow, Coren, & Stewart-Brown, 2002; Lundahl, Nimer, & Parsons, 2006; Serketich & Dumas, 1996; Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008). Entre las intervenciones más reconocidas se encuentran: *The Triple P: A Multilevel Parenting Intervention* creada por Sanders y Markie-Dadds en el 2000 (Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor, 2000) y *The Strengthening Families Program (SFP)* (Kumpfer & Alvarado, 2003). Existen opciones combinadas entre intervenciones parentales (de mejora de crianza) y escuelas,

como *The Incredible Years Program* realizado en 1990 por Webser-Stratton (Webster-Stratton, Reid & Stoolmiller, 2000).

- Intervenciones familiares que se extienden durante periodos específicos del desarrollo: este tipo de prácticas son las que se indican en situaciones específicas que pueden generar trastornos mentales en los niños y adolescentes, como lo son la presencia de enfermedad mental en algún integrante de la familia, divorcio, muerte y abuso. Como ejemplos de este tipo de programas existen: *The Parenting Through Change Program (PTC)* (Forgatch, DeGarmo & Beldavs, 2005) y *The New Beginnings Program* (Wolchik *et al.*, 2002).

Estrategias de intervención en las escuelas

- Intervenciones en etapas tempranas de la niñez (infantes): van enfocadas a motivar el desarrollo sano del niño, a través de mejorar las habilidades parentales. Como ejemplo de este tipo de programas se encuentra el *Early Head Start* (Love *et al.*, 2005) lanzado por el gobierno de EUA en 1995.
- Intervenciones en el preescolar: las intervenciones en esta etapa de la vida demostraron tener efectos positivos en el desarrollo del lenguaje y en general en las habilidades cognitivas de los niños. Algunos ejemplos de programas enfocados en esta población son: *The Perry Preschool Program* y *The Carolina Abecedarian Project* (Schweinhart, 2004); sin embargo, a pesar de que estos programas se aplican en las escuelas, se requiere el apoyo de los padres para llevarlos a cabo.
- Intervenciones enfocadas en las escuelas primarias y secundarias: las acciones realizadas en esta etapa de la vida están enfocadas a distintas situaciones, entre las cuales se encuentran abuso sexual infantil, problemas de conducta, agresión, violencia y el abuso de sustancias; como ejemplo de esta última intervención se encuentra el programa PATHS, por sus siglas del inglés *Promoting Alternative Thinking Strategies* (Kusche & Greenberg, 1994). Los estudios de seguimiento en las escuelas en donde se aplicó este modelo, reportaron disminución en los niveles de hiperactividad y agresividad en el salón de clases, así como una atmósfera más positiva. Otra intervención dentro de este grupo es el *The Good Behavior Game (GBG)* (Harris & Sherman, 1973; Medland & Stachnik, 1972), un programa de prevención universal, simple, que se aplica en el primer grado de la educación primaria, el cual tiene como objetivo disminuir los niveles de agresión en los niños y la reducción del riesgo de iniciar el consumo de sustancias así como incrementar el aprovechamiento académico.

Estrategias de intervención combinadas (escuela y familia) enfocadas en la educación primaria

De manera reciente han surgido un gran número de intervenciones que combinan los enfoques (los padres y en las escuelas) y los niveles de prevención (universal o selectiva). Por ejemplo, *The Incredible Years Program* (Borden, Schultz, Herman &

Brooks, 2010) y el programa *Fast Track* (Conduct Problems Prevention Research Group, 2011), con foco en la reducción de la agresividad en niños de poblaciones en riesgo.

Estrategias de intervención en la comunidad

En general, estas intervenciones poseen dos características: 1. Se orientan a la prevención de los factores de riesgo en alguna población específica (p. ej., prevenir el consumo de tabaco en los adolescentes) y, 2. Tienen como objetivo focalizar en múltiples sitios de acción respecto a la conducta “blanco”.

CONCLUSIONES

Panther-Brick y Leckman (2013) proponen en la siguiente definición de resiliencia de la editorial de la revista *Journal of Child Psychology & Psychiatry*: “La resiliencia es el proceso mediante el cual se enjaezan (ponen a trabajar, echan a andar) los recursos biológicos, psicosociales, estructurales y culturales para el sustento del bienestar”. (p. 333).

Asimismo, se reconoce que este constructo constituye la promesa de un cambio de paradigma en campos tan diversos como la investigación, la práctica clínica o las políticas públicas. Se espera que a lo largo de este capítulo se reconozca el valor de este enfoque en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psiquiátricos que aquejan a niños y adolescentes. Los autores reconocen la complejidad del diagnóstico psiquiátrico a través de la discusión de la psicopatología de acuerdo a distintos enfoques (categórico, dimensional y el de investigación –RdoC) y proponen el modelo de organización de servicios de salud mental que reconocen organismos internacionales de salud (OMS) para concluir con algunos programas que ejemplifican la aplicación del concepto de resiliencia a las políticas públicas de un país.

Los autores esperan que a lo largo de este capítulo hayan logrado contribuir a la sensibilización del profesional de la salud mental en cualquier contexto laboral en que se desempeñe, para desarrollar enfoques de intervención –bajo la perspectiva de la definición de resiliencia propuesta-, de tal modo que se proponga la obtención de recursos disponibles (a cualquier nivel) a favor del bienestar infantil y adolescente. En la convicción de que también éste coadyuva a establecer las bases del bienestar y el progreso de una nación (MacEwan, 2013; Unicef, 2013).

Por último, se considera que el concepto de resiliencia aplicado a los servicios de atención de la salud mental para niños y adolescentes, incluida la prevención de los trastornos y la promoción de la salud mental óptima, representa un parteaguas que privilegia la posibilidad adaptativa del individuo, aún frente a las múltiples condiciones de riesgo y adversidad.

REFERENCIAS

- Ager, A. (2013). Annual Research Review: Resilience and child well-being – public policy implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 488-500.

- Ager, A., Stark, L., Akesson, B. & Boothy, N. (2010). Defining best practice in care and protection of children in crisis-affected settings: A Delphi study. *Child Development*, 81 (4). 1271-1286.
- Artaza, O., Méndez, C.A., Holder, R., & Suárez, J.M. (2011). Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS.
- Barlow, J., Coren, E. & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programs in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice*, (52). 223-233.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 386-395.doi: 10.1111/j
- Brick, C. P. & Leckman, J. F. (2013). Editorial Commentary: Resilience in child development- inter-connected pathways to wellbeing. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 333- 336.
- Borden, L., Schultz, T., Herman, K. & Brooks, C. (2010). The Incredible Years Parent Training Program: Promoting Resilience Through Evidence-Based Prevention Groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14 (3). 230-241.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. EUA: Basic Books, Books, Inc.
- Bukowski, C. (1996). El corazón que ríe. 16 de abril de 2014, de Foro de Poemas y Poesía Sitio Web: <http://www.foropoemas.es/index.php?topic=38482.0>
- Chmura Kraemer, H., Shrout, P.A. & Rubio-Stipec, M. (2007). Developing the diagnostic and statistical manual V: what will “statistical” mean in DSM-V. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 259-267.
- Conduct Problems Prevention Research Group (2011). The effects of the fast track preventive intervention on the development of conduct disorder across childhood. *Child Development*, 82 (1), 331-45.
- Cuthbert, B. N. & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11:126
- Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R. *et al.* (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 405-432.
- Forgatch, M., DeGarmo, D. & Beldavs, Z. (2005). An efficacious theory-based intervention for step-families. *Behavior Therapy*, 36 (4) 357-365.
- Franklin, C., Grant, D., Corcoran, J., Miller, P. *et al.* (1997). Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 551-567.
- Giel R *et al.*, (1981). Results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 128:513-522.
- Gordon R. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports*. 98 (2). 107-109.
- Gordon R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: Steinberg JA, Silverman MM. Preventing Mental Disorders. Rockville, MD: Department of Health and Human Services: 20-26.
- Harris, V. W. & Sherman, J.A. (1973). Use and analysis of the “Good Behavior Game” to reduce disruptive classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6. 405-417.
- Kaminski, J., Valle, L., Filene, J. & Boyle, C. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 567-589.
- Knapp, M., McDavid, M. & Parsonage, M. (2011). Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Report published by the Department of Health, London
- Kumpfer, K.L. & Alvarado, R. (2003). *Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors*, 58 (6-7). 457- 465.

- Kusche, C., & Greenberg, M. (1994). *PATHS: Promoting Alternative Thinking Strategies*. South Deerfield, MA: Developmental Research Programmes.
- Lacalle, M. (2009). Escalas DSM del CBCL y YSR en niños y adolescentes que acuden a consulta en servicios de salud mental. Disertación doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lerner, R. M. & Kauffman, M. D. (1985). The concept of developmet in contextualism. *Developmental Review*. 5, 309- 333.
- Love, J. M., Kisker E. E., Ross, C., Raikes, H. *et al.* (2005). The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs. *Developmental Psychology*. 41(6). 885-901.
- Lundahl, B., Nimer, J. & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on social work practice*. 251-262.
- Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales: DSM-IV. (4ª ed. revisada). (2002). Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales: DSM-V. (5ª ed. revisada). (2013). Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría.
- McCrone, P., Dhanasiri, S., Patel, A., Knapp, M. *et al.* (2008). Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026. Londres, Inglaterra: King's Fund.
- Medina- Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C. *et al.* (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26, 1-13.
- Medland, M. B. & Stachnik, T.J. (1972). Good-behavior Game: A replication and systematic analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5, 45-51.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). Reducing Risks for Mental Disorders Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington, D.C.: Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Science and Mental Disorders. Institute of Medicine.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez, E. *et al.* (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.
- O'Connell, M. E., Boart, T., & Warner, K. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people*: Board on Children, Youth, and Families. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
- Organización Mundial de la Salud (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Madrid: ed. Méditor.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud. Francia.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Salud mental, un estado de bienestar*. Recuperado el 1º de diciembre de 2013 de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Patterson, G. (1976). Retraining of aggressive boys by their parents: Review of recent literature and follow-up evaluation. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 142-158.
- Radmanović, M. & Burgić, S., (2010). Comorbidity in children and adolescent psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 22(2) 298-300 Conference paper - Zagreb, Croatia.
- Rutter, M. (2012). Annual Research Review: Resilience – clinical implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (4) 474-487.

- Sanders, M., Markie-Dadds, C., Tully, L. & and Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4). Recuperado de: http://www.prevention.psu.edu/news/documents/Sanders_Markie-Dadds_Tully_Bor_2000.pdf
- Schweinhart, L.J. (2004). The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40: Summary, Conclusions, and Frequently Asked Questions (High/Scope Press 2004).
- Serketich, W.J. & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 171-186.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services (2007). Promotion and Prevention En *Mental Health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience*, DHHS Publication No. CMHS-SVP-0175. Rockville, MD.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A metaanalytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75, 1435-1456.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2011). *2011 UNICEF Humanitarian Action for Children building resilience*. Nueva York: Division of Communication, UNICEF.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. & Stoolmiller, M. (2000). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 288 (15), 471-488.
- Weiner, J. M. (1991). *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc.
- Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs. el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17, (4), 365- 374.
- Widiger, T. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry*, 6 (2), 79-83.
- Wolchik, S., Sandler, I., Millsap, R., Plummer, B. et al. (2002). Six-year follow-up of a randomized, controlled trial of preventive interventions for children of divorce. *Journal of American Medical Association*, 288 (15), 1874-1881.
- World Health Organization (2001). *Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). *Mental Health Atlas*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zeanah, C.H., Boris, N. W. & Larrieu, J. (1997). Infant Development and Developmental Risk: A Review of the Past 10 years. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (2), 165- 179.
- Zeanah, C.J. (2009). *Handbook of Infant Mental Health*. Guildford Press. Nueva York.



Índice

A

Actividad física, falta de, 41

Adaptabilidad, 111

Adaptación, 2, 5

exitosa, 8

negativa, 7, 19

positiva, 3, 4

potencial de, 8

Adolescencia, 10

beneficios de la enseñanza de habilidades socioemocionales en la, 112

factores contextuales y, 41

importancia de las habilidades socioemocionales en la, 111

tardía, 93

temprana, 93

Adolescente(s)

adoptados, 91

aspectos psicosociales en la percepción de apoyo social en, 90

¿cuál es la asociación entre la pobreza y la salud mental?, 47

de contextos múltiples, percepción de apoyo social en, 85

desarrollo de políticas públicas en salud mental a favor de, 133

identidad y autonomía, 111

infractores, 91

modelos de afrontamiento en, 66

pobreza y salud mental, 45

prevención de embarazos en las, 136

resultados en el desarrollo del, 47

riesgo, pobreza y salud mental del, 37

servicios de atención a favor de la salud mental de, 133

servicios de atención e intervenciones efectivas para, 131

tempranos o tardíos, 99

Afrontamiento, 13

antecedentes y perspectivas en el estudio del, 64

centrado en el problema, 65

centrado en la emoción, 65, 75

comprometido (aproximación), 68

conclusiones, 80

de control primario, 68, 74, 75

de control secundario, 68, 74, 75

de evitación, 75

en adolescentes en contextos de riesgo, 63
 en adolescentes, modelos de, 66
 en referencia a otros, 66
 estilo disfuncional, 67
 estilo funcional, 67
 estilo maladaptativo, 65
 estrategia activa, 77
 evitativo o disfuncional, 50
 exitoso, 27
 hallazgos de investigación, 68
 no comprometido (evitación), 68
 no productivo, 66
 principales clasificaciones, 65
 productivo, 66, 69
 y personalidad, 72
 y personalidad en adolescentes mexicanos en riesgo, 76
 Aislamiento, 71
 Ajuste interno y externo, 5
 Alcohol, consumo de, 40
 Alcoholismo, 3
 Alegría, 74, 109
 Alto conflicto, 50
 Altruismo, 74
 Amabilidad, 74
 Amenaza, 64
 Amigos
 apoyo de los, 102
 íntimos, 92
 Anorexia, 41
 Ansiedad, 39, 73
 Apego, teoría de, 18
 Apoyo social, 51, 53
 conclusiones, 101
 de acuerdo al sexo, 95
 de acuerdo al tipo de familia, 96
 disposición, 87
 emocional, 87
 en adolescentes, aspectos psicosociales en la percepción de, 90
 en adolescentes de contextos múltiples, percepción de, 85
 en diferentes contextos sociales, 99

funcionamiento familiar, 88
 informacional, 87
 instrumental, 87
 percibido en adolescentes en riesgo, 93
 percibido: definición y tipos, 86
 satisfacción, 87
 valoración, 87
 variables implicadas en la percepción de, 88

Aproximación, 68
 Apuros económicos, 47
 Atracones, 41
 Autoconcepto, 9
 positivo, 113
 Autoconfianza, 75
 Autocorrección, 25
 Autocuidado, 131
 Autoestima, 9
 Automotivación, 110
 Autónomo y responsable, 104
 Autoridad, figuras de, 91
 Autorregulación, 113

B

Baja comunicación, 50
 Beneficio, 64
 Bienestar, 109
 subjetivo, 5
 Blogs, 92
 Buena vida, 27
 Bulimia, 41

C

Canasta básica, 46
 Cascadas de factores de riesgo, 8
 Chat, 90, 92
 Cinco Cs, 29
 Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), 123
 Cohesión, 89

Comorbilidad, 128
 Competencia, 4, 12, 26
 académica, 13
 cognitiva, 29
 conductual, 29
 emocional, 29
 física o en salud, 29
 interpersonal, 110
 intrapersonal, 110
 moral-espiritual, 29
 social, 13, 29
 Comportamiento
 agresivo, 5
 antisocial, 5
 disruptivo, 5
 Comunidad, estrategias de intervención en la, 138
 Conducta(s)
 adaptativa, 1
 alimentarias de riesgo (CAR), 40
 antisociales, 44
 autolesiva, 76, 79
 de riesgo, personalidad y, 70
 inteligente, 110
 sexual desprotegida, 70
 suicida, 39, 70
 Contexto
 análisis por, 93
 psicosocial, 42
 rural y urbano, 101
 social, apoyo social en diferente, 99
 urbano, 100
 urbano y rural, 101
 Correlaciones moderadas, 73
 Creativos y competentes, 3
 Crecimiento, 25
 Crianza, mejorar las habilidades de, 136
 Calidad dinámica cambiante, 24
 Cuestionario de Afrontamiento a través de Situaciones (CASQ), 67
 Cuidado prenatal y desarrollo intrauterino óptimo, 136

D

Depresión, 73
 y enajenación, 77
 Desadaptación, 7
 Desafío, 64
 Desarrollo humano, una visión optimista del, 1
 Desarrollo infantil, resultados en el, 47
 Desarrollo integracionista, 20
 Desempeño académico, 90
 Dinámica familiar, 42
 Disciplina emergente, 18
 Discontinuidad del desarrollo, 18
 Drogas, consumo de, 40

E

Edad, análisis por, 93
 Educación
 primaria, estrategias de intervención combinadas enfocadas en la, 137
 y cuidados de la primera infancia, 52
 Efecto protector, 9
 Embarazo, 40
 Emociones positivas, 27, 115, 122
 Encuesta de la Dinámica Familiar, 102
 en México, 85
 Enfermedad y síntoma, 6
 Ensimismamiento, 71
 Epistemología sistémica, 21
 Equilibrio personal, 5
 Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), 66, 68
 Escala de Apresiasi de Apoyo Social, 94
 Escolaridad, 43
 Escuela(s)
 estrategias de intervención en las, 137
 mercado-laboral, 43

primarias y secundarias, intervenciones enfocadas en las, 137
 y familia, 137
 Espiritualidad, 15
 Esquizofrenia, 3
 Estado anímico general, 111
 Estatus socioeconómico (ESE), 46, 48
 bajo, 46
 Estrés, 1, 4
 crónico, 14
 manejo del, 110
 resistencia al, 22
 significativo, 5
 y adversidad, 122
 Eventos normativos y no normativos, 63
 Evidencia empírica, 48
 Evitación, 68, 79
 Exclusión, 92
 Exosistema, 17
 Extraversión, 74

F

Facebook, 92
 Factores biológicos, 4
 Factores genéticos, 4
 Factores internos o externos, 7
 Factores microambientales, 10
 Factores perinatales, 10
 Factores protectores, 8, 9, 114
 externos, 50
 internos, 50
 Factores proximales y distales, 6
 Familia(s)
 análisis por, 93
 disfuncionales, 3
 estrategias de intervención en las, 136
 extensas, 42, 97
 nucleares, 99
 pobres, 3
 uniparentales, 3
 y escuela, 76
 Felicidad, 109

Fenómeno multidimensional y multinivel, 6
 Figura paterna, 91
 Flexibilidad, 8
 Fluir, 109

G

Género, 89
 y edad, 43
 Gente positiva, 29

H

Habilidades socioemocionales
 beneficios de la enseñanza de, en la adolescencia, 112
 conclusiones, 116
 en la adolescencia, importancia de las, 111
 ¿qué son?, 110
 y resiliencia, 109
 y su relación con la resiliencia, 114
 Habituaación psicológica, 27
Hardiness, 4, 14
 Herida psicológica, 23
 Hermanos, 92
 Hostilidad, 73

I

Identidad y autonomía, 111
 Imagen corporal, 40
 Impotencia, 76, 79
 Impulsos, control de, 44
 Inadaptación, 19
 Índice de privación social, 45
 Individuo, desarrollo del, 3
 Inequidad, 6
 Infancia
 es destino, 3
 y adultez, 85
 Ingreso
 familiar *per cápita*, 46
per se, 48

Integración del desarrollo, 20

Inteligencia

emocional, 109

socioemocional, 111

Interacción

armónica, 5

dinámica, 4

genes-medio ambiente, 29

social, 9

Internet, 90

Intervenciones familiares durante periodos específicos del desarrollo, 137

Invulnerabilidad, 3

L

Lugares positivos, 29

M

Macrosistema, 17

Maltrato, 85

Mesosistema, 17

Microparadigmas, 20

Microsistema, 17

Migración, 42, 104

Modelamiento y reforzamiento, 20

Modelo(s)

animal, 64

compensatorio, 16

de desafío, 16

de inmunización, 16

de investigación, 26

ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner, 17

ecológico-transaccional, 19

explicativos, 15

médico biológico, 6

mixtos, 110

organizacional, 19

organizacional del desarrollo, 14

sistémico, 29

transaccional, 19, 64

N

Narcicismo, 92

Negación, 67

Neuroticismo, 80

Niñez, intervenciones en etapas tempranas de la, 137

Niños

¿cuál es la asociación entre la pobreza y salud mental?, 47

de oro e inquebrantables, 3

de oro invulnerables, 4

desarrollo de políticas públicas en salud mental a favor de, 133

servicios de atención a favor de la salud mental de, 133

servicios de atención e intervenciones efectivas para, 131

O

Oportunidades de desarrollo positivas, 29

Optimismo, 4, 75, 110, 122

Orden de nacimiento, 89

Organización Mundial de la Salud (OMS), 122

P

Padres esquizofrénicos, 4

Peligro y explotación, 53

Pérdida, 64

Personalidad

afrontamiento y, 72

en adolescentes en contextos de riesgo, 63

resistente, 14, 15, 51

robusta, 4, 51

y conductas de riesgo, 70

Personas, aproximación enfocada en las, 26

Perspectiva

contemporánea, 16

del desarrollo positivo del adolescente, 28

ecológica-mediacional, 19
 ecológico-social, 24
 ecológico-transaccional, 28
 psicoanalítica, 23
 sistémica, 25
 Población no pobre y no vulnerable, 46
 Población pobre, 45
 Población vulnerable
 por carencia social, 45
 por ingreso, 46
 Pobreza, 7, 14
 del adolescente, 37
 en América Latina, programas de
 abatimiento de la, 52
 extrema, 3
 percepción de la, 46
 situaciones de, 4
 y salud mental adolescente, 45
 Preescolar, intervenciones en el, 137
 Primeros meses de vida, 136
 Programa oportunidades, 52
 Protección, 4, 5, 7
 del riesgo a la, 48
 factores de, 9
 medioambientales, condiciones de, 8
 Psicología positiva, 27, 109
 Psicopatología, 3
 del desarrollo, 17, 28
 del desarrollo, perspectiva de la, 18
 una visión categórica, dimensional
 y de investigación, 128

R

Rasgos individuales positivos, 109
 Redes sociales, 90
 Relación curvilínea, 16
 Represión, 67
 Resiliencia
 comunitaria, 25
 conceptos centrales, 5
 conceptos relacionados, 12
 conclusiones, 29
 enfoques relacionados con la, 27

habilidades socioemocionales y, 109
 habilidades socioemocionales y su
 relación con la, 114
 implicaciones clínicas, 121
 políticas de atención, 121
 programas de intervención, 121
 ¿qué es?, 2
 una visión optimista del desarrollo
 humano, 1
 Resorte moral, 2
 Riesgo, 4, 5, 6
 acumulativo o multiplicativo, 49
 del adolescente, 37
 protección, 15
 psicosocial, 6
 significativo, 1
 suicida, 71
 Riñas, 3
 Robustez, 14
 Rumiación, 76, 79
 Rutter, estudios longitudinales de, 3

S

Salud mental
 del adolescente, 37
 del adolescente en cifras, 38
 desarrollo de políticas públicas en,
 133
 promoción de la, 122
 resultados con respecto a la, 48
 Sarcasmo, 102
 Satisfacción, 109
 Sedentarismo, 41
 Seguridad y confianza, 86
 Sentido de maestría, 9
 Servicios de atención
 a favor de la salud mental de niños
 y adolescentes, 133
 e intervenciones efectivas, 131
 situación en México, 133
 Sexo, análisis por, 93
 Signos de desajuste, 25
 Sobrevivir y adaptarse, 4

Sufrimiento, 23

Suicidio, 39, 86

T

Tareas

escolares y laborales, 90

y distracción social, 75

Teoría

de apego, 18

de Darwin, 64

del yo, 23

general de sistemas de Von Bertalanffy, 17

Trastornos

alimentarios, 40

de salud multifactorial, 39

emocionales, 39

Trastornos mentales

categoricos, 128

dimensionales, 128

niveles de prevención, 125

prevención de los, 124

prevención indicada, 125, 127

prevención primaria, 125

prevención secundaria, 125

prevención selectiva, 125, 126

prevención terciaria, 125

prevención universal, 125, 126

Twitter, 92

U

UNICEF, 53

V

Variables

aproximación enfocada en las, 26

contextuales macroestructurales, 7

microambientales, 10

personales y familiares, 7

sociodemográficas, 43

socioeconómicos, 7

Vida

disfrutable, 27

placentera, 27

significado de la, 27

Violencia

doméstica, 43

verbal, 92

y delincuencia, 44

Visión biomédica, 6

Vulnerabilidad, 3, 4, 5

y protección, 7

Y

Yo, teoría del, 23