

Resiliencia en jóvenes y adultos consumidores de drogas en Chile, Ecuador y Colombia: un estudio comparativo

Resilience in young and adult drug users in Chile, Ecuador and Colombia: a comparative study

Resiliência em usuários jovens e adultos de drogas no Chile, Ecuador e Colômbia: um estudo comparativo

Eugenio Saavedra-Guajardo¹

Claudio Rojas-Jara²

Universidad Católica del Maule, Chile

Pablo Concha-Ponce³

Universidad Autónoma de Chile

RESUMEN.

El presente estudio, de carácter descriptivo-comparativo, tuvo como objetivo, establecer un perfil de resiliencia en jóvenes y adultos consumidores de drogas en proceso de rehabilitación, provenientes de Chile, Ecuador y Colombia. La muestra estuvo compuesta por 65 sujetos, entre 15 y 32 años, que asistían a algún centro de rehabilitación, hombres y mujeres, y que voluntariamente accedieran a participar en esta investigación. Los sujetos

¹ Psicólogo, PUC. Magíster en Investigación, Universidad Academia del Humanismo Cristiano. Doctor en Educación, Universidad de Valladolid, España. Terapeuta Cognitivo Procesal Sistémico. Académico Titular e Investigador, Universidad Católica del Maule. Correspondencia dirigirla a: esaavedr@ucm.cl

² Psicólogo. Magíster en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas, Universitat de València, España. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile. Correspondencia dirigirla a: crojasj@ucm.cl

³ Psicólogo, Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma de Chile. Doctorando en Psicología, Universidad de Flores, Buenos Aires, Argentina. Máster Psicoterapia Breve Estratégica, Centro Di Terapia Strategica de Arezzo, Italia. Académico y Supervisor Clínico en la Escuela de Psicología de la Universidad Autónoma de Chile, Talca. Correspondencia dirigirla a: pablo.concha@uautonoma.cl

fueron evaluados con la escala SV-RES durante el período 2017. La escala permitió obtener niveles generales de resiliencia como también puntajes en doce dimensiones a la base de esta variable. Los datos fueron sometidos a análisis de medidas de tendencia central, de dispersión y comparación de grupos. Entre los resultados más relevantes, aparece el alto nivel de resiliencia exhibido por el grupo colombiano, un nivel intermedio en el caso ecuatoriano y un bajo nivel general de resiliencia en la muestra chilena. En torno a los perfiles descritos destacan como áreas debilitadas la “Satisfacción” y la “Afectividad”, en tanto las áreas más desarrolladas se concentran en los “Modelos” y la “Generatividad”. Lo anterior puede orientar el diseño de estrategias de intervención que destaquen el uso de pares no consumidores como modelos, análisis de experiencias prácticas de afrontamiento, a la vez del fortalecimiento del área de expresión emocional, el reconocimiento afectivo y la generación de redes de apoyo.

Palabras claves: Consumo de drogas, Resiliencia, Rehabilitación, Intervención.

ABSTRACT

The purpose of this descriptive-comparative study was to establish a profile of resilience in young and adult drug users in rehabilitation process from Chile, Ecuador and Colombia. The sample consisted of 65 subjects, men and women between 15 and 32 years old, attended in a rehabilitation center, and who voluntarily agreed to participate in this research. Subjects were evaluated using the SV-RES scale during the 2017. The scale allows obtaining general levels of resilience as well as scores in twelve dimensions to the base of this variable. The data were submitted to three analysis: measures of central tendency, dispersion and groups comparison. Among the most relevant results is the high level of resilience exhibited by the Colombian group, an intermediate level in the Ecuadorian case and a low overall level of resilience in the Chilean sample. The “Satisfaction” and “Affectivity” areas are highlighted as weak points, while the more developed areas are concentrated in “Models” and “Generativity”. This may lead to the design of intervention strategies that emphasize the use of non-consumer peers as models,

the analysis of practical coping experiences, as well as the strengthening of emotional expression area, affective recognition and generation of support networks.

Keywords: Drug use, Resilience, Rehabilitation, Intervention.

RESUMO

O objetivo deste estudo descritivo-comparativo foi estabelecer um perfil de resiliência em usuários de drogas jovens e adultos no processo de reabilitação, do Chile, Equador e Colômbia. A amostra foi composta por 65 sujeitos, entre 15 e 32 anos, que frequentavam um centro de reabilitação, homens e mulheres, e que concordaram voluntariamente em participar desta pesquisa. Os sujeitos foram avaliados com a escala SV-RES durante o período de 2017. A escala permitiu obter níveis gerais de resiliência, bem como escores de doze dimensões baseados nesta variável. Os dados foram submetidos à análise de medidas de tendência central, dispersão e comparação de grupos. Entre os resultados mais relevantes está o alto nível de resiliência exibido pelo grupo colombiano, um nível intermediário no caso equatoriano e um baixo nível geral de resiliência na amostra chilena. Em torno dos perfis descritos como enfraquecido incluem o “Satisfaction” e “Affective”, enquanto que as áreas mais desenvolvidas estão concentrados nas “Modelos” e áreas “generatividade”. Isso pode orientar a concepção de estratégias de intervenção que enfatizam o uso do mesmo os não-usuários como modelos, análise de experiências práticas de lidar, ao mesmo tempo reforçar o espaço de expressão emocional, reconhecimento afetivo e gerar redes de apoio.

Palavras-chave: Uso de drogas, Resiliência, Reabilitação, Intervenção.

INTRODUCCIÓN.

El último informe mundial sobre drogas desarrollado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNOCD por sus siglas en inglés) establece que la situación del consumo a escala mundial ha permanecido estable. Consta además en el mismo documento que 275 millones de personas (es decir, el 5,6% de la población mundial), entre 15 y 64 años usaron al menos una droga en el 2016, de estos, 31 millones aproximadamente presentarían problemas con sus consumos. Esta evidencia revela que si bien no estamos frente a un desmoronamiento mundial por el consumo de drogas, la acción sobre los usos problemáticos y sus consecuencias son materia de importancia y valor global (UNOCD, 2018).

Enfoques médicos, morales, jurídicos, culturales, existencialista, como también teorías biológicas, psicológicas, sociológicas, antropológicas y farmacológicas han albergado en sí las explicaciones y, por consiguiente, las tentativas de acción sobre las personas que presentan un uso problemático de drogas, con mayor preponderancia de uno sobre otro, en la medida que la ciencia y la discusión avanzan (Fisher y Harrison, 2005; García, García, y Secades, 2011; Grigoravicius, 2006; Muñoz, 2012; Rickwood et al., 2005; Rojas-Jara, 2015).

Desde la psicología, puntualmente, existen tantas explicaciones y métodos de abordaje para el uso de drogas como enfoques la constituyen (Rojas-Jara y Mueña, 2016).

La intervención cognitivo conductual aparece regularmente como el modelo con mayor cantidad de evidencia científica sobre su eficacia en el abordaje de los usos problemáticos

de drogas. Bajo esta perspectiva, la adquisición de la conducta de consumo de drogas deriva de una serie de variables ambientales, estímulos y respuestas condicionadas particulares, como también diversas contingencias, atribuciones, creencias y pensamientos, tanto positivos como negativos, que reforzarían su habituación y/o extinción (González, 2009; Llorente del Pozo y Iraurgi, 2008; Magill y Ray, 2009; McHugh, Hearon, y Otto, 2010; Secades y Fernández, 2001).

La mirada sistémica nos ofrece un análisis de uso de drogas enfocado principalmente en elementos contextuales y, puntualmente, sobre cómo se entiende este uso dentro un sistema próximo e interactuante como la familia y el grupo de pares (Becoña y Cortés, 2010). Desde esta perspectiva el consumo de drogas en uno, o más, de sus miembros podría responder a un malestar del funcionamiento sistémico, a un síntoma familiar, a una deuda transgeneracional, a un mecanismo para mantener cierta homeostasis, a la pseudoinviduación de alguno de sus miembros o a la perpetuación de pautas de interacción y estructuras disfuncionales (Becoña y Cortés, 2008; Espinoza, Hernández, y Vöhringer, 2004; Fernández y Secades, 2002; Stanton, Todd, y Cols., 1990).

Desde la perspectiva psicoanalítica, y sus posturas más clásicas, se sustenta la noción del uso de drogas como una sustitución del placer primario (masturbación) y como una pretensión de sobrevivencia al dolor, es decir, se le comprende como un rechazo al sufrimiento antes de la sola obtención de satisfacción (Freud, 1897/1986). Para López (2007) el consumo de drogas responde a una estrategia defensiva activa del sujeto por evitar el dolor. De este modo, la persona usaría las drogas no como una forma de sentirse libidinalmente en placer sino como una forma defensiva para soslayar el displacer. Así, el

uso de drogas, quedaría descrito desde el psicoanálisis, como un síntoma emergente-consciente de un conflicto reprimido-inconsciente acuñado en lo profundo del sujeto.

De los modelos de comprensión y abordaje

La forma de comprender el fenómeno de las drogas trasunta directamente en el modo de desarrollar estrategias y métodos de abordaje, ya sea en la prevención o en el tratamiento y rehabilitación. El modelo médico tradicional se focaliza en la relevancia de la prevención y en programas de tratamiento de las adicciones por parte del personal sanitario, donde el objetivo final es reducir y eliminar progresivamente el consumo de drogas, centrándose fundamentalmente en la abstinencia del usuario-consumidor-enfermo y en la reducción de la oferta por medio de la prohibición o el castigo (de Rementería, 2001). El modelo de reducción de daños, por su parte, define prácticas respetuosas y compatibles con los principios y derechos humanos elementales como alternativa a los modelos criminalizadores, moralistas y de enfermedad (Marlatt, 1996). Quienes adhieren a este modelo desplazan la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias y efectos adversos o útiles de su uso, además amplía los objetivos desde la abstinencia (que no se abandona jamás como meta) hacia un amplio rango de procesos y estrategias para disminuir las consecuencias dañinas del uso problemático de drogas (Oda, 2015). Este modelo se enfoca en aquellas fortalezas propias de la persona que usa drogas más que en sus variables patológicas o deficitarias (Tatarsky y Marlatt, 2010). En esa línea, emerge la resiliencia como concepto clave para los procesos de comprensión e intervención en este

ámbito, toda vez que su énfasis estará radicado en las potencialidades y capacidades del sujeto para sobreponerse a situaciones adversas como puede ser el uso de drogas.

Resiliencia: desarrollo y definición

La historia del ser humano en el mundo es en sí una historia de resistencia y de superación. Más allá de la concepción biológica-evolutiva de esta afirmación, que nos remonta efectivamente a la evidencia de la supervivencia como especie dominante en el mundo, el estudio y la comprensión de las trayectorias individuales de desarrollo y crecimiento, desde un enfoque interaccional y constructivista, nos posiciona necesariamente al estudio desde lo que hace un par de décadas se conoce como resiliencia (Saavedra, 2005).

El concepto de resiliencia es un término polisémico, aplicado originalmente en la física de los materiales, teniendo posteriormente aserción en distintas y diversas disciplinas. Las investigaciones preliminares se remontan a los estudios longitudinales en la década del 50' de la mano de Werner, sobre un grupo de niños en Hawái, que habían nacido y crecido en contexto de alto riesgo psicosocial y que a pesar de aquello habían logrado encaminar una vida adulta competente. En un primer momento la autora acuñó el concepto de *invulnerabilidad* para describir dicha capacidad, el que luego se consideró inadecuado (por comprenderse como la total y absoluta resistencia) y se introduce el término de resiliencia, el cual se entiende como más que la resistencia misma y más amplio que la mera adaptabilidad de los individuos (Manciaux, Vanistendael, Lecomte, y Cyrulnik, 2001).

La resiliencia –lejos de determinismos genéticos– se concibe hoy en día en términos de su dinamismo, como una construcción fuertemente ligada al contexto y variables de interacción humana. En este sentido, se recalca que esta capacidad no es rígida ni absoluta, varía según las circunstancias y etapas de la vida, pudiendo ser expresadas por los sujetos de muy diversos modos, además de concebirla como una capacidad de carácter universal y presente en todas las culturas. La clave de su expresividad reside en la interacción de los factores de riesgos y de los factores protectores, siendo esencial dentro de estos últimos, la vinculación afectiva y positiva con otro (Kotliarenco, 1997; Manciaux et al., 2001; Saavedra y Villalta, 2008a).

Podemos referir que existen ciertas convergencias relevantes en la mayoría de las definiciones sobre resiliencia, que apuntarían principalmente: a) la resistencia a un trauma o estrés considerablemente grave, y b) una evolución posterior del individuo satisfactoria y socialmente aceptable (Grotberg, 1999; Kotliarenco, 1997; Saavedra, 2005; Saavedra y Villalta, 2008a).

Medir e intervenir en resiliencia

La comprensión de las implicancias de la resiliencia en las trayectorias de vida de los sujetos ha llevado a la necesidad e interés por evaluarle y a la vez de incorporarle como una variable de estudio y de intervención. Para esto resulta imprescindible, apropiarse de un modelo explicativo que sirva como base comprensiva y a la vez como una guía para su medición. En este sentido, resulta adecuado el modelo elaborado por Saavedra (2003, 2014)

para entender la conducta resiliente, en el cual se proponen cuatro momentos de construcción de dicha conducta:

1. *Condiciones de base*: relacionadas con: a) estilos vinculares desarrollados por el niño/a durante sus primeros años de infancia, b) la identidad construida en relación a sus cuidadores y su entorno, c) poseer un sistema de creencias que le otorguen al sujeto un ordenamiento del mundo, y d) la convicción de ejercer un rol en la vida, lo que permite dar sentido a la acción.

2. *Visión de sí mismo*: asociado al nivel de autoestima positiva del sujeto, su percepción de autoeficacia, una conducta personal autónoma, la mantención del control personal interno (aunque sea parcialmente), y por último, sentirse miembro de un colectivo que comparte la situación.

3. *Visión del problema*: entendido como visualizar la situación como abordable (al menos en parte), tener una historia previa de confirmaciones por parte de los adultos cuidadores y una historia de solución de algunos problemas, valorar la experiencia pasada y aprender de ella (sea esta positiva o negativa).

4. *Respuesta activa*: asociada a que la acción resiliente debe ser construida sobre la base de objetivos prácticos y metas a corto plazo, que permitan una retroalimentación cercana, y por otro lado, ser capaz de construir esa respuesta involucrando a otros y siendo proactivos en el desarrollo de dicha respuesta.

Estas cuatro dimensiones, cruzadas a la vez con la propuesta de Grotberg (1999), la que proporciona tres niveles de funcionamiento del yo (“yo soy o estoy”, “yo tengo” y “yo

puedo”) originan doce dimensiones constituyentes de la resiliencia, las cuales orientan su evaluación e intervención a nivel de acciones promotoras y preventivas en los sujetos. Estas doce dimensiones son las siguientes: identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad (Saavedra y Villalta, 2008b; Saavedra, 2014).

Según lo dispuesto, la resiliencia en tanto constructo, permite solo la medición de las conductas asociadas a ella y no la resiliencia en sí misma. Por otro lado, desde una óptica constructivista, la elaboración subjetiva de la realidad en los sujetos, hacen que necesariamente, el mecanismo más adecuado para llevar a cabo una evaluación en resiliencia sea a través del autorreporte, dispuesto entonces como la autopercepción de resiliencia. *La Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos SV-RES* (Saavedra y Villalta, 2008b) cumplen con dichos criterios. El instrumento está conformado por 60 ítems de cinco alternativas de respuesta cada uno, arrojando un perfil en base a las doce dimensiones señaladas anteriormente. Saavedra (2014) señala que a partir de diversos estudios realizados con esta escala y sus símiles, *Escala de resiliencia Escolar, ERE*, y la *Escala de Resiliencia Familiar, RES-F*, se ha logrado obtener una base de resultados generales, entre los que se destacan los siguientes: a) no existiría una diferencia significativa evidenciada a nivel de género, pese a que las mujeres tienden a puntuar más alto, b) no existirían diferencias significativas en resiliencia en función de niveles socio-económicos, c) tampoco se evidencian diferencias significativas en cuanto a rango etario, d) los modelos familiares parecen influir en la generación de conductas resilientes en los hijos, sobre todo desde la figura de la madre, e) en las zonas rurales, se presentaría un mayor grado de resiliencia en

las personas, f) en familias numerosas (cuatro hijos o más), se desarrollarían mayores capacidades de resiliencia; y g) se han observado resultados auspiciosos en programas de fomento de la resiliencia, lo que instala fecundamente el tránsito desde la mera evaluación o medición de la resiliencia, hacia la lógica de la promoción e intervención en sujetos y familias (Saavedra y Castro, 2009).

A partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), se reconoce el papel que juega la red de apoyo social como mecanismo preponderante, tanto para el afrontamiento a la adversidad, así como en la resolución de los eventos traumáticos. En esta línea y en el contexto de la intervención psicoterapéutica relacionada con la resiliencia, se sostiene que el apoyo social, debe contener al menos dos dimensiones: una estructural, referida a la cantidad y la calidad de los vínculos, y una funcional, que representa al tipo de apoyo que se puede obtener. De este modo, se obtienen las siguientes funciones del apoyo social: a) emocional, asociada a las muestras de afecto, empatía y confianza, b) instrumental, referida al acompañamiento y al apoyo en la resolución de los problemas, y c) informativa, relacionada al acceso y la obtención de información útil para solventar diversos tipos de problemas (Puig y Rubio, 2011).

METODOLOGÍA

Objetivo.

Describir y comparar el perfil de resiliencia, de jóvenes y adultos consumidores de drogas en proceso de rehabilitación de Chile, Ecuador y Colombia, evaluados a través de la Escala SV-RES, durante el período enero a julio de 2017.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo comparativo, con tres muestras intencionales (Colombia, Ecuador y Chile), de carácter cuantitativo, no experimental, transeccional y de fuente primaria.

Población

El presente estudio fue desarrollado en población de jóvenes y adultos consumidores de drogas en proceso de rehabilitación, de tres países diferentes de América Latina: Colombia, Ecuador y Chile.

Muestra

Para el estudio se trabajó con una muestra intencional, dada las características específicas de los sujetos, de 65 jóvenes y adultos, que cumplieran con algunas características de inclusión, a saber: hombres y mujeres, entre 15 y 30 años de edad, que asistieran a algún centro de rehabilitación de drogas y que voluntariamente quisieran

participar en esta investigación. Los sujetos del estudio provenían de Chile, Ecuador y Colombia. Dado el número de sujetos, se ha de cautelar la generalización de los resultados.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos, SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008). Dicha escala cuenta con los niveles de validez ($r=0,76$) y confiabilidad (Alfa de Chronbach= $0,96$) requeridos para este estudio. Consta de 60 ítems y es un instrumento auto administrado. La escala total arroja puntajes que fluctúan entre los 60 y 300 puntos. El instrumento arroja un puntaje general y puntajes por dimensiones, de acuerdo al modelo del SV-RES.

Procedimiento

Se identificaron tres centros de rehabilitación en drogodependencias que ofrecieran facilidades para el desarrollo de este estudio en Ecuador, Colombia y Chile. Luego se tomó contacto con la Dirección y/o Jefatura de los respectivos centros y logrando la autorización para aplicar los instrumentos. De esta forma las escalas, de carácter anónimas, fueron administradas individualmente, por los encargados (previamente capacitados) de los centros de rehabilitación durando su administración unos de 20 minutos en promedio cada una. La administración de instrumentos se llevó a cabo en el mismo centro.

Dimensiones abordadas por la Escala SV-RES:

A modo de definiciones operacionales y tomando en cuenta los ítems de cada dimensión, podemos describirlas como (Saavedra y Castro, 2009):

- Identidad: autodefinición básica, auto concepto relativamente estable en el tiempo, caracterización personal.
- Autonomía: sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de sí mismo, independencia al actuar, control interno.
- Satisfacción: percepción de logro, autovaloración, adaptación efectiva a las condiciones ambientales, percepción de desarrollo.
- Pragmatismo: sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación hacia la acción.
- Vínculos: condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad. Relaciones vinculares, apego, sistema de creencias.
- Redes: condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto, sistemas de apoyo y referencia cercanos y disponibles.
- Modelos: personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas, experiencias anteriores que sirven de referente frente a la resolución de problemas.
- Metas: objetivos definidos, acciones encaminadas hacia un fin, proyección a futuro.

- Afectividad: auto reconocimiento de la vida emocional del sujeto, valoración de lo emocional, características personales en torno a la vida emocional, tono emocional, humor, empatía.
- Auto eficacia: capacidad de poner límites, controlar los impulsos, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés, terminar lo propuesto.
- Aprendizaje: aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar y corregir la acción.
- Generatividad: capacidad de crear respuestas alternativas frente a los problemas, construir respuestas, planificar la acción.

Resguardos éticos

Cada sujeto antes de la administración de la escala firmó un consentimiento informado o un asentimiento en el caso de los menores de edad. Se explicaron los alcances del estudio y se recalcó que su participación era de carácter anónima y voluntaria. Se explicaron los alcances de la confidencialidad de los datos y se aseguró el almacenamiento de la información.

Análisis

Los resultados se sometieron a pruebas de tendencia central, de dispersión y pruebas de comparación de grupos. El análisis de comparación de grupos, dado el bajo número de sujetos, fue la prueba T. Los análisis se realizaron a través del programa SPSS 21.

RESULTADOS

La muestra definitiva del presente estudio quedó compuesta por 65 sujetos. El grupo de chileno quedó conformado por 33 sujetos, 2 mujeres y 31 hombres. En el caso ecuatoriano, todos fueron hombres y se llegó a la cifra de 16, en tanto en el caso colombiano también fueron 16 hombres. Las edades de los sujetos fluctuaron entre los 15 años y los 30 años. En torno al promedio general de puntaje de resiliencia podemos señalar que el mayor nivel se encuentra en los sujetos de Colombia, seguidos de Ecuador y finalmente Chile. En la Tabla 1, podemos apreciar los puntajes obtenidos y su equivalencia en puntaje percentil.

Tabla 1. Promedio de resiliencia por país.

País	n	Promedio de resiliencia
Chile	33	237,06 (DS= 27,82) PC 28
Ecuador	16	255,37 (DS= 27,55) PC 47
Colombia	16	264,75 (DS= 15,26) PC 60

Fuente: elaboración propia.

Podemos observar que a pesar de la disparidad de puntajes promedio, los tres grupos se encuentran en los niveles promedio de percentil (entre 25 y 75). Claramente el grupo chileno se encuentra en el límite inferior, en tanto los colombianos aparecen por sobre el promedio. Al realizar las pruebas de comparación de grupos (Prueba T), se observan

diferencias estadísticamente significativas entre el grupo chileno y los otros dos grupos (Tabla 2).

Tabla 2. Prueba de comparación de grupos.

Países	Probabilidad Dif. Sig.	Puntaje T
Chile – Ecuador	97,08 %	2,17 (*)
Ecuador – Colombia	76,98 %	1,19
Colombia – Chile	99,99 %	4,49 (*)

(*) Estadísticamente significativo al 0.05

Fuente: elaboración propia

Claramente el grupo chileno aparece con un menor nivel de herramientas resilientes en comparación con el resto de la muestra (Tabla 3). En función de los puntajes anteriores se observa que las dimensiones más altas en estos sujetos son: Modelos, Generatividad y Aprendizaje, lo que significa que estos sujetos se pueden beneficiar de estrategias de intervención que integren actividades de juego de roles, actividades de creación y están abiertos a situaciones de aprendizajes nuevos. Por su parte, aparecen disminuidas las dimensiones de Satisfacción, Afectividad y Metas, lo que nos da señales en torno a trabajar el área emocional, el manejo de la frustración y el desarrollo de expectativas realistas.

Tabla 3. Puntaje promedio por dimensiones – países.

Dimensión	Chile	Ecuador	Colombia
Identidad	19,84	21,37	22,56
Autonomía	20,03	21	22,06

Satisfacción	18,18	18,12	20,5
Pragmatismo	19,36	20,75	22,87
Vínculos	19,66	19,68	21,43
Redes	19,96	21,43	20,93
Modelos	21,24	22,5	22,5
Metas	19,09	21,31	22,12
Afectividad	18,87	21,31	21,18
Autoeficacia	20,15	22,5	22,18
Aprendizaje	20,24	23	23,06
Generatividad	20,39	22,37	23,31

Fuente: elaboración propia

Para el grupo ecuatoriano podemos señalar que las áreas altas son el Aprendizaje, la Autoeficacia y la Generatividad, lo que nos habla de un perfil centrado en las tareas, con buenos niveles de éxito percibido y de creación de respuestas alternativas. Por su parte se muestran disminuidas las dimensiones de Satisfacción, Vínculos y Pragmatismo, evidenciando un déficit en el área de relaciones afectivas y un bajo nivel de pensamiento práctico.

Podemos destacar como dimensiones altas entre el grupo de sujetos colombianos, la Generatividad, el Aprendizaje y los Modelos, lo que facilitará un trabajo de creación de nuevas respuestas ante los problemas y una gran capacidad para aprender a través de modelos. En tanto las áreas débiles, al igual que los otros grupos, son las dimensiones relacionadas con la afectividad y la vida emocional (satisfacción y afectividad), en tanto se evidencia un déficit en la disponibilidad de redes de apoyo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La muestra de Colombia impresiona con el mayor nivel de resiliencia de la población en estudio (por sobre Ecuador y Chile, respectivamente) donde, hipotéticamente, el uso de drogas se observa más naturalizado a nivel social y cultural, lo que no implica una aceptación del mismo sino más bien como un fenómeno de regular aparición en dicha sociedad. Esto podría incidir en que, al presentarse como una situación habitual, el uso problemático de drogas no sea automáticamente percibido como una condición desestructurante. De este modo, la presentación de un consumo de drogas en este contexto surgiría como una situación abordable, al menos, preliminarmente, sin valorarle como algo fuera del control y de manejo inalcanzable. Con la muestra de Ecuador se presentaría un resultado similar donde, al parecer, el uso de drogas es significado como una experiencia dificultosa pero superable en base a la evaluación de las capacidades personales para enfrentarle y el apoyo social disponible.

Los niveles de resiliencia en Chile también alcanzan una fuerte conexión entre lo sociocultural y la acción resiliente, al igual que la muestra colombiana pero en sentido y significado inverso. La muestra chilena aparece con un bajo nivel de herramientas resilientes si le comparamos con el resto de la muestra (Colombia y Ecuador) y esto podría vincularse a que la percepción existente en Chile es más conservadora respecto al uso de

drogas, sea problemático o no, asociándose a miradas criminalizantes y moralistas, y por ende, su consumo se asocia a marginalidad y exclusión social donde la expresión de la resiliencia se ve fuertemente afectada por la interacción de numerosos factores de riesgo y escasos factores de protección.

En los tres grupos (Colombia, Chile y Ecuador) las dimensiones del área de la Afectividad, se encuentran notoriamente disminuidas, encontrándose un bajo nivel general de satisfacción y dificultades en el manejo de la frustración que podrían relacionarse preliminarmente con expectativas y/o metas poco realistas. De esta manera, el desafío de una acción promotora de resiliencia en personas que presentan consumo de drogas debiese orientar su intervención hacia la identificación y reconocimiento de su mundo afectivo y emocional, la tolerancia frente a las frustraciones personales y el manejo de estados emocionales negativos. En los tres países, las dimensiones más elevadas fueron Generatividad, Modelos y Aprendizaje, las que se configuran como las fortalezas elementales para la intervención con dichos sujetos presentes en el estudio, tanto para aumentar su capacidad resiliente como su influencia en el proceso de tratamiento por uso problemático de drogas. En este sentido, los sujetos evaluados presentan una importante capacidad para desarrollar respuestas alternativas frente a diversas situaciones problemáticas, planificando, organizado y teniendo los recursos necesarios para establecer estrategias diferentes frente a situaciones complejas. Surge además una importante referencia hacia el contexto y las figuras significativas presentes en los sujetos como modelos de conducta a adquirir y como orientadores para el afronte de experiencias significadas como adversas, entre ellas el consumo de drogas. Por otra parte, se observa una

especial capacidad para generar aprendizajes de las experiencias vividas y un valor particular hacia los conocimientos que derivan de los errores y aciertos desarrollados en el abordaje de situaciones de alta complejidad.

En términos generales podemos observar que las dimensiones que aparecen disminuidas en los sujetos estudiados nos ofrecen una caracterización de los aspectos a mejorar para la construcción de una óptima capacidad resiliente. En tanto, las dimensiones elevadas surgen no sólo como potencialidades propias de la resiliencia a reconocer y valorar, sino también como facilitadores de la intervención en el uso problemático de drogas y la optimización de su efectividad.

Finalmente, es importante reconocer que esta investigación presenta ciertas limitantes que pudiesen guiar nuevas discusiones en la materia o la ampliación de este estudio. En primer lugar, no se logra establecer distinciones de género dado que la muestra no alcanza una homogeneidad suficiente en los sujetos de estudio, y en segundo lugar, tampoco se establece una diferenciación en cuanto a los niveles socioeconómicos de los sujetos evaluados, cuestiones que podrían ser relevantes en próximos estudios.

REFERENCIAS

Becoña, E., y Cortés, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.

Becoña, E., y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.

de Rementería, I. (2001). *Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención*. Santiago: Naciones Unidas.

Espinoza, M., Hernández, F., y Vöhringer, C. (2004). *Trabajo con familias en dependencia a drogas y vulnerabilidad social desde el modelo de comunidad terapéutica*. Santiago: CONACE-Fundación CREDHO.

Fernández, J., y Secades, R. (2002). *Intervención familiar en la prevención en drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Fisher, G., & Harrison, T. (2005). *Substance abuse: information for school counselors, social workers, therapists and counselors*. Boston: Pearson Education Inc.

Freud, S. (1986). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En *Obras Completas* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1897)

García, G., García, O., y Secades, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(2), 159-165.

González, I. (2009). Estrategias cognitivo conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*, 57, 12-17.

Grigoravicius, M. (2006). Una perspectiva histórico social para la comprensión del problema drogas. En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología U.B.A. y Segundo encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, Métodos y Técnicas"*. Tomo II (pp.51-53). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.

- Grotberg, E. (1999). The international resilience research project. En R. Rosswith (Ed.), *Psychologists facing the challenge of a global culture with human rights and mental health* (pp. 237-256). Lengerich: Pasbst Science Publishers.
- Kotliarenco, M.A. (1997). *La resiliencia como proceso de adjetivación en el desarrollo infantil*. Santiago: CEANIM.
- Llorente del Pozo, J., y Iraurgi, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación a cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10(4), 252-274.
- López, H. (2007). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Editorial Lazos.
- Magill, M., y Ray, L. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., y Cyrulnik, B. (2001). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux (Compilador). *La resiliencia: resistir o rehacerse* (pp. 17-27). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Marlatt, G.A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788.
- McHugh, K., Hearon, B., y Otto, M. (2010). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Muñoz, M. (2012). Contra el determinismo farmacológico: sociología de las drogas y reflexividad. *Sociedad Hoy*, 23, 21-31.

- Oda, H. (2015). Drogas y enfoque de derechos humanos: una perspectiva crítica a los abordajes criminalizadores y patologizantes del consumo de drogas. En C. Rojas (Ed). *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (pp. 65-79). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Puig, G., y Rubio, J.L. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Rickwood, D., Crowley, M., Dyer, K., Magor, L., Melrose, J., Mentha, H., y Ryder, D. (2005). *Perspective in psychology: substance abuse*. Melbourne: The Australian Psychological Society Ltd.
- Rojas-Jara, C. (2015). *Drogas: conceptos, miradas y experiencias*. Talca: Universidad Católica del Maule.
- Rojas-Jara, C., y Mueña, E. (2016). Psicología y drogas: alusiones históricas, teóricas y prácticas. En C. Rojas (Ed.), *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp. 21-43). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Saavedra, E. (2003). *El enfoque cognitivo procesal sistémico como posibilidad de intervenir educativamente en la formación de sujetos resilientes*. (Tesis doctoral no publicada). España: Universidad de Valladolid.
- Saavedra, E. (2005). Resiliencia: la historia de Ana y Luis. *Liberabit*, 10-11, 91-101.
- Saavedra, E., y Villalta, M. (2008a). Medición de las características resilientes: un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14, 31-40.
- Saavedra, E., y Villalta, M. (2008b). *La Escala de Resiliencia para Jóvenes y Adultos*,

SV-RES. Santiago: CEANIM.

Saavedra, E., y Castro, A. (2009). *Escala de Resiliencia Escolar, ERE*. Santiago: CEANIM.

Saavedra, E. (2014). *La construcción de la respuesta resiliente, un modelo y su evaluación*. En J.M. Madariaga (Coord.). *Nuevas Miradas sobre resiliencia. Ampliando ámbitos y práctica*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Secades, R., y Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.

Stanton, M., Todd, T., y Cols. (1990). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.

Tatarsky, A., y Marlatt, G.A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: an emerging treatment for substance misuse. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 117-122.

UNODC. (2018). *World drugs reports 2018*. New York: United Nations Publication.