



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

Becoña, Elisardo

Resiliencia y consumo de drogas: una revisión

Adicciones, vol. 19, núm. 1, 2007, pp. 89-101

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122034010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

revisión

Resiliencia y consumo de drogas: una revisión

ELISARDO BECOÑA

Universidad de Santiago de Compostela

Enviar correspondencia a:

Elisardo Becoña. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur.
15782 Santiago de Compostela. E-mail: pcelisar@usc.es

Recibido: Agosto 2006.

Aceptado: Octubre 2006.

RESUMEN

La resiliencia, o adaptación exitosa lograda por un individuo a pesar de haber pasado por situaciones muy adversas o traumáticas durante su infancia, se ha convertido en los últimos años en un concepto de gran importancia tanto en el campo de la salud mental como en el de las drogodependencias. Comprender cómo estas personas logran un nivel de funcionamiento normal, sin desarrollar problemas personales o psicopatológicos en su adolescencia o adultez, es de gran relevancia para la prevención como para el tratamiento de distintos trastornos.

En este artículo revisamos los estudios que han analizado la relación entre resiliencia y consumo de drogas (tabaco, alcohol y drogas ilegales). Los estudios, tanto longitudinales como transversales, indican que una parte de las personas consiguen ser resilientes (tener una adaptación normal) en su adolescencia o vida adulta, a pesar de haber sufrido graves traumas o circunstancias adversas de su infancia. Distintos estudios han mostrado claramente que la resiliencia es un elemento protector para que la persona no consuma o abuse de las distintas drogas. Se concluye que este concepto es de gran relevancia para el campo de las drogodependencias y, específicamente, para el desarrollo de programas preventivos basados en la resiliencia.

Palabras clave: Resiliencia, drogas, alcohol, tabaco, jóvenes, prevención.

ABSTRACT

In the last few years, resilience, or the successful adaptation achieved by an individual despite very adverse or traumatic situations during their childhood, has become a concept of great importance both in the field of mental health and in drug abuse. Understanding how these individuals attain a level of normal functioning without developing personal or psychopathological problems in their adolescence or adulthood is of great relevance in not only the prevention but also the treatment of several disorders.

In this paper we revised the studies that have analysed the relationship between resilience and drug consumption (tobacco, alcohol, and illegal drugs). The studies, both longitudinal and transversal, indicate that a number of individuals can be resilient (can make a normal adaptation) in adolescence or in adult life, in spite of having suffered serious traumas or adversities in their childhood. Several studies have shown clearly that resilience is a protective factor in determining whether or not an individual uses or abuses different drugs. We conclude that this concept is of great relevance to the field of drug use and abuse and, specifically, for the development of preventive programmes based on resilience.

Key words: Resilience, drugs, alcohol, tobacco, young, prevention.

LA RESILIENCIA

Un concepto que ha cobrado relevancia en los últimos años, relacionado con los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas y otras conductas, es el de resiliencia (Institute of Medicine, 1994). Este concepto surge a partir del estudio de la etiología y el desarrollo en psicopatolo-

gía, especialmente de los niños en riesgo de desarrollar psicopatología debido a enfermedades mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de varios de estos factores (Masten, 1999). Entre los eventos vitales adversos más estudiados están el divorcio de los padres (Volchik, Sandler, Millsap, Plummer, Greene, Anderson, et al., 2002) y estresores traumáticos

como el abuso o abandono y la guerra (Fergusson y Horwood, 2003; Garmezy y Masten, 1994). Lo cierto es que el término de resiliencia se está haciendo muy popular, por parte de los profesores, los padres, los políticos, la gente de la calle y las editoriales que publican cada vez más libros sobre ella. Pero esto puede tener el riesgo de centrarnos solo en la resiliencia, que es de tipo individual, y olvidarnos de reducir los factores de riesgo ambientales (Barlet, 1994), dado que a veces no tiene que cambiar el niño o la persona que tiene problemas, sino la sociedad, como es claro cuando hablamos del consumo de drogas.

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991) que la define como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante” (p. 459). Garmezy (1993) considera que en una situación vital estresante hay tres factores principales en relación con los individuos. El primero sería el temperamento y los atributos de la personalidad del individuo, donde incluye el nivel de actividad, la capacidad reflexiva cuando afronta nuevas situaciones, las habilidades cognitivas y la responsividad positiva hacia otros. El segundo se encuentra en las familias, especialmente en las más pobres, como cariño, cohesión y presencia de algún cuidado de un adulto, como un abuelo o abuela que asume un rol parental en ausencia de padres responsivos o cuando hay problemas maritales entre los padres. Y, el tercero, la disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas, como una madre sustituta, un profesor interesado, una organización de ayuda, una institución que proporciona cuidados o los servicios de una religión o confesión religiosa. Un modo fácil de saber a que nos referimos por resiliencia es considerarla un rasgo relativamente global de la personalidad que le permite a la persona una mejor adaptación a la vida (Masten, 1999).

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. De ahí que la resiliencia puede definirse por las siguientes capacidades de los niños (Kumpfer, Szapocznik, Catalano, Clayton, Liddle, McMahon, Millman, Orrego, et al., 1998): 1) la capacidad de recuperarse de eventos de vida traumáticos, como la muerte de un padre, el divorcio de sus padres, abuso sexual, estar sin hogar o un evento

catastrófico, y otros tipos de adversidades para llegar a un eventual restablecimiento o mejora del funcionamiento competente; y, 2) la habilidad para resistir el estrés crónico, como la pobreza crónica, tener padres alcohólicos, enfermedad crónica, violencia doméstica o violencia en el barrio donde se vive, y para sostener un funcionamiento competente a pesar de las continuas condiciones de vida adversas.

Los que han descrito y elaborado el concepto de resiliencia han encontrado que la habilidad para exitosamente afrontar el estrés y los eventos adversos proceden de la interacción de diversos elementos en la vida del niño como (Kumpfer et al., 1998): el temperamento biológico y las características internas, especialmente la inteligencia; el temperamento del niño y el locus de control interno o dominio; la familia y el ambiente de la comunidad en la que el niño vive, especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes; y, el número, intensidad y duración de las circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado el niño, especialmente a temprana edad. Por ello, se ha llegado a considerar que la resiliencia puede llegar a ser funcionalmente equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés (Garmezy, 1985) y a la adversidad (Rutter, 1990).

Como vemos, el constructo de resiliencia se relaciona con los factores de riesgo y protección, o puede considerarse el gran macrofactor de protección que englobaría a todos los demás, como a veces se ha indicado (Morrison, Storino, Robertson, Weissglass y Dondero, 2000). Pero la resiliencia puede verse también como una estrategia de afrontamiento, dimensión de afrontamiento, como habilidad de solución de problemas y autorregulación, bien como contribuyendo a la competencia de afrontamiento, como la autonomía, la inteligencia y la competencia social (Becoña, 2002).

A continuación vamos a analizar los principales estudios que se han realizado sobre resiliencia y consumo de drogas.

RESILIENCIA Y CONSUMO DE TABACO

Son varios los estudios que se han hecho analizando la relación entre resiliencia y consumo de tabaco. Destaca de modo específico Braverman (1999), al haber analizado monográficamente el papel de la resiliencia cara a la prevención del consumo de tabaco. Diferencia los conceptos de factores de riesgo, competencia, resiliencia y vulnerabilidad, y protección. Con frecuencia se confunden o intercambian unos con otros. Para él la resiliencia sería la adaptación exitosa ante la exposición a estresores significativos u otros riesgos. Revisa la investigación existente en ese momento sobre la resiliencia, los estudios lon-

gitudinales y transversales, donde como ahora se analizan factores como las características del niño, la estructura familiar, las relaciones padres-hijos, junto a otras características, incluidas en menor grado, como variables sociales y de los iguales. Se centra básicamente en analizar los factores de protección en el nivel individual, familiar y comunitario en relación con la resiliencia. Indica que no sabemos si la resiliencia la debemos considerar como un fenómeno simple, específico del individuo o como un grupo de fenómenos que puede ser estudiado más independientemente en las distintas áreas. Es decir, que en este último caso, el individuo podría ser resiliente para unas áreas (ej., rendimiento académico) pero no para otras (ej., consumo de sustancias). Este es uno de los aspectos más problemáticos en el campo de la resiliencia y sobre el que no hay total consenso (Masten y Powell, 2003). De ahí que muchas veces se analice la resiliencia como un solo constructo y otros como elemento final de la combinación de varios factores de riesgo y/o protección, dado que los factores de riesgo son una cosa y los de protección otra totalmente distinta, sin que haya un continuo de unos a otros (Becoña, 2002; Rutter, 1990).

Para Braverman (1999) la utilización de la resiliencia en el estudio de la conducta de fumar y, específicamente, para la prevención del tabaquismo, tiene la ventaja de que abarca todo el ciclo vital y se centra en el ajuste y adaptación de la persona. En este sentido, la resiliencia serviría para conocer las *trayectorias* de los adolescentes para el consumo-no consumo más que centrarse, como suelen hacer los estudios, en si éstos consumen o no tabaco. Por lo que hoy sabemos de la relación entre tabaco y psicopatología (Becoña, 2003), la resiliencia nos permitiría explicar por qué en un momento la persona consume o no consume tabaco. De ahí que el consumo de tabaco puede estar unido también al valor simbólico que tiene para el adolescente, como apego a los iguales, autonomía, auto-definición o transición para el rol adulto (Braverman, 1999).

La resiliencia puede verse también como una estrategia de afrontamiento, como una dimensión de afrontamiento, como una habilidad de solución de problemas y autorregulación, como contribuyendo a la competencia de afrontamiento, y como la autonomía, la inteligencia y la competencia social. De ahí que la resiliencia puede ser de una gran relevancia para conocer el uso del tabaco y de otras drogas dado que la misma preserva al individuo de los problemas familiares y de otros estresores significativos en la vida de la persona. Hoy sabemos, por ejemplo, que los adolescentes utilizan el tabaco para regular su humor (Brown, Lewinshon, Secley y Wagner, 1996). La resiliencia podría ser un factor de protección para el bajo estado de ánimo y para el consumo de tabaco y de otras drogas. Por ello, es relevante clarificar la relación

entre el estrés, afrontamiento y resiliencia, especialmente para el paso de la experimentación con el tabaco al convertirse en fumador adicto.

En el estudio de Anda et al. (1999) encontraron una importante asociación entre experiencias en la infancia y varios aspectos de fumar. Esto les lleva a afirmar que la nicotina es utilizada por estas personas como una herramienta farmacológica para aliviar las heridas emocionales y psicológicas, a largo plazo, causadas por esas experiencias infantiles adversas. Aunque otros investigadores no creen que lo que afirman Anda et al. (1999) sea totalmente cierto, por estar influyendo sobre ellos otros factores relacionados con la producción de esa infancia adversa (Parrott, 2000; Reynolds y Frank, 2000), sí que una crianza adversa incrementa todo tipo de problemas y, entre ellos, el que fumen más personas con estas características (Anda et al., 2000). A su vez, esta relación aparece muy unida a la mayor depresión que se encuentra en estas personas. Por ejemplo, en el estudio de Anda et al. (1999), cuanto mayor eran las experiencias adversas en la infancia mayor era el incremento de la depresión entre los fumadores. Concretamente, Anda et al. (1999) afirman que “nuestros datos sugieren que las experiencias adversas en la infancia juegan un papel significativo en determinar el riesgo de hacerse adicto a la nicotina” (p. 1960). Todo lo anterior sugiere que aquellas personas que ante circunstancias adversas en su infancia desarrollan resiliencia no tendrán ni problemas de depresión ni de consumo de tabaco en su vida adulta, aunque hay que tener en cuenta que la mayoría de las personas que pasan por estas circunstancias adversas en su infancia, tendrán mayores problemas de consumo de sustancias y de otros problemas de salud mental, como puede ser depresión u otros trastornos psicopatológicos, en los años posteriores.

El estudio de la resiliencia ha mostrado ser útil en distintos trastornos mentales para explicar la adaptación de personas que han pasado por situaciones difíciles o traumáticas en la infancia (Fergusson y Horwood, 2003; Garmezy y Masten, 1994). De igual modo se ha encontrado relación para el consumo de drogas, especialmente las ilegales, donde las personas con resiliencia consumen menos y tienen un mejor nivel de adaptación (Kumpfer et al., 1998). Sin embargo, el estudio de Becoña, Míguez, Vázquez, López y Lorenzo (2006), en jóvenes de 14 a 25 años, no permite confirmar que los que no consumen tabaco tendrán un mayor nivel de resiliencia. Los resultados indican, como es de esperar, un incremento de la resiliencia con la edad, lo que suele encontrarse debido a que factores como la maduración, experiencias vitales y mayor integración social explican este incremento (Masten y Powell, 2003). Por ello también los casados puntúan más que los solteros en resiliencia (debido al efecto edad) y los que tienen mayor nivel

de estudios (efecto edad, educación, experiencia y aprendizaje). En relación al estatus del consumo de tabaco alguna vez en la vida no hay diferencias significativas en resiliencia. Las diferencias aparecen al comparar los que han fumado tabaco o no alguna vez en la vida. En este caso los que lo han fumado alguna vez en la vida tienen mas resiliencia.

¿A qué se pueden deber los resultados anteriores en nuestro medio? Son varias las posibles explicaciones. Como indican Fergus y Zimmerman (2005) un factor puede ser considerado una exposición al riesgo, una cualidad o un recurso, dependiendo de la naturaleza del factor y del nivel de exposición al mismo. Para algunos constructos, un extremo puede ser un factor de riesgo, mientras que otro extremo puede ser de protección. Tener baja autoestima, por ejemplo, puede colocar a un adolescente en riesgo para desarrollar un numero de resultados no deseables. Tener una alta autoestima, por contra, puede ser una cualidad que puede proteger al joven de los resultados negativos asociados con la exposición al riesgo.

Pero quizás no hay que olvidarse que en el tema del tabaco y del alcohol, al ser normativo el consumo tanto de tabaco como de alcohol, pierde peso la importancia de la organización comunitaria, que es un elemento central para que se produzca la resiliencia en aquellos que están en riesgo (Fergus y Zimmerman, 2005). Si, además, fumar no solo es normativo socialmente sino que se publicita el producto dirigido especialmente a los jóvenes, en el momento en que se realizó el estudio, es más difícil que pongan en marcha mecanismos para incrementar su resiliencia ante ello. Y, más cuando “no saben”, por su baja percepción del riesgo, de las graves consecuencias que produce fumar cigarrillos, aun cuando sus efectos sobre la salud están claros desde la perspectiva científica (Montes, Pérez y Gestal, 2004).

Más concretamente, los investigadores han identificado tres modelos de resiliencia: compensatorio, protector y desafiante (Fergus y Zimmerman, 2005). El modelo compensatorio es definido cuando un factor de protección contraactúa u opera en una dirección opuesta a un factor de riesgo. El modelo protector es aquel en el que una cualidad o los recursos moderan los efectos de un riesgo sobre un resultado negativo. Y, el modelo desafiante es aquel en donde un factor de riesgo y un resultado es curvilíneo. Esto es, la exposición a bajos niveles y altos niveles de un factor de riesgo están asociados con resultados negativos, pero niveles moderados del riesgo están relacionados con menos resultados negativos (o positivos). Esto sugeriría que exponer al adolescente a niveles de riesgo moderados sería positivo para que pudiese aprender como afrontar los mismos y superarlos. Este modelo viene a ser un modelo de inoculación o de dureza. Esto indicaría que la exposición repetida a

bajos niveles de un factor de riesgo ayudaría a inocular a los adolescentes para que ellos estén preparados para hacerle frente a los riesgos más significativos que vayan a tener en su futuro.

Como se ha encontrado en otras conductas, como es el ejercicio físico (ej., Armitage, 2005), el control conductual percibido resulta ser la variable más importante para realizar la misma. Probablemente el constructo de resiliencia podría ser un elemento previo, o sino equivalente o semejante, al del control conductual percibido o a otros constructos como el de autoeficacia de Bandura (1997), dado que el control conductual percibido y la autoeficacia son constructos sinónimos (Ajzen, 1998). En este caso explicaría por qué la persona puede hacer una guía de acción que parte de sí mismo hacia afuera, hacia el mundo, hacia los demás y basado en un aprendizaje previo que le permite llegar al estado actual a pesar de todas las adversidades. Esto vendría justificado por el estudio de Johnson, Bryant, Collins, Noe, Stader y Berbaum (1998), quienes elaboraron su programa preventivo para chicos de 12 a 14 años y para sus clases, el cual aplicaron en varias iglesias americanas. Un resultado no esperado de su estudio fue que el incremento de la comunicación con sus hijos llevaba a una mayor prevalencia del consumo de alcohol, probablemente porque las familias niegan que esto sea un problema. Lo mismo aparece entre mayor apego a la madre y consumo de alcohol. Esto que explica los resultados para el alcohol podrían ser los mismos para tabaco.

Otra posible explicación para los resultados obtenidos en el estudio citado vendría de que, tal como algunos investigadores sobre la resiliencia insisten, ésta debiera considerarse como un proceso o fenómeno, no como un rasgo (Luthar y Zelazo, 2003). Como tal, va a depender la misma de la interacción del individuo con su ambiente más inmediato. La misma es modificable, no es estática. Un concepto muy importante unido a la resiliencia es el de competencia. Pero cuando algo es normativo, como el consumo de tabaco, puede ser más difícil ser competente en algo que va en contra de la norma. Así, se ha encontrado una clara relación entre el coeficiente intelectual y la competencia académica, de tal modo que hoy sabemos que el alto coeficiente intelectual es un elemento protector y el bajo es un elemento de vulnerabilidad. Por lo que vemos en este estudio ello no sería aplicable al tema del tabaco.

Como dicen Fergusson y Horwood (2003), después de un amplio estudio de seguimiento de 21 años, los factores que llevan a la resiliencia son los siguientes: inteligencia y habilidad de solución de problemas; género, mejor en mujeres; intereses externos y afiliaciones; apego y vinculación parental; temperamento y conducta normal en la infancia, y factores de los iguales. Quizás en el caso del tabaco su tolerancia

social hace que sea normal fumar, especialmente en los más jóvenes, y no sea posible el desarrollo de la resiliencia para esta conducta.

RESILIENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL

Toda una serie de estudios han analizado la relación entre la resiliencia y el consumo normal o abusivo de alcohol, utilizando para ello habitualmente muestras de niños o adolescentes que han tenido problemas familiares, situaciones de estrés intenso o abuso.

Dentro de los estudios de referencia tenemos el de Werner y Johnson (2004), con su seguimiento de 55 hijos de alcohólicos del estudio longitudinal de Kauai. Estos fueron seguidos durante 30 años para estudiar la resiliencia. Concluyen que, cuando tienen 30 ó 31 años, el 51% de ellos tienen como adultos una adaptación satisfactoria. De estas personas resilientes encuentran que la mayoría de ellas han recibido una gran cantidad de atención de sus madres durante el primer año de vida. Además, éstas criaron a sus hijos en aquel momento, 30 años antes, sin ayuda de asociaciones como las que hoy tenemos (servicios sociales, grupos de autoayuda, etc.). También, muchos reconocen el papel de sus hermanos, especialmente cuando les podían contar lo que les pasaba, les aconsejaban o funcionaban con ellos como sus protegidos. Hay que notar que estas familias, de donde procede la muestra, eran amplias, habitualmente con 4 o más hermanos, de ahí que tener hermanos era habitual. También es relevante el papel de un padre sustituto, cuando el padre alcohólico se iba de casa. En este caso se encontraba que en los resilientes el papel lo ocupaban los abuelos, los tíos o los primos (ver Werner y Smith, 2001). También encuentran que estas personas competentes y resilientes les gustaba ir a la escuela. Más aún, algunos encontraban en la escuela el refugio de los problemas que tenían en casa. Para ellos al menos uno de sus profesores fue un modelo a seguir en su vida. También encuentran que los amigos y los padres de los amigos de la infancia, que tienen a lo largo del tiempo, sirven de apoyo emocional y, con ello, les permitió superar mejor las situaciones caóticas que tenían en sus casas. Todo ello sugiere que una parte de los niños de padres alcohólicos, los que luego se han clasificado como resilientes, han intentado y logrado encontrar adultos, fuera del círculo familiar conflictivo, personas que les han servido de apoyo y les han ayudado a soportar sus problemas y a lograr un crecimiento personal adecuado. Además, de este modo reducían la exposición al riesgo en su casa. O, cuando no estaba el padre alcohólico, otro familiar cubría ese hueco de un modo adaptativo (ej., abuela, tío). Werner y Johnson (2004) sugieren que este comportamiento resiliente lleva a un incremento de la autoestima y de la autoeficacia de los individuos, que consiguen a través de las relaciones de apoyo.

De todas ellas consideran que las más potentes son la educación (poder acudir a la escuela y al instituto), implicación activa en la iglesia o comunidad religiosa y tener un compañero o amigo de apoyo.

McCaskill, Toro y Wolfe (1998) han encontrado la relevancia que tiene el consumo o abuso de alcohol, más que las drogas, en cierto grupo de jóvenes, como es en su caso en adolescentes sin hogar. En su estudio compararon adolescentes que vivían fuera de su casa con otro grupo equivalente de adolescentes que vivían en casa. Mientras que el abuso/dependencia de drogas era equivalente en ambos grupos: del 23.6% en los sin hogar y 18.6% en los con hogar, en cambio había claras diferencias en el abuso/dependencia del alcohol, donde había un 21.2% en los sin hogar y un 9.3% en los con hogar. En otro estudio, también con adolescentes sin hogar (Rew, Taylor-Seehafer, Thomas y Jockey, 2001) concluyen que la resiliencia puede ser un fenómeno distinto en los que viven en su casa que los que no tienen hogar. En éstos, la resiliencia puede estar presente pero como una estrategia adaptativa ante los sentimientos de incoherencia, soledad y desesperanza. Sería de este tipo más que la relacionada con la familia y otras instituciones sociales, que es la que habitualmente se analiza y se encuentra al estudiar la misma. Así, la resiliencia para las personas sin hogar, que también la tienen una parte de ellos, les facilitaría adaptarse a las calles y superar en parte los sentimientos de soledad e incoherencia que tienen tan claramente acusadas estas personas, como encuentran en su estudio.

En el estudio de Perkins y Jones (2004) analizaron la relación entre abuso físico en la infancia y conductas de riesgo y prosociales cuando estos niños ya eran adolescentes. Encontraron que a pesar de que estos jóvenes habían sufrido malos tratos en la infancia, una parte de ellos no desarrollaron conductas de riesgo. Referido al consumo de alcohol encontraron que la religiosidad, el apoyo familiar, el apoyo de otros adultos, implicación del grupo de pares en conductas positivas y el buen clima escolar resultaron ser predictores significativos para el no consumo. Los resultados fueron semejantes para el consumo de tabaco y de otras drogas. Un hallazgo sorprendente de este estudio fue que aquellos jóvenes que buscaron apoyo de otros adultos fuera de sus familias se relacionaba claramente con su incremento del consumo de alcohol. Una explicación que dan para ello sería que los jóvenes buscan apoyo en otras personas fuera de su familia cuando no encuentran ese apoyo en sus padres o en su familia.

Toda una serie de estudios vienen analizando desde hace años la relación entre tener un padre alcohólico y el consumo o no de alcohol y/o drogas en sus hijos, varios de ellos incluyendo también el papel de la resiliencia.

En el estudio de Springer y Gastfriend (1995) evaluaron a 24 hijos de alcohólicos cuando tenían de 16 a 19 años de edad. De éstos, 12 fueron identificados como personas con problemas con el alcohol; otro tenía problemas con las drogas, aunque los primeros 12 también reconocían ellos mismos que tenían problemas con las drogas. Al comparar a los que tenían problemas con el alcohol y/o drogas con los que no las variables que explicaban no tener estos problemas era un mayor estatus laboral de la madre, mayor número de eventos buenos en la vida, mayor locus de control interno y tener un mayor nivel de propósitos en la vida. Los autores interpretan estos resultados en el sentido de la resiliencia, dado que una parte de los hijos de alcohólicos no tienen problemas porque hay varios elementos protectores que han funcionado, que en este estudio son los que hemos indicado mas atrás. También insisten en que para mejorar la resiliencia precisamos detectar los factores de protección que llevan a la misma.

Otro estudio importante, y con una muestra muy amplia, es el de Vitaro, Tremblay y Zoccolillo (1999). Evaluaron a niños de 6 años, en una amplia muestra de 2.908 personas, que luego volvieron a evaluar cuando tenían 15 ó 16 años, 1.875 de los primeros. Los padres de los niños evaluados fueron 1.289 cuando los niños tenían 6 años y 1.031 cuando tenían 15 ó 16 años. De estos últimos padres, 91 eran padres alcohólicos. Esto les permitió hacer un estudio de la relación entre el alcoholismo de los padres y varias conductas de sus hijos.

Los resultados de su estudio indican que el alcoholismo parental contribuye significativamente en la predicción de las dificultades que tienen sus hijos con el alcohol y/o las drogas. Pero también se encuentra que un nivel elevado de supervisión parental disminuye el riesgo de consumo de drogas en sus hijos. También que una parte de los hijos de alcohólicos no desarrollan problemas de drogas. En este estudio dos tercios de hijos de alcohólicos no tienen problemas de abuso de sustancias. Quizás la conclusión más importante del estudio sea la de que en aquellas familias donde un padre sea alcohólico, la madre debería incrementar la atención a sus hijos y poner en práctica todos los recursos disponibles, de modo especial una adecuada supervisión de sus hijos. Con todo, esto es problemático llevarlo a la práctica en muchas familias con un miembro alcohólico. Los autores también sugieren que tener una actitud incompatible con la búsqueda excesiva de sensaciones, la adopción de un adecuado nivel de autocontrol y una mejor supervisión parental son los factores claves para evitar que una persona con un padre alcohólico no tenga problemas posteriores de abuso de alcohol y/o drogas.

Jennison y Johnson (1997) analizaron la resiliencia en mujeres hijas de alcohólicos. Sus resultados indi-

can que las hijas de padres alcohólicos resilientes se diferencian de las no resilientes en su temperamento, habilidades de comunicación, autoconcepto, locus de control, calidad de los cuidados y haber experimentado menos eventos estresantes durante la infancia. Partiendo los autores de la hipótesis de que la cohesión y comunicación con la pareja moderaría la relación entre historia familiar y alto riesgo de alcoholismo, sus resultados indicaron una relación directa entre alcoholismo parental y consumo de alcohol. Esto es, el tener un progenitor alcohólico predecía altos niveles de consumo de alcohol en sus hijas en la edad adulta. Pero también se encontró que una parte de las hijas eran resilientes a pesar de haber sido expuestas al alcoholismo familiar de sus padres. Este estudio también les permite concluir que la comunicación positiva con la pareja moderaba de manera efectiva la relación entre el alcoholismo parental y las conductas de riesgo en sus hijas. Las mujeres resilientes de este estudio tenían una mejor comunicación con sus parejas, un nivel más elevado de intimidad, mostraban una mayor responsabilidad y un menor conflicto con su familia política. Todo esto sugiere que hay factores en la vida adulta de las personas que han tenido eventos negativos en la infancia que les ayudan a incrementar su resiliencia.

Jones y Benda (2004) analizaron el papel de los padres en varias conductas de sus hijos en una amplia muestra de jóvenes escolarizados de un estado norteamericano del medio este para evaluar aquellos aspectos favorables como los déficits que se relacionan con el consumo de alcohol de los adolescentes. Como en otros estudios, encuentran el papel protector de ambos padres como de la estructura familiar. El abuso físico o sexual aparece como un claro factor de riesgo. Cuando éste está presente se produce depresión, soledad, ansiedad, pensamientos suicidas y consumo de drogas y alcohol. De su estudio concluyen que el apego a los padres es muy importante para un adecuado desarrollo de los adolescentes y especialmente de sus distintas conductas.

La evidencia de un gran número de estudios sugiere que el buen nivel intelectual, adecuado rendimiento escolar o apego a la escuela, son un elemento esencial para la resiliencia, para que ésta se ponga en marcha. Y, ello, también predice no consumir o abusar del alcohol y de las drogas. De modo más concreto, el estudio de Crum, Storr y Anthony (2005), como otros, muestra que cuando los jóvenes tienen altas aspiraciones en la escuela es menos probable que consuman alcohol o que tengan problemas con el alcohol. Masten et al. (1999) encontraron que el coeficiente intelectual y la crianza eran las variables más importantes para mostrar una adecuada competencia desde la infancia hasta la adolescencia, evaluando éstas como rendimiento académico, conducta y competencia social con los iguales. Y esto se daba a pesar de

los eventos adversos por los que pasaron, incluyendo la adversidad crónica. Un estudio más reciente, el de Feldman, Conger y Burzette (2004) obtienen resultados en la misma línea. Así, encuentran que el apoyo social, especialmente el apoyo de la familia o de un familiar, actúa en reducir el riesgo para padecer trastornos emocionales cuando se ha pasado por eventos traumáticos, especialmente cuando se ha tenido ese trauma de niño. Y, lo mismo ocurre en el de Reis, Colbert y Hébert (2005). En él analizaron en 35 jóvenes, con importantes desventajas económicas y de distintas razas, pero que al tiempo tenían un alto rendimiento académico, el papel de la resiliencia en ello. Su minucioso estudio de tipo cualitativo encuentra las características clásicas de los estudios de resiliencia para explicar los buenos resultados de estos jóvenes (ej., un adulto que le proporciona apoyo, amistad con otros estudiantes brillantes, participación en actividades extraescolares, tanto en el periodo escolar como durante el verano, desarrollo de una fuerte creencia en uno mismo, afrontar los aspectos negativos de la escuela y del ambiente, así como de su familia).

En España Becoña, Míguez, Vázquez, López y Lorenzo (2006) han estudiado la relación entre la resiliencia y el consumo de alcohol en una muestra representativa de jóvenes entre 14 y 25 años de edad. Este estudio encuentra diferencias en resiliencia, especialmente para el consumo o no de copas, donde los que no consumen tienen mayor resiliencia. La comparación por edades indica que la resiliencia, como las puntuaciones de las escalas derivadas de la misma, se incrementa con la edad, como así se encuentra en otros estudios (ej., Masten y Powell, 2003), lo que lleva a que se encuentren varias diferencias significativas según los consumos de todas las bebidas por edades.

Los resultados no lineales encontrados en este estudio en la resiliencia de los jóvenes según su consumo de alcohol es semejante a lo apuntado por Fergus y Zimmerman (2005), quienes indican que la relación entre resiliencia y resultado no siempre es lineal. Por ejemplo, tener baja autoestima puede colocar a un adolescente en riesgo para desarrollar un número de resultados no deseables. Tener una alta autoestima, por contra, puede ser una cualidad que puede proteger al joven de los resultados negativos asociados con la exposición al riesgo. Dado que en el caso del alcohol su consumo es normativo en muchas ocasiones, pierde peso la importancia de la organización comunitaria, que es un elemento central para que se produzca la resiliencia en aquellos que están en riesgo (Fergus y Zimmerman, 2005), en este caso de consumir alcohol u otras drogas.

De todos modos, la normatividad del consumo puede ser un elemento que impide mejorar la resiliencia, como probablemente ocurre en este caso con el

alcohol. Así, en el estudio de Johnson et al. (1998), con su programa preventivo para el alcohol y otras drogas, curiosamente encontraron que el incremento de la comunicación de los padres con sus hijos llevaba a una mayor prevalencia del consumo de alcohol, probablemente porque las familias negaban que esto fuese un problema. Lo mismo encontraron entre el mayor apego a la madre y el mayor consumo de alcohol.

Sí debemos ser conscientes de que la resiliencia puede ser conceptualizada como rasgo o como estado, como un proceso (Luthar y Zelazo, 2003), donde la misma interacciona con el ambiente. Esto significa que la resiliencia es modificable, no es estática.

RESILIENCIA Y CONSUMO DE DROGAS ILEGALES.

Fergus y Zimmerman (2005) han revisado la relación de los factores de riesgo y protección con relación a la resiliencia en el consumo de distintas drogas. Como sabemos, esto tiene una gran relevancia porque, a nivel teórico, es de esperar que si incrementamos la misma las personas quedarían inmunizadas para el consumo de drogas. Además, la resiliencia parte de la importancia de los factores de riesgo pero vistos del otro lado, de la necesidad de conocer cuáles son los de protección en situaciones poco favorables y potenciarlos para contrarrestar los factores de riesgo. La resiliencia es el más estudiado en este sentido, ya que se centra en aquellas personas que estando en situaciones de alto riesgo no desarrollan conductas problema, como no consumir alcohol o drogas ilegales. De ahí que hay factores en la persona, y factores evolutivos, que se relacionan con no pasar a una conducta problema cuando teóricamente hay muchas probabilidades de que eso ocurra.

A pesar de lo anterior, en el caso de las drogas ilegales existen menos estudios analizando esta relación, aunque los que se han realizado son muy consistentes en encontrar una clara relación entre mayor resiliencia y menor consumo de drogas. Para empezar, la investigación epidemiológica indica una importante relación entre la alta incidencia de maltrato y problemas de salud mental, como es por ejemplo el consumo de drogas durante el embarazo (Robinson, 2000). La importancia de la resiliencia en este contexto parece clara y, también, para la prevención. Si podemos detectar a este subgrupo de individuos que son menos exitosos en afrontar adecuadamente la adversidad podríamos intervenir sobre ellos para mejorar esto.

El estudio cualitativo de Waller, Okamoto, Miles y Hurdle (2003) analizó el peso del contexto cultural, la resiliencia y el consumo de drogas en adolescentes indios norteamericanos que viven en sus reservas. Encuentran que los factores de riesgo y protección

están presentes en los miembros de su familia, estando modulado el consumo por el individuo y la situación. Concluyen que, cara a la prevención del consumo de drogas, se deberían potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo, así como tener más en cuenta el contexto cultural en el que viven los individuos. A una conclusión semejante llegan Lindsey et al. (2004) en jóvenes de 11 o más años.

El estudio de Stronski, Ireland, Michaud, Narring y Resnick (2000) utilizó una muestra representativa de jóvenes suizos de 15 a 20 años de edad. Analizaron el consumo de drogas y otras conductas relacionadas, como conductas antisociales, conductas de riesgo, accidentes, malestar psicológico y relaciones sexuales. Junto a estos factores de riesgo evaluaron otros de protección, familiares, escuela, personales, rendimiento académico, etc. Al comparar a las personas de esta muestra, en función del consumo o no de marihuana, encontraron que los que consumen marihuana se han implicado en más conductas de riesgo. Y, al contrario, encuentran que los factores de protección que han considerado en su estudio se encuentran asociados con no consumir marihuana.

Rosenbaum et al. (2005) estudiaron una muestra de 77 jóvenes de 11 a 15 años en donde uno de sus padres estaba infectado por el virus del VIH. De estos jóvenes, el 40% tenía una historia de consumo de sustancias y la mayoría, el 71%, sabía que uno de sus padres estaba infectado de VIH. La mayoría de los padres, el 79%, tenía una historia de abuso de drogas o alcohol. En este estudio encontraron una clara relación entre el adecuado funcionamiento familiar y la resiliencia. También que el uso de drogas en los jóvenes se explicaba por un peor funcionamiento familiar y una conducta desviada de los iguales. Relacionarse con iguales desviados se predecía por la mayor edad, menor resiliencia y factores de protección bajos y de riesgo altos de la comunidad. Esto sugiere, una vez más, la importancia del papel de la familia y de los iguales en desarrollar un tipo u otro de conducta en relación con el consumo de drogas.

La relevancia de la resiliencia para explicar el consumo de drogas lo vemos en el amplio estudio de seguimiento de Fergusson y Horwood (2003). Ellos llevaron a cabo un estudio, con un seguimiento de 21 años, para analizar el fenómeno de la resiliencia. Parten de la base de que los factores que llevan a la resiliencia según lo que conocemos por la literatura científica serían los siguientes: inteligencia y habilidad de solución de problemas, género (mayor resiliencia las mujeres), intereses externos y afiliaciones, apego y vinculación parental, temperamento y conducta en la infancia normal, y factores de los iguales. Su estudio se le conoce como el *Christchurch Health and Development Study* (CHDS). Este es un estudio longitudinal de 1.265 niños nacidos en Christchurch (Nueva

Zelanda) a mediados de 1977. Los datos recogidos de la muestra son muy completos en los niños, padres, registros médicos, policiales, etc. En Fergusson y Horwood (2003) indican el seguimiento a los 21 años. Los siguieron desde el nacimiento hasta que en el último seguimiento tenían entre 16 y 21 años. Evaluaron la adversidad basada en cuatro fuentes: adversidad socioeconómica, conflicto y cambio de padres, abuso y castigo físico, y ajuste parental. Al elaborar una puntuación de adversidad de cuatro categorías (0-1, 2-3, 4-5, 6 o más), encuentran claras diferencias para la dependencia del alcohol, el consumo de drogas, el trastorno antisocial o de conducta, ofensas violentas, etc. De modo concreto, como indicamos en la tabla 1, queda claro que a mayor nivel de adversidad mayor dependencia tanto del alcohol como del consumo de drogas ilícitas. También, los que tienen mayor puntuación en adversidad tienen una mayor puntuación en depresión mayor, trastornos de ansiedad, ideación suicida e intentos de suicidio.

Todo esto indica que al incrementarse las puntuaciones de adversidad de los niños se incrementan las respuestas de externalización e internalización problemáticas. Así, aquellos expuestos a 6 o más condiciones de adversidad durante la infancia tienen problemas de externalización 3.1 veces más que los de baja exposición; y de 2.3 veces más problemas de internalización. Dado que este es un estudio de seguimiento pueden analizar como las puntuaciones de resiliencia inciden en las puntuaciones de adversidad. De este modo confirman en este estudio que aquellos que tienen una alta resiliencia, aunque sean expuestos a situaciones de adversidad familiar, desarrollan menos respuestas de externalización e internalización en relación a los que tienen baja resiliencia. También encuentran que el género es un importante factor de protección para las mujeres, aunque Fergusson y Horwood (2003) encuentran un papel diferencial donde la mujer reduce el riesgo de desarrollar respuestas de externalización y el varón de reducir el riesgo de desarrollar respuestas de internalización.

En el estudio de Luthar, Cushing, Merikangas y Rounsaville (1998) analizaron la resiliencia en hijos de madres adictas a la cocaína u opioides. Encontraron que el 65% de los niños tenían un trastorno psiquiátrico. Los otros 35% se podrían considerar resilientes. Las variables principales que encontraron en estos niños es que su medio familiar era relativamente saludable. Ello a veces era una consecuencia de un apoyo importante de la familia extensa. Werner (1995) ha mostrado en estudios longitudinales a lo largo de 30 años que muchos niños considerados como resilientes mantienen un alto nivel de funcionamiento en su vida diaria.

En España, en el estudio de Becoña, López, Míguez y Fernández (2006), analizando la relación

Tabla 1. Porcentaje de conductas de consumo de alcohol y drogas ilícitas a los 16-21 años, en función de las puntuaciones de adversidad anteriores (0-16 años)

	<i>Nivel de adversidad (0-16 años)</i>			
	0-1	2-3	4-5	6 o mas
Porcentaje de personas a los 16-21 años con:				
– Dependencia del alcohol	5.8	12.3	15.4	14.1
– Dependencia de drogas ilícitas	6.4	10.4	11.8	23.9

Nota: El nivel de adversidad se evaluó en cada individuo, desde 0 a 16 años, oscilando desde 0 (ninguna) hasta 6 o más.

Fuente: Adaptado de Fergusson y Horwood (2003).

entre la resiliencia y el consumo de cocaína, encuentran que las personas más resilientes son las que tienen menor consumo de cocaína, tanto referido a probarla alguna vez en la vida, como en haberla consumido en los últimos 6 meses. También aparece que conforme se incrementa la edad de los 14 a los 25 años de edad, hay un descenso en la resiliencia en los que consumieron cocaína alguna vez en la vida. No aparecen diferencias en resiliencia por género.

La utilidad de la resiliencia para la prevención del consumo de drogas la podemos ver en varios estudios. De entrada, sabemos, por distintos estudios de seguimiento de que es claro el efecto moderador de la familia para el consumo de drogas en sus hijos (ej., Wills, Sandy, Yaeger y Shinar, 2001; Wills y Cleary, 1996). Cuando la familia proporciona adecuado apoyo social a sus hijos, o tienen menos eventos vitales negativos, ello es un predictor del no consumo de drogas de sus hijos. También varios estudios (ej., Wills et al., 2001) encuentran que el temperamento de los hijos y la afiliación con iguales consumidores altera el efecto protector de la familia.

De igual modo, sabemos de que toda una serie de programas que se han desarrollado para niños con problemas, debido a que sus padres tienen trastornos mentales, y con la idea de incrementar la resiliencia en los mismos. La mayoría de estos programas han obtenido resultados positivos (Place, Reynolds, Cousins y O'Neill, 2002). La idea que subyace a los mismos es que si incrementamos la resiliencia en estos niños conseguiremos reducir que padezcan en el futuro trastornos mentales u otros problemas desadaptativos dada su alta vulnerabilidad. Con todo, hay pocos programas de este tipo y la mayoría no tienen una evaluación adecuada (Statham, 2004).

Y, como un ejemplo de lo anterior, en relación a la prevención del consumo de drogas basado en la resiliencia, tenemos varios estudios, como el de Halmi y Golik-Gruber (2002). Ellos pusieron en marcha un programa preventivo para el consumo de drogas,

basado en la resiliencia familiar, en Zagreb, Croacia, en niños de 12 a 14 años. Es un programa que incluye estrategias informativas, de educación emocional, competencias sociales, alternativas y habilidades. El programa es aplicado a padres y tutores y a sus hijos. También incluye sesiones de manejo de casos familiares. Consta de tres módulos para los padres, con una duración de cada módulo de 12-16 h., 16-20 h. y 6-12 horas. En el último módulo acuden tanto al programa los padres como sus hijos. El programa se orienta a incrementar la resiliencia y crear un ambiente continuo de cuidado y apoyo entre todos los miembros de la familia. Las tres fases del programa duran aproximadamente un año.

Los resultados de este programa indican como, a corto plazo, mejora la comunicación de los padres con sus hijos, según la visión de los padres, aunque los jóvenes no indican cambios en la comunicación con sus padres. Los padres también indican que tienen un mejor manejo familiar. Es clara la mejora del apoyo y de la búsqueda de servicios cuando lo precisan en la comunidad. A nivel de consumos, el programa lleva a una reducción en la conducta de consumo de drogas. Un resultado interesante de este estudio es que cuando los padres indican un incremento positivo de la comunicación con sus hijos, éstos muestran una mejor resistencia al consumo de alcohol que cuando se incrementa la comunicación positiva y el apego en general. Los autores atribuyen este resultado a la negación por parte de las familias de que sus hijos puedan tener un problema de consumo de alcohol o drogas, como suele ser habitual en ellas.

La importancia del estudio anterior con dicho programa preventivo viene dado porque sabemos que la separación familiar y el conflicto familiar se asocian con el consumo de drogas en adolescentes (Bray, Adams, Getz y Baer, 2001; McQueen, Getz y Bray, 2003). Este, como otros programas preventivos, abren una vía para mejorar este funcionamiento predecible, negativo, a largo plazo, que podemos revertir con programas preventivos adecuados.

DISCUSIÓN

Los estudios que hemos analizado previamente indican de modo claro que hay una consistente relación entre tener una mayor resiliencia y consumir menos drogas, especialmente en lo referido al consumo de alcohol y drogas ilegales. Para ambos, los estudios indican claramente que tener una mayor resiliencia es un factor de protección para el no consumo de alcohol y drogas. Esta relación es consistente en todos los estudios, tanto los de tipo longitudinal, a veces de hasta 30 años de seguimiento, como en los transversales. Todo ello sugiere que el constructo de resiliencia es relevante, útil y explicativo para aquellas personas que han tenido graves problemas, estresores importantes, maltrato, u otros eventos negativos en la infancia. Estas personas resilientes consiguen una buena adaptación de adolescentes y adultos. Y, entre esta adaptación está el no tener problemas de abuso o dependencia de las distintas sustancias psicoactivas. De todos modos, debemos indicar que no todas las personas que pasan por estas circunstancias adversas en la infancia tienen un adecuado funcionamiento en su adolescencia o adultez. Solo lo consiguen una parte de ellos. Por ello es relevante conocer cómo se produce la resiliencia y utilizar este conocimiento para potenciarla en aquellos que es probable que tengan un desarrollo inadecuado si no se les incrementa la misma.

De todos modos hay que considerar que la resiliencia es un proceso más que una característica fija del individuo (Braverman, 2001; Fergus y Zimmerman, 2005; Luthar y Zelazo, 2003). Esto significa que los que son resilientes a una edad puede que lo sean o no en una edad posterior. De todos modos, desde la perspectiva del aprendizaje y de la psicología de la personalidad, es de esperar que el niño resiliente mantenga posteriormente toda o parte de esa resiliencia o que una comunidad que aprende a ser resiliente mantenga estas ganancias a pesar de que puede pasar por condiciones adversas durante mucho tiempo. Como hipótesis puede ser posible que distintas culturas y étnias se hayan mantenido en los últimos siglos hasta nuestros días por tener un marco cultural estable y cerrado y dentro de éste mantener la resiliencia como un elemento central del mismo. También la resiliencia sería un elemento protector ante el consumo de drogas, una vez que éstas se han generalizado de modo importante en las últimas décadas en los países desarrollados.

A pesar de lo dicho, estamos de acuerdo con Masten (2001) cuando indica que la resiliencia es mucho más habitual en los seres humanos de lo que pensamos y que en muchas ocasiones es un proceso adaptativo normal en todos nosotros. Pero funciona cuando funciona el grupo humano como lo conocemos a lo largo de la historia: relaciones de cuidado de los adultos (sean o no sus padres) con el niño, competencia intelectual, habilidades de autorregulación, autocui-

dados positivos, motivación intrínseca para el éxito, etc. Cuando fallan los sistemas de protección básicos para el niño es cuando no es posible llevar una vida normal y no se puede desarrollar la resiliencia. De ahí que muchos programas para incrementar la resiliencia empiezan por detectar estos déficits en los niños para corregirlos y así evitar problemas a corto, medio y largo plazo en ellos, considerando a la familia como un elemento básico en el que hay que intervenir (Halmi y Golik-Gruber, 2002). Para ello suele partirse, en este tipo de programas, de los factores de riesgo y protección conocidos, para incrementar los de protección y disminuir los de riesgo (Fergusson y Horwood, 2003; Wills et al., 2001).

Por lo que llevamos dicho es claro que hay muchas similitudes entre la investigación sobre la resiliencia y sobre la prevención. Para Luthar, Cicchetti, y Becker, (2000) la diferencia estaría en que desde la prevención el objetivo de la misma es evitar la enfermedad; desde la resiliencia el objetivo es conseguir el bienestar junto a la ausencia de disfunción. La resiliencia insiste en lograr o potenciar el bienestar. Por ello, es necesario prestar más atención a los estudios de resiliencia en relación con el consumo de drogas y ver la utilidad del concepto dentro de los programas preventivos de drogas.

Los individuos pueden consumir drogas por distintos motivos. Dada la relevancia que tiene el estrés en relación al consumo de sustancias, y que el alto estrés se relaciona con su consumo, es clave reducir éste (Braverman, 2001). Además, este alto nivel de estrés suele ir unido a un bajo nivel de estrategias de afrontamiento. Al tiempo, existen otras variables, como el rendimiento académico y otras formas de competencia que habitualmente reducen la relación entre estrés y consumo de sustancias. Lo que aquí está claro es que si conseguimos que el adolescente desarrolle competencias, y que éstas le lleven a reducir el estrés, será más probable que no consuma drogas. Esto es lo que hacen habitualmente los grupos de entrenamiento en habilidades para la vida (Becoña, 2006). Los estudios de resiliencia proporcionan una perspectiva de desarrollo sobre las habilidades sociales y la autorregulación, desde la temprana infancia hasta la adolescencia, tal como se ha analizado en múltiples estudios de seguimiento sobre la resiliencia. Este conocimiento puede ser útil para el diseño e implementación de programas preventivos para el abuso de drogas en la escuela, la familia y la comunidad (Braverman, 2001).

Centrarse en la competencia social, un elemento central de la resiliencia, puede ser útil para la prevención. Como un ejemplo, el programa de Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbot y Hilll (1999) evalúa un programa de habilidades para la vida, incluyendo dentro de su intervención el entrenamiento en competencia social para los niños, entrenamiento para sus

profesores y escuela de padres para los padres de los niños. El programa fue eficaz y hubo una reducción en el beber problema, actos violentos, relaciones sexuales y embarazos.

Para la teoría de la resiliencia el apoyo interpersonal y comunitario es clave, junto a las competencias que tiene el niño o el desarrollo de las mismas. Muchos programas preventivos parten de esto. El modelo de Catalano y Hawkins (1996), y los programas preventivos derivados de ellos se orientan a ello (Becoña, 2002), obteniendo buenos resultados. Otro aspecto de la teoría de la resiliencia para la prevención es reducir la exposición del joven a riesgos concretos en su ambiente. Algunos programas preventivos en esta línea, como hemos visto, han mostrado su utilidad. Muchos programas preventivos pretenden ser factores de protección comunitarios para los individuos, aunque la realidad nos dice que no siempre existen, lo logran o no se implantan adecuadamente (Braverman, 2001; Becoña y Martín, 2004). También la teoría de la resiliencia sugiere que en ocasiones la mejor prevención es cambiar la política o el ambiente. Si tenemos leyes más restrictivas para el consumo de tabaco o alcohol se fumará y beberá menos; si hay menos accesibilidad a las drogas ilegales se consumirán menos; si mejora el sistema escolar, y es mejor el rendimiento académico, la satisfacción será mejor y se consumirán menos drogas, etc. Todas las medidas anteriores han demostrado ser efectivas (Becoña, 2006; Becoña y Calafat, 2006), aunque no siempre se implementan o no se hacen por los intereses económicos, políticos o geoestratégicos que rodean a muchas sustancias psicoactivas.

En conclusión, esta estructura de protección natural que se elabora desde el nacimiento, como dice Rojas (2004), es muy importante para aquellas personas que se van a enfrentar a eventos vitales negativos, estresantes o traumáticos. Incrementar la resiliencia en todas las personas, pero especialmente en niños y adolescentes, es un modo de prevenir problemas de salud mental y de consumo de drogas del presente y del futuro. La investigación disponible hasta ahora confirma esto. Por ello, todo indica la necesidad de analizar más este constructo y de elaborar programas preventivos basados en la resiliencia, de modo especial para prevenir el consumo de drogas, problema en aumento en los últimos años, y que en parte puede ser explicado por este constructo y por los cambios sociales que se han producido en los últimos años.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha sido posible realizarlo gracias a una ayuda para proyectos de investigación concedida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1998). Models of human social behavior and their application to health psychology. *Psychology and Health*, 13, 735-739.
- Armitage, C.J. (2005). Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychology*, 3, 235-245.
- Anda, R.F., Croft, J.B., Giles, W.H., Williamson, D.F., Giovino, G.A., Felitti, V.J. y Nordenberg, D. (2000). Smoking and adverse childhood experiences [letter]. *JAMA*, 283, 1959-1960.
- Anda, R.F., Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, F., Giles, W.H., Williamson, D.F. y Giovino, G.A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 282, 1652-1658.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Barlet, D.W. (1994). On resilience: Questions and validity. En M.C. Wang y E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in Inner-City America: Challenges and prospects* (pp. 97-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Míguez, M.C., Vázquez, M.J., López, A. y Lorenzo, M.C. (2006). Resiliencia y consumo de tabaco. *Prevención del Tabaquismo*, 8, 98-107.
- Becoña, E., Míguez, M.C., Vázquez, M.J., López, A. y Lorenzo, M.C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol. *Salud y Drogas*, 6, 91-113.
- Becoña, E., López, A., Míguez, M.C. y Fernández, E. (2006). Resiliencia y consumo de cocaína. En *XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol* (p. 110). Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Braverman, M.T. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine & Tobacco Research*, 1 (supl. 1), 67-72.
- Braverman, M.T. (2001). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus*, 7, 1-12.
- Bray, J.H., Adams, G., Getz, J.G. y Baer, P.E. (2001). Developmental, family, and ethnic influences on adolescent alcohol usage: A growth curve approach. *Journal of Family Psychology*, 15, 301-314.
- Brown, R.A., Lewinsohn, P., Secley, J.R. y Wagner, E.F. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1602-1610.

- Catalano, R.F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 198-235). Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Crum, R.M., Storr, C.L. y Anthony, J.C. (2005). Are educational aspirations associated with the risk of alcohol use and alcohol use-related problems among adolescents? *Substance Use & Misuse*, 40, 151-169
- Feldman, B.J., Conger, R.D. y Burzette, R.G. (2004). Traumatic events, psychiatric disorders, and pathways of risk and resilience during the transition to adulthood. *Research in Human Development*, 1, 259-290.
- Fergus, S. y Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. En S.S. Luthar (Eds.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 130-155). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. En J.E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Nueva York: Pergamon Press.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Garnezy, N. y Masten, A.S. (1994). Chronic adversities. En M. Rutter, E. Taylor y L. Hersov (Eds.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford: Pergamon Press.
- Halmi, A. y Golik-Gruber, V. (2002). The prevention and reduction of the consumption of alcohol and any other drugs among a high-risk group of youths through improving family resilience. *Alcoholism*, 38, 41-55.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Kosterman, R., Abbot, R. y Hill, K.G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 226-234.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research* (P.J. Mrazek y R.J. Haggert, eds.). Washington, DC: National Academy Press.
- Jennison, K.M. y Johnson, K.A. (1997). Resilience to drinking vulnerability in women with alcoholic parents: The moderation effects of dyadic cohesion in marital communication. *Substance Use & Misuse*, 32, 1461-1489.
- Johnson, K., Bryant, D.D., Collins, D.A., Noe, T.D., Strader, T.N. y Berbaum, M. (1998). Preventing and reducing alcohol and other drug use among high-risk youths by increasing family resilience. *Social Work*, 43, 297-308.
- Jones, K.A. y Benda, B.B. (2004). Alcohol use among adolescents with non-residential fathers: A study of assets and deficits. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 22, 3-25.
- Kumpfer, K.L. y Hopkins, R. (1993). Prevention: Current research and trends. *Recent Advances in Addictive Disorders*, 16, 11-20.
- Kumpfer, K., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R.R., Liddle, H.A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M.E.V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. y Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- Lindsey, R.L., Weist, M.D., Smith-Lebeau, L., Rosner, L., Dixon, L.B. y Pruitt, D.D. (2004). Significance of self-reported drug or alcohol use among inner-city teenagers. *Psychiatric Services*, 55, 824-826.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573-575.
- Luthar, S.S., Cushing, G., Merikangas, K. y Rounsaville, B.J. (1998). Multiple jeopardy: Risk/protective factors among addicted mother's offspring. *Development and Psychopathology*, 10, 117-136.
- Luthar, S.S. y Zelazo, L.B. (2003). Research on resilience: An integrative review. En S.S. Luthar (Eds.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 130-155). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- 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., Hubbard, J.J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garnezy, N. y Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A.S. y Powell, J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S.S. Luthar (Eds.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- McCaskill, P.A., Toro, P.A. y Wolfe, S.M. (1998). Homeless and matched housed adolescents: A comparative study of psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 306-319.
- McQueen, A., Getz, J.G. y Bray, J.H. (2003). Acculturation, substance use, and deviant behavior examining separation and family conflict as mediators. *Child Development*, 74, 1737-1750.
- Montes, A., Pérez, M. y Gestal, J.J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones*, 16 (Supl. 2), 75-82.

- Morrison, G.M., Storino, M.H., Robertson, L.M., Weissglass, T. y Dondero, A. (2000). The protective function of after-school programming and parent education and support for students at risk for substance abuse. *Evaluation and Program Planning*, 23, 365-371.
- Parrott, A. (2000). Smoking and adverse childhood experiences [letter]. *JAMA*, 283, 1959.
- Reis, L., Colbert, R.D. y Hébert, T.P. (2005). Understanding resilience in diverse, talented students in an urban high school. *Roeper Review*, 27, 110-120.
- Reynolds, W. y Frank, C. (2000). Smoking and adverse childhood experiences [letter]. *JAMA*, 283, 1958-1959.
- Perkins, D.F. y Jones, K.R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28, 547-563.
- Place, M., Reynolds, J., Cousins, A. y O'Neill, S. (2002). Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and Adolescent Mental Health*, 4, 162-167.
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N.Y. y Yockey, R.D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 33-40.
- Robinson, J. (2000). Are the implications for prevention research from studies of resilience? *Child Development*, 71, 570-572.
- Rojas, M.J. (2004). Comportamientos resilientes y de riesgo. Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes latinoamericanos. En F.L. Salas (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 363-376). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Rosenbaum, A., Magura, S., Fong, C., Cleland, C., Norwood, C., Casella, D., Truell, J. Y Curry, P. (2005). Substance use among young adolescents in HIV-affected families: Resiliency, peer deviance, and family functioning. *Substance Use & Misuse*, 40, 581-603.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience an protective mechanism. En J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Nueva York: Cambridge University Press.
- Smith, D. (2001, June). Prevention: Still a young field. *Monitor in Psychology*, 32(6), 70-72.
- Springer, S.A. y Gastfriend, D.R. (1995). A pilot study of factors associated with resilience to substance abuse in adolescent sons of alcoholic fathers. *Journal of Addictive Diseases*, 14(2), 53-66.
- Statham, J. (2004). Effective services to support children in special circumstances. *Child: Care, Health and Development*, 30, 589-598.
- Stronski, S.M., Ireland, M., Michaud, P.-A., Narring, F. y Resnick, M.D. (2000). Protective correlates of stages in adolescent substance use: A swiss national study. *Journal of Adolescent Health*, 26, 420-427.
- Vitaro, F., Tremblay, R.E. y Zoccolillo, M. (1999). Père alcoolique, consommation de psychotropes à l'adolescence et facteurs de protection. *Revue Canadienne du Psychiatrie*, 44, 901-908.
- Waller, M.A., Okamoto, S.K., Miles, B.W. y Hurdle, D.E. (2003). Resiliency factors related to substance use/ resistance: Perceptions of native adolescents of the southwest. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 30 (4), 79-94.
- Werner, E.E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85.
- Werner, E.E. y Johnson, J.L. (2004). The role of caring adults in the lives of children of alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 39, 699-720.
- Werner, E.E. y Smith, E.E. (2001). *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wills, T.A. y Cleary, S.D. (1996). How are social support effects mediate? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 937-952.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A. y Shinar, O. (2001). Family risk factors and adolescent substance use. Moderation effects for temperament dimensions. *Developmental Psychology*, 37, 283-297.
- Wolchik, S.A., Sandler, I.N., Millsap, R.E., Plummer, B.A., Greene, S.M., Anderson, E.R., Dawson-McClure, S.R., Hipke, K. y Haine, R.A. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce. A randomized controlled trial. *JAMA*, 2002, 1874-1881.

