

RESILIENCIA Y CONSUMO DE CANNABIS, DROGAS DE SÍNTESIS Y COCAÍNA EN JÓVENES

Elisardo Becoña Iglesias¹

Ana López-Durán

Elena Fernández del Río

Universidad de Santiago de Compostela

Resumen

En el presente estudio se analiza la relación entre la resiliencia y el consumo de drogas ilegales (cannabis, cocaína y drogas de síntesis). Se utilizó una muestra aleatoria de 1.706 personas de 14 a 25 años, seleccionadas en tres áreas geográficas de Galicia: Vigo (Pontevedra), en la comarca del Salnés (Pontevedra) y en la comarca de O Carballiño (Ourense). La resiliencia se evaluó con la escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993). Los resultados indican, en la línea de lo predicho, que las personas que consumen drogas, tanto alguna vez en la vida como en los últimos 6 meses, tienen una menor resiliencia que los que no las consumen. El presente estudio indica la necesidad de tener en cuenta la resiliencia de los individuos por su relación con el consumo de drogas y con otras conductas de riesgo, así como en el desarrollo de los programas preventivos de drogas.

PALABRAS CLAVE: *resiliencia, drogas ilegales, jóvenes, cannabis, cocaína, drogas de síntesis.*

Abstract

In the present study, we examine the relation between resilience and use of illegal drugs (cannabis, cocaine and synthetic drugs). We used a sample of 1,706 youths, aged 14 to 25 years, randomly selected in three geographic areas of Galicia (Spain): Vigo (Pontevedra), Salnés (Pontevedra) and O Carballiño (Ourense). Resilience was assessed using the Resilience Scale of Wagnild and Young (1993). The results indicate, as predicted, that people who use drugs some time in their life or in the last 6 months are less resilient than those who

¹ *Correspondencia:* Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela. E-mail: elisardo.becona@usc.es

**Agradecimientos:* Este estudio se ha realizado mediante una ayuda para proyectos de investigación concedida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Fecha de recepción del artículo: 14-05-2013.

Fecha de aceptación del artículo: 02-07-2013

have not used them. The present study indicates the need to take into account the resilience of individuals due to its relationship with drug use and other risky behaviours, as well as in developing drug prevention programs.

KEY WORDS: *resilience, illegal drugs, youth, cannabis, cocaine, synthetic drugs*

Introducción

El consumo de drogas durante la adolescencia y la adultez temprana constituye un serio problema de salud pública en la actualidad. La encuesta para la población general española de 15 a 64 años del año 2006-2007 nos indica que las sustancias psicoactivas más consumidas durante los últimos 12 meses, fueron el alcohol, con una prevalencia del 76,7%, y el tabaco, con un 42,4% (Observatorio Español sobre Drogas, OED, 2008). Entre las drogas de comercio ilegal la sustancia más extendida es el cannabis y sus derivados, seguida de la cocaína y el éxtasis, con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses que superan el 1% (11,2% para cannabis, 3,0% para cocaína y 1,2% para éxtasis). El resto de las drogas ilegales están mucho menos extendidas con prevalencias de consumo en el último año que se sitúan entre el 0,7% para los alucinógenos y el 0,1% para la heroína. Merece una mención aparte el consumo de hipnosedantes sin receta médica cuya prevalencia en los últimos 12 meses fue de un 3,9%, superado sólo por el alcohol, el tabaco y el cannabis (OED, 2008).

En cuanto al consumo de sustancias entre los estudiantes de 14 a 18 años que cursaban Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en 2005-2006, nos encontramos con que el 58% había consumido alcohol en los 30 días previos a la encuesta, y el 27,8% tabaco. A estas sustancias, le sigue el cannabis, con una prevalencia del 20,1%, y la cocaína con un 2,3%. A continuación aparecen otras sustancias ilegales como los alucinógenos y el éxtasis con prevalencias entre el 1 y el 1,5%. De todas las sustancias ilegales, la heroína es la sustancia menos extendida, con una prevalencia del 0,5% en los últimos 30 días (OED, 2008). Estamos por tanto, ante una problemática social que no sólo tiene consecuencias físicas, más que conocidas, sino que además debilita la motivación de los jóvenes, altera los procesos cognitivos, contribuye al desarrollo de patologías a largo plazo (trastornos psicopatológicos, dependencia, etc.) e incrementa el riesgo de daño o muerte por accidente.

Teniendo en cuenta esto, es fundamental, por un lado, incrementar la efectividad de los tratamientos de las drogodependencias (eficacia a largo plazo, prevención de recaídas, etc.) y por otro, trabajar en la prevención del consumo y el abuso de sustancias entre los jóvenes. La resiliencia aparece en este contexto como una variable relevante en relación al consumo o no consumo de drogas.

Aunque la resiliencia se encuentra muy ligada a la investigación en trauma, se ha extrapolado al campo de las drogodependencias, en la medida en que se relaciona claramente con los factores de protección para el consumo de sustancias (Becoña, 2007). El constructo de resiliencia tiene una gran relevancia en el ámbito de la prevención de las drogodependencias, porque a nivel teórico cabe esperar que si incrementamos la misma, las personas quedarían “inmunizadas” para el consumo de drogas (Fergus y Zimmerman, 2005). Se espera además que aquellas personas con mayor resiliencia se adapten y superen situaciones difíciles sin tener que recurrir al consumo de estas sustancias.

La resiliencia es la “capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante” (Garmezy, 1991, p. 459). Masten (1999) la considera como un rasgo global de la personalidad que permite una mejor adaptación a la vida. Para Luthar, Cicchetti y Becker (2000) es “un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa” (p. 543) o “la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida” (Luthar, 2003, p. xxix). En todos los casos, la idea que subyace al concepto de resiliencia es que el individuo pasa en su infancia o adolescencia por una situación de exposición a un riesgo importante, pérdida o trauma (ej., abandono por parte de sus padres, muerte de un progenitor, grave accidente, enfermedad, guerra, pobreza, sufrir abusos, etc.), y pone en práctica mecanismos adaptativos para superar esa situación y poder conseguir llevar una vida normal de adulto (Becoña, 2006; Fergus y Zimmerman, 2005).

Distintos investigadores conceptualizaron la resiliencia como la suma de factores individuales, familiares y sociales, así como una función de factores de protección compuestos de recursos personales y sociales. La base de la resiliencia también ha sido descrita como consistente de atributos disposicionales, uniones familiares afectivas y apoyo externo. En la revisión de Kumpfer y Hopkins (1993) consideran que son siete los factores que componen la resiliencia en los jóvenes: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, y determinismo y perseverancia. Estas características estarían asociadas con habilidades de afrontamiento específicas, que adquirirían los niños que desarrollan resiliencia, a través de su interacción con el ambiente. Estas habilidades serían de varios tipos: emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y de solución de problemas. Lo que tenemos que hacer en estas personas es incrementar este factor para una mejor adaptación del individuo. Esto reduce distintos problemas psicopatológicos, entre ellos el del consumo de drogas.

La investigación sobre la resiliencia se ha incrementado notablemente en las últimas décadas (Becoña, Míguez, López, Vázquez y Lorenzo, 2006a, 2006b; Luthar, 2003; Windle, 2011). Aun así, éste es un concepto complejo y las investigaciones reflejan distintas aproximaciones al tema, aunque considerarla como un factor de protección (en contraposición a los factores de riesgo) tiene una gran relevancia dentro de los factores etiológicos para explicar el consumo de drogas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Aunque disponemos de pocos estudios sobre la resiliencia en relación al consumo de drogas, su relevancia es clara dado que, por ejemplo para muchos autores, como Rutter (2007), la resiliencia es la resistencia que tiene la persona ante las experiencias de riesgo psicosociales. Esto permite hacer frente a la adversidad de modo más adecuado. Por tanto, hay factores psicosociales como distintas estructuras biológicas que lo explican (Charney, 2004). En este sentido, el consumo de drogas es un factor de riesgo y este consumo puede amortiguarse cuando está presente una adecuada resiliencia (factor de protección). Si la resiliencia es baja o inadecuada puede incrementarse el consumo si las condiciones ambientales lo facilitan. De todos modos, como se ha anotado repetidamente (ej., Masten, 2001), la resiliencia suele estar presente en todos los seres humanos, aunque puede variar de unos a otros en su intensidad. Una adecuada resiliencia permite una mejor adaptación o ajuste positivo (Fergus y Zimmerman, 2005). Con todo, la resiliencia se pondrá en funcionamiento cuando sea necesario, cuando hay condiciones adversas en la vida que lo exigen, sino se mantendría silente (Masten, 2001; Yehuda y Flory, 2007).

El objetivo del presente estudio es analizar si existe relación entre la resiliencia y el consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis en una muestra de jóvenes de 14 a 25 años de edad. La hipótesis que planteamos es que las personas que han consumido estas sustancias ilegales tendrán una menor puntuación en resiliencia que aquellos que no han consumido.

Método

Participantes

Para el presente estudio se ha seleccionado una muestra representativa de jóvenes de tres áreas de Galicia: Vigo (Pontevedra), la comarca del Salnés en la provincia de Pontevedra (formada por los municipios de Cambados, O Grove, A Illa de Arousa, Meaño, Meis, Ribadumia, Sanxenxo, Vilagarcía de Arousa y Vilanova de Arousa), y la comarca de O Carballiño, en Ourense (formada por los municipios de O Carballiño, Beariz, Boborás, O Irixo, San Amaro, Punxín, Maside, Piñor y San Cristovo de Cea).

El muestreo que se ha realizado para el presente estudio es un muestreo aleatorio, estratificado por las tres áreas seleccionadas, por edad (14-17, 18-21 y 22-25 años) y por género, con entrevistas personales en los domicilios de los entrevistados.

La muestra seleccionada está constituida por personas de ambos sexos entre los 14 y los 25 años de edad. Se han creado tres estratos, uno correspondiente a cada zona (O Carballiño, O Salnés y Vigo), de entre 550 y 600 personas cada uno. De modo concreto, el total de la muestra ha quedado formado por 1.706 personas (45.5% V, 54.5% M; media de edad = 19.61, *D. T.* = 3.49) (margen de error máximo para toda la muestra del 2.3 % para un nivel de confianza del 95.5%; error del 4.1% al 4.4% para un nivel de confianza del 95.5% en las muestras de cada una de las tres áreas estudiadas). La distribución de la muestra por zonas, género y edad puede verse en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la muestra por zonas, género e intervalos de edad.

	O Carballiño	O Salnés	Vigo	Total
Total	542	602	562	1.706
Género				
Hombres	229	279	269	777
Mujeres	313	323	293	929
Edad				
14-17 años	171	218	187	576
18-21 años	186	179	157	522
22-25 años	185	205	218	608

Instrumentos de evaluación

La evaluación de la resiliencia se realizó con la escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) que consta de 25 ítems con siete alternativas de respuesta. La adaptación de la escala al español la hemos realizado mediante el procedimiento de traducción inversa (Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol y Aramburu, 2007). El análisis factorial de esta escala en la presente muestra indica la existencia de dos factores (extracción mediante componentes principales, rotación oblicua *oblimin*): el de competencia personal y el de aceptación de uno mismo y de la vida. Los dos factores confirman la propuesta realizada en la validación original de la escala por Wagnild y Young (1993) que reducen las cinco dimensiones propuestas para su escala a dos factores. Los

ítems de cada uno de los factores que se han obtenido son casi idénticos a los del estudio original de Wagnild y Young (1993). La fiabilidad de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en esta muestra, mediante el coeficiente alfa de Cronbach, ha sido de 0.88 para la escala total de 25 ítems.

La evaluación del consumo de cannabis, cocaína y drogas de síntesis se realizó preguntando a los jóvenes si habían consumido cada una de estas sustancias alguna vez en la vida, la edad del primer consumo para los que las han probado, el consumo en los últimos 6 meses y su frecuencia, número o cantidad.

Procedimiento

Los jóvenes de este estudio fueron seleccionados aleatoriamente en sus domicilios, una vez que se habían seleccionado previamente al azar las calles, siguiendo una ruta fijada de antemano por el investigador (derecha o izquierda). Se seleccionaba aleatoriamente el primer domicilio habitado para el comienzo de la cadencia (minutos del reloj) y a partir de ahí se seguía una cadencia de 3, para la selección de los distintos domicilios habitados, con los criterios de exclusión habituales en este tipo de estudios (ej., casas vacías, local comercial o inexistencia de jóvenes de las edades del estudio en las casas seleccionadas). Cada encuestador tenía una hoja donde venían los sorteos hechos previamente de a quien tenía que aplicar el cuestionario en caso de haber dos o más personas de las edades respectivas en cada casa (el criterio era que sólo se podía cubrir un cuestionario por domicilio). Dado que el cuestionario debía ser cumplimentado por una persona de entre 14 y 25 años, en aquellos casos en los que el hijo era menor de edad se solicitaba la previa autorización de la madre, padre o tutor para cumplimentar el mismo. Los cuestionarios fueron cumplimentados por psicólogos entrenados específicamente para el estudio, tanto en técnicas de muestreo como en las distintas cuestiones y escalas incluidas en el cuestionario.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS 18.0. Se realizaron análisis de frecuencias y comparaciones entre medias con la t de Student en el caso de variables continuas con dos niveles y ANOVA en el caso de variables con más de dos niveles, teniendo en cuenta la influencia de las variables demográficas género y edad.

Resultados

Consumos y resiliencia

Respecto a la prevalencia de consumo, el 34,4% de los participantes afirman haber consumido cannabis alguna vez en la vida, y el 16,5% lo han hecho en los últimos 6 meses (26,6% pocas veces, 16,3% menos de una vez a la semana, 34% más de una vez a la semana, 23% a diario). En cuanto al consumo de éxtasis, el 3,6% afirma haberlo consumido alguna vez en su vida, y el 1,1% lo ha hecho en los últimos 6 meses (0,6% pocas veces, 0,5% menos de una vez a la semana). Por último, el 9% indica haber probado la cocaína alguna vez en su vida, y el 2,6% lo ha hecho en los últimos 6 meses (54,5% pocas veces, 31,8% menos de una vez a la semana, 11,4% más de una vez a la semana, 2,3% a diario). La distribución de frecuencias de consumo en función del género y la edad puede verse en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de consumo en función del género y la edad.

		Cannabis				Éxtasis				Cocaína			
		Alguna vez en la vida		Últimos 6 meses		Alguna vez en la vida		Últimos 6 meses		Alguna vez en la vida		Últimos 6 meses	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Género													
	Hombres	337	57,4	178	63,1	42	67,7	13	72,2	100	65,4	32	72,7
	Mujeres	250	42,6	104	36,9	20	32,3	5	27,8	53	34,6	12	27,3
Edad													
	14-17 años	91	15,5	48	17,0	4	6,5	1	5,6	5	3,3	3	6,8
	18-21 años	207	35,3	94	33,3	26	41,9	7	38,9	60	39,2	17	38,6
	22-25 años	289	49,2	140	49,6	32	51,6	10	55,6	88	57,5	24	54,5

En relación a las puntuaciones en la escala de resiliencia de Wagnild y Young, se encontraron diferencias significativas en función de la edad ($F = 9,17$, $p < ,001$), de manera que la resiliencia se incrementa a medida que lo hace la edad de los individuos (133,64 en el grupo de 14 a 17 vs. 135,72 en el grupo de 18 a 21 vs. 138,21 en el grupo de 22 a 25 años). El contraste post hoc de Scheffé indicó que tales diferencias eran significativas entre el grupo de jóvenes de 14 a 17 años y el grupo de más de 21 años ($p < ,001$). No se hallaron en cambio diferencias en resiliencia en función del género de los participantes. En cuanto a la resiliencia y el consumo de sustancias alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses se obtuvieron diferencias significativas en todas las drogas, excepto en el

consumo de cannabis alguna vez en la vida. En concreto, los jóvenes que nunca han consumido cocaína o éxtasis, ni cannabis en los últimos 6 meses, puntúan más en resiliencia que los jóvenes que sí lo han hecho (ver tabla 3).

Tabla 3. Puntuaciones medias en resiliencia en función de consumo – no consumo de las distintas sustancias.

	Resiliencia		
	Media	D. T.	t
Cannabis, alguna vez			
Sí (n = 586)	135,07	18,94	-1,35
No (n = 1119)	136,34	18,22	
Cannabis, últimos 6 meses			
Sí (n = 282)	134,63	18,30	-1,99*
No (n = 1066)	137,11	18,72	
Éxtasis, alguna vez			
Sí (n = 62)	124,18	17,23	-5,13***
No (n = 1643)	136,35	18,38	
Éxtasis, últimos 6 meses			
Sí (n = 18)	122,11	16,06	-3,41**
No (n = 1157)	137,38	18,91	
Cocaína, alguna vez			
Sí (n = 153)	128,97	19,33	-4,89***
No (n = 1153)	136,59	18,25	
Cocaína, últimos 6 meses			
Sí (n = 44)	120,93	19,82	-5,49***
No (n = 1662)	136,30	18,27	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Por lo que respecta a la frecuencia de consumo (ver tabla 4), los análisis de varianza indicaron que existían diferencias significativas en el consumo de cannabis: los jóvenes que consumen cannabis una o más veces a la semana obtienen la mayor puntuación en resiliencia (138.84), seguidos de los que nunca han probado esta sustancia (136.16). El contraste post hoc de Scheffé revela diferencias significativas entre los que nunca han consumido cannabis y los que lo hacen a diario ($p < ,05$). En cuanto al consumo de éxtasis y cocaína se realizó un reagrupamiento de categorías debido al escaso número de sujetos en las mismas: “menos de una vez a la semana”, “más de una vez a la semana” y “a diario” se convirtieron en “menos de una vez a la semana - a diario”. Una vez hecho esto, también se obtuvieron diferencias significativas en éxtasis, siendo los jóvenes que nunca han consumido esta sustancia los que más puntúan en la escala de resiliencia de Wagnild y Young (136,05). El contraste post hoc de Scheffé nos muestra que las diferencias se producen entre las categorías “nunca”

y “pocas veces” ($p < .05$). En cuanto a la cocaína, encontramos diferencias significativas en el sentido de que los que nunca han consumido cocaína obtienen una mayor puntuación en resiliencia. Al aplicar la prueba post hoc de Scheffé vemos que las diferencias se producen entre las categorías “nunca” y “pocas veces” ($p < ,05$) y “nunca” y “menos de una vez a la semana – a diario” ($p < ,05$).

Tabla 4. Puntuación en resiliencia en función de la frecuencia de consumo.

	Cannabis				Éxtasis				Cocaína			
	n	Media	D. T.	F	n	Media	D. T.	F	n	Media	D. T.	F
Nunca	1423	136,16	18,50	3,64**	1687	136,05	18,45	5,46**	1661	136,30	18,28	16,72***
Pocas veces	75	136,04	16,88		10	118,80	18,76		24	125,46	20,05	
Menos de una vez a la semana	46	131,61	18,07		8 ⁽¹⁾	126,25	11,77		20 ⁽¹⁾	115,50	18,59	
Una o más veces a la semana	96	138,84	18,55									
A diario	65	128,92	18,24									

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

⁽¹⁾ Nota: Aquí se incluyen las categorías “Menos de una vez a la semana”, “Más de una vez a la semana” y “A diario”

Consumos en función del género

El análisis de varianza de género por consumo/no consumo de cannabis (alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses) indica que no hay diferencias significativas en la escala de resiliencia de Wagnild y Young ni por género, ni por consumo, ni en la interacción género y consumo. En cambio, sí se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo de éxtasis, tanto alguna vez en la vida ($F = 19,68$, $p < ,001$) como en los últimos 6 meses ($F = 9,01$, $p < ,01$). Los jóvenes que nunca han probado el éxtasis, independientemente del género, o que al menos no lo han hecho recientemente, son los que obtienen las mayores puntuaciones en resiliencia (137,54 vs. 122,24, en varones; 135,38 vs. 128,25, en mujeres, para el consumo de éxtasis alguna vez en la vida). En cuanto al consumo/no consumo de cocaína alguna vez en la vida hay diferencias por consumo ($F = 22,94$, $p < ,001$), de manera que los jóvenes que sí la han consumido puntúan menos en resiliencia que los que nunca han probado esta sustancia, independientemente del género (129,05 vs. 137,85 en hombres, 128,83 vs. 135,61 en mujeres). Respecto al consumo en los últimos 6 meses, también hay diferencias significativas en función del consumo/ no consumo de

cocaína recientemente ($F=20,31$, $p<,001$). Los jóvenes no consumidores, independientemente de si son hombres o mujeres, puntúan más en la escala de resiliencia que los consumidores. En este caso, son los varones que no han consumido cocaína en los últimos 6 meses los que más puntúan en resiliencia (137,46). No se han encontrado diferencias significativas en función del género de los sujetos ni en la interacción de género por consumo/ no consumo de cocaína alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses.

Consumos en función de la edad

El análisis de varianza por edad (14-17, 18-21 y 22-25 años) indica que existen diferencias significativas en el consumo de cannabis alguna vez en la vida ($F = 8,36$, $p < ,001$), dado que tanto en los que lo han probado como en los que no lo han hecho hay un incremento de la resiliencia en función de la edad (131,94 para los de 14 a 17 años, 134,70 para los de 18 a 21 años y 136,31 para el grupo de 22 a 25 años). Además, existen diferencias significativas en función del consumo (consumo/no consumo) ($F = 5,72$, $p < ,05$), ya que los que nunca han probado el cannabis puntúan más en resiliencia (136,34 vs. 135,07). Al aplicar la prueba post hoc de Scheffé encontramos que las diferencias aparecen entre el grupo de 14 a 17 y el de 22 a 25 años ($p < ,05$). No hay diferencias significativas en la interacción entre edad y consumo de cannabis.

En el análisis de varianza por edad para el consumo de éxtasis alguna vez en la vida hay diferencias significativas en función del estatus de consumo ($F = 19,50$, $p < ,001$), los jóvenes que nunca han consumido éxtasis son los que puntúan más en la escala de resiliencia de Wagnild y Young (136,35 vs. 124,18). Respecto al consumo de cocaína alguna vez en la vida, el análisis de varianza por edad indica que existen diferencias significativas en consumo en la escala de resiliencia ($F = 9,45$, $p < ,01$), siendo los jóvenes no consumidores, independientemente de su edad, los que más puntúan en esta escala (136,59 vs. 128,97). En la prueba post hoc de Scheffé vemos que las diferencias son significativas entre el grupo de edad de 14 a 17 y el de 22 a 25 años ($p < ,05$). No se han encontrado diferencias en función de la edad de los participantes ni en la interacción edad por consumo.

Respecto al consumo de cocaína en los últimos 6 meses, hay diferencias significativas en resiliencia en función del consumo ($F = 13,13$, $p < ,001$), pues los sujetos que no han consumido cocaína recientemente obtienen una mayor puntuación en resiliencia que los que sí lo han hecho (136,30 vs. 120,93); y también en la interacción edad por consumo/no consumo de cocaína en los últimos 6 meses ($F = 6,14$, $p < ,01$). Esto se explica porque dentro del grupo de jóvenes no consumidores la resiliencia aumenta conforme lo hace la edad (133,71 en el grupo de 14-17 años vs. 135,88 en el grupo de 18 a 21 años vs.

139,21 en el grupo de 22 a 25 años), mientras que en el grupo de sujetos que sí han consumido cocaína recientemente la mayor puntuación en resiliencia es para el grupo de 18 a 21 años (131,01), seguido del grupo de 14 a 17 años (120,33) y del de 22 a 25 (113,88). En este caso la resiliencia para el grupo de consumidores disminuye conforme se incrementa la edad. El contraste post hoc de Scheffé revela que las diferencias son significativas ($p < ,05$) entre el grupo de menor edad (14-17) y el de mayor edad (22-25 años).

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido analizar si existe relación entre una mayor resiliencia y un menor consumo de cannabis, éxtasis y cocaína, en una muestra representativa de jóvenes de la población gallega de 14 a 25 años de edad.

Respecto al consumo de cannabis, no se han obtenido diferencias significativas en el consumo alguna vez en la vida pero sí en el consumo en los últimos 6 meses. Los que han consumido cannabis en los últimos 6 meses tienen una menor puntuación en resiliencia. No hay diferencias en resiliencia en función del género de los participantes, mientras que a medida que aumenta la edad se incrementa la puntuación en resiliencia.

En el consumo de éxtasis y de cocaína hemos encontrado diferencias significativas tanto en el consumo alguna vez en la vida, como en el consumo en los últimos 6 meses. Los jóvenes que han consumido estas sustancias tienen una menor puntuación, tal y como esperábamos. Además en función de la edad, se ha obtenido que mientras que en el grupo de no consumidores la resiliencia aumenta con la edad, en el grupo de consumidores es a la inversa, la resiliencia disminuye con la edad.

Por tanto, y en la misma línea de estudios previos (Braverman, 1999), el constructo de resiliencia parece ser útil para explicar conductas no normativas, como es el caso del consumo de sustancias ilegales como es la cocaína, el éxtasis y el cannabis. En el caso de esta última, no ha resultado significativo el consumo alguna vez en la vida en relación con la resiliencia. Una posible explicación es que, tal y como apunta el OED (2008), en jóvenes esta sustancia es considerada una conducta normativa.

Respecto al concepto de resiliencia, aunque existe un acuerdo general sobre el solapamiento entre la literatura sobre resiliencia y sobre prevención del uso o abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, es necesario recordar que el estudio de la resiliencia ofrece una visión más amplia, generalmente de todo el ciclo vital del individuo, centrándose en el ajuste y la adaptación global de la persona (Fergus y Zimmerman, 2005). El aspecto central de la teoría de la

resiliencia respecto a la adaptación general del individuo sugiere que en las intervenciones en jóvenes se trabaja de forma simultánea la prevención del consumo de sustancias y otros problemas de conducta (Rutter, 2007).

Por lo tanto, ¿qué factores específicos deberían recogerse en los programas de intervención? Tal y como defiende Braverman (2001), la teoría de la resiliencia sugiere que, cuando sea posible, se incorporen objetivos referidos a los apoyos interpersonales y comunitarios, además de tener en cuenta las competencias individuales del niño o el adolescente. Rolf y Johnson (1999) sugieren que se tengan en cuenta fundamentalmente dos elementos: ampliar las oportunidades (es decir, la disponibilidad de elecciones y experiencias, particularmente en los adolescentes de mayor edad) y conectar a los adolescentes con el mundo laboral adulto. Masten (1999) apuesta porque los programas deberían reducir la exposición de los jóvenes a los riesgos característicos de su ambiente, además de fortalecer los aspectos protectores de la comunidad. Todavía no se ha conseguido el consenso de todos los investigadores sobre si la resiliencia es un rasgo o más bien un patrón de conducta y, clarificar este punto, es clave de cara a una intervención sobre este constructo para disminuir la vulnerabilidad de los jóvenes ante el consumo de drogas. Como dice Cicchetti (2003), “la resiliencia es el componente más optimista de la ecuación psicopatología- riesgo”. No obstante, debemos evitar el riesgo de centrarnos sólo en la resiliencia y dejar de lado la disminución de los factores de riesgo ambientales.

De lo que no hay duda es que en los últimos años la resiliencia ha recibido una gran atención, tanto en el campo de la salud mental en general (Institute of Medicine, 1994) como en el de las drogodependencias en particular (ej., Glantz y Johnson, 1999, Luthar, 2003). Por ello, este concepto tiene, o debería tener, una clara relevancia tanto para la prevención como para el tratamiento (Masten, 2001). Como concepto, el término resiliencia es un término sugerente, que puede hacer avanzar nuestro conocimiento y tener un marco teórico más general para poder conocer mejor el complejo campo de la prevención. Por todo ello, consideramos que la resiliencia es un término muy útil, aunque precisa una mayor clarificación. Ésta tiene que venir de la realización de estudios, especialmente en nuestro medio, para comprobar la utilidad del mismo.

En definitiva, está claro que si en los distintos estudios se encuentra que el concepto de resiliencia es relevante para explicar el consumo de drogas, como ocurre en el presente estudio, se abriría un campo de intervención, no sólo a nivel de prevención de conductas de riesgo, como el consumo de drogas, sino también a nivel educativo. En este sentido, Brown (2001) propone que es esencial la educación en resiliencia, sobre todo en lo que atañe a la educación sobre las drogas o a la prevención de las mismas (Becoña, 2002).

Referencias

- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I. y Aramburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19, 124-133.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19, 89-101.
- Becoña, E., Míguez, M. C., López, A., Vázquez, M. J. y Lorenzo, M. C. (2006a). Resiliencia y consumo de alcohol. *Salud y Drogas*, 6, 89-111.
- Becoña, E., Míguez, M. C., López, A., Vázquez, M. J. y Lorenzo, M. C. (2006b). Resiliencia y consumo de tabaco. *Prevención del Tabaquismo*, 8, 98-107.
- Braverman, M. T. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, 67-72.
- Braverman, M. T. (2001). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus*, 7, 1-12.
- Brown, J. H. (2001). Youth, drugs and resilience education. *Journal of Drug Education*, 31, 83-122.
- Cicchetti, D. (2003). Foreword. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp.19-23). Cambridge RU: Cambridge University Press.
- Charney, D. (2004). Psychobiological mechanism of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161, 195-216.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent Resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 13.1-13.21.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- Glantz, M. y Johnson, J. (1999). *Resilience and development. Positive life adaptations*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research* (P. J. Mrazek y R. J. Haggert, edc.). Washington, DC: National Academy Press.
- Kumpfer, K. L. y Hopkins, R. (1993). Prevention: Current research and trends. *Recent Advances in Addictive Disorders*, 16, 11-20.
- Luthar, S. (2003). *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge RU: Cambridge University Press.

- Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp. 281-296). Nueva York: Kluwer Academic/ Plenum Press.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Observatorio Español sobre Drogas (2008). *Observatorio español sobre drogas. Informe 2007*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Rolf, J. E. y Johnson, J. L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. En M. Glantz y J. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* (pp.229-249). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse and Neglect*, 31, 205-209.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169.
- Yehuda, R. y Flory, J. D. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 435-447.