

Resiliencia y consumo de tabaco en jóvenes

E. Becoña Iglesias, M.C. Míguez Varela, A. López Durán, M.J. Vázquez Domínguez,
M.C. Lorenzo Pontevedra

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela

RESUMEN

Un constructo que ha cobrado relevancia en los últimos años en relación con los factores de riesgo y de protección para el consumo de tabaco es el de resiliencia, o capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir un estrés intenso, una catástrofe, o experiencias traumáticas como malos tratos, violencia, etc.

Métodos: En el presente estudio se estudia la resiliencia en relación con el consumo de tabaco en una muestra de 1.144 personas de 14 a 25 años de edad, representativa de dos comarcas de Galicia (Salnés y Carballiño). La evaluación de la resiliencia se hizo con la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young que evalúa resiliencia y los factores de competencia personal y de aceptación de uno mismo y de la vida.

Resultados: Los resultados obtenidos no permiten confirmar la hipótesis planteada de que los que no consumen tabaco tienen mayor resiliencia. Así, en relación al *status* del consumo de tabaco (nunca, pocas veces, menos de 1 vez por semana, 1-2 veces por semana, a diario) no hay diferencias significativas en resiliencia. Tampoco en la escala de aceptación de uno mismo y de la vida, pero sí aparece en la escala de competencia personal, donde los que consumen a diario tienen una mayor competencia personal. Sí encontramos que los que han fumado alguna vez en la vida tienen más resiliencia, respecto a los que no han fumado. Lo mismo encontramos en la escala de competencia personal. En la comparación del consumo o no de cigarrillos en los últimos 6 meses no hay diferencias en la escala de resiliencia aunque sí en el factor de competencia personal, donde ésta es mayor para los que fuman que para los que no fuman.

Discusión: Se comentan los resultados obtenidos y se concluye que es necesario “desnormativizar” el consumo de tabaco en adultos y jóvenes, ya que cuando una conducta es normativa impide un adecuado desarrollo de la resiliencia.

Palabras clave: Fumar; Resiliencia; Jóvenes.

ABSTRACT

A construct that has increased in relevance in the last years related with the risk and protection factors to drug consumption is the resilience, or capacity to recover and to maintain an adaptative behavior after suffering an intense stress, a catastrophe, or traumatic experiences as bad treatments, violence, etc.

Methods: In this study we analyzed the resilience in connection with the consumption of tobacco in a sample of 1.144 people from 14 to 25 years of age, representative of two areas of Galicia (Spain), Salnés and Carballiño area. The evaluation of the resilience was made with the Resilience Scale of Wagnild and Young that it evaluates resiliencia and the derived factors of personal competence and acceptance of self and life.

Results: The obtained results don't allow to confirm the hypothesis of study that those that don't consume tobacco have bigger resilience. This way, in relation to the status of the consumption of tobacco (never, sometimes, minor 1 per week, 1-2 per week, daily) there are not significant differences in resilience. Neither in the scale of acceptance of self and life, but if appears in the scale of personal competence, where those that consume daily cigarettes have a bigger personal competence. We find that those that have smoked at some time in the life, respect not consumption, have more resilience. The same thing finds in the scale of personal competence. In the comparison of the consumption or not of cigarettes in the last 6 months is not differences in the resilience scale although appear in the personal competence, where this is bigger for those than they smoke that for those that don't smoke.

Discussion: The obtained results are commented and we concludes that it is necessary remove the consumption of tobacco as a norm in adults and young, because when a behavior is normative it impedes an appropriate development of the resilience.

Key words: Smoke; Resilience; Young.

Correspondencia: Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela

Recibido: Octubre 2005. *Aceptado:* Enero 2006
[Prev Tab 2006; 8(3): 98-107]

INTRODUCCIÓN

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 resi-

liencia¹. Surge a partir del estudio de la etiología y el desarrollo de la psicopatología, 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 factores². Entre los eventos vitales adversos más estudiados están el divorcio de los padres³ y estresores traumáticos como el abuso o abandono y la guerra^{4,5}. El término de resiliencia se está haciendo muy popular, por parte de los profesores, los padres, los políticos, la gente de la calle, libros divulgativos, etc. Pero esto puede tener el riesgo de centrarnos sólo en la resiliencia y olvidarnos de reducir los factores de riesgo ambientales⁶, dado que a veces no tiene que ser cambiado el niño o la persona que tiene problemas, sino la sociedad, como es claro en el tema del tabaco (necesidad de que se incremente la restricción de publicidad y su consumo a través de leyes).

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy⁷: “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante” (p. 459). Garmezy⁸ 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 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 responsables 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 agencia, una institución que proporciona cuidados o los servicios de una iglesia. 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 vida².

En la revisión de Kumpfer y Hopkins⁹ considera 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 so-

lución de problemas. De ahí que la resiliencia puede definirse por las siguientes capacidades de los niños¹⁰:

1. La capacidad de recuperarse de eventos de vida traumáticos (p. ej., muerte de un padre, divorcio de sus padres, abuso sexual, etc.).

2. La habilidad para resistir el estrés crónico (p. ej., pobreza crónica, padres alcohólicos, enfermedad crónica, violencia doméstica, etc.). Por ello, se ha llegado a considerar que la resiliencia puede llegar a ser funcionalmente equivalente a la invulnerabilidad y la resistencia al estrés¹¹ y a la adversidad¹².

Son varios los estudios que se han hecho analizando la relación entre resiliencia y consumo de tabaco. Así, para Braverman¹³, la resiliencia sería la adaptación exitosa ante la exposición a estresores significativos u otros riesgos. Ha revisado la investigación sobre este tema, junto a otras características, incluidas en menor grado, como variables sociales y de los iguales¹⁴. Indica que el individuo podría ser resiliente para unas áreas (p. ej., rendimiento académico) pero no para otras (p. ej., consumo de sustancias). Éste es uno de los aspectos más problemáticos en el campo de la resiliencia y sobre el que no hay total consenso¹⁵. 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. Para Braverman¹³, 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. Por lo que sabemos hoy de la relación entre tabaco y psicopatología¹⁶, la resiliencia nos permitiría explicar por qué en un momento la persona consume o no consume tabaco.

La resiliencia puede verse también como una estrategia de afrontamiento, bien como 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. Por ello, conocer y evaluar la resiliencia, puede ser de una gran relevancia para conocer el uso del tabaco y de otras drogas. La resiliencia preserva al individuo de los problemas familiares y de otros estresores significativos en su vida. Hoy sabemos, por ejemplo, que los adolescentes utilizan el tabaco para regular su humor¹⁷. La resiliencia podría ser un factor de protección para el bajo estado de ánimo y para el consumo de tabaco y de otras drogas. Así, en el estudio de Anda et al.¹⁸ encontraron una importante asociación entre experiencias en la infancia y varios aspectos de fumar. Ellos indican que la nicotina es utilizada por estas personas como una herramienta farma-

cológica. Así alivian las heridas emocionales y psicológicas a largo plazo causadas por esas experiencias infantiles adversas. Aunque no todos están de acuerdo con esta afirmación, por estar influyendo sobre ellos otros factores relacionados con la producción de esa infancia adversa^{19, 20}, sí que una crianza adversa incrementa todo tipo de problemas y, entre ellos, el que fumen más personas con estas características²¹. A su vez, esta relación aparece muy unida a la mayor depresión en estas personas.

Ferguson y Zimmerman²² han revisado la relación de los factores de riesgo y protección con relación a la resiliencia en el consumo de distintas drogas. La resiliencia se centra en aquellas personas que estando en situaciones de alto riesgo no desarrollan conductas problema, como no consumir drogas. 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.

El consumo de cigarrillos constituye en la actualidad un grave problema de salud pública. Estamos hablando de la primera causa evitable de morbi-mortalidad de los países desarrollados. De ahí que el interés por su control y su tratamiento haya sido, y sigue siendo, muy alto. La magnitud del problema, en cifras, es claro. En España mueren actualmente de modo prematuro por consumir cigarrillos casi 50.000 personas cada año²³. Aunque en los últimos años ha descendido la prevalencia del número de fumadores, todavía fuma, según los últimos datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, el 31% de la población de 16 o más años (37,6% varones y 24,7% mujeres)²⁴. Y el problema está en los niños y jóvenes que se van incorporando al consumo de tabaco, de modo cada vez mayor, especialmente en mujeres, por la agresiva publicidad que se dirige a ellos^{25,26}.

Dado que hasta ahora no disponemos de estudios que analicen la relación entre resiliencia y el consumo de tabaco en España, este estudio tiene como objetivo analizar si existe relación entre ambos en una muestra representativa de jóvenes de entre 14 y 25 años de edad, edades en las que se produce el inicio en el consumo y la continuidad o no en su consumo. Hipotetizamos que las personas que no fuman tendrán una mayor resiliencia que los que fuman.

MÉTODO

Participantes

La muestra del presente estudio la forman 1.144 personas de 14 a 25 años de edad, extraída aleatoriamente de entre todos los jóvenes de 14 a 25 años de edad de dos co-

marcas de Galicia, la del Salnés (municipios de Vilagarcía de Arousa, Sanxenxo, Cambados, A Illa de Arousa, O Grove, Vilanova de Arousa, Ribadumia, Meaño y Meis, n = 602) y de O Carballiño (Ourense) (municipios de San Amaro, Punxín, Maside, Beariz, Cea, Carballiño, O Irixo, Piñor y Boborás, n = 542). La primera es una comarca costera, con ciudades de tamaño medio, con gran crecimiento y dinamismo en los últimos años; la segunda es una comarca rural, con núcleos de población pequeños y muy diseminados, con un importante envejecimiento de la población y pérdida de población juvenil.

La muestra se obtuvo aleatoriamente en cada uno de los municipios de cada comarca, seleccionados al azar, mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional. Los estratos fueron el hábitat (municipio de cada comarca, en función del número de habitantes de cada uno de ellos), el sexo y la edad (en tres estratos, 14-17, 18-21 y 22-25 años de edad).

Las personas fueron seleccionadas aleatoriamente en sus domicilios, utilizando un sistema de rutas aleatorias en cada punto muestral previamente prefijado por el investigador para que cada uno de los encuestadores localizase la primera casa de la cadencia.

Esta muestra es representativa de los jóvenes de 14 a 25 años de estas dos comarcas de Galicia.

Instrumento de evaluación

Evaluación del consumo de tabaco. La evaluación del consumo de tabaco se ha realizado a través de varias preguntas relacionadas con el mismo: a) si fumaron alguna vez en la vida; b) si han fumado en los últimos 6 meses; c) cantidad consumida, etc. Dado que la edad de la muestra oscila de 14 a 25 años de edad, utilizaremos para el análisis los datos de consumo de tabaco alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses y el *status* de consumo de tabaco ahora y en el pasado.

Resiliencia. Para evaluar la resiliencia se ha utilizado la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young²⁷. Para Wagnild y Young²⁷ su escala identifica el grado de resiliencia individual considerada como una característica de personalidad positiva que mejora la adaptación individual. Para la elaboración de la escala partieron de cinco aspectos de la resiliencia, a partir de los cuales elaboraron los ítems de la misma: ecuanimidad (una perspectiva equilibrada de la vida y experiencias personales de uno), perseverancia (el acto de persistir a pesar de la adversidad o desánimo), autoconfianza (la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades), significado de la vida (asumir que la vida tiene un propósito y considerar las propias contribuciones de uno a ella) y soledad existencial (la asunción de que la trayectoria de la

Status del consumo de tabaco	n	Resiliencia		Competencia personal		Aceptación de uno mismo y de la vida	
		Media	DT	Media	DT	Media	DT
Nunca	710	137,22	18,96	102,49	14,28	54,74	5,69
Pocas veces	59	136,37	17,34	102,47	13,02	55,38	5,17
Menos de 1 vez a la semana	25	130,64	16,43	98,28	13,56	52,84	5,37
Una o más veces a la semana	74	136,75	18,70	102,36	14,40	54,77	5,45
A diario	276	139,39	19,32	105,55	13,89	54,71	5,86
Total	1.144	137,52	18,92	103,13	14,17	54,73	5,86
Análisis de varianza		F (4,1140) = 1,63		F (4,1140) = 3,22*		F (4,1140) = 0,83	

* $p < ,05$

TABLA I. Status del consenso de tabaco y resiliencia.

vida de una persona es única). Esta escala es la más utilizada para evaluar la resiliencia. La escala consta de 25 ítems con siete alternativas de respuesta, desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo.

La traducción de la escala original en inglés al castellano se realizó por tres traductores expertos en inglés y castellano; estas traducciones se revisaron a su vez por dos personas distintas a los anteriores, psicólogos en este caso, con buen conocimiento de ambos idiomas y del constructo de resiliencia, para seleccionar los ítems de la versión final con mejor sentido y comprensión en castellano. Finalmente, se comprobó que la versión en castellano fuese equivalente en su traducción a la escala original en inglés, traducándose de nuevo ésta al inglés para comprobar su equivalencia. Siguiendo todos estos pasos se llegó a la versión final de la escala en castellano.

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 obtenidos confirman los dos factores propuestos en la validación original de la escala por Wagnild y Young²⁷ que reducen las cinco dimensiones propuestas para su escala a esos dos factores. Los ítems de cada uno de los dos factores que hemos obtenido son casi idénticos a los del estudio original de Wagnild y Young²⁷.

La fiabilidad de la escala de resiliencia en la presente muestra, mediante el coeficiente alfa de Cronbach, es de 0,88 para la escala total de resiliencia de 25 ítems. Los 25 ítems de la escala total han proporcionado dos escalas derivadas factorialmente, la de competencia personal, con 18 ítems, y fiabilidad de 0,89 y, la de acepta-

ción de uno mismo y de la vida, con 8 ítems, y fiabilidad de 0,76.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los resultados se ha utilizado la t de Student para la comparación de medias y la F del análisis de varianza para la comparación de tres o más grupos. Para el análisis de dos factores (variables independientes) se ha utilizado análisis multivariado de la varianza.

RESULTADOS

El porcentaje de rechazos para el total de la muestra fue del 7,9% (n = 90). La muestra tiene un error muestral máximo del 3% para un intervalo de confianza del 95,5%. La distribución del número de personas por edades de la muestra fue de 390 para 14-17 años, 365 para 18-21 años y de 389 para 22-25 años. El número de varones fue de 508 y el de mujeres de 636.

Para el periodo de toda la vida, un 62,06% indica que nunca ha consumido tabaco, un 5,15% pocas veces, un 2,18% menos de 1 vez a la semana, un 6,46% 1 o más veces a la semana y un 24,12% a diario. Para los últimos 6 meses, un 37,84% indica que ha fumado alguna vez en ese período de tiempo.

En relación al consumo de tabaco, el análisis del status de fumar (nunca, pocas veces, menos de 1 vez a la semana, una o más veces a la semana y a diario) no muestra diferencias significativas en resiliencia, ni en las escalas de aceptación de uno mismo y de los demás pero si en la de competencia personal, donde los que consumen a diario tienen una mayor competencia personal (F (4, 1140) = 3,22,

	Resiliencia			Competencia personal			Aceptación de uno mismo y de la vida		
	Media	DT	t	Media	DT	t	Media	DT	t
Tabaco, alguna vez									
Sí (n = 356)	138,58	18,39	2,84**	104,19	13,52	3,79**	54,79	5,87	0,51
No (n = 788)	137,93	19,89		100,77	15,29		54,60	5,85	
Tabaco, últimos 6 meses									
Sí (n = 433)	138,03	18,90	0,70	104,17	13,97	1,96*	54,71	6,15	-0,10
No (n = 711)	137,22	18,95		102,49	14,27		54,74	5,69	

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

TABLA II. Diferencias significativas en la escala de resiliencia en función del consumo o no de tabaco.

	Fumó (n = 356)		No fumó (n = 788)		Total (N = 1.144)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Varón (n = 508)	138,70	18,34	138,33	21,42	138,60	19,21
Mujer (n = 636)	138,48	18,46	133,18	18,61	136,67	18,66
Total	138,58	18,39	135,19	19,89		

TABLA III. Resiliencia en función del consumo de tabaco alguna vez en la vida en función del sexo.

$p < ,05$) (Tabla I). En el *status* de consumo por sexo solo aparece una diferencia significativa en la escala de aceptación de uno mismo y de los demás, donde es significativa la interacción de estatus de consumo de tabaco x sexo ($F(4, 1140) = 4,39, p < ,01$) (Tabla IV).

Cuando comparamos a los que han fumado tabaco o no alguna vez en la vida obtenemos diferencias significativas en resiliencia ($t(1, 1443) = 2,84, p < ,01$), donde los que lo han consumido alguna vez tienen más resiliencia (138,58 vs 137,93), y también diferencias significativas en la escala de competencia personal ($t(1, 1143) = 3,79, p < ,01$), donde los que han fumado alguna vez en la vida aparecen con más competencia personal (104,19 vs 100,19). No hay diferencias significativas en la escala de aceptación de uno mismo y de la vida. Cuando analizamos la resiliencia en los que han fumado o no cigarrillos en los últimos 6 meses sólo aparecen diferencias significativas en la escala de competencia personal ($t(1, 1143) = 1,96, p < ,01$), donde es mayor para los que fuman que para los que no fuman (104,17 vs 102,49) (Tabla II).

Un análisis de varianza de sexo x fuma/no fuma indica que no hay diferencias significativas por sexo ni por consumo, pero sí aparece en la interacción de sexo (hombre, mujer) por consumo (fumó/no fumó alguna vez en la vida) ($F(1, 1443) = 4,04, p < ,05$). Esto ocurre porque las mujeres que no fuman tienen una puntuación menor en resiliencia que en los otros grupos (Tabla III). La misma comparación para los que fuman/no fuman en los últimos 6 meses por sexo no indica ninguna diferencia significativa.

En la escala de competencia personal y de aceptación de uno mismo y de los demás no se obtienen diferencias por sexo entre los que fuman y los que no fuman alguna vez en la vida (Tabla IV) o en los últimos 6 meses (Tabla V).

Un análisis de varianza por edad, agrupados en tres grupos (14-17, 18-21 y 22-25 años) x fumó/no fumó alguna vez en la vida indica sólo diferencias significativas en edad ($F(2, 1142) = 5,96, p < ,001$), dado que tanto en los fumadores como en los no fumadores hay un incremento en resiliencia en función de la edad (p. ej., para los que no fuman, de 133.31 para 14-17 años, 134.78 de 18-21 años, y 140.78 para 22-25 años) (Tabla VI). Esta misma relación ($F(2, 1142) = 5,35, p < ,001$) vuelve a encontrarse en relación con los que fumaron o no en los últimos 6 meses (Tabla VII).

En la escala de competencia personal un análisis de varianza de edad (14-17, 18-21 y 22-25 años) x fumó/no fumó alguna vez en la vida indica diferencias significativas por consumo/no consumo ($F(1, 1143) = 6,70, p < ,01$) y edad ($F(2, 1142) = 5,54, p < ,001$), dado que tanto en los fumadores como en los no fumadores hay un incremento en resiliencia en función de la edad, pero también es siempre mayor la resiliencia en los que fuman que en los que no fuman (Tabla VIII). A los 6 meses (Tabla IX) la anterior relación solo se encuentra para la edad ($F(2, 1142) = 5,44, p < ,004$), como ocurría con la escala de resiliencia.

	Competencia personal				Aceptación de uno mismo			
	Fumó (n = 356)		No fumó (n = 788)		Fumó (n = 356)		No fumó (n = 788)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Varón (n = 508)	104,28	13,48	102,94	16,06	54,25	5,98	54,64	6,20
Mujer (n = 636)	104,11	13,57	99,38	14,64	55,26	5,74	54,57	5,63

TABLA IV. Competencia personal y aceptación de uno mismo y de los demás en función del sexo y del consumo de tabaco (alguna vez en la vida).

	Competencia personal				Aceptación de uno mismo			
	Fumó (n = 356)		No fumó (n = 788)		Fumó (n = 356)		No fumó (n = 788)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Varón (n = 508)	105,19	13,55	103,01	14,64	54,37	6,38	54,35	5,80
Mujer (n = 636)	103,20	14,31	102,11	14,01	55,03	5,01	55,03	5,60

TABLA V. Competencia personal y aceptación de uno mismo y de los demás en función del sexo y del consumo de tabaco (en los últimos 6 meses).

	Fumó (n = 356)		No fumó (n = 788)		Todos (n = 1.144)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
14-17 años (n = 390)	136,76	18,31	133,31	19,70	134,88	19,13
18-21 años (n = 365)	138,38	17,07	134,78	20,43	137,70	17,78
22-25 años (n = 389)	139,86	19,60	140,78	19,11	140,04	19,49
Total	138,60	18,41	135,19	19,89		

TABLA VI. Puntuaciones en resiliencia según el consumo de tabaco alguna vez en la vida y edad.

	Fumó (n = 433)		No fumó (n = 711)		Todos (n = 1.144)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
14-17 años (n = 390)	135,06	20,24	134,84	18,89	134,88	19,13
18-21 años (n = 365)	138,44	17,20	137,06	18,29	137,70	17,78
22-25 años (n = 389)	138,91	19,85	141,11	19,12	140,04	19,49
Total	138,06	18,93	137,22	18,94		

TABLA VII. Puntuaciones en resiliencia según el consumo de tabaco en los últimos 6 meses y edad.

	Fumó (n = 356)		No fumó (n = 788)	
	Media	DT	Media	DT
14-17 años (n = 390)	102,49	13,97	99,68	15,02
18-21 años (n = 365)	104,18	12,53	99,95	15,87
22-25 años (n = 389)	105,20	14,13	104,55	15,07
Total	104,20	13,53	100,77	15,29

TABLA VIII. Escala de competencia personal. Consumo de tabaco alguna vez en la vida en función de la edad.

	Competencia personal				Aceptación de uno mismo			
	Fumó (n = 433)		No fumó (n = 711)		Fumó (n = 433)		No fumó (n = 711)	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
14-17 años (n = 390)	101,71	15,78	100,78	14,34	54,45	6,18	54,39	5,59
18-21 años (n = 365)	104,57	12,73	102,35	13,72	54,80	5,74	54,50	5,67
22-25 años (n = 389)	104,83	14,31	105,31	14,32	54,71	6,54	55,54	5,81
Total	104,19	13,99	102,49	14,27	54,70	6,16	54,74	5,87

TABLA IX. Competencia personal y aceptación de uno mismo y de los demás en función de la edad y del consumo de tabaco (en los últimos 6 meses).

	O Carballiño (n = 542)		O Salnés (n = 602)		
	Media	DT	Media	DT	
Tabaco, alguna vez					
Sí (n = 356)	138,59	18,44	138,58	18,37	
No (n = 788)	137,00	20,30	133,81	19,50	Tabaco Uso, F = 6,86**
Tabaco, últimos 6 meses					
Sí (n = 433)	136,56	18,44	139,90	19,35	
No (n = 711)	139,42	19,34	135,63	18,52	Zona, F = 9,41**

** $p < ,01$

TABLA X. Diferencias significativas en la escala de resiliencia en función del consumo o no de tabaco (alguna vez en la vida o últimos 6 meses) según la comarca.

En la escala de aceptación de uno mismo y de la vida, comparando los tres grupos de edad en función de si han fumado o no alguna vez en la vida o si han fumado o no en los últimos 6 meses, no se encuentra ningún tipo de diferencia significativa.

El análisis de las puntuaciones de resiliencia por estado civil indica diferencias en éste ($F(2, 1142) = 4,34, p < ,05$), donde los casados puntúan más (144,77) que los solteros (137,25). También aparecen diferencias en resiliencia por estudios ($F(5, 1138)$), donde tienen menor puntuación los que estudian COU (129,38) y la mayor los que tienen estudios primarios y básicos (140,91), aunque los demás tienen puntuaciones semejantes a esta (en torno a 139 en todos los casos). No aparecen diferencias significativas en resiliencia según el uso de tabaco alguna vez por zona. Si aparecen diferencias por zona en la escala de aceptación de uno mismo y de los demás ($F(1, 1443) = 15,74, p < ,001$). Respecto al consumo de tabaco en los últimos 6 meses aparecen diferencias por zona ($F(1, 1443) = 9,41, p < ,01$) donde los que no fuman tienen mayor resiliencia en la zona de O Carballiño, mientras que ésta es mayor pa-

ra los que fuman en la zona de O Salnes. Lo mismo ocurre para el consumo o no de tabaco a los 6 meses en la escala de competencia personal en el consumo de tabaco a los 6 meses ($F(1, 1443) = 4,14, p < ,05$) e interacción de consumo de tabaco x zona ($F(1, 1443) = 8,14, p < ,05$) y en aceptación de uno mismo y de los demás donde hay diferencias por zona ($F(1, 1443) = 12,44, p < ,05$) y la interacción de zona x consumo de tabaco o no a los 6 meses ($F(1, 1443) = 4,90, p < ,05$) (Tabla X).

DISCUSIÓN

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^{4,28}. 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 adaptación¹⁰. En el presente estudio el objetivo ha sido analizar si hay relación entre la mayor resilien-

cia y el menor consumo de cigarrillos o no fumar. Los resultados obtenidos en una muestra de jóvenes de 14 a 25 años no permite confirmar la hipótesis que planteamos en este estudio en donde proponíamos que los que no consumiesen tabaco tendrían 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 incremento¹⁵. Por ello también encontramos que 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). Por zona no hay diferencias en el uso de tabaco alguna vez pero sí en que en el consumo en los últimos 6 meses. Por sexo no hay diferencias en la escala global de resiliencia. Sin embargo, los resultados obtenidos en la relación entre consumo de tabaco y resiliencia van en contra de la hipótesis planteada, ya que los que fuman tienen mayor resiliencia. ¿A qué se pueden deber estos resultados? Son varias las posibles explicaciones que podemos apuntar para ello.

Como indican Fergus y Zimmerman²² 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 a él. Para algunos constructos, un extremo puede ser un factor de riesgo, mientras que otros extremos pueden ser de protección. Tener baja autoestima, por ejemplo, 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.

Pero quizás no hay que olvidarse que en el tema del tabaco y 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 riesgo²². Si, además, fumar no sólo es normativo socialmente sino que se publicita el producto dirigido especialmente a los jóvenes, 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 científica²³.

Otra posible explicación para los resultados obtenidos puede ser por el modo en que hemos evaluado la resiliencia. Aunque hemos utilizado la escala más utilizada en los estudios de resiliencia, la de Wagnild y Young²⁷, la cual tiene una buena fiabilidad en la presente muestra, de 0,88,

otros autores del campo de la resiliencia sugieren que ésta se evalúe con medidas múltiples²⁹. De todos modos, hemos de indicar que en otro estudio³⁰, sí hemos encontrado una clara relación entre la mayor resiliencia y el menor consumo de cocaína, lo que confirma la utilidad del concepto de resiliencia para conductas no normativas (p. ej., consumo de cocaína), pero quizás no para las normativas (el consumo de tabaco en nuestra sociedad, y especialmente en los jóvenes de 14 a 25 años de edad, donde la mayoría lo ve como normal o lo tolera perfectamente). Como se ha encontrado en otras conductas, como es el ejercicio físico (p. ej.,³¹), 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 Bandura³², dado que el control conductual percibido y la autoeficacia son constructos sinónimos³³. 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 et al.³⁴, 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 de los padres con sus hijos llevaba a una mayor prevalencia del consumo de alcohol, probablemente porque las familias niegan que esto sea un problema. Lo mismo encontraron entre el mayor apego a la madre y el consumo de alcohol. Esto que explica los resultados para el alcohol podrían ser los mismos para tabaco, tal como hemos obtenido en este estudio.

Otra posible explicación para los resultados obtenidos en este estudio vendría de que, tal como algunos investigadores sobre la resiliencia insisten, ésta debiera considerarse como un proceso o fenómeno, no como un rasgo³⁵. Como tal, va a depender la misma de la interacción del individuo con su ambiente más inmediato. Esto indicaría que la resiliencia 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 vulnerabilidad⁴. Por lo que vemos en este estudio ello, no sería aplicable al tema del tabaco.

Una limitación del presente estudio es no haber analizado también otras variables mediadoras con el consumo de tabaco y con la resiliencia, como la depresión, la ansiedad, experiencias previas traumáticas, etc., aunque no era el objetivo del presente estudio.

En conclusión, el presente estudio no permite confirmar que exista relación entre, mayor resiliencia y, menor consumo de tabaco. Los resultados obtenidos en el presente estudio, que van en la dirección contraria a lo hipotetizado, pueden ser debidos en parte a la normalización del consumo de tabaco en nuestra sociedad, y a la baja percepción de riesgo ante el mismo, tanto en la población adulta como en la población juvenil. De ahí la necesidad de “desnormalizar” en nuestra sociedad el consumo de tabaco.

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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine. Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research, Mrazek PJ, Haggert RJ, eds. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
2. Masten AS. Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. En: Glantz MD, Johnson, JL, eds., Resilience and development. Positive life adaptations. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press; 1999. p. 281-96.
3. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE, Plummer BA, Greene SM, Anderson ER, et al. Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce. A randomized controlled trial. JAMA 2002; 285: 1874-81.
4. Fergusson DM, Horwood LJ. Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. En: Luthar SS, ed. Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge, RU: Cambridge University Press; 2003. p. 130-55.
5. Garmez N, Masten AS. Chronic adversities. En: Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. Recent research in developmental psychopathology. Oxford: Pergamon Press; 1994. p. 213-33.
6. Barlet DW. On resilience: Questions and validity. En: Wang MC, Gordon EW, eds. Educational resilience in Inner-City America: Challenges and prospects. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1994. p. 97-108.
7. Garmez N. Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. Am Behav Scientist 1991; 31: 416-30.
8. Garmez N. Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry 1993; 56: 127-36.
9. Kumpfer KL, Hopkins R. Prevention: Current research and trends. Recent Adv Add Disorders 1993; 16: 11-20.
10. Kumpfer K, Szapocznik J, Catalano R, Clayton RR, Liddle HA, McMahon R, et al. Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention; 1998.
11. Garmez N. Stress-resistant children: The search for protective factors. En: Stevenson JE, ed. Recent research in developmental psychopathology. Nueva York: Pergamon Press; 1985. p. 213-33.
12. Rutter M. Psychosocial resilience as a protective mechanism. En: Rolf H, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH, Weintraub, S, eds. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Nueva York: Cambridge University Press; 1990. p. 181-214.
13. Braverman MT. Research on resilience and its implications for tobacco prevention. Nic Tob Res 1999; 1 (Supl 1): 67-72.
14. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2002.
15. Masten AS, Powell JL. A resilience framework for research, policy, and practice. En: Luthar SS, ed. Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge, RU: Cambridge University Press; 2003. p. 1-25.
16. Becoña E. Tabaco y salud mental. Revista Thomson Psicología 2003; 1(2): 119-37.
17. Brown RA, Lewinsohn P, Secley JR, Wagner EF. Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 1602-10.
18. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. JAMA 1999; 282: 1652-8.
19. Parrott A. Smoking and adverse childhood experiences [letter]. JAMA 2000; 283: 1959.
20. Reynolds W, Frank C. Smoking and adverse childhood experiences [letter]. JAMA 2000; 283: 1958-9.
21. Anda RF, Croft JB, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA, Felitti VJ, et al. Smoking and adverse childhood experiences [letter]. JAMA 2000; 283: 1959-60.
22. Fergusson S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. Ann Rev Public Health 2005; 26: 1-26.
23. Montes A, Pérez M, Gestal JJ. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. Adicciones 2004; 16 (Supl 2): 75-82.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta nacional de salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
25. Becoña E. Tabaco. Vigo: Nova Galicia Edicións; 2005.
26. Salvador T. Tabaquismo. Madrid: Aguilar; 1996.
27. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. J of Nursing Measurement 1993; 1: 165-78.
28. Garmez N, Masten AS. Chronic adversities. En: Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. Recent research in developmental psychopathology. Oxford: Pergamon Press; 1994. p. 213-33.

29. Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: a concept analysis. *J Adolesc* 2003; 26: 1-11.
30. Becoña E, López A, Míguez MC, Fernández E. Resiliencia y consumo de cocaína. *Adicciones*. En prensa.
31. Armitage CJ. Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? *Health Psychol* 2005; 3: 235-45.
32. Bandura A. *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Freeman; 1997.
33. Ajzen I. Models of human social behavior and their application to health psychology. *Psychol Health* 1998; 13: 735-9.
34. Johnson K, Bryant DD, Collins DA, Noe TD, Strader TN, Berbaum M. Preventing and reducing alcohol and other drug use among high-risk youths by increasing family resilience. *Social Work* 1998; 43: 297-308.
35. Luthar SS, Zelazo LB. Research on resilience: An integrative review. En: Luthar SS, ed. *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, RU: Cambridge University Press; 2003. p. 510-49.