

# Resiliencia comunitaria y bienestar en adolescentes en desprotección socio-familiar

## Carolina Alzugaray

Doctora en Psicología por la Universidad del País Vasco (UPV / EHU), Donostia / San Sebastián, España.

Profesora en la Universidad de Santo Tomás, Concepción, Chile.

ID ORCID: [0000-0001-5387-4623](https://orcid.org/0000-0001-5387-4623)

E-mail: [cbalzugaray@gmail.com](mailto:cbalzugaray@gmail.com)

## Estibaliz Mateos-Pérez

Doctora en Psicología por la Universidad de Deusto, Bilbao, España.

Profesora en el Departamento de Psicología Social, Universidad del País Vasco (UPV / EHU), Donostia / San Sebastián, España.

ID ORCID: [0000-0003-2173-9691](https://orcid.org/0000-0003-2173-9691)

E-mail: [estibaliz.mateos@ehu.es](mailto:estibaliz.mateos@ehu.es)

## Saioa Teletxea Artzamendi

Doctora, Universidad del País Vasco (UPV / EHU), Donostia / San Sebastián, España

Profesora agregada, Departamento de Psicología Social, Universidad del País Vasco (UPV / EHU), Donostia / San Sebastián, España.

ID ORCID: [0000-0003-3682-9155](https://orcid.org/0000-0003-3682-9155)

ID WOS: [K-4927-2014](https://orcid.org/K-4927-2014)

E-mail: [saioa.telletxea@ehu.es](mailto:saioa.telletxea@ehu.es)

Submetido em: 27/05/2020. Aprobado em: 30/07/2020. Publicado em: 13/01/2021.

## RESUMEN

La Resiliencia Comunitaria (RC) es objeto de un creciente interés en los últimos años. La RC se define como la capacidad de una comunidad para afrontar las adversidades colectivas, regulando las emociones colectivas, y usando de manera efectiva los recursos comunitarios y el capital social, para construir una percepción de eficacia colectiva. En segundo lugar, un estudio de casos y controles evaluó la RC en adolescentes de dos países (España y Chile), comparando un grupo de jóvenes en desprotección familiar bajo supervisión de los servicios sociales y jóvenes en situación normalizada viviendo con sus familias (N = 522, 45.2% mujeres, edad media M = 15.47, D = 1.29, 109 de Chile (45 casos y 64 controles) y de País Vasco (39 casos y 374 controles). Se describen la situación de los menores en dos contextos con sistemas de protección social. Se comparan los niveles de RC en sus dimensiones Regulación Emocional, Capital Social y Eficacia Colectiva, y el grado de soporte social familiar y de pares. Este estudio avanza en el conocimiento de los modos en que se puede promover la resiliencia comunitaria con el fin de fortalecer a los adolescentes en situación de alto riesgo y vulnerabilidad socio-familiar. Se proponen líneas de actuación en el trabajo con menores en situación de desprotección en función del contexto social y las políticas sociales del país.

**Palabras clave:** Adolescentes. Resiliencia Comunitaria. Exclusión social

## **Resiliência comunitaria e bem-estar em adolescentes em desproteção sócio-familiar**

### **RESUMO**

*A resiliência comunitária (RC) tem sido objeto de crescente interesse nos últimos anos. A RC é definida como a capacidade de uma comunidade para enfrentar adversidades coletivas, regular emoções coletivas e usar efetivamente os recursos da comunidade e o capital social, para construir uma percepção da eficácia coletiva. Em segundo lugar, um estudo de caso e controle, avaliou a RC em adolescentes de dois países (Espanha e Chile), comparando um grupo de jovens em estado de desproteção familiar e que estava sob a supervisão de serviços sociais e jovens em situação de normalidade que estavam morando com suas famílias (N = 522, 45,2% mulheres, idade média M = 15,47, D = 1,29, 109 do Chile (45 casos e 64 controles) e do País Basco (39 casos e 374 controles). São descritas a situação dos menores em dois contextos com sistemas de proteção social. São comparados os níveis de RC em suas dimensões Regulação Emocional, Capital Social e Eficácia Coletiva e o grau de apoio social da família e dos pares. Este estudo avança no conhecimento das maneiras pelas quais a promoção da resiliência comunitaria, com o objetivo de fortalecer os adolescentes em situações de alto risco e vulnerabilidade sócio-familiar. São propostas no estudo, linhas de ação com menores em situações de falta de desproteção proteção, em função do contexto social e das políticas sociais do país.*

**Palavras-chave:** Adolescentes. Resiliência da comunidade. Exclusão social.

## **Community resilience and well-being in adolescents in socio-family deprotection**

### **ABSTRACT**

*Community Resilience (CR) has been the subject of increasing interest in recent years. CR is defined as the capacity of a community to face collective adversities, regulating collective emotions, and effectively using community resources and social capital, to build a perception of collective efficacy. Second, a case and control study evaluated CR in adolescents from two countries (Spain and Chile), comparing a group of young people in social risk families under the supervision of social services and youth in a normal situation, living with their general families (N = 522, 45.2% women, average age M = 15.47, SD = 1.29, 109 from Chile (45 cases and 64 controls) and from the Basque Country (39 cases and 374 controls). The situation of adolescents is described in two contexts with disparate social protection systems and human development indices (HDI), comparing CR levels in their dimensions Emotional Regulation, Social Capital and Collective Efficacy, and the degree of family and peer social support This study advances in the knowledge of the ways in which community resilience can be promoted in order to strengthen adolescents in situations of high risk and socio-family vulnerability. Lines of action are proposed in working with minors in situations of lack of protection depending on the social context and social policies of the country.*

**Key-words:** Adolescents. Community Resilience. Social Exclusion.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de desarrollo positivo sostiene que todos y todas las adolescentes poseen fortalezas y que estas deben identificarse, construirse y utilizarse a través de intervenciones eficaces, que favorezcan la adopción de conductas positivas. Por tanto, resulta necesario incluir conceptos aportados por la Psicología Positiva, como el bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en el estudio de la adolescencia (GIMÉNEZ; VÁSQUEZ; HERVÁS, 2010; LUNA BERNAL; LACA AROCENA; MEJÍA CEBALLOS, 2011). Dentro de esta línea, la resiliencia otorga una mirada positiva, destacando los elementos que afectan de forma favorable el desarrollo infanto-juvenil, permitiendo reorientar la visión de la adolescencia. Hasta la fecha, la mayor parte de la investigación sobre resiliencia se ha centrado en cohortes normativas, sin embargo, para comprender mejor el proceso de resiliencia, es necesario realizar investigaciones que se centren en subpoblaciones específicas de personas jóvenes expuestas a niveles de riesgo atípicamente altos porque la resiliencia es el fruto de la adaptación positiva frente a situaciones extremas de adversidad (WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011).

El presente trabajo tiene por fin evaluar la resiliencia individual y la resiliencia comunitaria en adolescentes que se encuentren en situación de exclusión social en dos contextos socioculturales distintos, Chile y País Vasco, y compararlos con muestra normativas de pares.

## INFANCIA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

La exclusión social es un proceso complejo y multidimensional, implica la falta o la negación de recursos, derechos, bienes y servicios, y la incapacidad de participar en las relaciones y actividades normales, disponibles para la mayoría de las personas en una sociedad, ya sea en el ámbito económico, social, cultural o político. Afecta tanto la calidad de vida de los individuos como la equidad y cohesión de la sociedad en su conjunto (CROUS; BRADSHAW, 2017).

Si bien la pobreza no equivale a exclusión social ésta aparece como un importante indicador de exclusión social (JEHOEL-GIJSBERS; VROOMAN, 2007; SUBIRATS et al, 2004), que suele afectar de manera importante a la infancia (CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001). Las poblaciones en alto riesgo social son las primeras en ser «expulsadas» de un sistema educativo inflexible a la realidad de las y los niños con necesidades particulares (CEPAL, 2002). Al mismo tiempo, las personas que viven bajo condiciones de pobreza se ven forzadas a enfrentar múltiples eventos vitales estresantes durante su infancia y adolescencia (HACKETT *et al.*, 2000) y dichos eventos tienden a ser más numerosos y más serios que aquellos sufridos por la población general y ocurren en etapas de vida más tempranas (VÁZQUEZ; PANADERO; RINCÓN, 2010).

## CONTEXTO: INFANCIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Una estimación de la población entre 5 y 17 años en Chile señala que un 6.6% (219.000) de ellos se encuentran en situación de trabajo infantil el 36.6% viven en hogares en situación de pobreza por ingresos (MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, 2012). Otros datos indican que un 71% de los niños, niñas y adolescente declaran haber sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su madre y/o padre, y un 26% declaran haber sido víctima de violencia física grave por parte de su madre y/o padre (UNICEF, 2012). Asimismo, los embarazos adolescentes son comunes, así el 7% de las adolescentes, entre 12 y 19 años, han sido madres, 91% de ellas pertenece al 60% más pobre de la población.

Respecto a los y las adolescentes en situación de protección social, 157.082 niños, niñas y adolescentes están bajo la tutela de los servicios de protección infantil, y el 6.6% están bajo supervisión de SENAME (protección especializada) y viven en residencias de menores en protección. Respecto a los datos judiciales, 17.562 (24%) adolescentes son menores infractores bajo el régimen de justicia juvenil que están privados de libertad.

En el País Vasco, el Área del Menor y la Familia del Instituto Foral de Bienestar Social es la institución encargada de la protección de los menores en situación de desprotección. En la provincia de Álava y en el año 2018, fueron atendidos un total de 1.315 personas menores de edad, de las cuales 384 correspondían a nuevos casos. Del total de personas menores de edad atendidas, 449 personas fueron separadas del núcleo familiar y 334 tuteladas por las instituciones. Entre los programas de intervención destinados a menores separados del núcleo familiar cabe resaltar el acogimiento familiar y el acogimiento residencial (DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA, 2004). El acogimiento familiar es un servicio para menores que no pueden ser adecuadamente atendidos por sus familias en sus propios hogares, y que están capacitados para aceptar otros vínculos familiares y participar en la vida familiar y comunitaria sin peligro para otras personas. A finales de 2018, 105 personas se encontraban en acogimiento familiar, 72 en familia extensa y 33 en familia ajena (COMUNICACIÓN PERSONAL, 2019). Por su parte, el acogimiento residencial está destinado a menores que presentan problemas serios de adaptación personal y social. Los datos disponibles a fecha 31 de diciembre señalan que 227 personas se encontraban en acogimiento residencial, de los cuales 93 de ellas eran menores extranjeros no acompañados (MENAs) (COMUNICACIÓN PERSONAL, 2019). Además de los hogares y centros de atención residencial se desarrollan varios tipos de Programas (p. ej., Programa de Atención de Urgencia, Programa de Atención a Jóvenes con Graves Problemas de Comportamiento, Programa de Preparación para la Emancipación y Programa de Seguimiento Post-Acogimiento).

## RESILIENCIA INDIVIDUAL

Como se ha evidenciado, las condiciones psicosociales adversas en la vida familiar impactan en desarrollo socioemocional y la salud mental de los y las niñas (COVA; MAGANTO; MELIPILLÁN, 2005; MARTÍN *et al.*, 2004; ROBERTS; TYNJÄLÄ; KOMKOV, 2004; RODRÍGUEZ *et al.*, 2006).

Sin embargo, el bienestar psicológico y la salud no estarían influidos solamente por la ocurrencia de eventos estresantes, sino que también por la valoración de tales eventos y la forma en que los adolescentes afrontan el estrés experimentado (FRYDENBERG, 2014).

Es así como la resiliencia surge para explicar el desarrollo de individuos psicológicamente sanos pese a estar expuestos a condiciones de adversidad. La Resiliencia se entiende como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender y mejorar de ella (VERA POSECK; CARBELO BAQUERO; VECINA JIMÉNEZ, 2006); para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (MANCIAUX *et al.*, 2001).

Un metaanálisis (LEE *et al.*, 2013), con 31,071 participantes y 33 estudios, encontraba que los factores protectores presentaban los mayores tamaños del efecto sobre la Resiliencia, entre ellos el optimismo, afecto positivo, autoeficacia, autoestima y apoyo social. Dentro de los factores de riesgo se incluían: ansiedad, depresión, afecto negativo, estrés percibido, y trastorno por estrés post traumático. La autoeficacia en primer lugar, el afecto positivo y el optimismo presentaban los efectos más importantes, lo cual ahonda en la idea de que los individuos resilientes usan estrategias adecuadas de afrontamiento que alimenta su autoeficacia y usan el afecto positivo para protegerse frente a los hechos traumáticos. Una consecuencia de este razonamiento es que la intervención debería centrarse más en fortalecer los factores protectores que en disminuir los factores de riesgo.

La calidad del cuidado, cariño y compromiso en las relaciones intrafamiliares constituye un factor protector para los jóvenes, así la presencia de la familia puede amortiguar la influencia de ambientes nocivos y evitar que se acumulen riesgos en formas que desafían las trayectorias de desarrollo saludable de los niños y niñas.

De este modo, la resiliencia será el resultado de la capacidad de los jóvenes individuales y sus familias para navegar en su camino hacia los recursos que necesitan para enfrentar la adversidad de manera que se ajuste a las demandas de sus contexto tanto sociales y físicas (ALI *et al*, 2004).

Diversos estudios han mostrado la influencia de la resiliencia en la valoración satisfactoria de la trayectoria vital y en la experimentación de emociones positivas, en un estudio con 1.250 adolescentes de 12 a 15 años se encontró que los jóvenes resilientes reportaron altos niveles de satisfacción con la vida y afecto positivo, así como se observaba que el apoyo de las amistades se asociaba a mayor afecto positivo, mientras que el afecto negativo disminuía con el apoyo familiar (RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ *et al*, 2016).

### **DOMINIO COMUNAL Y APOYO SOCIAL**

La etapa evolutiva de la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de autonomía y conexiones con los pares, siendo una importante fuente de información para la conformación de la identidad. En este escenario, el dominio comunal es la creencia de que uno es capaz de alcanzar metas de manera exitosa por la virtud de estar interconectado con otros (HOBFOLL *et al*, 2002), es una forma de competencia social que puede reducir el estrés entre los adolescentes; porque estar conectado con los otros supone un compromiso y la conformidad con las expectativas o necesidades del grupo, de manera que las personas con alto dominio comunal es más probable que empleen formas de afrontamiento comunales, se preocupen más por los demás, y mantengan vínculos con redes sociales satisfactorias (FRYDENBERG, 2014; HOBFOLL *et al*, 2002).

Del mismo modo, la interacción social que establece el/la joven adolescente con sus amistades o pares puede conformar un factor protector, pero en otros casos suple las carencias del grupo familiar disfuncional, aumentando la probabilidad de adoptar conductas de riesgo y desviadas de sus pares cuando existe una falta de control parental y formal (FLORENZANO *et al*, 2010; MURRY *et al*, 2011).

## **RESILIENCIA COMUNITARIA**

Cuando los estresores que afectan a colectivos de personas impulsan conductas adaptativas después de catástrofes naturales o sociales se habla de Resiliencia Comunitaria (RC). Las comunidades pueden incorporar estrategias de supervivencia, formas de organización, compromiso, vinculación y otras experiencias para establecer nuevos lazos sociales y laborales, adaptarse y continuar con la vida (ARCINIEGA, 2013). Han sido diversas las definiciones aplicadas a la RC, una revisión de sus componentes identificó 24 atributos de la RC que se agruparon en tres grandes dimensiones (ALZUGARAY *et al*, 2018):

- 1) Regulación Emocional: referida a la modificación de la experiencia emocional y sus expresiones en términos de su frecuencia, forma, duración e intensidad (GROSS, 2008; PUENTE *et al*, 2018). En el contexto de adversidades y traumas colectivos, las comunidades deben lidiar con emociones compartidas y movilizar recursos para así regular dichas emociones (NEVILLE; REICHER, 2011; VAN KLEEF; FISCHER, 2016).
- 2) Capital Social (CS): entendido como las redes, normas y confianza social que facilitan la coordinación y cooperación para beneficio mutuo (PUTMAN, 1995). Es así como una comunidad resiliente cuenta con capital social para afrontar cambios y adversidades. La confianza social en combinación con la reciprocidad y la cooperación proporciona beneficios a quienes establecen esta relación (DURSTON, 2002). Por ello, tanto el capital social como el bienestar social se encuentran asociados entre sí (KEYES; SHAPIRO, 2004).
- 3) Eficacia Colectiva (EC). El concepto de eficacia colectiva (BANDURA, 1997) se puede extender a grupos y colectivos y se describe como la creencia de los miembros sobre las competencias grupales y la capacidad de obtener ciertos logros, configurando un predictor importante de la capacidad del grupo para lograr metas.



En consecuencia, influye en las tendencias colectivas hacia la planificación, el uso de recursos compartidos, la gestión de conflictos y las formas de cooperación y autonomía en la gestión de los servicios sociales (CARROLL; ROSSON; ZHOU, 2005).

En conclusión, se define la RC como un proceso a través del cual un grupo o comunidad afronta eventos y/o adversidades (tanto naturales como socio-políticas) usando estrategias colectivas para regular emociones compartidas (Regulación Emocional), movilizandorecursos tanto materiales como humanos de apoyo mutuo (Capital Social), y desarrollando en el proceso un sentido colectivo de eficacia (Eficacia Colectiva).

## OBJETIVO E HIPÓTESIS

Este estudio busca evaluar la RC y la RI en adolescentes que se encuentren en situación de exclusión social asociada a vulneraciones de derechos en comparación con adolescentes de población general, en un estudio de casos y controles en dos contextos distintos (Chile y País Vasco). Para ello se comparan la resiliencia comunitaria y sus correlatos psicosociales en dos grupos pertenecientes a dos contextos socio-culturales divergentes (Chile versus País Vasco) en dos colectivos de adolescentes sujetos a situaciones de desprotección social, y ambos insertos en programas comunitarios de supervisión bajo las entidades oficiales correspondientes a ambos países.

### HIPÓTESIS:

*Hip. 1.* La Resiliencia se desarrolla en situaciones de adversidad esperando que los adolescentes que han afrontado situaciones adversas han podido desarrollar la capacidad de adaptación y resistencia ante las mismas (RI). La RC se espera sea menor en aquellos colectivos que viven en situaciones comunitarias de vulnerabilidad social, desprotección familiar y falta de apoyo familiar. En este sentido, se explorará la RC en las distintas muestras de casos y controles en Chile y País Vasco.

*Hip. 2.* La RC se relacionará positivamente con la Integración social en la comunidad y los grupos de pertenencia, así como con el sentido de Dominio Comunal o sentido de eficacia de los individuos ante la adversidad en conexión con los demás miembros. De modo que la integración comunitaria y el dominio comunal promoverá la RC.

*Hip. 3.* Tanto la RC, la RI como el apoyo social, en especial de la familia entre los adolescentes, se relacionará positivamente con los índices de bienestar subjetivo, tanto la satisfacción con la vida y sus dominios, como la salud mental (emocional GHQ12). Complementariamente, se observará que RC y RI se relacionan positivamente entre sí, pero constituyen elementos diferenciados.

## MÉTODO

Se trata de un estudio de casos y controles, en dos regiones de Chile y del País Vasco (Provincia de Álava). Se seleccionaron casos de adolescentes en situación de desprotección y bajo la supervisión y/o tutela de los servicios sociales de los respectivos países. Como controles se seleccionaron adolescentes de edades similares escolarizados.

## MUESTRAS

La muestra total se compuso por 522 adolescentes de ambos sexos (45.2% mujeres) y de edades comprendidas entre 13 a 18 años ( $M = 15.44$ ,  $DE = 1.26$ ). La distribución por país y grupo puede apreciarse en la tabla 1. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la muestra de casos ( $M = 15.62$ ,  $DE = 1.33$ ), y controles ( $M = 15.41$ ,  $DE = 1.24$ ) en función de la edad ( $F_{(1,522)} = 1.99$ ,  $p = .158$ , ni del sexo ( $\chi^2_{(522)} = 2.042$ ,  $p = .188$ ).

## VARIABLES E INSTRUMENTOS

*Resiliencia Comunitaria* (ALZUGARAY *et al*, 2018) es una medida de auto reporte que evalúa la percepción de relaciones y capacidades comunitarias (véase Tablas 1 y 2 para datos descriptivos y fiabilidad). La versión abreviada consta de 12 ítems agrupados en tres dimensiones: Regulación Emocional (RE; por ej., “Durante una

*adversidad somos capaces de manejar sentimientos desagradables como tristeza y enfado*"); Capital Social (CS; ej. *Nuestra comunidad trabaja con organizaciones y agencias fuera de la comunidad para obtener lo que necesita durante una adversidad*) y Eficacia Colectiva (EC; por ej., *Nuestra comunidad es capaz de resolver adversidades por sí sola antes de recibir ayuda externa*"). El formato de respuesta varía de 1= totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo.

*Resiliencia Individual* (MALTBY; DAY; HALL, 2015). Medida que evalúa el rasgo resiliencia, en una escala de 12 ítems derivada de 3 mecanismos comunes identificados en la teoría ecológica: *Recuperación* o habilidad para recuperarse de las situaciones adversas, así como la rapidez en recuperar el equilibrio (ej. *Me recupero de un momento difícil con rapidez*"); *Ecología* o capacidad para mantenerse en funcionamiento, ser robusto y persistente para mantener un estado estable y ser resistente a la perturbación (ej. *Incluso cuando hay problemas, soy capaz de funcionar (trabajar bien) para lograr mis metas*"); *Adaptación* o la motivación para adaptarse, estar abierto al cambio y variar sus funciones clave (por ej., *situaciones inciertas despiertan mi interés* o *Me gusta cuando la vida cambia*"). El formato de respuesta varía de 1= totalmente en desacuerdo a 5= totalmente de acuerdo.

*Dominio Comunal* (HOBFOLL *et al*, 2002). Compuesta por 8 ítems, es una medida de percepción de eficacia de los individuos ante desafíos de la vida, en virtud de estar interconectados con otros. Es una escala Likert cuyos valores van de 1= totalmente en desacuerdo a 4 = totalmente de acuerdo. Ejemplos de ítems son: *Con la ayuda de personas cercanas a mí tengo un mayor control sobre mi vida* (referida a personas en general; *Trabajando juntos con amigos y familia puedo resolver la mayoría de los problemas que tengo*).

*Integración social* (dimensión de la Escala de Bienestar Social), versión adaptada de la escala original de Keyes (1998) por Bobowik, Basabe y Páez (2015). Consta de 5 ítems (por ej., *Siento que soy una parte importante de mi comunidad*) con un formato de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

*Satisfacción con la vida* (Escala breve de SV para estudiantes (SLSS), OYANEDEL *et al*, 2014). Este instrumento específicamente para niños y adolescentes, se compone de 5 ítems referidos a la Satisfacción con la Vida en los ámbitos de: familia, amigos, escuela, sí mismo (autoimagen), y barrio en el que vive. Las categorías de respuesta fueron de 1= nada a 5=totalmente satisfecho.

*Salud Mental* (General Health Questionnaire GHQ-12, LOBO; MUÑOZ, 1996) es una medida para evaluar Salud Mental. Es un cuestionario auto administrado con 6 ítems redactados positivamente que se refieren a la salud (por ej., *¿Has podido concentrarte bien en lo que hacías?*). Las opciones de respuesta van desde "más de lo habitual " a "mucho menos de lo habitual". y 6 ítems referidos a enfermedad redactados negativamente cuyas opciones de respuesta van desde "en absoluto " a "mucho más de lo habitual ". El puntaje para cada respuesta varía de 0 a 3. Además, de la puntuación cuantitativa total se proponen puntos de corte para valorar los posibles casos en riesgo de salud mental. Tait, Hulse y Robertson (2002) revisaron los estudios de validación de la escala GHQ en población adolescente donde se aplicaron puntos de corte entre 5/6. Dada la alta prevalencia que reporta esta medida se van a aplicar en este estudio dos puntos de corte  $GHQ12 \geq 5$  y  $\geq 6$ .

*Apoyo Social* (Escala de Apoyo Social, MOSQUEDA DÍAZ *et al*, 2005). Esta medida que evalúa al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros, está compuesta de dos dimensiones un referida al apoyo por parte de los amigos (por ej., *puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas*) y otra al apoyo de la familia (por ej., *mi familia me ayuda a tomar decisiones*).

Consta de 12 ítems en formato Likert cuyas respuestas van de 1 =casi nunca a 4 = siempre.

*Escala de Sucesos Vitales Estresantes (SV)* Se han seleccionados un listado de 23 sucesos de cambio y negativos relativos a sí mismo y a otras personas significativas, que pueden ser experimentados por el adolescente en los contextos de la familia, la escuela o el grupo de iguales. Este listado se ha tomado de la versión adaptada por Basabe y Amutio (2003) de la escala original de Holmes y Rahe (1967), a la que se añaden sucesos violentos de la escala de Norris (1990).

Todos los índices de consistencia interna (coeficientes alpha de Cronbach) de las variables en estudio son adecuados (véase Tabla 2).

## PROCEDIMIENTO

Para la selección de muestras tanto en Chile como en el País Vasco se tomó contacto con los servicios de protección social a través de sus programas. Del listado del registro de personas usuarias se seleccionaron los y las participantes que cumplían los criterios de inclusión (autorización de un adulto, familiar o tutor de la institución responsable y consentimiento informado) y exclusión (trastornos mentales severos, diversidad funcional intelectual, no alfabetizados).

Con el objeto de reclutar a los grupos controles, en Chile, se contactó con dos centros escolares de las mismas comunas, se trata de una zona de alta vulnerabilidad social con altas tasas de pobreza y desempleo (INE, así como por el aumento de consumo y tráfico de drogas) (SENDA, 2014).

En el caso del País Vasco, se seleccionaron dos grandes centros escolares de la ciudad de Vitoria, un centro público y un centro concertado privado y dentro de ellos todas las modalidades de grupos escolares para la edad de 14 a 18 años. Se equipararon ambos grupos en edad y sexo.

En la muestra de casos, la aplicación de los cuestionarios se hizo por medio de entrevistas individuales, llevadas a cabo por dos psicólogas con formación clínica y de investigación de modo que se pudo garantizar el apoyo y asesoramiento psicosocial adecuado si se detectase algún caso de riesgo o si alguna persona participante se viera afectada durante las entrevistas. En Chile, las entrevistas se realizaron en las dependencias del programa en los despachos habilitados para ello. En el País Vasco las entrevistas se realizaron en dependencias de los servicios sociales, en centros públicos y en la universidad. La duración aproximada de las entrevistas fue de 45 minutos.

Este proyecto contó con el visto bueno del Comité de Ética de la Universidad Santo Tomás de Chile (código 186, 2016), y del Comité de Ética en Investigación CEISH de la UPV/EHU. Así como, con la autorización de la dirección nacional del Servicio Nacional de Menores (SENAME), y de la Diputación Foral de la Provincia de Álava. Tanto los progenitores y/o tutores como los alumnos firmaron los consentimientos informados.

Los estadísticos descriptivos, coeficientes alfa de fiabilidad e índices de correlación se estimaron por medio del programa SPSS V23.



## RESULTADOS

Tabla 1 – Estadísticos descriptivos para las variables en estudio: País Vasco y Chile

	Total N = 522				País Vasco N = 413				Chile N = 109			
	Casos N = 84		Control N = 438		Casos N = 39		Control N = 374		Casos N = 45		Control N = 64	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
Resiliencia Comunitaria	3.52	0.59	3.59	0.55	3.54	0.62	3.60	0.52	3.50	0.57	3.49	0.66
Regulación Emocional	3.64	0.68	3.80	0.70	3.69	0.54	3.84	0.67	3.59	0.78	3.60	0.83
Capital Social	3.25	0.87	3.28	0.74	3.35	0.93	3.25	0.73	3.16	0.80	3.45	0.78
Eficacia Colectiva	3.67	0.80	3.68	0.65	3.59	0.83	3.73	0.63	3.75	0.78	3.42	0.75
Dominio Comunal	3.05	0.52	3.15	0.43	3.19	0.48	3.15	0.42	2.93	0.53	3.17	0.47
Resiliencia Individual	3.56	0.65	3.28	0.63	3.39	0.57	3.27	0.61	3.66	0.70	3.37	0.72
Recuperación	3.09	1.04	3.07	0.97	2.97	0.99	3.05	0.97	3.20	1.09	3.22	1.01
Ecológica	3.84	0.82	3.51	0.74	3.63	0.75	3.50	0.73	4.01	0.85	3.57	0.85
Adaptación	3.68	0.86	3.26	0.88	3.58	0.86	3.25	0.85	3.77	0.86	3.31	1.04
Integración Social	3.69	0.99	3.35	0.84	3.78	0.96	3.45	0.80	3.60	1.03	2.76	0.88
Satisfacción con la vida	3.77	0.72	3.87	0.62	3.86	0.63	3.89	0.62	3.70	0.79	3.75	0.64
Sucesos vitales	0.28	0.20	0.12	0.19	0.33	0.22	0.12	0.12	0.23	0.15	0.11	0.20

Nota.- M media DE desviación estándar, las medidas GHQ y Apoyo social se obtuvieron solo en la muestra de País Vasco

Las puntuaciones medias por país y grupos de casos y controles correspondientes a las variables en estudio se muestran en la Tabla 1 (*Hip 1*). Respecto a la escala completa de RC, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas por grupo ( $F_{(1, 518)} = 0.139, p = .710$ ) o país ( $F_{(1, 518)} = 1.196, p = .275$ ). Considerando las dimensiones de la escala, la Regulación Emocional (RE) es menor en Chile que en el País Vasco ( $F_{(1, 518)} = 3.711, p = .05$ ) y no hay diferencias por grupo ( $F_{(1, 518)} = 0.825, p = .364$ ).

El Capital social es menor en la muestra de casos de Chile en comparación con la muestra de casos del País Vasco ( $t_{(436)} = 2.052, p = .041$ ) y no hay diferencias en el grupo control ( $t_{(82)} = -0.980, p = .33$ ) (interacción grupo y país:  $F_{(1, 518)} = 3.988, p = .046; \eta_{p2} = .008$ ). La percepción de Eficacia colectiva es mayor en la muestra control del País Vasco en comparación con la muestra control chilena ( $t_{(436)} = -3.476, p = .001$ ) y no hay diferencias en el grupo de casos ( $t_{(82)} = 0.910, p = .366$ ) (interacción grupo y país:  $F_{(1, 518)} = 7.167, p = .008; \eta_{p2} = .014$ ).

El Dominio comunal (DC) es algo mayor en el grupo de casos del País Vasco comparado con el chileno ( $t_{(82)} = -2.325$ ,  $p = .023$ ) y no hay diferencias en el grupo control ( $t_{(436)} = 0.250$ ,  $p = .803$  (interacción grupo y país:  $F_{(1, 518)} = 5.746$ ,  $p = .017$ ;  $\eta_{p2} = .011$ ).

Con respecto a la Resiliencia Individual, para la escala total hubo diferencias por grupo ( $F_{(1, 518)} = 6.600$ ,  $p = .01$ ,  $\eta_{p2} = .013$ ) y por país ( $F_{(1, 518)} = 5.136$ ,  $p = .024$ ,  $\eta_{p2} = .01$ ), con mayores puntuaciones en el grupo de casos que en el control y mayor en Chile que en el País Vasco. Teniendo en cuenta las distintas dimensiones de la RI, no hay diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de Recuperación (por grupo  $F_{(1, 518)} = 0.176$ ,  $p = .675$ , o país  $F_{(1, 518)} = 2.534$ ,  $p = .112$ ). La Resiliencia Ecológica es mayor en el grupo de casos que en el control ( $F_{(1, 518)} = 8.790$ ,  $p = .003$ ,  $\eta_{p2} = .017$ ), y mayor en Chile que en el País Vasco ( $F_{(1, 518)} = 5.304$ ,  $p = .022$ ,  $\eta_{p2} = .01$ ). Con relación a la capacidad de Adaptación, es mayor en el grupo de casos que en el control ( $F_{(1, 518)} = 12.227$ ,  $p = .001$ ,  $\eta_{p2} = .023$ ), y no hay diferencias entre países ( $F_{(1, 518)} = 1.313$ ,  $p = .252$ ).

Con respecto a la dimensión de Integración social del Bienestar social hay un efecto de interacción grupo y país ( $F_{(1, 518)} = 5.331$ ,  $p = .021$ ;  $\eta_{p2} = .01$ ), siendo menor la IS en el grupo de Chile que en el País Vasco ( $t_{(436)} = -6.215$ ,  $p \leq .001$ ) y no hay diferencias en el grupo de casos ( $t_{(82)} = -0.822$ ,  $p = .413$ ).

En la puntuación global de Satisfacción con la vida (índice sumatorio de los 6 ítems de la escala), no se muestran diferencias estadísticamente significativas (por grupo  $F_{(1, 518)} = 0.248$ ,  $p = .618$ , o país  $F_{(1, 518)} = 3.221$ ,  $p = .073$ ). No obstante, diferenciando por dominios, en la satisfacción con la familia hay un efecto de interacción grupo y país ( $F_{(1, 518)} = 5.331$ ,  $p = .021$ ;  $\eta_{p2} = .01$ ), de manera que la satisfacción familiar es mayor en el grupo control del País Vasco ( $M = 4.08$ ,  $DE = 0.973$ ) que en el de Chile ( $M = 3.78$ ,  $DE = 1.091$ ) ( $t_{(436)} = -2.717$ ,  $p \leq .007$ , y no hay diferencias en la muestra de casos (Chile  $M = 3.91$ ,  $DE = 1.104$  versus País Vasco  $M = 3.77$ ,  $DE = 1.347$ ,  $t_{(82)} = 0.530$ ,  $p = .597$ ).

Por su parte, la satisfacción con los amigos es mayor en el País Vasco ( $M = 4.29$ ,  $DE = 0.780$ ) que en Chile ( $M = 3.88$ ,  $DE = 1.025$ ) ( $F_{(1, 518)} = 17.268$ ,  $p \leq .001$ ;  $\eta_{p2} = .032$ ).

Se encuentran diferencias en la satisfacción consigo mismo en función del grupo ( $F_{(1, 518)} = 5.554$ ,  $p = .019$ ,  $\eta_{p2} = .011$ ) y del país ( $F_{(1, 518)} = 3.885$ ,  $p = .049$ ,  $\eta_{p2} = .007$ ), de modo que los jóvenes de la muestra de casos están más satisfechos ( $M = 4.07$ ,  $DE = 1.128$ ) comparados con sus controles ( $M = 3.86$ ,  $DE = 1.097$ ), y los vascos están más satisfechos ( $M = 3.93$ ,  $DE = 1.080$ ) que los chilenos ( $M = 3.74$ ,  $DE = 1.182$ ).

Si bien no se encuentran diferencias en la satisfacción general con la vida por grupo ( $F_{(1, 518)} = 2.013$ ,  $p = .157$ ) o país ( $F_{(1, 518)} = 0.157$ ,  $p = .692$ ), se observa un efecto de interacción entre género y país ( $F_{(1, 518)} = 16.014$ ,  $p \leq .001$ ;  $\eta_{p2} = .030$ ). De modo que los hombres vascos ( $M = 3.97$ ,  $DE = 0.932$ ), están más satisfechos que sus pares chilenos ( $M = 3.44$ ,  $DE = 1.244$ ) ( $t_{(284)} = -3.531$ ,  $p \leq .001$ ), y las mujeres chilenas ( $M = 3.91$ ,  $DE = 0.917$ ), más satisfechas que sus pares vascos ( $M = 3.60$ ,  $DE = 0.921$ ) ( $t_{(234)} = 2.125$ ,  $p = .035$ ).

Las medidas de salud emocional GHQ12 y apoyo social se completaron para el País Vasco y no en Chile. En el País Vasco no hay diferencias en la medida cuantitativa del GHQ12 entre el grupo de casos y control ( $F_{(1, 410)} = 0.066$ ,  $p = .797$ ). Tampoco se encuentran diferencias entre grupo control y casos en la estimación de los casos en riesgo, si se considera el criterio del punto de corte de casos (GHQ12  $\geq 5$  puntuación de riesgo), se estiman 34% de casos en la muestra de casos y 33% en el control ( $\chi^2_{(1,412)} = 0.004$ ,  $p = 1$ ); aplicando un criterio más conservador (GHQ12  $\geq 6$  puntuación de riesgo), 24% casos versus 27% control ( $\chi^2_{(1,412)} = 0.231$ ,  $p = .705$ ). Teniendo en cuenta las diferencias por género, el 26% de los hombres y el 46% de las mujeres de la muestra de casos obtienen puntuaciones de riesgo (sin diferencias estadísticamente significativas  $\chi^2_{(1,38)} = 1.663$ ,  $p = .295$ ), mientras que en el grupo control el 28% de los hombres y el 41% de las mujeres obtienen puntuaciones de riesgo (con

diferencias significativas ( $\chi^2_{(1,374)} = 7.051, p = .008$ ). Aplicando un criterio más conservador (GHQ12  $\geq 6$  puntuación de riesgo), para los casos el 26% de los hombres y el 20% de las mujeres obtienen puntuaciones de riesgo (no habiendo diferencias estadísticamente significativas por género ( $\chi^2_{(1,38)} = 0.181, p = 1$ ), mientras que en el grupo control el 21% de los hombres y el 35% de las mujeres obtienen puntuaciones de riesgo (con diferencias significativas  $\chi^2_{(1,374)} = 8.822, p = .003$ ).

En relación a la escala de apoyo social, no se encuentran diferencia en la puntuación total entre grupos control y casos ( $F_{(1, 410)} = 2.089, p = .149$ ), sin embargo, el apoyo familiar es mayor en el grupo control que en el de casos ( $F_{(1, 410)} = 4.776, p = .029$ ;  $\eta_{p2} = .012$ ), no habiendo diferencias en el apoyo de los amigos/as ( $F_{(1, 410)} = 0.001, p = .975$ ).

Por último, el número de sucesos vitales experimentados durante el último año es sustancialmente mayor en el grupo de casos que en control ( $F_{(1, 518)} = 40.506, p \leq .0001, \eta_{p2} = .073$ ), y mayor en Chile que en País Vasco ( $F_{(1, 518)} = 4.991, p \leq .026, \eta_{p2} = .01$ ).

El tipo de sucesos relatados por los jóvenes, en su mayor parte se trata de sucesos mayores con una alta prevalencia en la muestra de casos en comparación con la muestra control, por ejemplo, problemas de salud física o mental grave de alguno de los padres. 42% versus 20%. problemas con el alcohol o drogas de alguno de los padres: 51% versus 11%, divorcio o separación de los padres: 60% versus 28%, fuga del sitio en que vive/vivía: 42% versus 8%, criado por personas diferentes a los padres: 50% versus 10%, maltrato físico o sexual (ámbitos: familia, pareja, adultos, pares): 44% versus 8%. En Chile hay mayores hechos estresantes que en el País Vasco en 14 del total de 23 sucesos estresantes (todas las  $p \leq .05$ ), por ejemplo, problemas con el alcohol o drogas de alguno de los padres: 38% versus 12%.

En relación a las hipótesis 2 y 3 se pueden apreciar las correlaciones entre las variables de estudio en la Tabla 2. Los coeficientes de correlación  $r$  de Pearson indican que la RC se asocia moderadamente con el Dominio Comunal, la Integración Social, el Apoyo Social de la familia y el grupo de pares (*Hip. 2*), y la Satisfacción global con la vida y sus dominios (*Hip. 3*). La relación entre RC y RI es media ( $r = .23$ ), y es importante para la Resiliencia Individual Ecológica ( $r = .30$ ) ya que correlaciona con las 3 dimensiones de la RC, es baja con la dimensión individual de Recuperación dado que únicamente se asocia a la dimensión de Regulación Emocional de la RC, y no es estadísticamente significativa con la Adaptabilidad de la RI (*Hip. 3*).

Respecto a los índices de bienestar subjetivo (*Hip. 3*), la SV se asocia positivamente a la RC y sus facetas, la RI, específicamente las dimensiones individuales de Recuperación y Ecológica; y el Dominio Comunal, la Integración Social, y el Apoyo social, en especial el Familiar.

Por su parte, el índice de salud mental (GHQ12) no se asocia a la RC global, si bien de modo bajo correlaciona negativamente con la Regulación emocional, la RI (dimensiones de Recuperación y Ecológica) pero no con la Adaptabilidad, y se asocia negativamente al Dominio Comunal, la Integración Social, y el Apoyo social, en especial el Familiar, positivamente a la cantidad de sucesos vitales estresantes. En suma, las correlaciones mayores indican que la salud mental de los y las adolescentes es mayor cuanto mayor es su capacidad de Recuperación de la RI, el apoyo familiar y la integración social. Asimismo, la salud mental se relaciona, con correlaciones de tamaño bajo, con la Regulación Emocional de la RC, el Dominio comunal, el apoyo del grupo de pares, y el estrés (cantidad de sucesos vitales en el último año) (*Hip. 3*).

Tabla 2 – Matriz de correlaciones e índices de fiabilidad de las escalas (muestra total)

Variables	alpha	RC	RE	CS	EC	DC	RI	REC	ECO	ADA	IS	SV	GHQ	AS	ASA	ASF	Suc
RC	.740	1															
RE	.583	.786	1.000														
CS	.510	.730	.287	1.000													
EC	.605	.817	.570	.366	1.000												
DC	.699	.435	.366	.324	.325	1.000											
RI	.816	.232	.217	.138	.188	.155	1.000										
REC	.872	.151	.180	.078	.095	.137	.761	1.000									
ECO	.740	.300	.242	.199	.261	.154	.747	.405	1.000								
ADA	.760	.077	.062	.041	.078	.051	.681	.192	.308	1.000							
IS	.827	.297	.260	.201	.233	.218	.276	.225	.267	.120	1.000						
SV	.708	.329	.325	.203	.242	.395	.320	.358	.263	.071	.460	1.000					
GHQ	.859	-.087	-.113	-.039	-.055	-.159	-.332	-.427	-.182	-.069	-.231	-.525	1.000				
AS	.829	.319	.299	.189	.264	.434	.172	.186	.160	.019	.317	.601	-.361	1.000			
ASA	.866	.238	.235	.117	.214	.291	.094	.072	.105	.031	.285	.362	-.155	.740	1.000		
ASF	.881	.285	.257	.182	.230	.405	.177	.206	.159	.009	.270	.605	-.396	.925	.443	1.000	
SUC		-.029	-.073	-.006	.011	-.069	.021	-.113	.064	.116	-.015	-.151	.152	-.187	-.052	-.222	1

Nota.- destacado en gris escalas totales. RC12 Resiliencia Comunitaria; RE Regulación emocional, CS Capital social, EC Eficacia Colectiva; DC Dominio Comunal, RI Resiliencia individual; REC Recuperación; ECO Ecológica ADA Adaptabilidad; IS Integración Social; SV Satisfacción Vital Total; AS Apoyo social: ASA Amigos ASAF Familia; SUC suma de sucesos vitales último año. N= 522 (Chile y País Vasco) N=421 (para QHQ y ASA);  $r \geq .10$  todas significativas para  $p \leq .05$  (señalar los asteriscos de significación al lado de cada correlación)

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio ha indagado en la Resiliencia tanto individual como comunitaria en adolescentes en dos países Chile y País Vasco, considerando dos colectivos de *casos*: menores en vulnerabilidad bajo seguimiento de los Servicios Sociales, comparados con muestras generales comparables en edad, género y contexto social. Las muestras de casos incluyen jóvenes bajo supervisión de los Servicios Sociales (SS); en el caso de Chile se trataba adolescentes que viven con sus familias (69%) y/o en residencias (31%), y en el País Vasco, adolescentes que viven con la familia de origen (25%), de acogida (11%), o bien en pisos y centros de acogida (64%). Por lo tanto, en Chile la mayor parte de los casos viven con sus familias extensas en la misma comuna que los adolescentes de los centros escolares entrevistados (controles); por su parte, la mayor parte de los casos de vascos están acogidos en pisos y centros tutelados por los SS, aunque están integrados en los centros escolares que corresponden a su lugar de residencia.

De acuerdo a la *Hip.* 1, se esperaba que la RC fuera menor en aquellos colectivos que viven en situaciones comunitarias de vulnerabilidad social, desprotección familiar y falta de apoyo familiar. No obstante, no hubo diferencias en las puntuaciones totales de la RC entre la muestra de casos y controles. En cambio, si hubo diferencias entre Chile y País vasco, así se reportaron peores índices en Chile que en el País Vasco. Por ejemplo, la RE, tanto en los controles como en los casos, y el Capital Social comunitario (entre los casos) y la Eficacia Comunitaria (en los controles) era menor en Chile que en el PV. Lo mismo sucedía con el Dominio comunal que era menor en Chile (muestra de casos). Otros indicadores de Bienestar Social mostraban que los jóvenes chilenos se encontraban en una situación de mayor vulnerabilidad social que sus pares vascos, con una menor Integración Social, en especial, en la muestra de controles.

También la satisfacción familiar fue mayor en el grupo control del País Vasco que en Chile, y la satisfacción con los amigos y consigo mismo en el conjunto del País Vasco respecto a Chile.

Estas diferencias entre las muestras de los países podrían explicarse por el contexto en el que se insertan los y las adolescentes chilenos entrevistados, así las comunas chilenas se caracterizan por unas altas tasas de pobreza y delincuencia (SENDIA, 2014), donde se insertan también los centros escolares en los que se hicieron las entrevistas de los controles. Es por ello, que la muestra chilena presentaba peores índices de RC y menor integración social, siendo además ésta menor en los controles de dicho país, lo que sugiere que la situación de desprotección social está muy presente en las comunas estudiadas.

Como era esperable, el apoyo familiar fue mayor en el grupo control que en el de casos, mientras que el apoyo de las amistades era equivalente. Este resultado es importante porque, el apoyo familiar es un factor protector de la salud mental, mientras que el apoyo de pares puede asociarse positivamente a un mayor bienestar subjetivo (satisfacción con la vida) pero es poco relevante para la salud emocional de los adolescentes. Como concluye el meta-análisis de (LEE et al., 2013), el apoyo social constituye uno de los factores con mayor tamaño del efecto asociado a la resiliencia. En concreto, la familia es una de las fuentes principales de apoyo social (MASTEN, 2004), que permite un monitoreo parental y predice la resiliencia (CARDOZO; ALDERETE, 2009), actúa como moderador permitiendo a los jóvenes más vulnerables con baja autoestima amortiguar el impacto negativo de los eventos estresantes (LEIVA; PINEDA; ENCINA, 2013). Las familias resilientes responden con una visión compartida ante las adversidades (HAWLEY; DEHAAN, 1996) y demuestran sus competencias funcionales y protectoras bajo estrés (MC CUBBIN et al, 2002), así el hecho de que el apoyo familiar se haya econtrado asociado con el afecto negativo (RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ et al, 2016), sugiere que sirve para amortiguar el estrés, mientras que el apoyo de pares asociado al afecto positivo responde más a motivos hedónicos.

En relación a la RI como se postulaba (*Hip. 1*), era más prevalente entre los y las jóvenes en situación de vulnerabilidad, en la muestra de casos, y en los chilenos en comparación con los vascos. Son las dos facetas de la Resiliencia Ecológica y Adaptación las que marcan las diferencias. De este modo, se constata que son los y las jóvenes que afrontan dificultades severas quienes desarrollan la capacidad para mantenerse y persistir ante las perturbaciones (R. Ecológica), y presentan mayor motivación para adaptarse a las situaciones inciertas derivadas de las adversidades que afrontan (R. Adaptación), siendo menos relevante la faceta de la resiliencia entendida como la rapidez con que se recuperan de las situaciones difíciles (R. Recuperación).

Por lo tanto, se constata que la Resiliencia individual se desarrolla en situaciones de adversidad de manera que son los adolescentes que han afrontado situaciones difíciles los que con más probabilidad han podido desarrollar su capacidad de aprender a afrontar las incertidumbres que acompañan a los cambios y pérdidas familiares, percibiendo las situaciones inciertas con interés, y persistiendo en el logro de sus metas.

Por su parte, se ha definido la RC por la capacidad de la comunidad para *Regular las emociones* a través de formas activas de apoyo mutuo y regular y/o controlar las emociones en especial las negativas como el enojo y la pena; promover los recursos comunitarios entendidos como *Capital social*, que permite el control normativo, de las conductas desviantes, el apoyo de los líderes comunitarios, y el trabajo comunitario basado en el apoyo mutuo y la lucha por obtener recursos de las instituciones cercanas (las municipalidades); en este camino la comunidad adquiere un sentido de *Eficacia colectiva*, definiendo las metas comunes, y su competencia para decidir las maneras de resolver los problemas. Como sea podido constatar (*Hip. 2*), la Integración social comunitaria y el sentido de Dominio comunal se relaciona y colabora en la promoción de la RC en la adolescencia.



Esta dimensión comunitaria constituye una parte importante del bienestar entendida como bienestar eudaimónico, que permitiría el desarrollo psicosocial de los adolescentes a través de su integración social en la comunidad, en sus grupos primarios y su sentido de dominio del entorno (BOBOWIK; BASABE; PÁEZ, 2015).

En suma, este estudio pone en evidencia que la resiliencia es una capacidad que los jóvenes pueden desarrollar en la medida en la que hacen frente a la adversidad, como en el caso de la adaptación positiva frente a situaciones extremas de adversidad (WINDLE; BENNETT; NOYES, 2011), con persistencia y flexibilidad para tolerar la incertidumbre, y cuando cuentan con el apoyo de los adultos y la familia, sean sus progenitores o sus cuidadores. Por su parte, el apoyo comunitario y el sentido de pertenencia a grupos (integración social) junto con el desarrollo de un sentido de dominio y control cuando se está conectado con los otros (dominio comunal), posibilita la resiliencia comunitaria, esto es una respuesta colectiva, que se afianza en la capacidad para regular las emociones de manera activa, refuerza la sensación de eficacia colectiva y promueve el apoyo mutuo (Capital social). Todo ello consolida la integración psicosocial de los y las adolescentes en sus comunidades.

Considerando la validez divergente (*Hip. 3*) la RC se diferencia de la RI, si bien es cierto que ambas están relacionadas, tal como han mostrado los índices de correlación, dicha relación es de tamaño medio bajo, específicamente la RC se asocia principalmente con la dimensión Ecológica de la Resiliencia Individual, que contempla la capacidad para mantenerse y persistir ante las perturbaciones, lo que implica que la RI ecológica sea un impulsor de la Regulación Comunitaria de las emociones, la Eficacia colectiva y el Capital social comunitario.

Otro de los resultados de este estudio pone de relieve la importancia del apoyo familiar para la salud mental de los adolescentes (*Hip. 3*). A pesar de que durante la adolescencia los jóvenes se focalizan y buscan la integración en el grupo de pares, es el apoyo familiar el que resulta relevante para su salud mental y no tanto el apoyo de los pares (como han indicado las correlaciones entre los índices de salud GHQ12 y el apoyo familiar y de amigos). No obstante, el apoyo social, con más fuerza el familiar que el de los pares, contribuye al bienestar subjetivo, una dimensión más hedónica, medida por la SV. Como muestran estudios con adolescentes, los estilos parentales que proporcionan apoyo parental, la expresión del afecto, y la promoción de la autonomía personal se asocian con una mayor satisfacción con la vida (REINA; OLIVA; PARRA, 2010).

En conjunto, los resultados de este estudio pueden considerarse relevantes para la promoción y prevención del bienestar subjetivo, la salud mental y los lazos comunitarios de los jóvenes en la adolescencia, porque destacan los factores protectores como la RI, RC, el apoyo familiar sobre la salud mental (GHQ12) y la satisfacción con la vida y sus dominios de los y las adolescentes.

Como principales limitaciones del estudio se encuentran en primer lugar, el tamaño de la muestra, en especial la correspondiente a los casos, al ser una muestra de difícil acceso dada su condición de vulnerabilidad social. Respecto de indicadores de salud mental (GHQ12) solo ha sido posible aplicar el cuestionario GHQ12 en la muestra del País Vasco, así está previsto aplicar medidas de salud mental en las sucesivas entrevistas con menores en Chile. Por último, al ser un estudio de naturaleza transversal, no es posible establecer relaciones de causa y efecto entre la RI, RC y sus correlatos psicosociales, por lo que sería necesario realizar un estudio longitudinal que ayude a identificar la dirección de las correlaciones entre los constructos revisados.

## CONCLUSION PARA LA INTERVENCION PSICOSOCIAL CON ADOLESCENTES

Dado lo anteriormente señalado y como una línea de acción a nivel de RC, se propone el fortalecimiento de programas que apoyen a adolescentes y familias que residen en contextos de exclusión social, señalando que desarrollar la capacidad de los niños y las familias para resistir eventos catastróficos no es el resultado de la casualidad, sino del apoyo social o de los esfuerzos de profesionales capacitados para vincular a las personas entre sí. También es la consecuencia de servicios coordinados que preparan el escenario para el desarrollo de capacidades. Los programas formales pueden ayudar a asegurar que los y las jóvenes y sus familias se sostengan cuando las redes menos formales se han roto debido a la migración masiva, la violencia o un desastre natural (WIELING; MITTAL, 2008).

En conclusión, este estudio aporta una visión novedosa del estudio de la resiliencia, en adolescentes, porque incorpora la Resiliencia Comunitaria, considerando la respuesta colectiva ante la adversidad para regular las emociones compartidas, desarrollar los recursos comunitarios de ayuda mutua y apoyo social, y construir un sentido comunitario de eficacia colectiva. Asimismo, clarifica el papel del apoyo social en la adolescencia, destacando el rol de la familia, y resalta que la resiliencia se observa cuando los jóvenes se prueban ante situaciones de estrés porque desarrollan su capacidad de manejar las incertidumbres que acompañan a los cambios y pérdidas familiares, perciben las situaciones inciertas con interés, y persisten en el logro de sus metas, y cuentan con redes de apoyo comunitarias de protección social y familiares.

Como desafío para la Intervención Comunitaria, sería relevante fortalecer el sentido de pertenencia y la participación activa de los jóvenes en grupos u organizaciones para ellos significativas las cuales.

- 1) Reconozcan las capacidades para el logro de metas compartidas.
- 2) Favorezcan la identificación y expresión de emociones compartidas.

- 3) Contribuyan a la integración de sus miembros dentro del sistema social, disminuyendo las condiciones de vulnerabilidad.

## REFERENCIAS

- ALI, M. et al. Street children in Pakistan: a situational analysis of social conditions and nutritional status. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 8, p. 1707-1717, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.01.031.
- ALZUGARAY, C. et al. Psicología comunitaria positiva y resiliencia comunitaria: una propuesta de instrumento. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, v. 4, p. 169-184, 2018.
- ARCINIEGA, J. D. D. U. La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Psicología política*, v. 47, p. 7-18, 2013.
- BANDURA, A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Worth Publishers, 1997.
- BASABE, N.; AMUTIO, A. Factores psicosociales y salud. *Cultura y Salud*, 2003.
- BOBOWIK, M.; BASABE, N.; PÁEZ, D. "Heroes of adjustment": immigrant's stigma and identity management. *International Journal of Intercultural Relations*, v. 41, p. 112-124, July 2014. DOI: 10.1016/j.ijintrel.2014.04.002.
- BOBOWIK, M.; BASABE, N.; PÁEZ, D. The bright side of migration: hedonic, psychological, and social well-being in immigrants in Spain. *Social Science Research*, v. 51, p. 189-204, 2015. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2014.09.011.
- CARDOZO, G.; ALDERETE, A. M. Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, v. 23, p. 148-182, 2009.
- CARROLL, J. M.; ROSSON, M. B.; ZHOU, J.. Collective efficacy as a measure of community. In: SIGCHI CONFERENCE ON HUMAN FACTORS IN COMPUTING SYSTEMS, 05., 2005, Portland. *Proceedings [...]*. New York: Association For Computing Machinery, 2005. p. 1-10.
- CEPAL. *Panorama social de América Latina: 2001-2002*. Santiago de Chile: CEPAL, 2002.
- CEPAL; UNICEF; SECIB. *Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica*. Santiago de Chile: CEPAL; UNICEF; SECIB, 2001.
- COVA, F.; MAGANTO, C.; MELIPILLÁN, R. Adversidad familiar y desarrollo de trastornos internalizados y externalizados en preadolescentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, Santiago, v. 43, n. 4, p. 287-296, 2005. DOI: 10.4067/S0717-92272005000400003.

- CROUS, G.; BRADSHAW, J. Child social exclusion. *Children and Youth Services Review*, York, v. 80, p. 129-139, 2017. DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.06.062. Disponible em: [https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/child-social-exclusion\(bca5eb00-0a09-48bf-a490-34562a00a644\).html](https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/child-social-exclusion(bca5eb00-0a09-48bf-a490-34562a00a644).html). Acceso em: 25 ago. 2020.
- DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA. *Guía de actuación para los servicios sociales dirigidos a la infancia en el Territorio Histórico de Álava*. Álava: Departamento de Asuntos Sociales; Diputación Foral de Álava, 2004.
- DURSTON, J. *El capital social campesino en la gestión del desarrollo rural: diádas, equipos, puentes y escaleras*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2002. (Libros de la CEPAL, v. 69).
- LORENZANO, R. et al. Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, v. 50, n. 2, p. 115-123, jun. 2010.
- FRYDENBERG, E. Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Australian Journal of Psychology*, Melbourne, v. 66, n. 2, p. 82-92, 2014. DOI: 10.1111/ajpy.12051.
- GIMÉNEZ, M., VÁZQUEZ, C., Y HERVÁS, G. El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society y Education*, Almería, v. 2, n. 2, p. 97-116, 2010.
- GROSS, J. J. Emotion regulation. *Handbook of emotions*, v. 3, n. 3, p. 497-513, 2008.
- HACKETT, R. et al. Life events in a South Indian population and their association with psychiatric disorder in children. *International Journal of Social Psychiatry*, London, v. 46, n. 3, p. 201-207, 2000. DOI: 10.1177/002076400004600306.
- HAWLEY, D. R.; DEHAAN, L. Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, Washington DC, v. 35, n. 3, p. 283-298, 1996.
- HOBFOLL, S.E. et al. Communal versus individualistic construction of sense of mastery in facing life challenges. *Journal of Social and Clinical Psychology*, New York, v. 21, n. 4, p. 362-399, aug. 2002. DOI: 10.1521/jscp.21.4.362.22596.
- HOLMES, T.; RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, v.11, n. 2, p. 213-218, 1967. DOI: 10.1016/0022-3999.
- JEHOEL-GIJSBERS, G.; VROOMAN, C. *Explaining social exclusion: a theoretical model explaining social exclusion tested in the Netherlands*. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research SCP, 2007.
- KEYES, C. L.; SHAPIRO, A. D. Social well-being in the United States: a descriptive epidemiology. *How Healthy Are We*, v. 15, p. 350-72, 2004.
- KEYES, C. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, v. 61, n. 2, p. 121-140, 1998. DOI: 10.2307/2787065.
- LEE, J. H. et al. Resilience: a meta-analytic approach. *Journal of Counseling and Development*, New Jersey, v. 91, p. 269-279, July 2013. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2013.00095.x.
- LEIVA, L.; PINEDA, M.; ENCINA, Y. Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Santiago, v. 22, n. 2, p. 111-123, 2013.
- LOBO, A.; MUÑOZ, P. E. *Cuestionario de Salud General (GHQ)*. Guía para el usuario de las distintas versiones, 1996.
- LUNA BERNAL, A. C. A., LACA AROCENA, F. A.; MEJÍA CEBALLOS, J. C. Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes mexicanos de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, Ciudad de México, v. 19, n. 2, p. 17-26, jul./dic. 2011.
- MALTBY, J.; DAY, L.; HALL, S. Refining trait resilience: identifying engineering, ecological, and adaptive facets from extant measures of resilience. *PLoS one*, v. 10, n. 7, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0131826
- MANCIAUX, M. et al. La résilience: état des lieux. *Cahiers Médico Sociaux*, p.13-20, 2001.
- MARTIN, J. C. et al. Evaluación del programa “Apoyo personal y familiar” para madres y padres en situación de riesgo psicosocial. *Infancia y Aprendizaje*, Abingdon, v. 27, n. 4, p. 437-445, 2004. DOI: 10.1174/0210370042396887
- MASTEN, A. S. Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, v. 1021, n. 1, p. 310-319, 2004. DOI: 10.1196/annals.1308.036.
- MCCUBBIN, M. et al. Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations*, v. 51, n. 2, p. 103-111, 2002.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Encuesta Nacional Sobre Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, 2012.
- MOSQUEDA DÍAZ, A. et al. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, v. 14, n. 39, p. 125-136, jul. 2015.
- MURRY, V. M. et al. Neighborhood poverty and adolescent development. *Journal of Research on Adolescence*, Nashville, v. 21, n. 1, p. 114-128, mar. 2011.
- NEVILLE, F. Y; REICHER, S. The experience of collective participation: shared identity, relatedness, and emotionality. *Contemporary Social Science*, London, v. 6, n. 3, p. 377-396, 2011.
- NORRIS, F. H. Screening for traumatic stress: a scale for use in the general population 1. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 2, n.2 0, p. 1704-1715, 1990.

- OYANEDEL, J.C. et al. *Resultados de la encuesta internacional sobre bienestar subjetivo infantil*. Santiago de Chile: [s.n.], 2014.
- PUENTE-MARTÍNEZ, A. et al. Examining the structure of negative affect regulation and its association with hedonic and psychological wellbeing. *Frontiers in Psychology*, v.9, p. 1-10, 2018.
- PUTNAM, R. Bowling alone: america's declining social capital. *Journal of Democracy*, Baltimore, v. 6, n. 1, p. 65-78, jan. 1995.
- REINA, M.; OLIVA, A.; PARRA, A. Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society y Education*, v. 2, n. 1, p. 47-59, 2010.
- ROBERTS, C.; TYNJÄLÄ, J.; KOMKOV, A. Physical activity. In: CURRIE, Candace et al (ed.). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Denmark: World Health Organization, 2004. p. 90-97. (Health Policy for Children and Adolescents, n. 4).
- RODRÍGUEZ, G. et al. Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales. *Psicothema*, Oviedo, v. 18, n. 2, p. 200-206, 2006.
- RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ, A. et al. Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, v. 23, n. 1, p. 60-69, 2016.
- SENDA. *Servicio Nacional para la rehabilitación y prevención*. 2014. Disponible em: <https://www.senda.gob.cl/>. Acceso em: 25 ago. 2020.
- SUBIRATS, J. et al. *Pobreza y exclusión social: un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: Fundación "La Caixa", 2004. (Colección Estudios Sociales, n. 16).
- TAIT, R. J.; HULSE, G. K.; ROBERTSON, S. I. A review of the validity of the General Health Questionnaire in adolescent populations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 36, n. 4, p. 550-557, 2002.
- UNICEF. *The state of the world's children 2012: children in an urban world*. New York: UNICEF, 2012.
- VAN KLEEF, G. A.; FISCHER, A. H. Emotional collectives: how groups shape emotions and emotions shape groups. *Cognition and Emotion*, London, v. 30, n. 1, p. 3-19, 2016. DOI: 10.1080/02699931.2015.1081349.
- VÁZQUEZ, J.J.; PANADERO, S.; RINCÓN, P.P. Stressful life events and suicidal behaviour in countries with different development levels: Nicaragua, El Salvador, Chile and Spain. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, v. 20, n. 4, p. 288-298, july/ aug. 2010. DOI: 10.1002/casp.1036.
- VERA POSECK, B.; CARBELO BAQUERO, B.; VECINA JIMÉNEZ, M. L. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, Madrid, v. 27, n. 1, p. 40-49, 2006.
- WIELING, E.; MITTAL, M. JMFT special section on mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, v. 34, n. 2, p.127-131, 2008. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2008.00059.
- WINDLE, G.; BENNETT, K.M.; NOYES, J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, Londres, v. 9, n. 8, p. 5-18, 2011. DOI: 10.1186/1477-7525-9-8. Disponible em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-8>. Acceso em: 28 ago. 2020.

---

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada con las ayudas del Ministerio Español MINECO [Grant PSI2017-84145-P] y (Ref.: RTI2018-101167-B-I00), el grupo consolidado de la Universidad del País Vasco [Grant IT-1187-19, Grant IT-666-13, Grant US13/11] y la Universidad de Santo Tomas, Chile (Beca Pre-Doctoral).