

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL, ANTROPOLOGÍA SOCIAL, TRABAJO
SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de drogas y las conductas delictivas de los adolescentes

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

José Martínez Peralta

Dirigida por:

María Isabel Hombrados Mendieta

Málaga, 2015



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: José Martínez Peralta

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer
obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de
Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

TESIS DOCTORAL

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL, ANTROPOLOGIA SOCIAL,
TRABAJO SOCIAL Y, SERVICIOS SOCIALES

PROGRAMA DE DOCTORADO

Nuevas perspectivas en psicología social:
investigación e intervención

**Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de drogas y las conductas
delictivas de los adolescentes**

José Martínez Peralta

Tesis presentada como evaluación
obligatoria para la obtención del título de
Doctor de la Universidad de Málaga.

Directora,

María Isabel Hombrados Mendieta



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Social, Antropología
Social, Trabajo Social y Servicios Sociales

DOÑA MARÍA ISABEL HOMBRADOS MENDIETA, PROFESORA TITULAR DE UNIVERSIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL, ANTROPOLOGÍA SOCIAL, TRABAJO SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.

INFORMA:

Que la Tesis Doctoral, realizada por Don JOSÉ MARTÍNEZ PERALTA, con el título "**FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y APOYO SOCIAL EN EL CONSUMO DE DROGAS Y LAS CONDUCTAS DELICTIVAS DE LOS ADOLESCENTES**" de la cual soy directora, ha sido proyectada, desarrollada y redactada bajo mi supervisión.

Que el mencionado trabajo de investigación reúne todas las características científicas y técnicas para poder ser defendido públicamente. Asimismo, merece una alta valoración en cuanto a rigor, actualidad de planteamiento y metodología.

De todo lo cual informo, como trámite preceptivo para su aceptación y posterior defensa pública en Málaga a 7 de mayo de dos mil quince.



Opto. de Psicología Social,
Antropología Social, Trabajo
Social y Servicios Sociales,
UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Fdo.: María Isabel Hombrados Mendieta

*A Zaida, mi esposa, sin su ayuda, apoyo
y comprensión este trabajo no podría
haberse realizado. Por sentir que siempre
está a mi lado*

*A mis padres, Dolores y Emilio
A mi familia*

Agradecimientos.

Este trabajo de tesis realizado en la Universidad de Málaga ha supuesto un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, han participado muchas personas, apoyando, animando, pasando cuestionarios, mecanizando datos, corrigiendo. Además, me ha permitido aprender de muchas personas y éste es el momento de agradecerse.

En primer lugar a mi directora de tesis, María Isabel Hombrados Mendieta, por haberme acompañado todos estos años con paciencia, por animarme en momentos de decaimiento, por apoyarme y guiarme en este camino que ha supuesto esta tesis y acompañarme hasta su término. Por todas las tardes de domingo, que sé, que me ha dedicado.

Mis agradecimientos a los compañeros del departamento que me han animado y alentado para que terminara este trabajo. A mis compañeras y compañero del OAL Marbella Solidaria, que se han implicado personalmente en toda la logística de la recogida de datos. A mis sobrinos Emilio y Manolo, que también trabajaron en la mecanización de datos. A los departamentos de orientación de los Institutos de Secundaria de Marbella y San Pedro Alcántara, que facilitaron el acceso a las aulas para recoger la información de los jóvenes. Y, por supuesto, a todos los chicos y chicas que han participado en este trabajo.

A todos vosotros, mi mayor gratitud y reconocimiento

En el presente documento se ha cuidado con especial interés la redacción, utilizando un lenguaje no sexista. Sin embargo, para facilitar la comprensión al lector, se ha optado por el masculino genérico en aquellos casos en los que no ha sido posible sustituirlo por una alternativa inclusiva de ambos géneros.

Contenido

I PARTE TEÓRICA	11
1. Las drogas y la sociedad	11
1.1. Conceptos básicos sobre drogas	11
1.2. Tipos de drogas.....	17
1.3. Teorías explicativas de las drogodependencias	32
1.4. Patrones socioculturales y consumo de drogas.....	49
1.5. Adolescencia y drogas.....	55
2. Características sociodemográficas del consumo de drogas en población juvenil... 57	
2.1. Edad y consumo de drogas.....	57
2.2. Género y consumo de drogas.....	68
2.3. Situación socioeconómica y consumo de drogas.....	73
3. Apoyo social y consumo de drogas.....	75
3.1. Concepto de apoyo social.....	75
3.2. Apoyo social, consumo de drogas y familia.....	86
3.2. Apoyo social, adolescencia y familia.....	89
4. Consumo de drogas, conductas delictivas y entorno familiar.....	92
4.1. Consumo de drogas y conductas delictivas	92
4.2. Delincuencia y juventud.....	99

5. Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas en el ámbito familiar	103
6. Modelos de funcionamiento familiar y consumo de drogas en los jóvenes	111
6.1. Concepto y tipos de familia	111
6.2. Funciones de la familia.....	114
6.3 Control de los padres: autonomía versus control.....	115
6.4. Modelos de funcionamiento familiar	117
II PARTE EMPÍRICA	134
1. Objetivos e hipótesis.....	135
2. Instrumentos.....	137
3. Método	143
3.1 Participantes.....	143
3.2 Procedimiento	148
4. Resultados	149
4.1 Análisis descriptivo	149
4.2. Descripción de la estructura familiar	177
4.3. Resultados correlaciones	180
4.4. Análisis de regresión	205
4.5. Resultados del modelo de ecuaciones estructurales.....	275
5. Conclusiones y discusión	281
Referencias	307
Anexos.....	338

I PARTE TEÓRICA

1. Las drogas y la sociedad

1.1. Conceptos básicos sobre drogas

Antes de abordar la relación de las distintas variables que componen el objeto de este estudio hay que contextualizar algunos de los conceptos que se van a utilizar. Este estudio se centra en el consumo de drogas a edad temprana y que, por tanto, tiene unas características que lo distinguen de otros consumos y consumidores.

Una primera aproximación a la conceptualización de “consumo de drogas en jóvenes” pasa por aclarar algunos términos relacionados con las drogas. En primer lugar, conviene definir los distintos tipos de consumos que existen. Para Kramer y Cameron (1975) droga es toda aquella sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste. Se trata de una definición muy general que no explica bien todas las facetas que el consumo de drogas posee. Se habla de sustancia, de cambios, pero no se dice nada de la naturaleza de los cambios: ¿qué hacen diferentes a esos cambios de otros? ¿Es lo mismo consumir una botella de cerveza que una botella de ginebra? ¿Sería lo mismo que esa botella de cerveza se la tomase una chica de catorce años que un adulto? En el mismo sentido, ¿sería igual tomarse la botella de cerveza en compañía de más amigos que hacerlo a solas? Y, por último, ¿sería lo mismo beber cerveza y esperar a que se pasasen los efectos de la intoxicación que decidir irse a casa conduciendo algún vehículo en ese estado?

Estos autores aclaran que el efecto que produce la droga va a depender de las características personales del individuo, del contexto social en el que se consume y de las características de la sustancia. Esta aclaración es importante, ya que la muestra que participa en este estudio la forman menores de edad y esta circunstancia tiene su relevancia a la hora de contextualizar el consumo de drogas: en primer lugar, porque la droga tiene un efecto más tóxico en un organismo que está en desarrollo que en otro que ya es adulto; en segundo lugar, porque existen implicaciones legales que pueden derivarse de permitir que un menor consuma drogas, se le suministren o, si se detecta consumo, no intervenir para evitarlo; y tercero, las implicaciones sociales y personales que pueden aparecer cuando el consumo de drogas se da a edad temprana.

Por su parte Jaffe (1991) habla de “abuso de drogas” como el uso, generalmente por autoadministración, de cualquier droga de un modo que se aparte de las formas médicas o sociales aprobadas dentro de una cultura dada. Este autor introduce la aprobación social y la adecuación a la cultura a la hora de dirimir cuándo un determinado uso de drogas puede ser denominado “abuso”. Esta aportación es importante porque determinados consumos juveniles son reprobados por la sociedad, ya sea por los riesgos que entrañan para los jóvenes como por las molestias que causan al resto de la sociedad (como puede ser el consumo de alcohol en la calle en macro grupos).

En esta investigación se usará la terminología de la Organización Mundial de la Salud para referirse a los distintos usos de las drogas (Kramer & Cameron, 1975):

- Farmacodependencia: es el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden

siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco de forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. Por droga causante de un cuadro clínico de dependencia podemos entender aquella sustancia que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física o de ambos tipos.

- Dependencia psíquica: situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar.
- Dependencia física: estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos (síndromes de abstinencia) están constituidos por series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico, peculiares de cada tipo de droga.
- Tolerancia: estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.
- Tolerancia cruzada: fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga sino también a otra del mismo tipo (por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina).
- Intoxicación aguda: estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.
- La intoxicación aguda suele estar relacionada con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente

(por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio: la intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa, excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia: por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad, mientras que las estimulantes dan lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias, como el cannabis y los alucinógenos, son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas de estas sustancias pueden producir diferentes tipos de efectos en función de la dosis: por ejemplo, el alcohol, que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce al aumentar la dosis agitación y agresividad y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Asimismo, es necesario aclarar que, cuando nos referimos a consumo de drogas, no todos los consumos son iguales. Existe una tipología descrita también en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10 en adelante). En relación al consumo de drogas en jóvenes existe un amplio consenso en la comunidad científica que sugiere que a los 18 años (e incluso sobrepasando la veintena) el cuerpo humano sigue madurando desde el punto de vista evolutivo de los órganos, por lo que cualquier

consumo de drogas a esas edades afectará a su normal desarrollo, comprometiéndolo e influyendo en la forma en la que ese órgano madurará, no dejándole llegar a su máximo potencial de desarrollo y rendimiento (CIE 10, 1992).

Las formas de consumo son:

- Consumo perjudicial: forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental (como, por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol). Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobadas por terceros o por el entorno en general no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es por sí solo el hecho de que éste haya podido derivar en alguna consecuencia social negativa, tal que una ruptura matrimonial.
- Consumo experimental: son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.
- Consumo ocasional: la persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.
- Consumo regular: consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.

Dependiendo de las sustancias que se ingieran se pueden diagnosticar:

- Trastorno psicótico: trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones (generalmente auditivas, pero que a menudo afectan a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.
- Síndrome amnésico: síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado, y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. La presencia de confabulaciones puede ser marcada, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas.
- Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas: estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

1.2. Tipos de drogas

A continuación se van a describir los tipos de drogas que suelen asociarse al consumo juvenil.

1.2.1. Tabaco

Es una sustancia estimulante del sistema nervioso central que, a dosis altas, actúa como bloqueador de la transmisión ganglionar. Uno de sus principales componentes es la nicotina, que posee una enorme capacidad adictiva, causante de la dependencia que produce su consumo. El tabaco se extrae de la planta *nicotianatabacum*. Se fuma habitualmente en forma de cigarrillos, cigarros puros y pipa. También se puede tomar en forma de polvo esnifado, mascado, etc. El nivel de dependencia que produce el tabaco es muy elevado.

Es una droga legal con una alta tasa de mortalidad (Becoña, 2002), provocada básicamente por los alquitrans que hay en la hoja del tabaco y otros compuestos que se producen por la combustión del papel que lo envuelve. La dependencia de la nicotina se produce por el humo fumado de los cigarrillos y pipas, aspirado por vía pulmonar. Debido a los graves problemas de salud que genera y en aras de preservar el derecho a la salud de los fumadores pasivos, se han impuesto importantes restricciones legales a su consumo. La vida media de la nicotina es corta, de 30 a 120 minutos, por eso, el síndrome de abstinencia en fumadores de tabaco dificulta el abandono de este hábito. Los síntomas más importantes del síndrome de abstinencia de la nicotina son: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso (American Psychiatric Association, 2002). Dado el fuerte poder

adictivo de la nicotina, la U.S.D.H.H.S. (1988), Departamento de Salud estadounidense, la ha asemejado a la heroína y a la cocaína. Dejar de fumar es una tarea difícil, a pesar de que uno de cada tres fumadores desea dejar de fumar. Los que lo dejan sufren un síndrome de abstinencia de la nicotina que depende de la dosis previa y que resulta molesto o muy molesto para el fumador, siendo la causa de que casi el 90% de los que dejan de fumar de golpe vuelvan de nuevo a fumar (Becoña, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En el informe de 2013 de la OMS sobre la epidemia de tabaquismo, aparecen datos relevantes sobre la gravedad del consumo de tabaco a nivel mundial:

- El tabaco mata hasta a la mitad de quienes lo consumen.
- El tabaco mata a casi 6 millones de personas cada año. Más de 5 millones son o han sido consumidores del producto y más de 600.000 son no fumadores expuestos a humo de tabaco ajeno. A menos que se tomen medidas urgentes, la cifra anual de muertes podría ascender a más de 8 millones en 2030.
- Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en todo el mundo vive en países de ingresos bajos o medios.
- El consumo de productos de tabaco está aumentando a nivel mundial, aunque está disminuyendo en algunos países de ingresos altos y de ingresos medios-altos.

1.2.2. Alcohol

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol,

produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante. Su gran difusión está relacionada, además del sabor de la sustancia, por los efectos psicológicos que provoca en los consumidores: las personas se encuentran más atractivas, se desinhiben, tienen más confianza en sus habilidades, disminuye las tensiones diarias, facilita el sentido del humor.

El principal componente de las bebidas alcohólicas es el etanol o alcohol etílico, que tiene diferente concentración dependiendo de su proceso de elaboración. Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- Fermentadas: vino, cerveza y sidra. Tienen una graduación entre los 4° y los 15°. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales.
- Destiladas: son el resultado de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que tienen mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el vodka, el whisky, el ron o la ginebra tienen entre 40° y 50°. Esto supone que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007).

El consumo de alcohol está muy arraigado en los patrones culturales vigentes en nuestra sociedad. Ello se debe a que el alcohol es una sustancia elaborada y consumida desde hace miles de años (Becoña, 2002). El alcohol se obtiene de la fermentación de carbohidratos vegetales (granos, frutas). Es soluble, tanto en un medio lipídico como acuoso, lo que le permite atravesar fácilmente las membranas de las paredes del estómago y ser rápidamente absorbida y distribuida por el sistema circulatorio a los tejidos, incluido el cerebro (Hunt, 1993).

En cuanto a las funciones que el alcohol desempeña en nuestra sociedad, Di Pardo (1993) señala que son múltiples: desde su utilización en busca de efectos psicotrópico hasta su utilización terapéutica, en la cocina o como fuente de calorías para el esfuerzo laboral... En lo social también se utiliza como: mecanismo de cohesión, integración y estructuración cultural; mecanismo de control social; instrumento de identificación y diferenciación cultural y/o social; mecanismo de transgresiones estructurales; mecanismo de adaptación en situaciones de cambio; mecanismo de «solución» al tiempo «vacío» social y/o individual; y como mecanismo casi irremplazable de sociabilidad. De ahí que el alcohol se consuma frecuentemente a diario, acarreando a un gran número de personas graves problemas, tanto a nivel físico como familiar, psicológico, psiquiátrico y social. Esta normalización de su uso se transmite en el seno familiar: el patrón de uso del alcohol es aprendido por los hijos como algo normal, convirtiéndose con el paso del tiempo en algo que ellos harán también con normalidad.

Los riesgos y las consecuencias del consumo de alcohol han sido ampliamente estudiados. Entre los principales están:

- A corto plazo (efectos agudos), el abuso de alcohol conlleva los siguientes riesgos:
 - Se puede llegar a la intoxicación etílica, que puede provocar un coma e incluso la muerte.
 - Favorece conductas de riesgo, ya que el alcohol desinhibe y además provoca una falsa sensación de seguridad. Por ello, está relacionado con accidentes de tráfico y laborales o con prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

- El consumo excesivo de alcohol puede provocar importantes problemas de salud, conflictos familiares y sociales. Estos efectos pueden presentarse incluso en el caso de personas que no hayan desarrollado una dependencia. Destacan los siguientes: hipertensión arterial, alteraciones del sueño, gastritis, agresividad, úlcera gastroduodenal, depresión, cirrosis hepática, disfunciones sexuales, cardiopatías, deterioro cognitivo, encefalopatías, demencia, cáncer y psicosis.
- El consumo de alcohol en jóvenes aumenta la posibilidad de desarrollar en la edad adulta un consumo abusivo o una dependencia de bebidas alcohólicas. Los jóvenes rara vez presentan problemas médicos como cirrosis hepática u otros trastornos, que se suelen presentar en los adultos tras varios años de abusar del alcohol. Sin embargo, el consumo de alcohol en la adolescencia y, especialmente el consumo “en atracón”, puede afectar al sistema nervioso central a distintos niveles:
 - Interfiere en el desarrollo del cerebro, que durante esta etapa está atravesando un periodo crítico de cambios, limitando su futuro y su potencial individual.
 - Afecta, entre otras, a la zona cerebral relacionada con la memoria y el aprendizaje (hipocampo).
 - En los casos en que el consumo de alcohol produce síntomas de resaca o abstinencia se producen daños sobre la memoria, el aprendizaje y la planificación de tareas. Como consecuencia se dan alteraciones de las relaciones personales, del rendimiento escolar, comportamientos violentos y conductas peligrosas para la salud, como prácticas sexuales de riesgo o conducir bajo los efectos del

alcohol (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007).

1.2.3. Cannabis

El cannabis es una droga que se extrae de la planta *cannabis sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales más consumidas en España: el hachís y la marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007):

- Marihuana: obtenida de la trituración de flores, hojas y tallos secos, posee una concentración de THC entre el 1 y el 5%.
- Hachís: elaborado a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra, tiene una concentración de THC entre el 15 y el 50%.
- Aceite de hachís: resina de hachís disuelta y concentrada, con una concentración de THC entre el 25 y 50%.

Al consumirse fumado, sus efectos pueden sentirse casi inmediatamente y duran entre dos y tres horas. Por vía oral la absorción es más lenta y sus efectos aparecen entre media hora y dos horas, pudiendo durar hasta 6 horas. El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007). Cuando se consume cannabis se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que desarrolla. A dosis pequeñas el efecto

es placentero, mientras que a dosis altas puede producir cuadros de gran ansiedad. Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama “borracheira cannábica”, con sequedad de boca, enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

El sistema cannabinoide desempeña un papel fundamental en el área de la memoria y hace que, de forma natural, nos acordemos más de lo agradable que de lo desagradable, ayudando a eliminar aquellos recuerdos que produjeron un impacto negativo en nuestras emociones. Cuando se sobreactiva por el consumo de cannabis se olvida todo y es más difícil recordar cualquier acontecimiento ocurrido. Por otro lado, el sistema cannabinoide controla la atención y la percepción. También se encuentra implicado en la regulación de la actividad motora, lo que explica que el consumo de cannabis produzca una disminución del nivel de actividad y mayor dificultad en la coordinación de movimientos.

Actualmente, el cannabis es la droga ilegal más consumida (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011). La tendencia en cuanto a la motivación de consumo de cannabis es a ir cada vez más unido al fenómeno de la vida recreativa (Calafat, et al., 2000), destacando junto a ello una industria cada vez más potente entorno al cannabis y su promoción. Su consumo no está exento de problemas aunque hay toda una cultura procannabis que banalizan su uso, afectando a la representación social que tiene esta sustancia en algunos sectores de población, (Bobes & Calafat, 2000).

El consumo habitual provoca una serie de daños orgánicos y psicológicos:

- El hecho de fumarse sin filtro, aspirando profundamente el humo y reteniéndolo en los pulmones, apurándolo hasta el final, favorece enfermedades como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar o el cáncer de pulmón. Además, su efecto broncodilatador potencia la absorción de sustancias tóxicas.
- Altera el sistema cardio-circulatorio, provocando taquicardia, por lo que las personas con hipertensión o insuficiencia cardíaca pueden sufrir un empeoramiento de su sintomatología.
- Existen datos que indican que podría haber un aumento en la incidencia de depresiones y psicosis por el consumo crónico de esta sustancia.

El impacto psicológico del consumo de cannabis tiene una especial relevancia, dado que quienes lo utilizan principalmente son los jóvenes. Provoca dificultades para estudiar, al disminuir las funciones de atención, concentración, abstracción y memoria, obstaculizando, por tanto, el aprendizaje. Puede causar reacciones agudas de ansiedad y en personas con predisposición a padecer trastornos mentales puede provocar la aparición de estos trastornos o agravar los que ya se padecen. Cada vez hay más datos que demuestran el efecto perjudicial de su consumo asociado a la conducción de vehículos, especialmente si se combina con alcohol, lo que hace que aumente el riesgo de accidentes (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007).

1.2.4 Cocaína

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas. Se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto *erythroxylum coca*. A finales del siglo XIX se consiguió aislar el principio activo contenido en estas hojas y surgieron diversas formas de consumo de la cocaína (esnifada, fumada, inyectada, etc.) que producían efectos más rápidos e intensos que la hoja mascada y que, por tanto, conllevaron un aumento en el riesgo a desarrollar adicción y dependencia. Las formas de consumo de esta sustancia condicionan la farmacocinética, la farmacodinámica, la toxicidad y el grado de adicción de la droga (Lizasoain, Moro, & Lorenzo, 2002).

Las formas principales de presentación son:

- Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína: es la forma habitual de presentación de esta sustancia en España. Se suele consumir esnifada (aspirada por la nariz). Debido a la alta vascularización de la mucosa de la nasofaringe, la absorción es rápida y sus efectos también (euforia, locuacidad, sensación de energía), durando entre 2 y 3 horas. Aunque menos frecuentemente, también se usa por vía inyectada, en ocasiones mezclada con heroína, lo que da lugar a un producto que los consumidores denominan speed-ball (pelotazo): a los 20 minutos aparecen síntomas de disforia, irritabilidad y alteraciones gastrointestinales.
- Pasta de coca: también se denomina sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta. Es el producto bruto, sin refinar, que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína de las hojas con ácido sulfúrico u otros alcalinos. Contiene entre un 40 y un 45% de sulfato de

cocaína. Esta pasta sirve de base para la extracción posterior del clorhidrato de cocaína. Se fuma mezclado con tabaco o marihuana. Su consumo en España es minoritario.

- Crack o cocaína base: se obtiene mezclando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, bicarbonato sódico...), después se filtra o se disuelve con éter. Su consumo se puede hacer por inhalación de los vapores de base libre, a muy alta temperatura, o fumada y su efecto es rápido, intenso y breve. Es muy adictiva y su bajada es tan insufrible que genera un consumo muy compulsivo y frecuente. Su consumo en España es también minoritario y no suele darse en población juvenil.

La cocaína actúa en el cerebro modificando los circuitos responsables de la gratificación y del placer. Se comporta como una amina simpaticomimética de acción indirecta, no actúa directamente sobre los receptores adrenérgico o dopaminérgico sino que aumenta la disponibilidad del neurotransmisor en la hendidura sináptica. Su consumo continuado reduce la capacidad de los consumidores de experimentar placer de forma natural (a través del sexo, la comida...) y les hace menos sensibles a las gratificaciones y emociones. Por eso, la cocaína resulta tan adictiva. La adicción se produce tras periodos de consumo más o menos largos que no tienen por qué ser diarios, y se ha comprobado que incluso pequeñas cantidades de cocaína pueden producir tolerancia y cambios cerebrales relacionados con la adicción. Esto hace que los consumidores, especialmente los de fin de semana, tengan en muchas ocasiones una falsa sensación de control y no perciban el problema (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007).

Los consumidores recreativos usan la cocaína como una droga más junto al tabaco, alcohol y cannabis. Suelen ser una población joven que está empezando a situarse, como adultos y como profesionales, en un espacio social más consolidado. Quieren aprender a controlarla, aunque no siempre lo consiguen (Becoña, 2002).

1.2.5. Drogas de síntesis

Es el nombre por el que se conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química entre las que cabe señalar el éxtasis, el GHB, la ketamina, el PCP o “polvo de ángel”. Suelen ser derivados anfetamínicos o de otras sustancias que poseen efectos estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable y que se encuentran en el mercado en diversas formas (pastillas, cápsulas, polvo, líquidos...). Son drogas que se presentan atractivas para el consumo de los jóvenes.

Aunque pueden tener indicaciones médicas, su uso en contextos de ocio, mezcladas con otras sustancias y procedentes de laboratorios ilegales, las convierten en un producto peligroso muy ligado a zonas de ocio juvenil, tipos de música, modas, etc. Su consumo en estos contextos recreativos está motivado por el deseo de mejorar la capacidad de aguantar el ritmo e incrementar la experiencia subjetiva de disfrute del momento. La normalización de su uso en determinadas situaciones de ocio hace que la percepción de peligrosidad sea baja y, por tanto, los riesgos de su consumo pueden percibirse como bajos.

Existen evidencias científicas de afectación del sistema neurológico debido al consumo de este tipo de sustancias: “las acciones neurotóxicas pueden ser de dos tipos: a corto plazo y reversibles y a largo plazo e irreversibles. En efecto, su consumo se traduce enseguida en un aumento de las concentraciones extracelulares de serotonina y dopamina que parece conllevar una subida de la temperatura corporal, pero este efecto

es reversible en un tiempo medio de 6 horas. Sin embargo, una segunda acción aparece entre un día y una semana más tarde, con consecuencias neurotóxicas que afectan sobre todo al sistema serotoninérgico y a las terminaciones finas de las fibras nerviosas de serotonina que proceden de los núcleos del rafe dorsal, puede que sea por un incremento de la oxidación de ciertos procesos celulares en esas neuronas. La suspensión de la administración de esas drogas hace que, a largo plazo, haya un nuevo crecimiento de las dañadas terminaciones finas, pero con un nuevo patrón de reinervación distinto al que originalmente había. Es probable que en humanos ocurra un proceso parecido puesto que esto ocurre en primates humanos. Tampoco se conoce las consecuencias psicológicas a largo plazo del daño neurotóxico que causan las drogas de síntesis en humanos incluida, en su caso, una posibilidad de reinervación de las terminaciones serotoninérgicas si se abandona durante un tiempo considerable el consumo. Pero es sabido que la serotonina es un neurotransmisor implicado en numerosos procesos cognitivos y emocionales y puede que sea la causa de disfunciones mantenidas que muestran los que han consumido drogas de síntesis” (Ambrosio, 2006, p.101).

La más usada de este grupo es el éxtasis (MDMA o 3-4 metilenedioximetanfetamina), cuyo origen como anorexígeno se remonta a 1912 en Alemania (Becoña, 2002). Tiene un efecto vigorizante y de aumento de la percepción a través de los sentidos, en especial del tacto, produciendo una sensación de bienestar, de cercanía y de conexión con las demás personas. Se ingiere por vía oral, generalmente en forma de pastilla, tableta o cápsula. Cada tableta puede contener una media de 60 a 120 miligramos de MDMA y suelen llevar dibujos impresos que facilitan su reconocimiento a los consumidores y que, además, dan lugar a una auténtica jerga: love, delfines, pirulas, pastis...

Las pastillas se disuelven en el aparato digestivo, desde donde pasan al torrente sanguíneo. Sus efectos comienzan a sentirse a la media hora y duran entre dos y tres horas.

El éxtasis afecta al metabolismo del organismo, dificultando su propio proceso de eliminación, por lo que al ingerir nuevas dosis de MDMA para mantener los efectos buscados pueden producirse concentraciones muy elevadas en sangre y agravar sus efectos tóxicos. En el cerebro incrementa la actividad de ciertos neurotransmisores, como la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardiaco). Esto explica que se produzcan efectos como estimulación mental, emocional y motora, sensación de bienestar y de aumento de fuerza y “aguante” durante horas (que facilita la realización de ejercicio físico y baile), así como un característico aumento de la percepción sensorial.

Los efectos inmediatos son: sociabilidad, euforia, desinhibición, incremento de la autoestima, locuacidad, inquietud, confusión, agobio, taquicardia, arritmia e hipertensión, sequedad de boca, sudoración, escalofríos, náuseas, contracción de la mandíbula, temblores, deshidratación, aumento de la temperatura corporal o “golpe de calor”.

Su intoxicación produce euforia, un sentimiento de espiritualidad y cercanía, incremento de la presión sanguínea, de las pulsaciones y de la sudoración. A dosis elevadas se asocia con cuadros de ansiedad, ataques de pánico, contracciones musculares, sequedad de boca y estado de ánimo lábil. En las horas siguientes a la ingestión se pueden dar problemas en la memoria y en la capacidad de la persona en el normal procesamiento de la información, lo que puede acarrear riesgos a corto plazo del

tipo pelea, accidente de tráfico... Si el consumo se asocia a una alta tasa de actividad física (bailar) puede dar lugar al denominado “golpe de calor”, que consiste en un aumento de la temperatura corporal que puede llevar a un fallo renal.

Un consumo prolongado en el tiempo puede provocar problemas en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida de apetito y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño. Algunos estudios sugieren la posibilidad de que estos efectos no deseados de larga duración, que no desaparecen con periodos de abstinencia prolongados, ocurran tanto en casos de consumo habitual como de consumo esporádico. Factores como la edad de inicio en el consumo, la dosis, la frecuencia, el uso simultáneo de otras drogas, así como otros factores ambientales y genéticos son determinantes en la magnitud de los efectos crónicos producidos (Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2007).

1.2.6. Nuevas sustancias psicotrópicas

Al igual que en otras facetas de nuestra realidad social actual, el sector de las drogas evoluciona con el signo de los tiempos de forma muy rápida y dinámica. La globalización, las redes de distribución y las perspectivas de mercado hacen que muchas sustancias empiecen a comercializarse de forma ilegal por internet, modificando elementos de la fórmula química original, lo que genera un vacío legal de actuación que es aprovechado por los que se lucran de la distribución de estas sustancias, tal y como queda reflejado en el informe elaborado por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2013): “Cada vez es mayor en Europa el número de nuevas sustancias psicotrópicas, a menudo concebidas para imitar los efectos de las drogas controladas.

Algunas se venden directamente en el mercado ilegal, mientras que otras, los «euforizantes legales», se venden de forma más abierta. La evolución en este campo es muy rápida y aparecen nuevas sustancias a ritmo muy vivo. En ocasiones aparece una sustancia que da el salto y se convierte en una droga de elección en el mercado ilegal, siendo el ejemplo más reciente el de la mefedrona. El sistema de alerta rápida de la UE sigue recibiendo notificaciones sobre la aparición de una nueva sustancia más o menos cada semana en 2013. En los últimos años destaca la aparición de nuevos agonistas de receptores de cannabinoides (ARC) sintéticos, de fenetilaminas y de catinonas, que imitan en gran medida a las drogas ilegales más conocidas. Más reciente aún es el aumento creciente de la presencia de grupos químicos menos conocidos y más oscuros. Muchos de los productos en venta contienen mezclas de sustancias y la falta de datos farmacológicos y toxicológicos dificulta cualquier especulación sobre las consecuencias de su consumo a largo plazo para la salud, aunque hay cada vez más datos que apuntan que algunos de ellos causan problemas que requieren una actuación clínica, registrándose casos de muerte. La Comisión Europea está preparando una nueva propuesta para reforzar la respuesta de la UE a las nuevas sustancias psicotrópicas. Aunque el consumo de éstas tiene principalmente carácter recreativo entre jóvenes, se ha observado una cierta difusión en poblaciones de consumidores problemáticos. En países que han informado de problemas de escasez de heroína se observa una cierta sustitución de opiáceos por estimulantes sintéticos, especialmente catinonas. No está claro por qué se sustituye la heroína por vía parenteral por las catinonas, pero tal evolución se puede vincular a la fácil disponibilidad y la alta calidad percibida en las nuevas drogas. Los elevados índices de administración parenteral, de problemas de salud mental y de lesiones físicas plantean cuestiones de salud pública. Hasta la fecha, los países han probado diversas medidas de control para responder al problema de las

nuevas drogas. Menos desarrollada, pero igual de importante, es la necesidad de identificar e introducir respuestas adecuadas de reducción de la demanda” (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2013, p.13).

1.3. Teorías explicativas de las drogodependencias

1.3.1. Modelo cognitivo conductual

Parece obvio que las conductas adictivas son aprendidas a lo largo de la historia de aprendizaje del individuo. Los ensayos repetitivos de la conducta terminan por establecer un patrón de comportamiento en las personas. Desde esta perspectiva, la teoría del aprendizaje, por medio de condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, va a explicar cómo se inicia, mantiene y termina un comportamiento adictivo. A nivel didáctico se va a exponer de forma separada, pero en la realidad estos fenómenos se dan de forma conjunta en el tiempo. A un nivel más cognitivo se van a revisar algunas de las distorsiones más frecuentes en las adicciones.

1.3.2. Condicionamiento clásico

El primer autor que relacionó el condicionamiento con el consumo de drogas fue Wikler (1965), para explicar el *Síndrome de abstinencia condicionado*. Este autor observó que algunas personas que habían sido adictas a los opiáceos mostraban síntomas de abstinencia meses más tarde de haberse administrado la última dosis. Esto ocurría cuando estas personas hablaban de sus experiencias con las drogas, se exponían a utensilios utilizados en el ritual del consumo o estaban en lugares donde habían consumido con frecuencia.

La autoadministración de droga altera el equilibrio homeostático del organismo produciendo una respuesta condicionada compensatoria tendente a recuperar el equilibrio homeostático *respuesta refleja* (RI), es decir, el organismo tiende a reducir el efecto de la droga. El ritual, los ambientes, los instrumentos... serían los estímulos condicionados (EC) que se han asociado de manera repetida con la droga (EI). Cuando esto pasa, los ambientes, personas, instrumentos, etc. pueden desencadenar por sí mismos respuestas automáticas homeostáticas de adaptación (tolerancia) (RC), dando lugar a lo que Wikler (1965) denominó *tolerancia condicionada*.

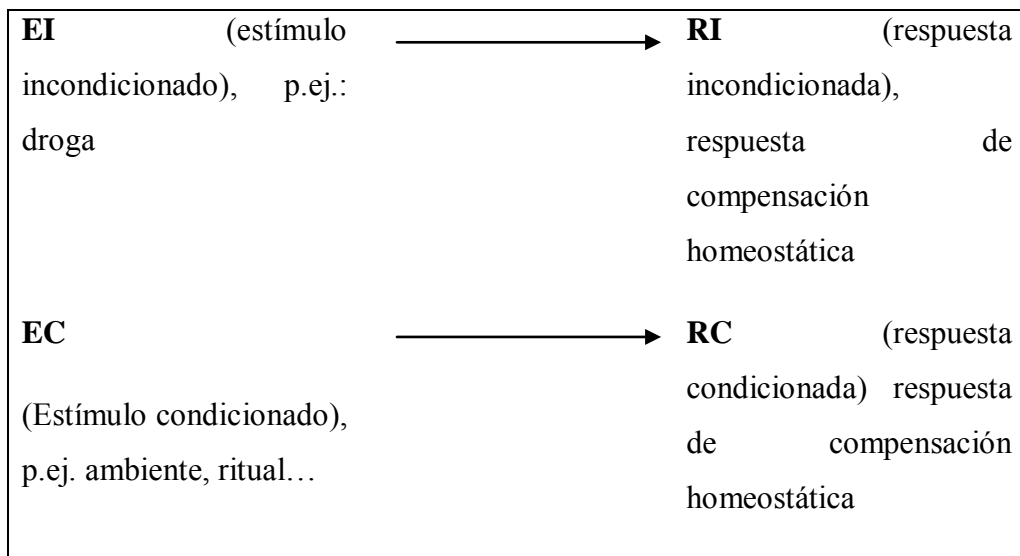


Figura 1. Condicionamiento clásico

Esta teoría explica cómo existen determinados estímulos que se asocian a las drogas y que son capaces de generar respuestas automáticas en las personas que consumen drogas habitualmente. De esta forma se pueden explicar los fenómenos del síndrome de abstinencia condicionado, la tolerancia condicionada y las respuestas condicionadas compensatorias.

Esta respuesta suele generar angustia en la persona que está evitando el consumo de drogas, ya que sobrevienen muchos recuerdos relacionados con las drogas, pudiendo convertirse en una situación de riesgo para repetir el consumo, porque puede activar el deseo de consumo. Si la respuesta condicionada se da en personas que están consumiendo drogas y no tienen ninguna motivación para dejar de hacerlo, ésta puede servir de desencadenante automático del deseo de consumir.

1.3.3. Condicionamiento operante

El condicionamiento operante, también denominado instrumental, es una teoría del aprendizaje que nos explica cómo los individuos aprenden a partir de las consecuencias de las acciones que ellos realizan en el ambiente. La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias. Por tanto, si la consecuencia de una determinada conducta es placentera, aumentará la probabilidad de que esa conducta se repita en el futuro. En cambio, si la consecuencia de una determinada conducta es aversiva, la probabilidad de que esa conducta se vuelva a repetir disminuirá.

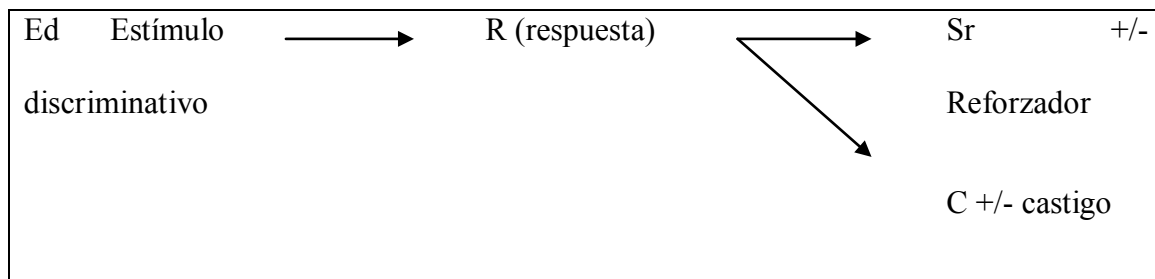


Figura 2. Condicionamiento Operante

- Ed: estímulo discriminativo, se trata de la estimulación que provoca la respuesta. Puede tratarse de cualquier estímulo ambiental, situación social, sensación corporal, etc.
- R: es la respuesta del individuo, la conducta, el comportamiento, etc.
- Sr +: es el refuerzo de la conducta realizada. En este caso es positivo porque se trata de una consecuencia placentera que aparece. En el caso de la drogodependencia, sería el efecto placentero de la droga.
- Sr -: es el refuerzo de la conducta. En este caso es negativo, es decir, desaparece alguna contingencia que era aversiva. En el caso de las drogodependencias, se trataría de la sensación de angustia, ansiedad, que se da entre cada dosis.
- C +: castigo positivo. Es la ocurrencia de una consecuencia aversiva (el dolor, la angustia, etc).
- C -: castigo negativo, la desaparición de alguna contingencia positiva.

Un evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo.

En el caso de las drogodependencias existen determinadas estimulaciones que funcionan como Ed y que establecen conexiones con conductas de administración de drogas. La consecuencia positiva tras la conducta de administración de drogas hace que aumente la probabilidad de que esa conducta se repita. El efecto del refuerzo positivo, según las investigaciones, es más potente que el del refuerzo negativo. En el caso de las adicciones estos efectos suelen darse de forma conjunta: cuando la adicción produce en el individuo un estado de malestar subjetivo por la ausencia de droga o por no poder consumir, la persona se moviliza para consumir buscando el efecto placentero de la

droga, pero también para evitar el malestar subjetivo que le provoca la abstinencia.

Esta doble estimulación hace que la conducta adictiva aumente su probabilidad de repetirse.

Ed: sensación corporal, pensamientos, personas, ambientes...	R: conducta adictiva, consumir droga	Sr +: efecto placentero, la aprobación... Sr -: eliminación de estado negativo, ansiedad, angustia ...
---	---	---

Figura 3. Condicionamiento operante

No todas las adicciones tienen el mismo patrón de reforzamiento. Ni todos los refuerzos son iguales. Existen drogas, como los alucinógenos, que pueden producir consecuencias negativas cuando se consumen, disminuyendo, en este caso, la probabilidad de que esa conducta se vuelva a repetir. Asimismo, existen consecuencias negativas de carácter social que hacen que las personas abandonen determinadas conductas.

Ed: sensación corporal, pensamientos, personas, ambientes...	R: conducta adictiva, consumir droga	C +: efecto aversivo, la exclusión... C -: ausencia de bienestar, la retirada de la atención
---	---	---

Figura 4. Condicionamiento Operante

En el caso de las adicciones, los reforzadores y los castigos pueden ser efectos corporales de la droga, pero también tienen un componente social muy importante y que en muchos casos puede ser más importante que los efectos. En el caso de la conducta de fumar, en el inicio los efectos negativos del consumo no son lo suficientemente potentes como para contrarrestar al reforzador positivo que, en este caso, es social (la aprobación del grupo).

1.3.4 Modelo hedónico-afectivo: Teoría del proceso oponente. Solomon (1982)

Este modelo plantea la adicción como una motivación adquirida. Este autor planteó que todos los procesos afectivos primarios (placer, ira, miedo...) son provocados por el inicio de un determinado estímulo incondicionado o reforzador natural. Estos estímulos primarios inducen estados en el organismo que son físicos y que son sensibles a cambios en la estimulación.

En el caso de las adicciones, la teoría del proceso oponente sostiene que la presentación de una droga activadora de una reacción emocional suscita inicialmente lo que se denomina proceso primario o “A”, que es el responsable de la calidad del estado emocional (euforia, sensación de estar colocado...). A su vez este estado “A” provoca una reacción contraria (irritabilidad, nerviosismo, disforia, síntomas de abstinencia...). Desde este modelo se postula que cuando una persona consume drogas, lo que se refleja es el resultado del proceso primario (“A”) menos el proceso oponente (“B”). La intensidad del proceso “B” va restando intensidad al proceso primario.

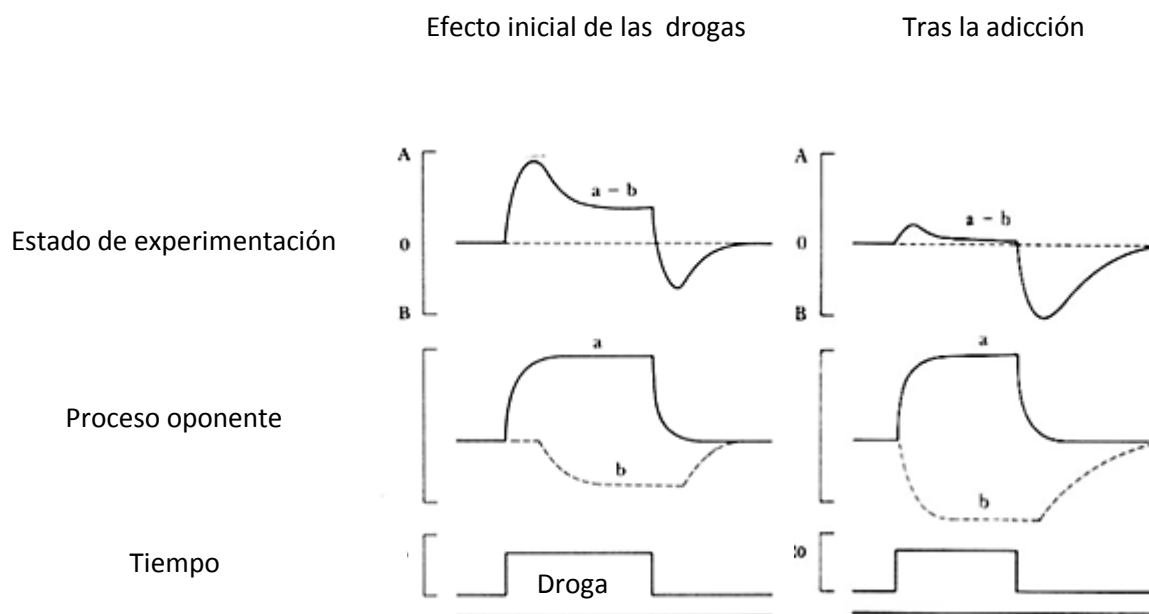


Figura 5. Escala hedónica

La aparición del estímulo activador de la emoción (como puede ser ingerir cierta cantidad de droga) inicialmente suscita una reacción emocional intensa que rápidamente alcanza su punto máximo. Esa reacción extrema va seguida de una fase de adaptación, durante la cual la respuesta emocional disminuye un poco hasta alcanzar un nivel de equilibrio. Cuando cesa el estímulo, el estado emocional se transforma rápidamente y aparecen unos sentimientos contrarios a los que producía la presencia del estímulo. Los síntomas que caracterizan este proceso “B” son, a nivel físico, los síntomas de abstinencia y, a nivel psicológico, nerviosismo, irritabilidad, disforia... El individuo ya no está bajo los efectos de la droga y desea volver a consumir. Este estado (B) decae gradualmente.

Una vez que la adicción se ha convertido en un hábito, a medida que la persona consume, las dosis van modificando la reacción emocional. El estado “A” va decayendo en intensidad y se acorta la permanencia en el tiempo, es decir, se suaviza. En cambio,

el estado “B” se hará más intenso y permanecerá más tiempo, ya que la persona irá percibiendo que cada vez necesita más cantidad de sustancia y que ya no siente la intensidad que sentía al principio. A medida que se repiten los consumos, el proceso “B” se va fortaleciendo mientras que el “A” va decayendo en intensidad. El proceso “B” reduce la intensidad de la respuesta emocional primaria y es el responsable de la fase de adaptación.

Desde este modelo explicativo, una vez que se inicia el ciclo adictivo es muy difícil romperlo, ya que tanto el síndrome de abstinencia como la exposición a estímulos condicionados asociados a los procesos “A” y “B” incrementan el deseo de repetir el consumo de la droga.

1.3.5 Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente

Tradicionalmente se han considerado los criterios de abstinencia vs. consumo para evaluar los tratamientos en drogodependencias. El modelo transteórico plantea otra forma de entender las adicciones. Se trata de un modelo explicativo caracterizado por la presencia, durante el proceso evolutivo de la conducta adictiva, de una serie de fases que describen, explican y predicen cuáles pueden ser las conductas de abandono de las diferentes conductas adictivas y cuál es la relación que tiene la persona con la droga. La principal ventaja de este modelo es que nos describe el cambio como un proceso, como una serie de etapas a lo largo del tiempo, en vez de enfatizar la abstinencia como primer objetivo a alcanzar (Prochaska & DiClemente, 1983).

El cambio de las conductas adictivas no sigue la ley del todo o nada, porque este tipo de comportamiento es muy complejo. Desde que el individuo empieza a darse cuenta de que existe un problema hasta el punto en el que éste deja de existir se dan

muchos cambios que preceden y siguen a la consecución de la abstinencia. Esta información es crucial para entender cómo la persona percibe su consumo y, por tanto, ayuda a plantear estrategias si se tiene la intención de intervenir.

El trabajo de Prochaska y DiClemente parte de un análisis de las teorías y las investigaciones en psicoterapia y de sus trabajos exploratorios en relación al proceso de cambio de las conductas adictivas, básicamente en fumadores.

Los siguientes estadios de cambio representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo transteórico: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Este modelo resalta el hecho de que la mayoría de las persona con problemas de conductas adictivas no progresan de forma lineal a través de los distintos estadios. Más bien parecen seguir un patrón cíclico y suelen pasar varias veces por el mismo estadio antes de consolidarse en el mantenimiento. Estos autores proponen un modelo en espiral que refleja con más exactitud los cambios que se dan en relación al consumo de drogas.

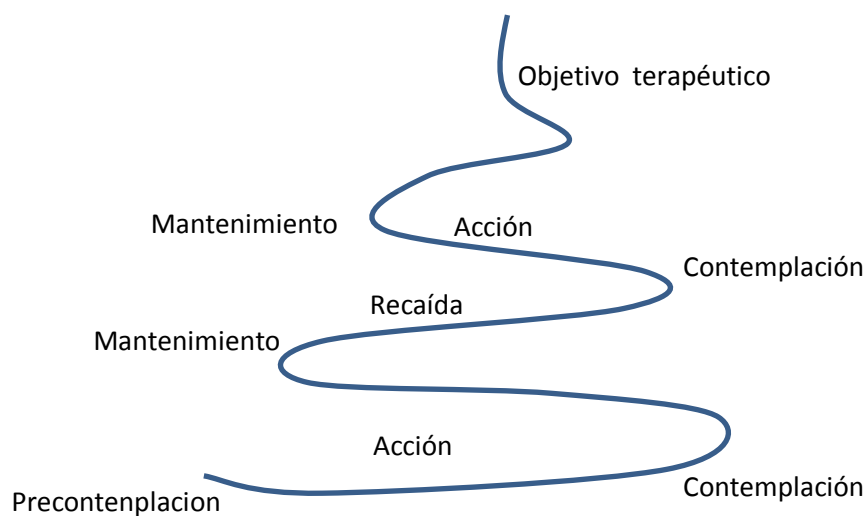


Figura 6. Estadios del cambio

- **Precontemplación:** en este estadio los consumidores de drogas no se plantean modificar su conducta en relación al consumo de drogas, ya que no son conscientes de que su relación con las drogas sea un problema. En este punto, los efectos gratificantes son más importantes que los efectos aversivos. No es que no vean solución sino que no ven el problema: el consumidor o bien no está informado o no quiere ser informado. En esta situación acuden muchas personas a consulta, siempre presionados por una tercera persona o por problemas derivados de la adicción. También se hacen muchas intervenciones de prevención del consumo. El hecho de acudir a algún centro de drogodependencias se debe más a aliviar la presión de los demás que a realizar algún cambio: de hecho, en el momento en que la presión desaparece retornan al estilo de vida inicial.
- **Contemplación:** en este estadio el adicto empieza a tener cierta conciencia del problema y es en este momento cuando comienzan a considerar seriamente abandonar la conducta adictiva. A pesar de este cambio de actitud, aún no son capaces de comprometerse en firme para abandonar dicha conducta. Se da un cambio en la conciencia del problema: se empiezan a ver los problemas que está generando el consumo de drogas y los aspectos gratificantes empiezan a perder valor frente a los aspectos aversivos. Los contempladores se esfuerzan por comprender su adicción.
- **Acción:** aquí la persona pasa a ejecutar un plan para el abandono del consumo de drogas y comienza a realizar comportamientos concretos de cambio, tanto a nivel manifiesto como encubiertos. La duración de este estadio va a depender de la calidad del compromiso de cambio. Además, es un momento en el que la persona va a emplear una gran cantidad de esfuerzo y energía. Este tipo de

cambio, al ser más visible, es de mayor reconocimiento por parte de las personas que rodean al adicto.

- **Mantenimiento:** en esta fase, el individuo intenta conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída. No es que deje de hacer cambios sino que deben mantenerse los cambios realizados en el tiempo de forma activa. Suele ser bastante frecuente que los adictos se relajen en esta fase, ya que la recuperación experimentada hace que tanto las personas que rodean al adicto como él mismo piensen que ya están “curados”. También se da el caso de aquellos que, por miedo a recaer, derivan a un estilo de vida muy rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída.
- **Recaída:** ocurre cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento fracasan. Es frecuente que tras este hecho aparezca un sentimiento de culpa y de fracaso y la competencia de la persona se ve seriamente afectada. Los trabajos que existen en este tema indican que la persona retrocede en los estadios. Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) refieren que un 15 % de los fumadores recaídos retroceden hasta el estadio de “precontemplación” mientras que una gran mayoría de las personas regresan al de “contemplación”.
- **Finalización:** incluso los autores de este modelo explicativo han especulado sobre la existencia de este estadio. La “finalización” implicaría la total extinción de la conducta adictiva y el mantenimiento del nuevo estilo de vida, es decir, que la persona ya no tendría que seguir haciendo un esfuerzo extra por mantener estos cambios, formando parte ya de su repertorio. Existen algunos criterios que

podrían establecerse para discriminar este estadio: uno es que el deseo de consumir la sustancia psicoactiva desaparece y otro que la confianza de no consumir es del 100% en cualquier situación.

1.3.6 Teoría del aprendizaje social

Esta teoría parte de la base de que las personas no nacen con todo el repertorio de conductas que desarrollan a lo largo de su ciclo vital sino que tienen que aprenderlas. Bandura (1987) afirma que lo que origina el aprendizaje de la conducta es la relación de las influencias de la experiencia con los factores fisiológicos.

La teoría del aprendizaje social propone que el primer aprendizaje es el que se refiere a las consecuencias de la respuesta y del que se pueden derivar efectos tanto positivos como negativos. De estas respuestas resultan tres funciones fundamentales que explican cómo se aprende:

- Normativa: proporciona básicamente información.
- Motivacional: hace referencia a las expectativas que proporciona esa consecuencia.
- Reforzante: regula las conductas pero no las crea.

Bandura (1986) también introduce el aprendizaje por medio de modelos, proporcionando un espacio destacado al componente social en el aprendizaje. El ser humano aprende la mayor parte de los comportamientos a través de la observación

(modelado). Esta teoría describe el modelado como un proceso compuesto a su vez por cuatro subprocesos:

- La atención: que hace que las personas puedan centrarse en los rasgos significativos de la conducta.
- La retención: que permite recordar las conductas significativas, es decir, las que son útiles a un determinado modelo.
- Reproducción motora: que hace referencia a la capacidad de poder convertir una representación simbólica en una determinada conducta.
- Motivacional: dependiendo de las consecuencias observadas, el observador se inhibe o reproduce determinada conducta, eligiendo las más efectivas.

Desde esta perspectiva, las personas dirigen sus acciones basándose en sus experiencias y conocimientos previos y no sólo en los resultados de las respuestas manifiestas. A diferencia del condicionamiento operante, el refuerzo se considera un elemento importante en el proceso de aprendizaje, facilitándolo, pero no lo considera una condición necesaria, ya que la persona está expuesta a muchos factores situacionales que afectan al proceso en su conjunto.

Asimismo, la teoría del aprendizaje social incorpora el desarrollo evolutivo, añadiendo otras dimensiones, como la moral, que otorga al aprendizaje una dimensión simbólica que sustituye la intervención física y que dirige el aprendizaje hacia determinados objetivos. La creatividad es otro elemento que contempla la teoría de Bandura (1987): las personas somos capaces de observar y combinar distintos aspectos tomados de distintos modelos, generando una conducta nueva que es diferente a las

originalmente observadas. Esta creatividad es el origen de los estilos personales de conducta. Con ella lo que se hace es innovar.

El ser humano es un animal social, por tanto, el aprendizaje está influido por el contexto social que lo rodea y del que el individuo forma parte. Al aprendizaje más elemental (que se deriva de evaluar la respuesta fisiológica y emocional al emitir una determinada conducta, como, por ejemplo, la conducta anticipatoria defensiva con la finalidad de impedir o reducir acontecimientos aversivos), hay que añadirle otro tipo de aprendizajes simbólicos y vicarios en los que intervienen procesos cognitivos relacionados con estereotipos y respuestas emocionales, que se aprenden a través de la observación y la evaluación de los efectos que dicha conducta tiene para quien la emite. Un ejemplo de este tipo de aprendizaje podría ser el que se da en una situación de grupo, donde un determinado chico/a adolescente, después de sacar un cigarrillo y fumárselo, atrae la atención del resto. En un momento de construcción de la identidad personal en el que el grupo de iguales adquiere un gran valor, fumar puede ser evaluado como una conducta importante, que atrae la atención del resto y que puede cambiar el estatus dentro del grupo.

Esto nos llevaría a la segunda premisa de esta teoría con respecto al componente social: las funciones cognitivas y las expectativas. Las personas son capaces de aprender a anticipar los sucesos a partir de estímulos predictivos y emitir respuestas anticipatorias. Esto explica cómo dejamos de hacer algo sin tener que experimentar las consecuencias desagradables que se pueden derivar de dicho comportamiento. Retomando el ejemplo anterior, puede ser que un chico fume al querer imitar a otro que lo hace y al que tiene como modelo; pero también está el que no lo hace, aunque desee hacerlo, porque anticipa el problema que eso puede suponer si sus padres descubren que ha fumado. Los seres humanos no necesitan en cada momento descubrir las posibles

consecuencias de cada conducta; lo hacen generalmente a través de la observación y de explicaciones verbales sobre cómo se refuerza la conducta de otros, pudiendo deducir que los comportamientos de los demás tienen un valor predictivo al correlacionarse con determinadas consecuencias.

Otras aportaciones de lo social al aprendizaje personal son el refuerzo vicario y el castigo vicario. La observación de las consecuencias de las conductas sirve para regular el comportamiento, ya que altera los pensamientos y las acciones de las personas. En relación al individuo, la conducta está controlada por la interacción de los factores externos con los generados por el propio individuo. La mayoría de las conductas está regulada por el auto-refuerzo, que es un proceso en el que los individuos mejoran y mantienen su propia conducta aplicándose a sí mismos recompensas si su comportamiento se ajusta a ciertas normas sociales autodescriptivas (Bandura, 1987).

1.3.7. El modelo integrador de Lin y Ensel

Estos autores proponen un modelo de ajuste psicosocial aplicado al consumo de drogas en la adolescencia (Lin, N., & Ensel, W., 1989). Este modelo proporciona un marco teórico que permite valorar cómo se relacionan las variables sociales, psicológicas y fisiológicas que aparecen en las relaciones de estrés y el consumo de drogas.

Explica la conducta de consumo de drogas en función de la interacción del *contexto social*, lugar donde se dan interacciones sociales, de las que resultan determinadas experiencias tanto positivas como negativas y donde los jóvenes tejen su red de apoyo social. El contexto social explica en inicio el mantenimiento y la finalización del consumo de drogas. El *contexto psicológico* tiene que ver con la

autoestima, la competencia personal y el locus de control, que funcionan como recursos personales para el afrontamiento de estresores como la depresión, la ansiedad y otras fuentes de estrés. El *contexto fisiológico* hace referencia a la influencia de estresores físicos: enfermedades, síntomas fisiológicos físicos (Musitu, G., Estévez, E., & Jiménez, T. I., 2010).

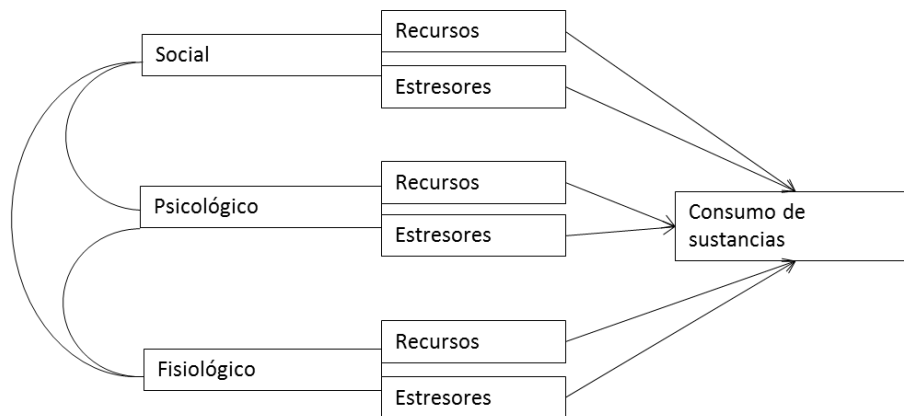


Figura 7. Paradigma propuesto por Lin y Ensel (1989)

La iniciación en el consumo de drogas cuenta con un bagaje teórico muy importante. Analizando detenidamente las distintas teorías nos encontramos con algunas que explican el consumo desde un punto de vista individualista.

El condicionamiento clásico proporciona un modelo conductual que sirve para explicar la puesta en marcha de la conducta de consumo de drogas; por tanto, explica bien respuestas automáticas de activación del recuerdo, deseo, sensaciones fisiológicas, etc. Pero el consumo de drogas es una conducta compleja en la que intervienen muchos factores que tienen que ver con la cultura, lo biológico y la sustancia.

Por otra parte, el condicionamiento operante combina bien con el clásico para explicar el inicio del consumo (condicionamiento clásico) y el mantenimiento (condicionamiento operante). Es útil en estrategias de tratamiento de tipo *modificación de conducta*, sobre todo en la fase inicial del tratamiento, para plantear cambios en rutinas de personas que consumen drogas de forma habitual. Pero, al igual que el condicionamiento clásico pierde potencia explicativa al no contemplar otros factores sociales ni farmacológicos.

La teoría del proceso oponente se ha utilizado para explicar el proceso por el que las personas inician la escalada de consumo e instauran el hábito del mismo. Es una teoría que predice que, cuando el consumo de la droga es frecuente, se produce la habituación. Asimismo, se ha utilizado para explicar la recaída tras un periodo de abstinencia: al asociarse los síntomas del proceso aversivo (irritabilidad, tristeza, culpabilidad...) a otros motivos se puede activar el deseo de consumir droga, buscando la activación que compense ese estado de ánimo bajo. De cara a programas de tratamiento, puede servir para que la persona entienda a qué se deben los cambios emocionales, físicos y psicológicos que experimenta durante el proceso de consumo, mantenimiento y abandono de la conducta adictiva; además puede servir para identificar elementos relacionados con esa conducta que pueden convertirse en señales que lo activen emocionalmente y generen el deseo de consumo.

Por otra parte, el modelo transteórico proporciona un marco teórico en el que se explica cuál es la relación que tiene el individuo con respecto a la droga: esto es útil de cara a establecer las estrategias tanto de prevención como de tratamiento.

La teoría del aprendizaje social proporciona un modelo muy completo que integra elementos de los modelos conductuales, sobre todo del condicionamiento

operante, y además proporciona aspectos influyentes del contexto social, como es el modelado y los elementos propios del individuo (tales como los aspectos evaluativos cognitivos y la interpretación simbólica de la situación).

Por último, el modelo de Lin y Ensel aporta una visión integral que relaciona el componente social con el psicológico y el fisiológico. El consumo de drogas es visto como un suceso vital demandante de recursos personales y sociales. Por tanto, cabe esperar que un entorno con suficientes apoyos pueda amortiguar las consecuencias adversas del consumo de drogas o que un entorno deprimido las empeore. Asimismo las habilidades propias del individuo también pueden ser vistas como un factor protector o como un problema, dependiendo de cómo se afronten los problemas derivados del consumo de drogas. Este modelo también incorpora el factor fisiológico: cada sustancia tiene su propia forma de afectar al consumidor. Dependiendo de cómo se interrelacionan estos tres elementos, este modelo puede explicar patrones de consumo y proponer líneas de intervención tanto en el ámbito social como en el individual.

1.4. Patrones socioculturales y consumo de drogas

¿Cuál es el papel de la familia en el inicio del consumo de drogas en los jóvenes? Elizondo (1995) se plantea algunas preguntas sobre el inicio del consumo de drogas (alcohol) en los jóvenes: “¿Cómo es que los adolescentes se inician en la bebida? ¿Por curiosidad? ¿Para vivir nuevas y emocionantes experiencias? ¿Por solidaridad con su grupo al que quieren pertenecer? ¿Por presión social? ¿Por imitar la conducta de los adultos? ¿Para aliviar la tensión provocada por la crisis existencial propia del adolescente? Este autor plantea que todas estas circunstancias pueden explicar en parte la decisión del adolescente de iniciarse en el consumo de alcohol.

Pero la principal aportación que nos proporciona es el significado cultural que tiene la sustancia, en este caso el alcohol, para el joven. A pesar de los mensajes en contra de su consumo, lo que realmente perciben los chicos y las chicas es que los adultos lo consumen con normalidad, existe en su casa un mueble para guardar las bebidas alcohólicas, beben para celebrar acontecimientos, etc. Esto supone una ambivalencia en cuanto a la decisión de beber alcohol: por una parte, los mensajes alertando del peligro que acarrea la bebida y, por otra, la naturalidad con la que beben todos los adultos. En este sentido, el mensaje que se transmite desde el contexto social es que es algo que hay que hacer y ese hacer se convierte en un rito de socialización por el que la mayoría de los jóvenes pasan.

Drogas, juventud y delincuencia es una combinación de variables que parece activarse casi automáticamente en el imaginario social cuando se abordan cualquiera de ellas individualmente o cuando son tratadas en los medios de comunicación. Esta representación social tiene su origen en España a finales de los 70, en la llamada *crisis de la heroína*. Repasar cómo se construye la representación social del *drogodependiente* es importante para comprender lo que significa el fenómeno de las drogodependencias en la actualidad, las políticas sociales, las intervenciones públicas y privadas así como las campañas de prevención que se llevan haciendo desde esa fecha. Buena parte de la construcción del estereotipo *drogodependiente* se debe al efecto que han producido en la sociedad española las distintas *oleadas* o ciclos de consumo de drogas, como explica el antropólogo J. F. Gamella en una revisión que realiza en 2001 sobre ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-1998). La construcción social que tenemos en la actualidad sobre el fenómeno de las adicciones y su relación con la de la delincuencia y la de la juventud es explicada por Gamella: “Desde hace más de dos siglos, el uso de drogas psicoactivas y los problemas asociados tienden a construirse (darse y percibirse)

en forma de *olas* o ciclos, con claros ascensos y descensos, a veces tan marcados que generan situaciones nuevas y hasta imprevistas. Este hecho elemental, que coincide con un dominio general de los ciclos en el mundo moderno (económicos, políticos, demográficos y hasta microbianos), apenas recibe atención por los especialistas, que no analizan estos procesos recurrentes más allá del enraizado uso de metáforas epidemiológicas. Rara vez, además, se ponen en relación unos ciclos de ascenso o descenso con otros. A lo más que suele llegarse es a una visión *gradualista* de los problemas, que remacha que "el tema va mal" o que va bien, como una marea siempre ascendente o descendente (...). Primero, hay ciclos largos y lentos, que resultan más predecibles en su evolución y sus consecuencias y que suelen generar menos atención pública y menos alarma social, resultando en suma más *aburridos*. La expansión del consumo de cigarrillos de tabaco, de las borracheras de alcohol y del uso de derivados del cáñamo en la Europa de las últimas décadas son ejemplos de este tipo de ciclos lentos y amplios que llamamos, en sentido metafórico, mareas" (Gamella, 2001, p.7-8). El otro tipo de ciclo es mucho más intenso, rápido y traumático. Estas características lo convierten en el centro de atención de muchos agentes sociales, entre ellos los medios de comunicación, que hacen que se genere una reacción de miedo colectivo que desemboca en una alarma social que moviliza a las instituciones públicas y los colectivos sociales de forma inmediata en la búsqueda de soluciones al problema de la droga. Éste es el caso de la crisis de la heroína en España, que tuvo lugar desde 1978 hasta 1998 y que, además, estuvo acompañada de la aparición y propagación del SIDA, una enfermedad desconocida y mortal que aparece ligada al consumo de heroína por vía parenteral. Los consumidores de heroína presentaban un patrón de policonsumo donde mezclaban alcohol, tabaco, cannabis y barbitúricos. Además la necesidad de consumo se transformó en necesidad de dinero para comprar drogas, con lo que aumentó la

delincuencia callejera, creando una percepción de inseguridad muy potente. “En los últimos años, sobre todo a partir de 1991 y 1992, la crisis ha perdido su agudeza convirtiéndose en "endémica": hay menos nuevos heroinómanos y el problema se concentra en una población cada vez más envejecida y circunscrita a ciertos entornos” (Gamella, 2001, p.12).

La intensidad del miedo hizo que se grabaran de una manera muy sólida las imágenes que constituyen el estereotipo del drogodependiente, que puso a las drogas en los primeros puestos del ranking de los problemas de la sociedad española. Esta crisis fue tan virulenta que todavía en nuestros días se sigue identificando la jeringuilla al consumo de heroína y el estereotipo de drogodependiente sigue identificándose con marginalidad, pobreza, desempleo, suciedad, fracaso educativo, delincuencia, cárcel y SIDA.

El binomio heroína-SIDA ha sido uno de los factores que más ha contribuido a la consolidación de la dimensión de “peligrosidad” del estereotipo drogodependiente, provocando emociones negativas de miedo en la población, acompañadas de una reacción de rechazo casi automática. En España, desde que el primer caso de SIDA fue diagnosticado en 1981, la enfermedad fue propagándose rápidamente en los primeros años, afectando a los drogodependientes, sobre todo a los usuarios de drogas por vía intravenosa. Los datos epidemiológicos crecían año tras año y los avances médicos en el control de la enfermedad parecían no evolucionar al mismo ritmo. De tal manera que, como se puede ver en los datos de “Vigilancia epidemiológica del sida en España, registro nacional de casos de sida” (2013) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el vínculo droga-SIDA se mantiene con el tiempo, llegando hasta la actualidad, aunque los nuevos casos de infección por consumo de drogas vía parenteral está experimentando un progresivo descenso desde 1994, pasando de los 5.099

diagnosticados en 1994 a los 156 casos infectados en 2012 (Plan Nacional sobre el Sida, 2013).

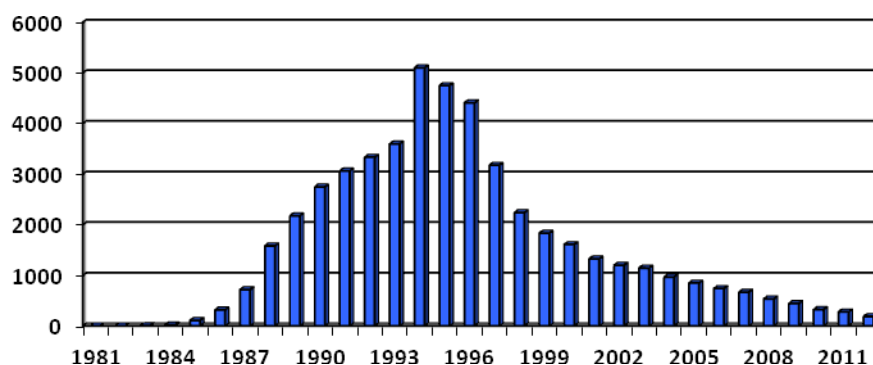


Figura 7. Serie histórica de diagnósticos de VIH derivados del consumo de drogas

Los más de 25.000 casos diagnosticados entre UDIs (usuario de drogas inyectables) desde 1990 llevaron a España a ser uno de los países con la tasa de infectados por VIH más alta de Europa. En la actualidad “la tasa global de nuevos diagnósticos de VIH en España está en niveles similares a los de otros países de Europa occidental. Sin embargo, aunque la mejora respecto a décadas pasadas es indudable, la tasa es superior a la media de la Unión Europea” (Plan Nacional sobre el Sida, 2013, p. 9).

No es de extrañar, por tanto, como dice el antropólogo J. F. Gamella, que la representación social de las drogas y su uso, así como las políticas e instituciones que operan en este campo, se vean muy influidas por esta crisis, es decir, sean muy *heroinocéntricas*.

Otra droga que ha contribuido a la consolidación de la representación social del *drogodependiente* como un hábito normal en la juventud es el *éxtasis*. A finales de los

años ochenta se dispara el consumo de esta droga ligada a contextos recreativos juveniles, asociados a determinados tipos de música, discotecas y fiestas (*máquina* o *bakalao*, techno-dance, etc.). El *éxtasis* se presenta en pastillas y contiene MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina). Se sintetiza en laboratorios clandestinos, lo que promueve la variabilidad en su composición química. La popularización de esta droga entre los jóvenes hizo que se disparase su consumo. De las 259 unidades confiscadas en 1988 se pasó a 739.500 en 1995, llegando a 1.400.000 en 2002. La evolución de las incautaciones de MDMA, según los datos del Ministerio Fiscal (2012), ha ido decreciendo progresivamente debido a cambios en los patrones de consumo y a la emergencia de otras drogas que han competido en el mercado juvenil. El número de unidades incautadas en 2011 fue de aproximadamente 200.000.

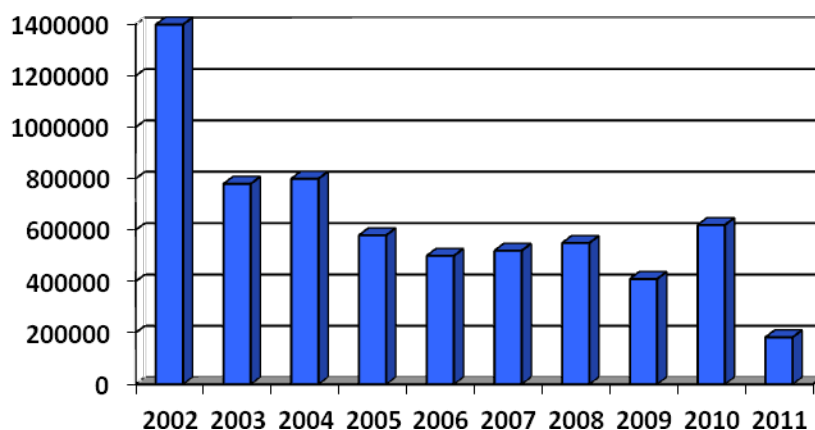


Figura 8. Serie incautaciones MDMA (Ministerio Fiscal General del Estado, 2012)

Entre las causas del disparo de su consumo en los años 90 están su precio asequible para los jóvenes (de los 6 a los 24€) y el etiquetaje de *diversión extrema* o

radical, semejante al que pueden tener determinados deportes de riesgo. Esto facilitó que se pusiera de moda en determinados contextos de ocio nocturno y que su consumo se realizase en periodos que podían durar hasta varios días.

Ambas crisis, la de la heroína y la del éxtasis, coexisten en los años 90, generando una alarma social reforzada por los medios de comunicación, el aumento de las cantidades de droga incautadas y las muertes que empezaron a darse por su consumo. De esta forma, aumentó el miedo en las familias ante el riesgo de que sus hijos en las salidas de los fines de semana consumiesen estas drogas o se las pusieran en las bebidas y *se conviertan en drogodependientes y delincuentes*, consolidando de esta forma el estereotipo anteriormente mencionado de *droga-noche-jóvenes-problemas*.

1.5. Adolescencia y drogas

El ajuste psicosocial del adolescente a su entorno es un tema recurrente en la investigación psicosocial. Principalmente por las discrepancias que emergen entre los proyectos vitales de los hijos y las familias. El proceso de emancipación social implica que los hijos empiecen a tomar distancia del seno familiar. Los padres ven que los chicos se van haciendo mayores y ganan autonomía personal, circunstancia que conlleva, inevitablemente, la toma de decisiones que, en determinadas ocasiones, puede suponer la exposición a determinados riesgos para su salud o comprometer proyectos futuros de vida. La realidad es que la mayoría de los chicos y chicas realizan esa transición desde la infancia a la edad adulta de una forma positiva y sin grandes problemas. Aún así es mucha la literatura que estudia la adolescencia como una etapa de cambio crítico en el inicio de conductas de riesgo para el consumo de drogas, como muestran los trabajos de Espada, Méndez Griffin y Botvin (2003).

Los hábitos de salud, en concreto los relacionados con las adicciones, son un fenómeno cambiante. Vivimos en una sociedad de consumo propia de políticas neoliberales y esto queda reflejado en los hábitos de los jóvenes. Las nuevas tecnologías están haciendo que se acorten las distancias entre los países y, por tanto, las formas de ocio se están generalizando y homogeneizando. Como señala Bermúdez (2004), las instancias tradicionales de control social (familia, escuela, iglesia) han dejado de ser eficaces y, por otra parte, hay una marcada desconfianza en los gobiernos, lo que favorece la normalización de determinados hábitos y estilos de relaciones sociales. De ahí que el consumo de alcohol en un contexto recreativo o el de cannabis y/o tabaco en situaciones sociales sean vistos como algo normal por parte de los jóvenes, asumiendo que probablemente la familia no lo apruebe pero defendiendo que ese comportamiento entra dentro de la privacidad personal y es una decisión que sólo le atañe a él o a ella. A esto le unimos que en el contexto actual prima el disfrute de lo inmediato, el egoísmo y el refuerzo inmediato. En este sentido, el consumo de drogas entre los jóvenes ha evolucionado en los últimos años hacia una normalización social, en formato de policonsumo, acercando a la mujer a los patrones masculinos y concentrándose principalmente en el uso recreativo-social ligado a actividades de ocio nocturnas en la calle (Musitu, Estévez, & Jiménez, 2010).

En lo referente a las consecuencias del consumo de drogas en el proceso madurativo del adolescente, son muchos los autores que han investigado sobre este tema. Pons y Berjano (1999) relacionan el consumo de tóxicos en la adolescencia con problemas en el crecimiento y el desarrollo psíquico y social del joven. Por su parte, Baumrind y Moselle (1985) relacionaron el consumo habitual de drogas en adolescentes con la dificultad para el normal desarrollo afectivo, creando una interferencia en la formación de su identidad personal y social, con repercusiones negativas en la

construcción de su proyecto de futuro. Newcomb (1987) indica que el consumo en la adolescencia modifica el “normal” tránsito de los jóvenes a la edad adulta, acelerando dicho proceso de transición, lo que conlleva a afrontar situaciones sociales sin la formación o las estrategias necesarias para su normal resolución. Esta circunstancia coloca al joven en dificultades a la hora del normal desempeño de los roles sociales.

2. Características sociodemográficas del consumo de drogas en población juvenil

2.1. Edad y consumo de drogas.

El periodo entre los 12 y los 18 años de edad es en el que se dan varios hitos importantes en relación al consumo de droga, que afectarán a la evolución de los consumos (figura 9), desde que se inician hasta que se consolidan como hábito. En este rango de edad se empiezan a instaurar determinados estilos de vida y son frecuentes los *ritos de iniciación*, donde el consumo de drogas puede estar presente.

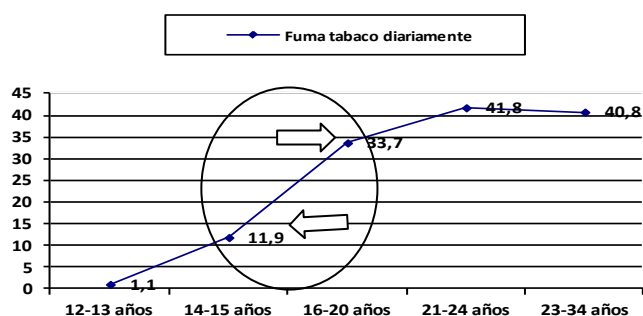


Figura 9. Frecuencia de consumo de tabaco por intervalo de edad (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

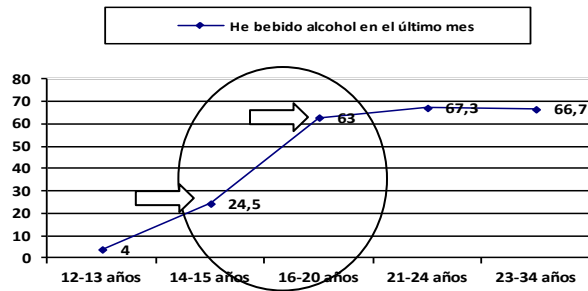


Figura 10. Edades en consumidores regulares de alcohol (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

Asimismo, es un intervalo de edad donde se empieza a dar un salto cualitativo en relación al aumento de la autonomía personal y se exploran y frecuentan espacios recreativos en los que la presencia de drogas es muy alta. La exposición a situaciones de riesgo relacionados con la accesibilidad, la presión para el consumo, la imitación o simples patrones de ocio donde determinadas drogas tengan un peso específico importante hacen que aumente considerablemente la probabilidad de consumir algún tipo de sustancia (figura 10).

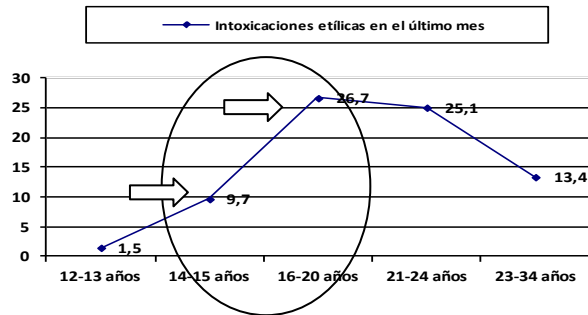


Figura 11. Edades de intoxicaciones étlicas en el último mes (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

La OMS detectó en un estudio de las pautas mundiales y regionales de mortalidad entre la juventud (10 a 24 años) que los accidentes de tránsito, las complicaciones del embarazo y el parto, el suicidio, el VIH/SIDA y la tuberculosis son las principales causas de mortalidad. Entre las recomendaciones de la OMS para la promoción de comportamientos sin riesgos, mejorar la salud y prevenir las defunciones entre los jóvenes están la de hacer cumplir estrictamente la legislación sobre la conducción bajo la influencia del alcohol, la de limitar el nivel de alcoholemia en sangre en menos de 0.05 g/dl en el caso de conductores jóvenes o noveles y la de velar por que los jóvenes reciban la formación apropiada en materia de aptitudes para la vida y disminuyendo el consumo de alcohol en la juventud (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Este rango de edad, además, se corresponde con un momento crítico en la socialización de los chicos y chicas. La socialización entendida como “el proceso por el cual los individuos aprenden los modos de actuar y de pensar de su entorno, los

interiorizan integrándolos en su personalidad y llegan a ser miembros de grupos donde adquieren un estatus específico” (Aebi, 2003, p. 2). La convivencia pacífica pasa por el respeto a unas normas básicas de convivencia que la sociedad intenta transmitir a sus nuevos miembros.

En nuestra sociedad el consumo de drogas en menores es ilegal y, por tanto, se establecen mecanismos de control para dificultar el acceso de los mismos a las drogas en general. A pesar de estas barreras, los estudios sobre hábitos de consumo en población general sitúan el inicio de consumo de determinadas sustancias antes de la mayoría de edad legal. El alcohol en la adolescencia cumple una función de adaptación social, es decir, en nuestra sociedad el porcentaje de consumo de alcohol en la población general ronda el 80% (como se muestra en la tabla 4), lo que significa que vivimos en una sociedad donde el uso de esa sustancia está normalizado. Esta transición del no consumo hacia el consumo no se hace en solitario, sino que se produce en grupo.

Tabla 1. Consumo de alcohol en población general (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

	Total	Hombre	Mujer
Consume alguna vez	86.4%	89.6%	83.1%
Consumo en el último año	74%	80.6%	67.2%
Consumo en el último mes	58%	67,8%	48%
Consumo diario en el último mes	8.9%	14.2%	3.4%

Nuestra cultura atribuye unos atributos al alcohol que lo convierten en un instrumento para el afrontamiento “exitoso” de determinados acontecimientos sociales, como pueden ser: desinhibirse para abordar una situación embarazosa, para festejar o para “pasar” un momento dramático. Puesto que es una bebida prohibida para niños y niñas, su consumo supone el paso a la edad adulta: el deseo del adolescente por

abandonar la niñez y sumergirse en la adultez lo lleva a reproducir patrones de conductas que se transmiten a través de la cultura, por lo que se ha convertido en un “rito de iniciación” por el que pasar a la edad adulta. Como dice Elizondo (1995) en una descripción de esa transición hacia “lo adulto”, el adolescente está expuesto a una multitud de mensajes ambivalentes en relación a lo positivo y lo negativo del alcohol, marcados por el simbolismo del papel que juega el alcohol en nuestra existencia: “El adolescente llega a la conclusión de que quien beba el fruto prohibido del alcohol se convertirá en adulto. Entonces el adolescente pierde objetividad y el alcohol no es simplemente una sustancia que puede tener peligros potenciales sino es ese símbolo mágico que lo convertirá en adulto” (Elizondo, 2009, p.2).

El último informe de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía en su estudio epidemiológico de 2011 (informe bianual que se inicia en 1987) muestra datos relativos a patrones de consumo de distintas drogas, relacionándolos con la edad. En el caso del tabaco sitúa la edad de inicio en los 16,5 años. Esta edad apenas ha variado en los últimos 4 años (tabla 2).

Tabla 2. Edades medias de inicio de quienes han fumado alguna vez (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

	2009	2011
Media general	16.8	16.5
Hombre	16.5	16.3
Mujeres	17.3	16.7
Fumadores y fumadoras ocasionales	17.8	17.1
Fumadores y fumadoras diarios:	16.7	16.4
Moderado (-10)	17.0	16.6
Medio alto (10-20)	16.8	16.4
Excesivo (21 o más)	15.4	15.6

Este consumo tan precoz implica un alto riesgo de convertirse en consumo abusivo de tabaco a corto y medio plazo, como muestran estudios especializados (Caballero-Hidalgo, et al., 2005; Díaz, et al., 1998). Fumar a una edad temprana también es un indicador de mantenimiento de este hábito en edad adulta, según datos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía: el 68.4% de la población adulta que informa de haber fumado alguna vez, se ha iniciado antes de los 18 años. Asimismo, el 92.8% de las personas que han fumado alguna vez lo ha hecho antes de los 21 años.

Tabla 3. Edad del primer consumo de tabaco en Andalucía. (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

Años	Total	Hombre	Mujer
Hasta los 10	1.9%	3.1%	0.4%
De 11 a 14	27.1%	28.1%	25.8%
De 15 a 17	39.4%	38.1%	41.0%
De 18 a 20	24.4%	23.8%	25.1%

Tampoco es desdeñable la media de cigarrillos diarios (10.1) que consumen los consumidores habituales de tabaco de entre 12-13 años (tabla 4).

Tabla 4. Media diaria de cigarrillos, según sexo y edad (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

	2005	2007	2009	2011
Media General:	16.4	16.9	15.5	15.0
Hombres	18.8	18.3	17.6	16.7
Mujeres	13.0	15.3	12.8	12.8
12-13 años	7.0	4.5	9.6	10.1
14-15	10.5	12.0	8.1	8.3
16-20	10.9	13.3	12.3	12.4
21-24	12.9	12.6	14.0	12.2

El alcohol es otra droga legal con una alta accesibilidad por parte de la población juvenil y que bien integrada en la sociedad, lo que la convierte en una de las más consumida por la población en general y por los jóvenes en particular. La edad media del primer consumo de alcohol en 2011 fue de 16.9 años, habiendo descendido con respecto a 2009, que fue 17.5 años (tabla 5). En nuestro entorno, es habitual que la primera ingesta de alguna bebida alcohólica se realice antes de los 18 años.

Tabla 5. Edad media del primer consumo de alcohol, según sexo (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

	2009	2011
Media general	17.5	16.9
Hombres	16.6	16.2
Mujeres	18.6	17.7

En concreto, un 64.6% del total de quienes consumieron alguna bebida alcohólica lo hizo por primera vez antes de esa edad y el 91% lo hizo antes de los 21 años (2011). Un 18.1% informa haber consumido alcohol entre los 11 y los 14 años y el 45% lo ha hecho entre los 15 y los 17 años. Esto supone que el 63.2% de los jóvenes admite haber consumido alcohol.

Tabla 6. La edad del primer consumo de alcohol en Andalucía (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

Años	Total	Hombre	Mujer
Hasta 10	1.4%	1.5%	1.2%
De 11 a 14	18.1%	22.1%	13.7%
De 15 a 17	45.1%	50.0%	39.6%
De 18 a 20	26.4%	22.7%	30.4%
De 21 y más	8.6%	3.4%	14.6%

Alcohol y juventud es un binomio que en nuestra sociedad parece “aceptado”, pero es una combinación muy peligrosa, ya que el consumo de alcohol durante el ocio nocturno de fin de semana es una práctica muy extendida en la población juvenil y a esta circunstancia hay que añadir la existencia de un “optimismo ilusorio” que aparece asociado de una forma clara ante el padecimiento de problemas derivados del consumo de alcohol y con las drogas. Este sentimiento de invulnerabilidad se aprecia en mayor medida en chicos (Pozo Muñoz & Alonso Morillejo, 2004). Un dato objetivo sobre la peligrosidad del consumo de alcohol u otras drogas en la juventud es la alta tasa de fallecimientos en jóvenes derivada de los accidentes de tráfico, siendo la primera causa de muerte entre los 15 y 24 años. Este grupo de edad representa el 11% de la población y el 10% de los conductores, pero acapara el 18% de los muertos y el 25% de los heridos graves, según datos de la DGT relativos a 2007. El 48% de los fallecimientos de jóvenes entre los 18 y 24 años se produce en fin de semana y muchos de ellos están relacionados con el alcohol (Dirección General de Tráfico, 2009).

En relación al consumo problemático de alcohol, la juventud es un grupo de población que preocupa por determinados patrones de consumo y por los altos porcentajes de emborrachamiento. El consumo de riesgo de alcohol se define como el porcentaje de personas que ingiere una media diaria de 50 cc. o más de alcohol puro al día en el caso de los hombres, ó 30 cc. o más en el de las mujeres. La prevalencia más elevada de consumo de riesgo de alcohol se encuentra en el grupo de edad de 21 a 24 años (6.1%). Por grupos etarios, el 26.7% de las personas entre 16 y 20 años y el 25.1% de las que tienen entre 21 a 24 años afirma haberse emborrachado en los últimos 30 días. A partir de esa edad, el porcentaje tiende a descender. Esto supone que un 51.8% de jóvenes de entre 16 y 24 años se emborracha al menos una vez al mes (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011).

Otro patrón de consumo relacionado con jóvenes que también preocupa por las consecuencias negativas que puede tener para quienes lo practican es el “bingedrinking” o “atracones de alcohol”, ingestas de al menos cinco vasos de alguna bebida alcohólica de forma prácticamente ininterrumpida con el fin de alcanzar lo más rápidamente posible la intoxicación etílica. Esta práctica es más habitual entre los 16 y 24 años; a partir de los 25 años desciende el porcentaje de jóvenes que lo practican.

Otra forma de consumo de alcohol asociada a los jóvenes es el denominado “botellón”. En 2011 el porcentaje de población joven que indica haber acudido al menos una vez en los últimos seis meses a uno es del 50%, casi siete puntos por encima del resultado obtenido en 2009. El 30.9% señala haber acudido entre 1 y 5 veces en los últimos 6 meses y el porcentaje que afirma acudir todas o casi todas las semanas es del 7.4%. La asistencia a botellones se concentra más en los grupos de edad de 16 a 20 años y de 21 a 24. Estos grupos de edad son también los que más asiduamente acuden: entre los 16 y los 20 años, el porcentaje de quienes asisten semanal o casi semanalmente es del 15.2% (tabla 7).

Tabla 7. Participación en botellón en los últimos 6 meses (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

	Total	Hombre	Mujer	12-13	14-15	16-20	21-24	25-29
No, nunca en los últimos 6 meses	50%	44.7%	55.7%	94.5%	62.5%	27.2%	39.7%	59.8%
Sí, 1 o 2 veces en los últimos 6 meses	18.1%	17.3%	18.9%	3.1%	13.5%	19.6%	23.8%	18.2%
Sí, de 3 a 5 veces en los últimos 6 meses	12.8%	15.1%	10.3%	.2%	8.6%	18.9%	12.9%	12.6%
Sí, 1 o 2 veces al mes	11.7%	13.0%	10.3%	1.5%	9.3%	19.1%	15.7%	6.7%
Sí, todas o casi todas las semanas	7.4%	9.9%	4.8%	.7%	6.1%	15.2%	7.9%	2.7%

En cuanto al consumo de alcohol en estos encuentros, el 95% de las personas asistentes bebieron alcohol en el último botellón al que acudieron (97% de los chicos y

92.3% de las chicas). Como media, quienes bebieron, consumieron 98.6 cc. de alcohol (equivalente a 4 combinados o a 8 cervezas aproximadamente). En el caso de los chicos esta media fue de 109.2 cc (9 cervezas ó 4-5 combinados aproximadamente) y en el de las chicas 83.6 cc. (7 cervezas ó 3-4 combinados aproximadamente).

El cannabis es otra sustancia con una tasa de consumo muy alta entre la juventud. Es la que más admisiones a tratamiento motiva entre las personas menores de edad. En el año 2011 supuso el motivo de admisión a tratamiento para el 87.8% de menores de edad. En función del sexo, el cannabis es la sustancia que más tratamientos motiva, tanto entre los chicos como entre las chicas, siendo mayor entre los primeros (88.6% y 83.7% respectivamente).

Por grupos de edad, se observa un incremento progresivo del consumo hasta el grupo de 21 a 24 años, que presenta las prevalencias más altas. El 43.8% de las personas de este grupo de edad ha consumido cannabis alguna vez en la vida. El consumo reciente y actual es mayor en el grupo de edad de 16 a 20 años: el 24.6% lo ha consumido en los últimos seis meses y el 20.9% en el último mes. Respecto al inicio del consumo de esta sustancia, más de la mitad de las personas que la han consumido en alguna ocasión lo hicieron por primera vez antes de los 18 años de edad (56.1%), como muestra la tabla 8.

Tabla 8. El consumo de cannabis por edad y sexo (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

	Total	Hombres	Mujeres	12-13	14-15	16-20
Consumo alguna vez	27.0%	35.9%	17.9%	1.5%	15.4%	34.8%
Edad del 1er consumo	18.5	17.9	19.5	11.7	13.5	15.4
Consumo últimos 12 meses	11.4%	15.8%	6.8%	1.1%	14.5%	28.0%
Consumo últimos 6 meses	9.8%	14.0%	5.5%	0.9%	11.2%	24.6%
Consumo último mes	8.5%	12.5%	4.4%	0.7%	7.9%	20.9%

En cuanto a la cocaína, la edad de inicio se retrasa: el porcentaje de personas que consumieron cocaína antes de los 18 años es notablemente inferior a los porcentajes anteriormente observados para el alcohol, el tabaco y el cannabis. El 3.3% de las personas que en alguna ocasión han consumido cocaína lo hizo por primera vez antes de los 18 años. A pesar de ser un porcentaje menor, no deja de ser preocupante por lo que significa para un menor su consumo y las implicaciones para la salud que puede tener (tabla 9).

Tabla 9. El consumo de cocaína por edad y sexo (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

	Total	Hombres	Mujeres	12-13	14-15	16-20
Consumo alguna vez	6.0%	9.5%	2.5%	.2%	.9%	3.3%
Edad del 1er	20.4	20.6	19.5	11.0	13.0	16.6
Consumo últimos 12 meses	1.8%	2.8%	.8%	.2%	.4%	2.4%
Consumo últimos 6 meses	1.3%	2.1%	.5%	.2%	.2%	1.7%
Consumo último mes	.7%	1.4%	.3%	.2%	.0%	1.1%

Otra sustancia asociada tradicionalmente a los jóvenes es el éxtasis y el MDMA. La edad de inicio en 2011 es de 19.6 años, más de dos años inferior a la observada en 2009 (21.9 años). A pesar de que a finales de los 80 se temía que estas sustancias se estaban convirtiendo en una “epidemia” entre la juventud, tal y como lo fue la heroína, su evolución hasta la actualidad no ha cumplido ese pronóstico. Apenas se detecta consumo de éxtasis en los grupos de edad de menos de 16 años. En 2011, los grupos etarios de 21 a 24 y de 25 a 34 años presentaban las prevalencias de consumo de éxtasis más elevadas: el 6.6% y el 6.3%, respectivamente, de las personas con estas edades refieren haber tomado éxtasis alguna vez en la vida. El consumo en el último mes presenta su prevalencia más alta en el grupo etario de 16 a 20 años (1.3%). La media de

edad del primer consumo es muy similar en hombres y mujeres (19.7 años en hombres y 19.4 años en mujeres).

La ketamina es un anestésico sintético que es consumido buscando un efecto disociativo alucinatorio. Los datos de consumo en población general detectan una baja prevalencia en el consumo de alguna vez en la vida, que se encuentra en el 1.1%, mientras que el porcentaje de personas que la consumido en el último año, últimos seis meses y último mes es del 0.1%. Sin embargo, cuando se analiza el consumo de esta sustancia en ambientes recreativos y festivos, las prevalencias son más altas. La edad media de inicio en el consumo de ketamina es de 21.1 años. Un 25.4% de las personas que indica haberla consumido en alguna ocasión lo hizo por primera vez antes de los 18 años de edad.

También debemos referirnos a la anfetamina y sus derivados. La edad de inicio se situaba en 2011 en los 19.5 años. Entre las personas que alguna vez en la vida han tomado anfetaminas o speed, el 33% lo hizo antes de los 18 años.

Sustancias como el éxtasis líquido o GHB y las conocidas como “Legal Highs” están en la misma situación que la ketamina, es decir, su consumo se circunscribe a momentos de ocio, en fiestas y asociado a determinados tipo de música. A pesar de no estar muy extendido su consumo entre la población general, las prevalencias en la población juvenil frecuentadora de este tipo de eventos sí son más altas.

2.2. Género y consumo de drogas.

En relación al consumo de drogas, el género ha sido una de las variables que ha explicado diferencias en la prevalencia de los consumos. Los estudios epidemiológicos

han mostrado de manera consistente que los hombres han mantenido consumos superiores de drogas en la mayoría de las sustancias, tanto legales como ilegales. En los últimos años se ha dado una homogeneización de los patrones de consumo entre ambos sexos (Peñañiel, 2009).

La variable género explica diferencias en la evolución de distintos patrones de consumo de sustancias, como la que han mostrado las mujeres con el consumo de tabaco. Los datos proporcionados por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (2011) muestran que, si en 2009 la edad de inicio se situaba en los 17.3 años, en 2011 se ha situado en los 16.7 años. La diferencia entre la media de edad de inicio de hombres y de mujeres se acorta notablemente y prácticamente se igualan (16.3 años los hombres y 16.7 las mujeres). Otro dato diferencial con respecto al género y patrón de consumo de tabaco es que hay un porcentaje reducido de fumadoras extremas (3.5%), mientras que el de fumadoras moderadas es más elevado que en los hombres (31.3% frente a 11.9%): por lo tanto, las mujeres que fuman a diario, fuman menos cantidad que los hombres. Como media, las mujeres consumen 12.8 cigarrillos al día, frente al 16.7 cigarrillos de media de los hombres (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011). En relación a la prevalencia de consumo de tabaco en la población andaluza, teniendo en cuenta la variable “sexo”, las mujeres han mantenido una progresión en aumento, leve pero constante, que las ha acercado a las tasas de consumo de los hombres, que, al contrario que éstas, han mantenido un descenso en el consumo (ver figura 12).

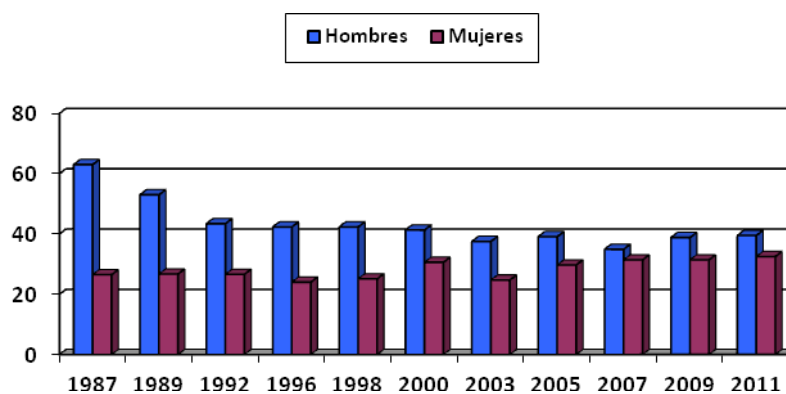


Figura 12. Evolución de las prevalencias de consumo diario de tabaco por género (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011)

En relación al consumo de alcohol también se dan diferencias con respecto al género. Según el estudio realizado en la población andaluza en 2011, la ingesta de alcohol es mayor entre los hombres que entre las mujeres y la diferencia se acrecienta a medida que se trata de un consumo más reciente y habitual. Así, el consumo diario es del 14.2% entre los hombres y del 3.4% entre las mujeres. También se observan diferencias en el inicio del consumo: entre los hombres, el 73.6% probó el alcohol antes de los 18 años y entre las mujeres, el 54.5%. También se dan diferencias en el consumo problemático entre hombres y mujeres: mientras que 14% de los hombres afirman haberse emborrachado en el último mes, el porcentaje de mujeres es del 6.3%. Asimismo, también se dan porcentajes menores entre las mujeres en relación a acudir a “botellones” y en relación a la práctica del “atrachón de alcohol”.

En cuanto al consumo de cannabis, los hombres presentan prevalencias de consumo de cannabis notablemente más elevadas que las mujeres en todos los indicadores y una media de edad de inicio más joven que la de ellas (17.9 vs. 19.5 años).

En relación a otras drogas, el consumo de cocaína presenta prevalencias notablemente más altas entre los hombres que entre las mujeres, tanto en indicadores de prueba y consumo esporádico como en los de consumo reciente. Aunque en cuanto a la edad del primer consumo de cocaína, la media resulta inferior entre las mujeres (19.5 años) que entre los hombres (20.6 años), diferencia que también se detectó en 2009. Las prevalencias de consumo de MDMA son más elevadas entre los hombres que entre las mujeres.

En resumen, los hombres tienen prevalencias de consumo más altas que las mujeres para todas las sustancias estudiadas y en todos los periodos temporales considerados, excepto en el caso del consumo de tranquilizantes e hipnosedantes sin prescripción médica, que presentan prevalencias algo más altas entre las mujeres (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011).

La perspectiva de género permite entender a qué se deben las diferencias que aparecen en los estudios epidemiológicos y proporciona información relevante de cara a la elaboración de estrategias tanto de intervención como de prevención. El rol que ocupa la mujer en la sociedad afecta de manera determinante a la actitud que ésta tiene frente al consumo de drogas. Además este rol no es estático, sino que se modula conforme la sociedad a la que pertenece progresa en el tiempo. Esto podría explicar cómo en determinados consumos, edades y contextos se están igualando las tasas de consumo, como por ejemplo en el tabaco. En un comunicado de la Agencia Sobre Drogas de la UE en 2006 se alertaba sobre la tendencia de consumo de drogas en chicas de 15-16 años. El consumo entre los estudiantes de esas edades mostraba una tendencia preocupante. En algunos estados miembros, parecía aumentar el número de mujeres

jóvenes consumidoras (OEDT, 2006). El ritmo de crecimiento ha ido paulatinamente acercando las tasas de consumo entre jóvenes de ambos sexos, aunque en la edad adulta se mantienen las diferencias entre hombres y mujeres, siendo los consumos más altos en ellos que en ellas.

A pesar de esto, la identidad de género es una construcción social que condiciona de manera importante las conductas, las percepciones y las actitudes de las personas. Por eso, cuando una mujer transgrede una norma, como puede ser consumir una droga ilegal o consumirla con una edad a la que es ilegal, está cometiendo una “doble transgresión”: una que hace referencia al consumo en sí y otra que se refiere a la que le impone el rol de mujer, al estar realizando un comportamiento “más propio” del género masculino, “es decir, la transgresión consiste en realizar un comportamiento que, siendo considerado indeseable para los varones, lo es mucho más si se trata de mujeres porque se sale de las expectativas que se les suponen (de no transgresoras)” (Rodríguez, 2002, p.26).

El posicionamiento social de la mujer frente a las drogas se sitúa desde la atribución de un mayor *control*, ya que ellas tienen la función social de *cuidar*. Este rol de “cuidador” no lo tiene el hombre, de ahí que muchas mujeres se escondan o no sean tan explícitas como los hombres a la hora de consumir. La maternidad, la posibilidad de ser madre, con lo que esto representa a la hora de ejercer como cuidadora, condiciona la posición que toma la mujer frente al consumo de drogas y la valoración social que hace el resto de la sociedad frente a la mujer que consume (Rodríguez, 2002; Sánchez, 2009).

2.3. Situación socioeconómica y consumo de drogas

El nivel socioeconómico familiar es un factor que la literatura ha relacionado con factores de riesgo estructurales para el consumo de drogas. Una situación de privación económica importante, el hacinamiento o el chabolismo, la residencia en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad... está relacionado con el consumo de drogas (Muñoz-Rivas, Graña, & Cruzado, 2000). Aunque la pobreza por sí sola es insuficiente para explicar el consumo de drogas. Es necesario que se den otros factores de riesgo para que se dé el consumo (Becoña, 2002). En este sentido, la *hipótesis de la madre trabajadora* (Gennetian, 2005) indica que los menores recursos económicos que normalmente caracterizan a estos hogares reducen el tiempo disponible por el progenitor residente para ejercer el adecuado control y la comunicación con los hijos. Esta circunstancia se convierte en un factor de vulnerabilidad frente a las presiones de los iguales para el consumo de drogas y un estilo de toma de decisiones sin el consentimiento paterno/materno que favorece la aparición de conductas de riesgos en los jóvenes.

En los estudios realizados, en plena “crisis de la heroína”, el nivel socioeconómico familiar, el estatus y el poder adquisitivo fueron identificados como factores de riesgo para el consumo de drogas (Ayerbe, Espina, Pumar, García, & Santos, 1997).

Estudios actuales describen un escenario socioeconómico distinto, las drogas han dejado de ser un producto dirigido a población en situación de exclusión social, asociado a delincuencia y transgresión de las normas. De hecho, la mayor parte de los inicios en el consumo de drogas, principalmente jóvenes, se da en un contexto social de normalidad. La mayor parte del consumo de drogas está centrado en motivaciones

dirigidas a la satisfacción personal, la perfección y el rendimiento, el disfrute ligado al ocio, la evasión... y todo esto enmarcado en un valor social dominado por el consumismo (Fundación Atenea, 2013).

La crisis económica actual se ha constituido en un elemento central en la percepción tanto del presente como del futuro. El paro y los problemas económicos ocupan los primeros puestos en la valoración de los principales problema de España (CIS, 2015). A pesar de este marco contextual económico negativo, los consumos de drogas por parte de los jóvenes en algunas sustancias se han estabilizado al alza como es el caso de cannabis y el alcohol, mientras que el tabaco se ha estabilizado a la baja. Otras sustancias como el éxtasis, el MDMA, la ketamina, anfetaminas, etc. tienen índices de prevalencia de consumo bajos y sin tendencias al alza, sino más bien descendente (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2011; Plan Nacional Sobre Drogas, 2015).

En un estudio de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2014) se hace una descripción psicosocial de los jóvenes consumidores de drogas, confirmando que el consumo de drogas se ha normalizado y que afecta a todas las clases sociales. En algunos casos tiene más incidencia en las clases media y media-alta: es el caso del tabaco, donde el 45.8% de los consumidores es de clase media-alta; este porcentaje en el alcohol es del 65%, en el cannabis es del 20% y en el caso de las anfetaminas no hay datos en clases bajas. Los datos de este estudio también ofrecen tendencias a la baja en los consumos de drogas, con una presencia mínima en sustancias como la cocaína, anfetaminas o alucinógenos. Los consumos son más prevalentes en niveles socioeconómicos elevados (Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción, 2014).

A la vista de los datos de consumo de drogas y su relación con el contexto socioeconómico actual, parece que factores como las relaciones con los padres, una actitud permisiva o favorable hacia las mismas, estilos educativos inconsistentes, falta de límites en las normas o la búsqueda de sensaciones puede explicar mejor el consumo de drogas en los jóvenes.

3. Apoyo social y consumo de drogas

3.1. Concepto de apoyo social

“El ambiente social se ha reconocido como un sistema complejo estructural, cultural, interpersonal y psicológico, con propiedades adaptativas y de ajuste” (Barrón, 2006, p.12). Los estresores ambientales pueden afectar tanto a la salud física como a la psicológica de los miembros del grupo, especialmente a los más vulnerables. En este sentido, el apoyo social puede considerarse como un recurso de afrontamiento que aporta efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar de las personas.

Entre los primeros trabajos que resaltan estos efectos beneficiosos del apoyo social sobre la salud físico-psicológica de las personas están tanto el de Durkheim (1951), que pone de manifiesto los efectos positivos sobre la salud y el bienestar de la integración social, como el trabajo de Faris y Dunham (1939) sobre la relación ecológica de los trastornos mentales y la zona de la ciudad donde se reside, encontrando una correlación positiva entre mayores tasas de enfermedad mental y zona residencial con mayor desorganización social.

Otro aspecto relevante en el concepto de apoyo social tiene que ver con la importancia de las redes informales de apoyo: familia, amigos, compañeros de trabajo,

etc. La mayoría de las personas acuden a estas redes para buscar ayuda antes de acudir a los profesionales. Bulmer (1987) reconoce la importancia de este tipo de ayuda en las patologías relacionadas con la salud mental. Aunque la importancia del apoyo social como elemento amortiguador de los estresores sociales y el malestar psicológico ya se empezó a reconocer en los años 70 (Barrón, 2006).

El apoyo social es un constructo complejo que está compuesto por múltiples conductas: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, visitar a un amigo, pertenecer a asociaciones comunitarias, amar, dar consejo o guiar acerca de la actuación, expresar aceptación, empatizar... que afectan a los sentimientos y las emociones de las personas. De fondo, el apoyo social tiene de base la interacción social, donde se realizan transacciones entre personas (Felton & Shinn, 1992). En este sentido, el apoyo social se ha definido de forma operativa como la existencia o cantidad de relaciones sociales en general y/o de algún tipo en particular (pareja, amigos, familia, etc.). Pero también se ha definido según la estructura de estas relaciones (Pearlin, 1985), analizando la forma de las redes sociales. En otras ocasiones, el apoyo social se ha definido con las funciones que cumple (Thoits, 1985). En relación a la importancia de los efectos positivos del apoyo social, los datos empíricos apoyan la idea de que las redes sociales ofrecen apoyo crucial para el bienestar psicológico (Orth Gomer, 1994).

Lin (1986) plantea que es necesario hacer la distinción entre el apoyo recibido real y el apoyo social percibido, que se refiere a la valoración que las personas hacen sobre su red social, los recursos que de ella provienen y el grado de satisfacción con la disponibilidad de apoyo. Generalmente se adopta una concepción multidimensional del mismo (Cohen y Wills, 1985; Sarason, Levine, Bashman y Sarason, 1983). Según Laireiter y Baumann (1992), el apoyo social es un concepto multidimensional con cinco

componentes: las redes de apoyo, el clima o ambiente de apoyo, el apoyo realizado, el apoyo percibido y el contexto donde se produce.

La complejidad de la operativización del concepto de apoyo social y su multidimensionalidad hacen que se utilice para la designación de características abstractas de las personas y su entorno y, por tanto, se utiliza más como metaconcepto (Vaux, 1992).

House y Khan (1985) proponen algunas consideraciones a la hora de conceptualizar este constructo:

- Respecto a los instrumentos de evaluación del apoyo social:
 - Medir al menos tres aspectos a los que hace referencia el apoyo social: existencia, calidad, red, etc.
 - El número de relaciones a evaluar debe ser limitado, entre 5 y 10, ya que no se ha demostrado que tengan efectos sobre la salud redes de mayor tamaño.
 - Se debe ser selectivo, ya que sólo algunas parecen ser relevantes: densidad, reciprocidad y composición de la red.
 - La cantidad y la calidad del apoyo: no sólo es importante el número de miembros de la red sino cuánto apoyo prestan y en qué medida es percibido.
- La multidimensionalidad del apoyo social es muy importante, ya que la distinción de los diferentes tipos de apoyo, de las fuentes que lo proporcionan en un contexto determinado y la distinción entre la frecuencia y satisfacción con el

apoyo contribuirán a conocer mejor cómo se desarrolla la experiencia de apoyo en la población adolescente (Hombrados-Mendieta, Gómez-Jacinto, Domínguez-Fuentes, García-Leiva, & Castro-Travé, 2012).

Se han delimitado diversas perspectivas de estudio (Hombrados, 2013):

- **Perspectiva Funcional:** se centra en la percepción que tiene la persona sobre el apoyo social recibido o que podría recibir. Lin (1986) define la dimensión instrumental del apoyo social “en la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas, tales como conseguir un trabajo, obtener un préstamo...” (Gracia, 1998, p. 25). También este autor indica que la dimensión expresiva hace referencia a las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales... La dimensión funcional a su vez se ha dividido en dos clases, apoyo percibido y recibido, haciendo una distinción entre el componente cognitivo y el conductual. Las evaluaciones que se realizan sobre el apoyo social recibido, mediadas por la percepción y representaciones personales del sujeto, parecen ser en mayor medida predictoras de sus efectos sobre la salud. Desde esta perspectiva es necesario concretar el contexto específico en el que tiene lugar, precisando la multifuncionalidad del apoyo y las acciones específicas de apoyo ante un determinado contexto, ya que la totalidad del apoyo social disponible no permite conocer de forma específica la experiencia real de apoyo. Así, los tres tipos de apoyo que suelen aparecer en todas las clasificaciones son:

- **Apoyo emocional:** este tipo hace que las personas se sientan amadas o queridas y con sentimientos de ser valorados. Se refiere

a la expresión de emociones y sentimientos y a la posibilidad de contar con un confidente al que expresar nuestros sentimientos y problemas.

- **Apoyo material o instrumental:** se puede concretar en ayuda económica, ayuda de servicios, ayuda doméstica, etc. Tiene que ver con la prestación de ayuda directa. El apoyo que se presta de forma habitual por personas cercanas supone una reducción importante de la sobrecarga en las tareas de la vida diaria.
- **Apoyo informativo:** con él, las personas pueden resolver sus dudas o los problemas que tienen, a través de consejos o información que reciben de distintas personas.

De esta forma, el apoyo social estaría representado a nivel afectivo (apoyo emocional), a nivel conductual (apoyo material) y a nivel cognitivo (apoyo informativo). Los tres tipos tienen efectos positivos sobre la salud, aunque existe un cierto grado de acuerdo en que el emocional es el más importante para una gran cantidad de problemas y el que está más vinculado con el bienestar (Cutrona, 1986). Pero, sin duda, cada tipo de apoyo cumple con una función específica. Hay que tener en cuenta que la satisfacción con el apoyo viene determinada, en gran parte, por las necesidades de los sujetos (Lin, 1986). Este aspecto queda recogido en la Teoría de la Especificidad de Cohen y McKay (1984), quienes plantean que el apoyo social será más efectivo cuanto más se ajuste al problema al que hay que dar respuesta.

- **Perspectiva Estructural:** desde esta perspectiva, el interés se ha centrado en la existencia y tamaño de relaciones sociales que se poseen. El tamaño es

considerado como el número de personas con las que se mantiene contacto. Así, el número de miembros que componen la red social ofrece una idea sobre la cantidad y diversidad de los recursos que la persona tiene disponibles. Otras variables que también se han estudiado han sido la densidad, que explicaría la intimidad o cercanía de esas relaciones, y la dispersión o centralidad, entendida como la facilidad para contactar con los distintos miembros de la red. Esta perspectiva permite acercarnos a conceptos como la integración y la participación social. De este modo, contar con una amplia red social nos facilita los contactos con diversos sectores, personas, instituciones u otros ámbitos, que pueden facilitar sentirse integrado en la red social. Entre las dimensiones de las redes sociales más estudiadas se encuentran (Hombrados, 2013):

- **Tamaño de la red:** número de miembros que forman la red social de una persona. Las redes grandes tienen efectos más beneficiosos que las redes pequeñas. El número de personas que componen la red social no es un predictor directo de las respuestas de afrontamiento del individuo, pero sí explica la disponibilidad de la red para prestar apoyo. Cuando el tamaño de la red es escaso, el sujeto dispondrá de escasos recursos de apoyo social para afrontar los estresores. En cambio, cuando aumenta el tamaño, aumenta la disponibilidad para prestar apoyo, aunque esto no garantice la calidad del mismo.
- **Composición de la red y calidad del apoyo:** diversidad de personas que conforman la red social (amigos, familiares, compañeros de trabajo, compatriotas, etc.). Las fuentes de apoyo y los contextos en los que éste se produce permiten analizar la diversidad de recursos de apoyo social de la que dispone el individuo. Esta variabilidad puede ir desde la existencia

de fuentes de apoyo jóvenes a fuentes de apoyo mayores y se pueden dar en diferentes contextos (familiar, laboral, educativo, etc.).

- **Densidad de la red:** número de vínculos e intensidad de los mismos que se establecen entre los miembros que forman parte de la red social y la persona. La densidad de la red se refiere a las interconexiones entre los miembros de la red dentro de un mismo contexto (familiar) o entre los diferentes contextos (familiar y laboral). Cuando aumentan las conexiones entre los sujetos, tenemos una red muy densa; cuando disminuyen las conexiones entre los sujetos, una red poco densa. En general, las redes densas son más beneficiosas cuando el sujeto necesita una ayuda urgente por una situación de crisis o por un problema de salud, ya que la interconexión les permite reaccionar más rápido en la prestación de apoyo.
- **Reciprocidad:** grado en el que los recursos de la red son intercambiados de forma equitativa entre las partes. Las relaciones recíprocas promueven más la salud que aquellas que no lo son. La medida de reciprocidad del apoyo social garantiza la correspondencia en la prestación y recepción de ayuda de la red. La reciprocidad es una dimensión clave para que se mantengan los recursos de apoyo social.
- **Frecuencia:** número de veces que se establece contacto con los miembros de la red social. El aumento del contacto también está más asociado a la salud que la escasez de contacto. Aunque, nuevamente, la frecuencia no garantiza la calidad de la interacción. Sin embargo, sí aumenta la potencialidad de la red para prestar apoyo.

- **Multiplicidad:** aquellos miembros de la red que proporcionan más de un tipo de apoyo. Las relaciones multidimensionales se refieren al intercambio de apoyo con los miembros de la red y a menudo representan una importante percepción de apoyo social, ya que los miembros de la red que están dispuestos a prestar más de un apoyo están más vinculados con las diferentes necesidades de los sujetos. En un mapa de redes sociales la dimensión multidimensional ha de prevalecer sobre la unidimensional para garantizar la calidad del apoyo.
- **Dispersión:** facilidad o dificultad para poder contactar con los miembros de la red.
- **Homogeneidad:** grado de semejanza entre los miembros de la red, atendiendo a dimensiones como las características sociodemográficas, las actitudes, etc. En general, las redes sociales más homogéneas facilitan una mejor interacción.
- **Perspectiva Contextual:** desde esta perspectiva, el interés se centra en las fuentes de apoyo, teniendo en cuenta sus características peculiares, analizando las distintas variables implicadas: características individuales; relación entre quien recibe y proporciona el apoyo; las necesidades individuales; las características del estresor; las características del entorno y las condiciones sociales y culturales, entre otras. Desde este enfoque, se han analizado 3 aspectos fundamentales:
 - La naturaleza y características del estresor, puesto que puede verse afectado de forma distinta dependiendo de las variables contextuales. De este modo, cuando los estresores son de tipo crónico se puede

producir un agotamiento o deterioro de las redes debido al mantenimiento de respuestas de apoyo a largo plazo (Gracia, 1998).

- La valoración del sujeto sobre las acciones de apoyo recibido, resultando esta valoración influenciada por la percepción del sujeto sobre sí mismo y sobre la calidad de la relación que mantiene con otras personas.
- Las fuentes de apoyo, de las que se han distinguido hasta nueve tipos: esposo/a o compañeros, familiares, amigos, vecinos, jefes, compañeros de trabajo, cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales (House, 1981).

Son también muchos los enfoques y teorías acerca del apoyo social. Para analizarlos, Barrón (1996) propone la siguiente clasificación:

- **Modelos específicos de apoyo social:** estudian los mecanismos a través de los cuales el apoyo social tiene efectos beneficiosos.
- **Modelos generales de apoyo social:** están centrados en el estrés y analizan los efectos del apoyo social sobre la salud y el bienestar. Se han propuesto dos grandes modelos para tratar de explicar cómo actúa el apoyo social: la teoría del efecto directo y la teoría del efecto amortiguador.
- **Modelo de los efectos principales o directos:** desde esta perspectiva se propone que el apoyo social potencia el bienestar y la salud con independencia del nivel de estrés experimentado por las personas. La hipótesis que preside este modelo es que a mayor nivel de apoyo social, mayor será el bienestar psicológico. En

cambio, cuando el nivel de apoyo es menor, mayor será el malestar psicológico. Para explicar los mecanismos de actuación de esta perspectiva se han desarrollado diferentes modelos. Vaux (1988), propone cinco mecanismos que explican los efectos directos:

- La participación social y el contacto con las redes posibilita el desarrollo de roles que incrementan la autoestima y la sensación de poder y ello contribuye a aumentar el bienestar del individuo.
- El sentido de comunidad y pertenencia a un grupo aumenta el bienestar personal.
- La estima y el respeto que recibimos de los demás también influyen positivamente en nuestra autoestima y como consecuencia conllevan un mayor bienestar.
- La presencia de redes sociales y el contacto con los demás proporcionan experiencias positivas que influyen en el bienestar.
- El contacto con las redes sociales permiten el desarrollo de identidades sociales (amigo, compañero, madre) que influyen en una satisfactoria participación social.

En general, desde esta perspectiva se asume que la integración en la red social incrementa la percepción de que el sujeto va a disponer de apoyo cuando el sujeto lo necesite, lo que conlleva un aumento de percepción de control, autoestima positiva y mejora del estado de ánimo. El incremento de estados psicológicos positivos promueve las conductas saludables y correlaciona positivamente con la salud.

- **Modelo del efecto amortiguador o de los efectos protectores:** desde esta perspectiva se propone que el apoyo social amortigua los efectos negativos del estrés sobre el individuo. La hipótesis que preside este modelo es que, en presencia de estresores, el apoyo social protege a las personas de los efectos negativos del estrés. En cambio, en ausencia de estresores, el apoyo social no influye en el bienestar. También existe abundante evidencia empírica de esta hipótesis (Lakey y Heller, 1988). Para explicar los mecanismos de actuación de esta perspectiva se han propuesto numerosas formas de actuación del apoyo social. Cohen y Syme (1985) consideran que el apoyo social actúa entre los eventos vitales estresantes y la respuesta de estrés, atenuando la respuesta de evaluación frente al estrés y también puede intervenir entre la experiencia de estrés y la respuesta patológica al reducir o eliminar la reacción de estrés. El apoyo social, por tanto, actuaría únicamente en condiciones de estrés elevado protegiendo a las personas del efecto negativo del mismo y fortaleciendo las conductas de afrontamiento efectivas. Para Vaux (1988) los mecanismos de actuación del apoyo social se concretarían en los siguientes:

- El apoyo social ejerce una acción protectora directa, previniendo la ocurrencia de ciertos estresores.
- El apoyo social “inocula” al sujeto frente al estrés al reducir la importancia del estresor.
- Los recursos aportados por los demás permiten ejercer una acción directa y un afrontamiento eficaz.

- El apoyo social facilita una evaluación más realista de los recursos: permite reevaluar al estresor como menos amenazante y desarrollar estrategias de solución de problemas.
- Cuando no se puede evitar la ocurrencia de un problema, el apoyo social actúa permitiendo manejar las emociones negativas.

Los modelos de efecto directo y protector no son excluyentes. Ambos poseen validez en la explicación de los efectos beneficiosos del apoyo social, aunque la mayoría de los autores concluyen que aquellas medidas que se basan en un concepto estructural del apoyo social tienden a confirmar la hipótesis de los efectos directos, mientras que las medidas que incluyen componentes funcionales tienden a confirmar la hipótesis del efecto protector del apoyo social (Hombrados, 2013).

3.2. Apoyo social, consumo de drogas y familia

La adolescencia, por una parte, y el consumo de drogas, por otra, son circunstancias vitales que provocan cambios en las dinámicas familiares. Muchas de las estrategias de prevención del consumo de drogas se centran en el entorno familiar, evaluando los sistemas familiares para implantar estrategias de afrontamiento que sirvan para prevenir las conductas problemáticas, entre ellas el consumo de drogas. Además, la familia está expuesta a otras fuentes de estrés que pueden coexistir con los problemas derivados del consumo de drogas, como pueden ser problemas de tipo laboral, económicos, intrafamiliares, enfermedades, fallecimientos, etc. (McCubbin, Patterson & Lavee, 1983). Esta circunstancia es importante a la hora de valorar la situación familiar,

cuáles son los estresores que pueden estar afectando a la dinámica familiar y qué recursos pueden ser los más eficaces para afrontarlos con éxito.

El consumo de drogas por parte de los miembros más jóvenes puede ser percibido como un estresor que exige cambios en el sistema de funcionamiento familiar. Cuando este tipo de consumo es percibido por parte de los padres como un problema difícil de abordar aparecen las tensiones, que pueden sumarse a otros estresores anteriores que con frecuencia suelen favorecer la aparición de problemas en las relaciones familiares, trastornos psicopatológicos, conductas problemáticas en los hijos, problemas de pareja, etc.

Los estresores, en general, pueden interactuar con las tensiones existentes en la familia y exacerbarse mutuamente. Aunque sea cual sea la causa, las exigencias acumuladas no satisfechas generan estrés y crisis. Para satisfacer estas exigencias es necesario recurrir a las capacidades, que son de dos tipos: los recursos y el afrontamiento. Los recursos son capacidades que la familia posee (herramientas que se construyen desde lo ecológico-relacional y que posibilitan al ser humano estar en acción). Mientras que el afrontamiento es la capacidad del individuo que tiene que ver con los esfuerzos cognitivos y comportamentales, se actualizan constantemente y se activan para manejar las demandas específicas ambientales, externas o internas que son evaluadas como desbordantes por el individuo (Lazarus & Folkman, 1986).

El apoyo, el afecto, la calidad de la comunicación, el diálogo, la expresión de los sentimientos, el respeto mutuo y la capacidad de la familia así como la de sus integrantes para introducir cambios en su funcionamiento parecen ser elementos decisivos para un buen funcionamiento familiar. La familia necesita ir respondiendo a las demandas del hijo de mayor autonomía y de mayor implicación en la toma de

decisiones familiares: deben modificarse los estilos de socialización familiar, en concreto, el grado y tipo de control, porque el adolescente ya no responde a los viejos intentos de control paterno y comienza a cuestionar la autoridad de los padres. Unos recursos familiares de afrontamiento inadecuados o deficientes pueden servir para explicar el porqué de determinadas conductas de riesgo en los adolescentes, especialmente las que tienen que ver con el consumo de drogas y las conductas delictivas. Todo esto es importante en el ámbito de la intervención psicosocial, de cara al diseño de estrategias concretas de entrenamiento familiar que ayuden a evitar o minimizar los comportamientos problemáticos de los hijos, no sólo cuando son adolescentes sino a edades más tempranas, cuando el menor se está construyendo tanto a nivel personal como social. Quizás ésta sea una de las claves para prevenir el consumo de alcohol y tabaco a edades tan tempranas como son los 12-14 años, que es donde los estudios epidemiológicos sitúan los primeros contactos con estas drogas legales.

Para autores como Wasserman y Danforth (1988), el apoyo social constituye un fenómeno familiar y un lugar común de interacción entre las personas. Por tanto, aunque se trata de una visión muy amplia y poco operativa del constructo de apoyo social, parece que el seno familiar puede ser considerado como un micro sistema donde sus miembros se relacionan de forma espontánea a lo largo del proceso de socialización de los jóvenes y en el que se tienen que gestionar tanto los acontecimientos cotidianos no considerados problemáticos como los que sí lo son y que ponen en peligro el equilibrio de las relaciones familiares. En este sentido, el consumo de drogas (de manera problemática) puede ser considerado un estresor de las dinámicas familiares, teniendo en este caso el apoyo social que la familia puede proporcionar un valor funcional. En el caso de los menores, este apoyo social puede tener el valor funcional de proteger a los menores de los efectos adversos derivados del consumo de drogas.

3.2. Apoyo social, adolescencia y familia

La familia, desde una perspectiva sistémica, se concibe como un todo, diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios, diferentes a los que explican la dinámica del sujeto aislado. No cabe duda de que el apoyo social ejerce una notable influencia sobre el funcionamiento familiar. Así lo pone de manifiesto una revisión efectuada por Gracia (1998), donde nombra estudios que relacionan efectos positivos del apoyo social y funcionamiento familiar: en las actitudes parentales; en las prácticas de socialización y estilos parentales de interacción con los hijos; en las aptitudes, expectativas y aspiraciones que los padres tienen acerca de los hijos; en la adaptación familiar al estrés; en la conducta, ajuste y desarrollo infantil. La familia como grupo socializador es un elemento clave en la construcción de la autoestima y las fuentes de apoyo social (Musitu, 2006; Musitu, Jiménez, & Murgui, 2007). La exposición de la familia a estresores externos e internos puede restar eficacia a la familia como recurso amortiguador. En este sentido, los problemas derivados del consumo de drogas en el entorno de la familia han sido identificados como uno de los estresores que pueden afectar al equilibrio familiar, a su eficacia en el funcionamiento, a la cohesión interna así como a la comunicación intrafamiliar (Schmidt, 2001).

La familia es un grupo dinámico en el que constantemente se están produciendo tensiones y ajustes por el afrontamiento normal a los acontecimientos vitales a los que está expuesta. Este dinamismo puede ser valorado como un recurso para el afrontamiento de situaciones percibidas como problemáticas por los miembros que la componen. Las familias que son capaces de adaptarse a los cambios, que emplean estrategias adaptativas de afrontamiento a los problemas, que poseen canales de comunicación efectivos, que permiten la expresión de sentimientos y que ofrecen apoyo

a sus miembros tienen más probabilidad de afrontar con éxito posibles dificultades y evitar así problemas emocionales y de adaptación social. En este sentido, la estructura familiar también es clave a la hora de proveer recursos materiales que puedan ser valiosos de cara a la promoción social de los hijos. Las familias de capas medias poseen los recursos y la capacidad necesaria para proporcionar los recursos económicos necesarios para prolongar la adolescencia en los hijos (esto significa más tiempo para poder formarse académicamente y mejorar la probabilidad de conseguir un empleo cualificado). La escasez de recursos (económicos, culturales, personales y relacionales) y la incidencia de determinadas problemáticas sociales (patologías, toxicomanías, delincuencia, crisis familiares graves...) afectan directamente a esa transición a la edad adulta de forma negativa. En este caso, la falta de recursos en la familia provoca tensiones familiares negativas que pueden producir en los adolescentes un sentimiento de ausencia de futuro (Melendro, Lomas, López, & Perojo, 2011).

La adolescencia es un periodo corto de tiempo en el que se deben abordar importantes cambios físicos, psicológicos y sociales. Esta transición desde la infancia a la adultez va formando la identidad personal y la social. La ganancia de autonomía y el distanciamiento con la familia se traducen en un acercamiento más estrecho al grupo de iguales. Esta evolución social del adolescente hacia la emancipación de la familia lo conduce a situaciones sociales novedosas, como son la aventura, las relaciones sexuales, las pandillas, etc. Esto puede conllevar algún riesgo y puede constituir una situación de estrés para el adolescente, en la medida en que muchas de estas situaciones requieren de recursos personales y sociales para ser afrontadas con éxito. En este sentido, uno de los principales recursos con los que cuenta el adolescente es el apoyo que percibe de sus padres (Musitu, Buelga, Lila, & Cava, 2001).

Apoyo social y funcionamiento familiar son dos elementos a tener en cuenta en todas aquellas intervenciones que se realicen en ambos ámbitos. Existen pocas dudas respecto a la poderosa influencia que tienen en el ajuste y bienestar individual y familiar, en la integración social, en el acceso a los recursos sociales, en la posesión de una red adecuada de apoyo social así como en las relaciones sociales basadas en la reciprocidad. Por tanto, son pocas las razones para continuar dudando de la relevancia de las estrategias de intervención basadas en el apoyo social en el ámbito del bienestar familiar e infantil así como en el juvenil (Gracia, 1998).

En esta línea, Hombrados-Mendieta, Gómez-Jacinto, Domínguez-Fuentes, García-Leiva y Castro-Travé (2012), en un estudio sobre apoyo social en la adolescencia, muestran cómo la red de apoyo constituye uno de los principales recursos con los que cuenta el adolescente para afrontar cambios y situaciones nuevas. La familia se convierte en el centro de atención a la hora de estudiar su papel en los procesos de socialización infantojuvenil. La mayoría de las investigaciones sobre la red social del adolescente se ha centrado en la familia, preferentemente en los padres y en las relaciones con los amigos.

Asimismo, la investigación ha encontrado que los adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan también estrategias de afrontamiento más efectivas (Barrera & Li, 1996). Por el contrario, la carencia, real o percibida, de apoyo parental representa un importante factor de riesgo en el desarrollo de los problemas de conducta (Kashani, Canfield, Borduin, Soltys & Reid, 1994). Además, las investigaciones que han analizado el apoyo parental diferenciando la figura del padre y de la madre han concluido que estas fuentes de apoyo contribuyen de un modo independiente al ajuste de los hijos (Rohner & Veneziano, 2001).

Una vez establecida la importancia de la familia como fuente de apoyo social en la juventud hay que destacar otras fuentes de apoyo que emergen dentro de la zona de influencia del adolescente: las amistades, los compañeros de trabajo, las parejas sentimentales, etc. Con este aumento de la red de apoyo social se da un proceso de especialización del apoyo, es decir, cada grupo social ofrece un tipo especializado de apoyo social. Por ejemplo, los padres proporcionan afecto, seguridad, potenciación de la identidad y ayuda material; los abuelos, por su parte, son una fuente de recursos muy valorados por los jóvenes que potencian su autoestima y apenas generan conflictos; los amigos son grupos de apoyo que proporcionan una ayuda muy especial en aspectos relacionados con la compañía, el grupo y la intimidad (Musitu, et al, 2001).

4. Consumo de drogas, conductas delictivas y entorno familiar

4.1. Consumo de drogas y conductas delictivas

Conductas delictivas, consumo de drogas y entorno familiar son tres factores que han sido ampliamente estudiados en las investigaciones psicosociales. No cabe duda de que el consumo de drogas cuando se relaciona con delincuencia se convierte en un problema social, ya que cumple con los cuatro criterios defnitorios de Ovcharchyn-Devitt, et al. (1981): “efecto negativo en las personas afectadas; número de individuos involucrados en el fenómeno; persistencia del problema, de suerte que no se trate de algo pasajero o efímero, sino relativamente constante espacio-temporal, siendo resistente a los previos intentos de solución; y por último, la existencia de un consenso social sobre sus consecuencias negativas” (Jiménez, 1986, p.19).

La representación social “droga-delincuencia” se forjó en España a finales de los años 70 en la llamada “crisis de la heroína”. La necesidad de conseguir dinero rápido

llevó a muchos jóvenes a delinquir para mantener el consumo de heroína. Gamella (1997) hace un retrato psicosocial del perfil del heroinómano en España de principios de los 80: la mayoría de los heroinómanos españoles eran jóvenes varones (cuatro hombres por cada mujer) nacidos entre 1956 y 1970, con un bajo nivel educativo y con poca o ninguna cualificación educativa o profesional que les permitiera competir ventajosamente en el mercado de trabajo. Muy pocos accedieron a la enseñanza universitaria. La gran mayoría había padecido largos períodos de desempleo y subempleo durante la década anterior; muchos acabaron vinculándose a trabajos sin futuro. Otros quedaron desempleados, convirtiéndose en un nuevo tipo de jóvenes minusválidos (Gamella, 1997, 1993; Gamella y Meneses, 1993).

En aquella época la heroínomanía y sus perjuicios se concentraban de manera desigual en las ciudades y, dentro de ellas, en las zonas con mayores carencias en servicios, dotaciones y recursos así como en las zonas de población juvenil desempleada o subempleada. Era mayor entre la clase media-baja y baja, entre los hijos de los obreros de nivel cultural bajo y en las zonas de infravivienda o de viviendas de protección oficial. Era fácil, y lo sigue siendo en la actualidad, encontrar zonas en muchas ciudades que compartían un cierto "clima social" y hasta urbanístico, donde la concentración del problema era muy elevada (Gamella, 1997; Graña, 1994).

En la actualidad, el consumo de drogas en jóvenes no tiene nada que ver con el de los años 80. Sin embargo, en el imaginario social, la motivación para el consumo se sigue nutriendo de las inferencias que se realizan acerca del escaso control que tiene el individuo sobre las drogas. Cuando se piensa en el problema de las drogodependencias, sobre todo en la población juvenil, se considera que la motivación para el consumo tiene que ver con modelos sociales poco saludables y negativos: con grupos sociales con escalas de valores incívicas, con comportamientos, formas de ocio y diversión

equivocados. Además son vistos por la sociedad como formas de ocio que atentan contra la convivencia, molestan, ensucian, producen peleas. De acuerdo con lo expresado, la implicación en situaciones violentas tras el consumo de drogas o durante el mismo afecta principalmente a los chicos: el 14.9% ha estado implicado en peleas en alguna ocasión de consumo durante el último año; entre las chicas, este porcentaje es del 4.9% (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2011).

En relación a la diferencia entre chicos y chicas en cuanto al consumo de drogas y la comisión de comportamientos delictivos, existen estudios que coinciden en señalar que los chicos tienen una mayor tendencia a tener comportamientos antisociales. Esta diferencia sugiere que las chicas tienden a tener más frecuentemente conductas prosociales que antisociales, incluso la motivación de consumo suele estar más relacionadas con la facilitación de la socialización, a diferencia del sexo masculino que realiza más conductas antisociales. López y Lobo (2008) exponen que esta diferencia se puede explicar desde un punto de vista socio-biológico, ya que existe una predisposición innata para la empatía en las mujeres que las prepararía desde una edad muy temprana para ejercer el rol de cuidadoras, dando lugar a mayores niveles de conducta prosocial. Mientras que en los hombres los cambios hormonales influyen significativamente en un incremento de la conducta antisocial, agresividad e irritabilidad, lo cual podría inhibir su tendencia a actuar de forma prosocial, como consecuencia de un aumento en los niveles plasmáticos de testosterona.

En cuanto a la relación que se establece entre las tasas de consumos y la calidad de la relación con los padres y amigos, se observa un mayor consumo de alcohol y tabaco cuando se tienen malas relaciones familiares y buenas relaciones con los amigos. El cannabis tiene un patrón de consumo parecido, aunque menos pronunciado. El resto de drogas correlaciona positivamente con malas relaciones con los padres y con los

amigos (Megías, et al., 2006). En este estudio aparece una clasificación de los jóvenes en función de sus valores personales que ofrece una visión psicosocial de la tipología de consumidores, de gran interés para ordenar y entender las diferentes motivaciones para el consumo juvenil de drogas:

- *Ventajista/disfrutador*: es un tipo idealmente vividor, nada altruista, de familia acomodada. Destaca por la alta tasa de consumo de tabaco y bebida, consumiendo más drogas que la media. Es la quinta parte de la juventud española, muy presente en la clase media y media alta. Predominan en este tipo los chicos adolescentes.
- *Incívico/desadaptado*: edad superior a la media, un tercio viven fuera del entorno familiar. Predominan los estudiantes universitarios. Hay un fuerte rechazo a la familia, al trabajo y a lo normativo. Este grupo destaca por atribuirse iconos nazis y okupas. En relación al consumo de drogas, son con diferencia los que consumen más drogas ilegales (excepto el cannabis). Son los que más se aburren en su tiempo libre y quienes peores relaciones mantiene con sus padres y amigos.
- *Integrado/normativo*: integrado socialmente, rechaza los delitos y emborracharse así como consumir drogas en público; se identifica con ONGs y se considera solidario. Es el que menos tabaco y alcohol y otras drogas consume de todos. Es el que mejores relaciones mantiene con la familia y con los amigos. Predomina la clase media-media y en esta clasificación predominan las chicas.
- *Alternativo*: nada convencional, no institucional, altruista, comprometido y disfrutador. Baja tasa de consumo de drogas percibidas como peligrosas, aunque es el grupo que más cannabis consume. Este tipo de joven llena plenamente su

tiempo libre y es muy activo en trabajos en ONGs. Es el grupo con más edad y la mayoría viven fuera del entorno familiar. Se llevan menos bien con los padres que la media y tienen buena relación con los amigos.

- *Retraído*: joven encerrado en su mundo, con pocas relaciones sociales y poca habilidad social; nada implicado, con fuerte desapego ante el compromiso y la responsabilidad; nada altruista. Exigente con el orden y las normas que deben ser cumplidas. Consume muchas menos drogas que la media, alcohol y tabaco incluidos. Bien conectados con los padres y peor con los amigos. Se aburre en su tiempo libre.

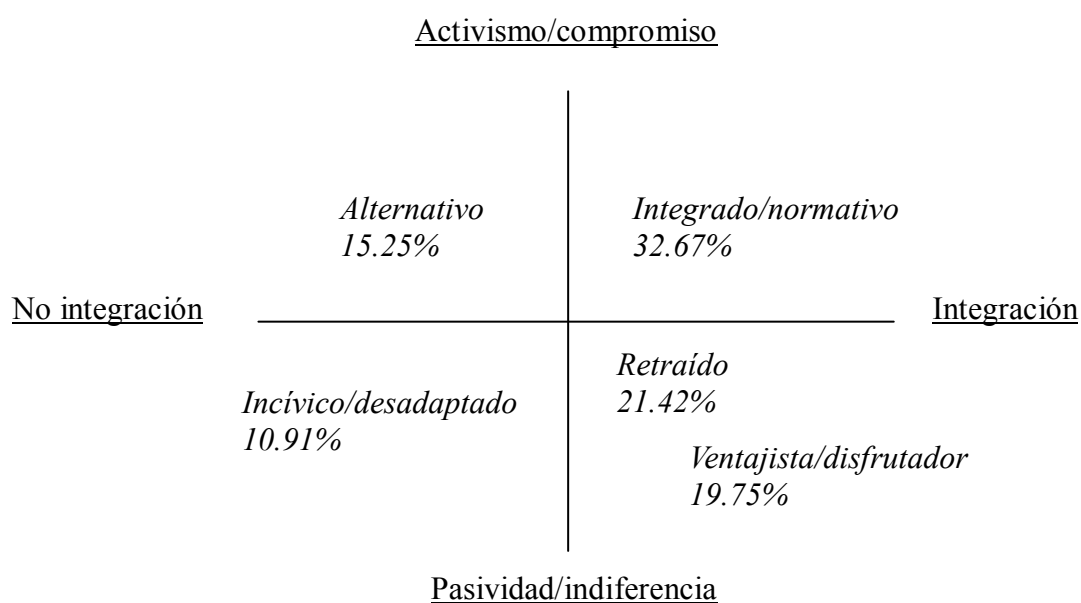


Figura 13. Mapa de tipología de jóvenes consumidores (Megías, 2006)

En conclusión al posicionamiento de los jóvenes frente al consumo de drogas, los jóvenes del tipo *incívico* tienen una visión de los riesgos por debajo de la media y sobre todo enfatizan los beneficios del consumo. Se podría interpretar este consumo

como una forma de *enfrentamiento* con la sociedad. Los *ventajistas* parecen tener una visión más ingenua de las drogas y, por tanto, más benévola de los riesgos del consumo. Los *normativos* son los que tienen una visión más ortodoxa de las drogas, lo que sin duda les ayuda a tener una percepción de los riesgos más real y esto se traduce en una tasa de consumo menor. El *alternativo* tiene la tasa de consumo mayor, una visión de los riesgos bastante realista y toma medidas de reducción del riesgo/daño.

Por otra parte, consumo de drogas y conducta delictiva son comportamientos que también se dan por separado. La conducta delictiva en la juventud puede obedecer a múltiples factores. Hay estudios que han puesto el foco de atención en el ámbito familiar para explicar los problemas antisociales de los más jóvenes (Cava, 2006; Dekovic, Winssinl & Meijer, 2004; Martínez, Fuertes, Ramos & Hernández, 2003; Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001). En esta línea, algunos estudios han detectado múltiples factores de riesgos en el ámbito familiar que tienen que ver con la estructura y composición del núcleo familiar: separaciones, fallecimiento de uno de los progenitores, familias numerosas o monoparentales (Jiménez 2005; Thérond, Duyme & Capron, 2002).

Otro de los factores que explican las conductas antisociales tiene que ver con las particularidades propias del individuo, es decir, con lo clínico-psicopatológico. Desde este punto de vista psiquiátrico y psicopatológico, se han conceptualizado los comportamientos antisociales como componentes más o menos definitorios de diversos tipos de trastornos mentales y/o de la personalidad propia del individuo (Peña, 2010).

Desde un enfoque de lo social, los jóvenes conocen los comportamientos que son socialmente aceptados y saben que el consumo de drogas está penalizado antes de alcanzar la mayoría de edad (en las drogas legales), incluso asumen que determinadas

drogas, a pesar de ser ilegales, puedan consumirse “normalmente” en determinadas situaciones, como en fiestas, reuniones de amigos o escuchando una determinada música. En estos contextos proclives al consumo de drogas, ya sean legales o ilegales, es probable que además de “normalizar” el consumo de drogas también se “normalicen” otros comportamientos delictivos, como el robo, las agresiones, el acoso, la violencia escolar, etc. Existen estudios que han puesto de manifiesto que ambientes negativos pueden insensibilizar a los jóvenes sobre la violencia y, por tanto, pueden hacer que sean más propensos a participar en actividades de alto riesgo, como actos antisociales y consumo de drogas (Buelga, Musitu & Murgui, 2009; Estévez López & Emler, 2011; Graña, 1994; Jiménez, Musitu & Murgui, 2008).

Asimismo, desde la perspectiva psicosocial, las conductas delictivas son tratadas como comportamientos transgresores, comportamientos que se desvían de la norma social establecida como deseable desde el punto de vista colectivo. Estos comportamientos que infringen estas normas son denominados conductas desviadas o antisociales. Esta conceptualización hace referencia a que se apartan de lo socialmente establecido desde un punto de vista estadístico, que tiene como referencia lo que establece la mayoría de las personas como conductas *normales* o aceptadas. De esta forma, también se contempla la particularidad de estos comportamientos *desviados de la norma* en su vertiente transgresora, es decir, la perspectiva psicosocial aborda las conductas delictivas como conductas desviadas que tienen la tendencia de transgredir las normas sociales (Graña, 1994; Peña, 2010).

4.2. Delincuencia y juventud

Al igual que ocurre con el consumo de drogas, el delito es un fenómeno inherente al ser humano.

La delincuencia en menores presenta, en relación a la de los adultos, unas características diferenciales que la configuran como un fenómeno social con entidad propia en el que no se pueden establecer relaciones de equivalencia con la delincuencia en adultos. En palabras del juez francés de menores, Chadeville Prigent, “la delincuencia juvenil (como, por lo demás, cualquier clase de criminalidad) no puede ser considerada sino una realidad compleja” (Herrero, 2006, p.16). En este sentido, algunos autores han asociado las conductas delictivas a la propia adolescencia (Moffit, 1993). Todo apunta a que estos comportamientos deben explicarse desde criterios eclécticos, porque la emisión de conductas de este tipo difícilmente se pueden explicar aludiendo a un solo factor, sino que es más plausible su explicación por la concomitancia de múltiples factores: psicológicos, sociales, morales, psicobiológicos, situacionales, etc.

En este sentido, los modelos teóricos psicosociales proporcionan un adecuado marco teórico para explicar la delincuencia. Jessor (1993), desde una perspectiva interaccionista, proporciona un modelo explicativo en el que integra los diferentes contextos sociales en el que tienen lugar las conductas delictivas, identificando de esta forma los principales factores de riesgos que predicen mejor dichos actos. En este mismo sentido, Hawkin, Catalano y Miller (1992) proponen que la delincuencia emerge en la medida en que confluyen de manera simultánea los diferentes factores de riesgo. Para estos autores, cuanto más larga sea la exposición a los factores de riesgo y cuantos más factores se posean, mayor será la probabilidad de que los jóvenes tengan conductas delictivas.

Factores de riesgo asociados a la conducta delictiva y al consumo de sustancia (Hawkin, et al. 1992):

- Individuo: factores biológicos y cognitivos, rebeldía frente a las actitudes y los valores normativos de la sociedad, ausencia de habilidades de afrontamiento de los problemas, inicio precoz en conductas desviadas.
- Contexto familiar: organización familiar, prácticas de control familiar inadecuadas, conflicto familiar, actitudes parentales de rechazo y antecedentes delictivos en los padres.
- Grupo de iguales: rechazo o influencia en la escuela, actitudes favorables de los iguales a la delincuencia, conducta delictiva por parte del grupo de referencia de iguales.
- Contexto escolar: estilo educativo con presencia de conductas agresivas, absentismo, fracaso escolar temprano.
- Comunidad: privación económica, falta de apoyo social, desarraigo, falta de grupo de referencia, problemas de integración social, movilidad y disponibilidad de tóxicos.

El seno familiar como principal núcleo socializar tiene una gran influencia en la socialización de sus miembros. Es donde se aprenden las primeras habilidades sociales de interacción social. A pesar de no ser el único factor que interviene en el desarrollo de conductas desviadas, como se viene viendo a lo largo de este punto, Musitu, Buelga, Lila y Cava (2004) proponen una serie de factores familiares de riesgo asociados a los problemas de conductas de los jóvenes:

- Disciplina familiar inadecuada e inconsistente, rechazo paterno/materno, excesivo uso de estrategias de aprendizaje basadas en el castigo
- Negligencia en la crianza
- Baja cohesión familiar, falta de cariño, problemas de comunicación
- Problemas de pareja, peleas, clima familiar negativo, maltrato
- Transmisión de valores inadecuados y antisociales
- Funcionamiento familiar caótico, desorganizado, incoherente
- Déficit de recursos familiares frente a los estresores ambientales
- Modelado, patrones de conducta, actitudes y valores favorecedores de las conductas antisociales
- Tipo de familia: numerosas, monoparentales, rupturas

Estos factores de riesgo pueden conformar un estilo de aprendizaje familiar donde la conducta delictiva sea congruente. De ahí la importancia de la familia en la socialización de sus miembros: si desde muy temprana edad los niños están expuestos a malas prácticas educativas, modelados por parte de los padres con estilos de conductas violentas o inadecuadas o han crecido en un entorno emocional pobre o negativo (p.ej., basado en el castigo), la reiteración en estos estilos termina conformando el núcleo de los valores, las emociones y la actitud de los niños. En definitiva, una educación negligente en el ámbito familiar, tanto en lo emocional como en lo conductual, expone a los más jóvenes a situaciones vitales que los pueden configurar para que la respuesta más

apropiada, desde su punto de vista, sea la conducta delictiva (Goleman, 1995; Garrido y López, 1995; Musitu, et al. 2004).

Las conductas delictivas juveniles que más impacto generan en la sociedad son los *delitos callejeros*, el *vandalismo* y la *violencia urbana* (Herrero, 2006):

- **Delitos callejeros:** son delitos que afectan a bienes o valores múltiples y que se realizan con manifiesto afán de agredir, gratificándose con la acción violenta o con cierto desafío a los controles de la conducta antisocial. Sus autores carecen de capacidad empática con la víctima y puede utilizar la violencia de forma gratuita. Es un tipo de delincuencia que perturba el normal desarrollo de la vida cotidiana de la gente común. Éste es el motivo por el que este tipo de conducta delictiva genera en la población percepción de inseguridad. Una parte importante de estos delitos son cometidos por menores.
- **El vandalismo:** es un fenómeno en el que las conductas delictivas se centran en un contexto urbano, dirigidas de forma directa hacia la producción de daños sobre muebles o inmuebles de carácter público o al servicio de la comunidad, (paredes, farolas, bancos, autobuses...). Este tipo de conducta delictiva no persigue dañar a otras personas ni apropiarse de nada. La motivación del vándalo descansa sobre la satisfacción que le produce la actitud destructora.
- **La violencia urbana:** hace referencia a aquellos actos realizados con fuerza, agresivos, degradantes o destructores, contra personas o cosas, llevados a cabo por menores o adultos en los espacios de las ciudades. Es un tipo de conducta delictiva cualitativamente más grave que el vandalismo y los delitos callejeros

(ataques físicos a representantes de la autoridad, contra comerciantes, actos de intimidación en centros de enseñanza, lanzamiento de piedras en presencia de la autoridad...). Los autores dan a este tipo de comportamiento un sentido de manifestación legítima de ira y venganza, dirigida al enemigo institucional.

5. Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas en el ámbito familiar

La estructura y la composición familiar aparecen en la literatura como elemento importante en el desarrollo de los hijos. Pero, como se ha mencionado antes, la familia es un grupo social dinámico que está expuesto a factores sociales que provocan su diversificación. La ausencia de uno de los padres y el cambio de la estructura familiar provocado por separaciones y nuevas uniones, el fallecimiento de uno de los progenitores o el nacimiento en el seno de una familia desestructurada convierten a la familia en un factor de riesgo para el consumo de drogas en los hijos (Muñoz & Graña, 2001; Musitu, Estévez, & Jiménez, T. I., 2010; Villalba, 2013).

La afectación del clima familiar tras la modificación de su estructura aparece en la literatura como una variable que explica la aparición de conductas de riesgo, entre ellas, el consumo de drogas, vinculada sobre todo con la estabilidad del clima familiar. En general, el consumo de drogas es mayor en los adolescentes de familias no tradicionales, como familias monoparentales o reconstruidas (Barret y Turner, 2006; Brown y Rinelli, 2010; Griesbach, Amos, y Currie, 2003; Musitu, Estévez, & Jiménez, 2010). Este mismo estudio pone de relieve que las principales desventajas de estas familias están determinadas por un menor control parental (Teoría del Control Social, Gennetian, 2005) y por el proceso de estrés que los hijos adolescentes sufren al vivir

una transición familiar (Teoría de Inestabilidad y Cambio en la unidad familiar, Wu y Martinson, 1993).

Un control excesivo por parte de los padres o inconsistencias en las pautas educativas están descrito en la literatura como factores de riesgo para el consumo de drogas (Kuntsche y Huending, 2006; Marcil-Gratton, 2000; McLanahan y Percheski, 2008). Estos estilos educativos provocan una reacción en los hijos de rechazo de las mismas que pueden incitar el acercamiento a estilos de vida no saludables, incluso como acto de rebeldía.

En contraposición a estos estudios, están los que relacionan pautas educativas adecuadas, buenos niveles de comunicación, disciplina impuesta por los progenitores y estilos parentales afectivos basados en el apoyo con efectos positivos en los hijos, mejorando las habilidades personales de afrontamiento a la presión externa negativa (Adalbjarnardottir & Hafdteinsson, 2001; Berjano & Pons, 1997).

Las relaciones afectivas entre los miembros de la familia también aparecen en la literatura como factor de riesgo para el consumo de drogas por parte de los hijos/as. Los resultados de estos estudios ponen de manifiesto que la percepción negativa de las relaciones familiares por parte de los hijos (ausencia de lazos familiares, rechazo de los padres hacia el hijo, escasez de tareas compartidas...) aparece como variable constante en un alto número de consumidores (Martínez, Fuentes, Ramos, & Hernández, 2003; Martínez-González, & Robles-Lozano, 2001; Muñoz- Rivas & Graña, 2001; Peñafiel, 2009).

La familia como modelo también se puede convertir en un factor de riesgo para el consumo. Actitudes permisivas frente al mismo (Gil, 2008; Turbi & Lloria, 2005) y el consumo de alcohol y tabaco por los miembros de la familia pueden convertirse en un

foco de influencia y un modelo directo de comportamiento. Todo este proceso tiene como fundamento la teoría de aprendizaje social de Bandura (1984), quien mantiene que la observación directa y el modelado de un comportamiento por parte de las personas más cercanas es el proceso principal para adquirir tal comportamiento.

Las relaciones afectivas y la comunicación familiar son consideradas como factores de riesgo para el consumo de drogas. Tanto la sobreprotección como la ausencia de implicación de los padres en las relaciones con los hijos son destacados como factores que correlacionan con el consumo de drogas de los hijos. En cambio, las relaciones afectivas positivas entre padres e hijos correlacionan con comportamientos más adaptativos. La comunicación, por su parte, como elemento facilitador de las relaciones humanas tiene una gran importancia en el desarrollo de las dinámicas familiares. La mayoría de los estudios parecen reflejar de forma genérica la importancia de la comunicación entre padres e hijos para el buen funcionamiento familiar y, por consiguiente, para la protección frente a los factores de riesgo para el consumo de drogas. Pero también coinciden en que la comunicación entre padres e hijos pierde “potencia” frente a la comunicación entre los iguales: a medida que el joven va ganando autonomía y aumentan las relaciones con los jóvenes de su edad, la comunicación con dicho grupo se convierte en un factor de mayor peso que la comunicación familiar (Muñoz, 2001).

La comunicación familiar proporciona un buen indicador del clima y de la calidad de vida en la familia. El consumo de drogas y las conductas delictivas en jóvenes a menudo se relacionan con sistemas familiares desadaptativos. De hecho, dinámicas familiares inadecuadas son consideradas como factores de riesgo para el consumo de drogas y otras conductas disruptivas en los jóvenes. La literatura especializada resalta la conexión entre la familia como núcleo socializador, el consumo

de drogas y las conductas delictivas.

Muñoz y Graña (2001), en una revisión de trabajos existentes, han encontrado los siguientes factores de riesgo en el ámbito familiar para el consumo de drogas en adolescentes, entendiendo por factor de riesgo: “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, p.15):

- *Estructura y composición familiar.*

La ausencia de uno de los padres y el cambio de la estructura familiar, provocado por separaciones y nuevas uniones, convierte a la familia en un factor de riesgo.

- *Disciplina familiar.*

El control o seguimiento familiar, concretado en un estilo educativo inconsistente, en la baja implicación paternal o la ausencia de proyectos de vida hacen de la disciplina familiar un factor predictor de conductas problemáticas en los adolescentes, incluyendo el consumo de drogas.

- *Relaciones afectivas y comunicación familiar.*

Tanto la sobreprotección como la ausencia de implicación de los padres en las relaciones con los hijos son factores que correlacionan con el consumo de drogas de estos. En cambio, las relaciones afectivas positivas entre padres e hijos correlacionan con comportamiento más adaptativos.

- *La comunicación.*

La mayoría de los estudios parecen reflejar de forma genérica la importancia de la comunicación entre padres e hijos para el buen funcionamiento familiar y por

consiguiente para la protección frente a los factores de riesgo para el consumo de drogas. Pero también coinciden en que la comunicación entre padres e hijos pierde “potencia” frente a la comunicación entre los iguales. A medida que el joven va ganando autonomía y aumenta las relaciones con los jóvenes de su edad, la comunicación con dicho grupo se convierte en un factor de mayor peso que la comunicación familiar.

- *Cohesión familiar.*

Esta variable explicaría la emisión de conductas de riesgo para el consumo de drogas en la medida en que en la familia haya poca cohesión. Es decir, a medida que la implicación de los hijos en la dinámica familiar aumenta, menor será la probabilidad de que se dé consumo de drogas.

- *Conflicto familiar.*

La educación de los hijos en un ambiente familiar hostil está relacionada, de manera general, con un aumento de los trastornos de conducta, incluyendo el consumo de drogas. Una situación familiar conflictiva, además de proporcionar modelos de comportamientos desadaptativos, puede provocar una orientación del adolescente hacia el grupo de iguales más potente de lo que en esta edad se suele dar, aumentando la vulnerabilidad hacia el consumo de drogas.

- *Las actitudes y las conductas familiares en relación al consumo de drogas.*

Apuntan hacia una correlación positiva entre el consumo de drogas en los hijos a edad temprana y actitudes permisivas de los padres. El consumo por parte de los padres también correlaciona positivamente con un inicio precoz en los hijos en el uso de drogas.

El sistema familiar es visto como agente clave en la prevención de conductas de riesgo, ya que en él, como ámbito natural de socialización primaria de la persona, se desarrollan los comportamientos, actitudes y valores básicos que el individuo perfeccionará a lo largo de su existencia (Sancho, 2002).

La sobreprotección, déficit en la comunicación, la dificultad para fijar los límites, el consumo de drogas por parte de los padres o de algún miembro de la familia, la conflictividad familiar y la sobrexigencia son algunos de los factores que se recogen en la literatura como factores de riesgo para el consumo de drogas y otras conductas problemáticas.

La “*sobreprotección*” genera una falta de autonomía personal que puede provocar en el adolescente dificultad para la toma de decisiones (ya que ha sido educado con un estilo en el que las decisiones ya han sido tomadas por los padres), irresponsabilidad y déficit en el sentido crítico y en las habilidades sociales con los iguales. Con estas premisas un joven está desprovisto de las estrategias adecuadas para resistirse a la “presión” de grupo, en cuanto al consumo inicial de drogas. Este déficit de habilidades hace que el individuo sea más dependiente y, por tanto, necesite la aprobación de otros.

Por su parte, la “*dificultad para fijar límites*”, la “*permisividad*” o la “*rigidez*” excesiva también están identificados como factores que aumentan la probabilidad del consumo de drogas en los jóvenes. La permisividad provoca dificultades a la hora de interiorizar normas y facilita la generalización a otras situaciones. La rigidez en los límites puede provocar un déficit en la capacidad negociadora de los jóvenes, provocando una tendencia a la trasgresión. Pasar de la permisividad a la prohibición de manera constante, sin criterios objetivos y como estilo de relación, puede llevar a los

jóvenes a una ambigüedad normativa en la que puede ser difícil saber en cada momento qué es lo que se espera de él/ella.

La *sobreexigencia* o la *focalización en el éxito* pueden provocar un desfase entre las expectativas de los padres y el potencial real de los hijos. Los fracasos son vividos con frustración, lo que en ocasiones lleva a actitudes pasivas por parte de los hijos, a rupturas de la comunicación por creer que los padres no son capaces de entender la imposibilidad de alcanzar dichas metas. Esta estrategia educativa puede llevar al distanciamiento de los padres de sus hijos, dificultando el “control” sobre comportamientos de riesgo para el consumo de drogas.

Siguiendo la revisión de Becoña (2002), los siguientes autores referencian diferentes factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas:

- Hawkins, Catalano & Miller (1992) estudian el núcleo familiar como favorecedor del uso de drogas: consideración positivas de las drogas por parte de los padres; divorcio o separación de los mismos; problemas de manejo de la familia; bajas expectativas de los hijos o que éstas sean muy exigentes.
- Petterson (1992) propone como factores de riesgo ligados al ámbito familiar: una historia familiar de alcoholismo, problemas en el manejo de la familia, el uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia su uso.
- Moncada (1997) relaciona el riesgo de consumo de drogas y las relaciones familiares, aumentando el riesgo si existe historia familiar de alcoholismo, pautas educativas inadecuadas, actitudes y modelos de conducta por parte de los padres así como conflictos familiares.
- Pollard (1997) relaciona el riesgo de consumo de drogas con una pobre

supervisión familiar y disciplina, con conflictos en el seno de la familia, con una historia familiar de conductas antisociales y con actitudes favorables al consumo de drogas.

- Kumpfer, et al. (1988) también encuentran riesgo para el consumo si en la familia existen conductas de consumo abusivo de drogas, prácticas inadecuadas de crianza de los hijos, conflictos familiares y el abuso físico.
- Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) proponen como factores de riesgo factores de socialización, entre los que cabe destacar: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico, la disciplina, las relaciones afectivas y de comunicación así como las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

El Instituto Nacional de Drogas de Abuso (NIDA) de los Estados Unidos establece una serie de “señales tempranas” que pueden predecir el abuso de drogas en el futuro, alguna de ellas referidas al ámbito familiar, destacando que su aparición puede ser muy temprana. Las principales son: las relaciones familiares en las que falta afecto y cariño entre padres e hijos, la ausencia de apoyo por parte de los padres, una crianza ineficiente y el consumo de drogas en el ámbito familiar. El NIDA, asimismo, propone estrategias familiares para contrarrestar estas señales predictoras consistentes en mejorar los vínculos entre padres e hijos, incrementar la participación activa de los padres en la vida de los hijos y establecer unos límites claros y una disciplina aplicada de manera consistente (Robertson, David & Rao, 2004).

6. Modelos de funcionamiento familiar y consumo de drogas en los jóvenes

6.1. Concepto y tipos de familia

La relevancia de la familia como núcleo socializador es indiscutible, aunque su diversidad, pluralidad y dinamismo dificultan su definición.

Musitu, Estévez y Jiménez (2010) hacen una revisión de las definiciones de familia en la que muestran cómo ha evolucionado la propia definición de familia a lo largo del tiempo. Desde Lévi-Strauss en 1946 a otros autores como Giddens (1991), Fernández de Haro (1997), Goode (1964), se han formulado definiciones de familia en las que han aparecido una serie de características como:

- Grupo social con vínculos que lo une en lo afectivo, económico, religioso...
- Grupo de personas ligadas por nexos de parentescos, donde los adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos.
- Institución social formalmente desarrollada en todas las sociedades
- Las responsabilidades de los miembros están implícitas en los roles que desempeñan cada uno.
- La familia cumple funciones sociales relacionadas con la economía y la educación.
- La familia es un grupo que supone un gran poder de recompensa para el individuo

Pero estas características no reflejan de una forma adecuada la dinámica familiar en nuestra sociedad actual, ya que la familia como grupo ha evolucionado, estableciendo nuevas estructuras, nuevos roles y nuevas normas que afectan directamente al estilo de relación, funciones de los miembros, etc. En general, la familia asume unas funciones básicas y universales que derivan del ámbito biológico y se integran en los niveles cultural y social. Abarcan también funciones que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades económicas, constituyéndose en una unidad cooperativa que se encarga de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos (Musitu, et al, 2010). Pero la familia también implica interacción entre sus miembros, en la que intervienen el afecto, el amor, los sentimientos, el apego, los lazos consanguíneos y el apoyo emocional. Todo esto, a su vez, está influenciado por la cultura, que moldea estas variables dando formas familiares diferentes en función del lugar en el que nos encontremos.

El tipo de familia predominante en nuestra sociedad occidental es la familia conyugal o nuclear, que consta del marido, la esposa y los hijos no adultos; conforme los hijos van creciendo, alcanzan la mayoría de edad y comienzan a ser económicamente autosuficiente abandonan la familia para formar las suyas propias. La familia se vuelve a reducir a la pareja conyugal, aunque también es posible que los progenitores de los cónyuges se incorporen al hogar (Musitu, et al, 2010).

A continuación aparecen las formas de familia más habituales en la actualidad (Musitu & Cava, 2001):

- *Familia nuclear*: formada por los dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos.
- *Cohabitación*: convivencia de una pareja unida por lazo afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio. Se domina también “pareja de

hecho”. En ocasiones, este modelo de convivencia se plantea como una etapa de transición al matrimonio.

- *Hogares unipersonales*: compuestos por una sola persona, normalmente jóvenes solteros, adultos separados o divorciados y ancianos viudos.
- *Familia monoparentales*: constituida por un padre o una madre que no vive en pareja (casada o que cohabita), con al menos un hijo menor de dieciocho años.
- *Familias reconstituidas*: familia que, tras una separación, divorcio o muerte del cónyuge, se rehace con el padre o la madre que tienen a su cargo los hijos y el nuevo cónyuge.
- *Familias homoparentales*: son familias en la que una pareja de mujeres o de hombres se convierten en progenitores de los hijos.

La sociedad evoluciona y con ella la familia. En los países occidentales y, más concretamente en España, las parejas retrasan la decisión de abandonar la familia de origen y de contraer matrimonio. La dificultad para emanciparse económicamente, la inestabilidad laboral, el deseo de mantener la carrera profesional y la incorporación de la mujer al mercado laboral aparecen en la literatura como los principales indicadores de los cambios en las familias europeas (González, 2004; Musitu, et al, 2010).

6.2. Funciones de la familia

La importancia de la familia en relación a la educación tiene que ver con lo que aporta a sus componentes y lo que significa para ellos. Montoro (2004) propone algunas funciones claves de la familia:

- Regula la conducta sexual por medio de una serie de normas.
- Garantiza la reproducción de la especie
- Interviene en el control y regulación de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas
- Funciona como control de la educación de los hijos
- Satisface las necesidades de afecto a través de las relaciones de apego entre sus miembros.

Para el normal desarrollo de sus miembros, la familia debe proveer de recursos económicos para cubrir las necesidades básicas y para satisfacer las necesidades derivadas de la sociedad del bienestar social. Aunque las sociedades occidentales colaboran en funciones de provisión de recursos para temas relacionados con la educación, la salud y el bienestar de las personas dependientes, la familia es la principal fuente de recursos para el consumo, con lo que esto supone en el posicionamiento social, o para hacer frente a sucesos vitales como el desempleo o el mantenimiento y cuidados de personas dependientes.

Otra función tiene que ver con el afecto y el apoyo. La familia “mantiene la unidad familiar como grupo específico dentro del mundo social, genera en sus

integrantes un sentido de pertenencia y proporciona un sentimiento de seguridad, contribuye a desarrollar en sus miembros una *personalidad eficaz y una adecuada adaptación social* promoviendo la autoestima y la autoconfianza, permite la expresión libre de sentimientos y establece mecanismos de los hijos a través de las prácticas educativas utilizadas por los padres” (Musitu, et al, 2010, p. 22).

La socialización es otra de las funciones importantes de la familia. Por medio de ella los miembros de la misma aprenden las normas de la sociedad a la que pertenecen, adaptan sus conductas y conformar los valores claves de dicha sociedad. La familia es un instrumento muy eficaz para la transmisión de los elementos sociales y culturales claves para el grupo social dominante.

6.3. Control de los padres: autonomía versus control

La relación de los padres con los hijos en la adolescencia está marcada por la gestión de los cambios en cuanto al nivel de autonomía y responsabilidades personales de los adolescentes. En la adolescencia los padres tienen un papel muy importante de control sobre los hijos. Es un momento en el desarrollo de los adolescentes en el que comienzan a aumentar su autonomía personal y en el que las relaciones familiares se van transformando paulatinamente hasta que se produce la emancipación total. De un reconocimiento por parte de los hijos de la autoridad de los padres se va pasando a una relación de poder más equilibrada: la autonomía y el deseo de reconocimiento por parte de los adolescentes van transformando las relaciones intrafamiliares (Musitu, et al, 2010). En este proceso de formación de la identidad personal como adulto es importante que los padres acompañen de manera adecuada, ya que esta transición puede ser problemática si esa construcción de la personalidad entra en conflicto con las creencias

y valores de los padres. Los adolescentes no sólo construyen su identidad como persona sino que necesitan el reconocimiento de los padres y la aprobación de los cambios (Grotevant, & Cooper, 1986).

Jackson, Cicognani y Charman (1996) han analizado el proceso de adquisición de la autonomía personal de los adolescentes con la existencia de desacuerdos entre padres e hijos, situando el conflicto en la pretensión por parte de los hijos de tener un mayor grado de autonomía del que los padres consideran que deben tener. Según estos autores existen dos tipos principales de desacuerdos:

- Cuando los padres esperan mayor autonomía o responsabilidad por parte de los hijos, como por ejemplo en el mantenimiento y cumplimiento de las responsabilidades personales.
- Cuando los padres estiman que el nivel de autonomía de los hijos es mayor de lo que debería ser, por considerar que determinadas decisiones son tan importantes que deben tener el consenso familiar, como por ejemplo las salidas nocturnas, los amigos o la elección de los estudios.

Jackson y colaboradores también han descrito la forma de manejar los conflictos de los padres dependiendo del grado de control que ejercen sobre los hijos (ver tabla 1).

Tabla 1. Manejo de conflicto en función del grado de autonomía (Jackson, et al, 1996)

Grado de autonomía	Estrategias de manejo del conflicto
Poca autonomía	Imposición: los padres imponen las decisiones utilizando un estilo autoritario de liderazgo.
Alguna autonomía	Negociación: los padres negocian con los hijos las decisiones.
Total autonomía	Libertad: los padres opinan y pueden criticar las decisiones de los hijos, pero les conceden total libertad de actuación.

Desde esta perspectiva, el conflicto entre padres e hijos se debe a la reacción de los adolescentes al percibir su libertad amenazada por los padres, en un momento de su desarrollo evolutivo en el que van aumentando su autonomía personal. Durante la adolescencia los jóvenes otorgan más valor a las decisiones personales y esto en ocasiones choca con la visión de los padres. Si esto es así es probable que surja el conflicto.

6.4. Modelos de funcionamiento familiar

6.4. 1. Modelo Circumplejo (Olson, 2000)

El modelo circumplejo, su origen, los conceptos básicos y sus dimensiones se basan en la teoría de sistemas. Se trata de una representación gráfica de lo que Olson (1982) denomina *Mapa de Pareja y Familia*. Este modelo ilustra los cambios por los que las familias pasan a lo largo de su historia evolutiva y en reacción a la exposición cotidiana a las distintas fuentes de estrés.

El Modelo de Sistemas Circumplejo matrimonial y familiar se desarrolló inicialmente con objeto de cerrar la brecha que existía entre la investigación, la teoría y la práctica (Olson, Russell & Sprenkle, 1989). Este modelo es particularmente útil como herramienta de "diagnóstico relacional", porque se centra en el sistema de relaciones e integra tres dimensiones que repetidamente han sido considerados muy relevantes en una variedad de modelos de la teoría de la familia y los enfoques de terapia familiar en los años 90 (Beavers & Hampson, 1990; Epstein & Bishop, 1993; Walsh, 1998). La cohesión familiar, la flexibilidad y la comunicación, las tres dimensiones del Modelo de Olson, surgen de una agrupación conceptual de más de 50 conceptos desarrollados para describir la dinámica de pareja y familia. El modelo está específicamente diseñado

para la investigación de la familia, la evaluación clínica, la planificación del tratamiento y la eficacia, resultado de la terapia marital y familiar (Olson, 2000).

En las décadas de los 80 y 90 un número importante de terapeutas y teóricos del ámbito familiar se centraban de forma independiente sobre las variables relacionadas con la cohesión, flexibilidad y las dimensiones de comunicación. El trabajo acumulado de investigación e intervención en las familias constituye una fuente de evidencia científica de suma importancia, que pone de manifiesto la relevancia que tienen estas variables para la comprensión y el tratamiento de los sistemas matrimoniales y familiares.

El modelo circumplejo de Olson se compone de tres conceptos clave para la comprensión del funcionamiento de la familia: *la cohesión, la flexibilidad y la comunicación.*

La **cohesión** se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos hacia otros. Dentro del modelo circumplejo, algunos de los conceptos o variables específicas que se utilizan para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión familiar son *vinculación emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.* La cohesión proporciona información sobre el equilibrio familiar entre la unión y la separación.

Hay cinco niveles de cohesión que van desde *desconectados* a *demasiado conectados*. Dentro de ellos, hay tres niveles equilibrados y dos niveles desequilibrados, donde los tres niveles centrales o equilibrados de cohesión (*un poco conectados, conectados y muy conectados*) hacen referencia a un funcionamiento óptimo de la familia, mientras que los extremos o niveles desequilibrados (*desacoplados o enredados*) son generalmente vistos como problemáticos para las relaciones a largo plazo.

En zona equilibrada del modelo de cohesión las familias son capaces de encontrar el equilibrio, la moderación, tanto en la separación como en la unión. Los individuos pueden estar tanto independientes como conectados con sus familias. Las parejas y las familias con problemas relacionales a menudo están en uno de los extremos (demasiada separación o demasiada unión). Cuando los niveles de cohesión son muy altos (sistemas enredados), hay demasiado consenso/cercanía emocional, lo que provoca muy poca independencia dentro del seno familiar. En el otro extremo (sistemas desvinculados), cada miembro de la familia "hace lo suyo", con limitado apego o compromiso con su familia.

Los sistemas familiares equilibrados tienden a ser más funcionales a través del ciclo de vida. Más específicamente, una relación *algo conectada* tiene alguna separación emocional, pero no es tan extrema como el sistema de *desacoplamiento*. Pasan tiempo juntos, se toman algunas decisiones conjuntas y se dan cierto grado de apoyo mutuo. Las actividades e intereses se dan generalmente de forma separada, pero otras se comparten. Se trata de un tipo de relación que se caracteriza por un alto grado de equilibrio entre la conexión y la separación. Una relación *muy conectada* tiene la cercanía emocional y la lealtad a la relación. Se da mucho énfasis a la unión: estar juntos es más importante que estar a solas. No sólo hay amigos separados, sino también amigos compartidos por la pareja. Los intereses comunes son comunes con algunas actividades separadas.

Los niveles desequilibrados de *cohesión* se encuentran en los extremos *desconectado* o *enredado*. Una relación desconectada a menudo conlleva una separación emocional extrema. Hay poca participación entre los miembros de la familia y una gran separación e independencia personal. Las personas a menudo hacen lo suyo, separadas en el tiempo y en el espacio. Asimismo, predominan los intereses personales

a los colectivos y los miembros no son capaces de ayudarse mutuamente. En una relación de *enredados*, hay una cantidad extrema de cercanía emocional y la lealtad se exige. Los individuos son muy dependientes y se reactivan los unos a los otros. Hay una falta de separación personal y se permite muy poco espacio privado. La energía de los individuos se centra casi exclusivamente en el interior de la familia y hay pocos amigos o intereses individuales fuera de ella.

La *flexibilidad* se define como la calidad, expresión de liderazgo, organización, relación de rol, reglas de las relaciones y negociaciones. La flexibilidad hace referencia a cómo las familias son capaces de mantenerse en equilibrio, adaptándose a los cambios propios de su desarrollo evolutivo. Los cinco niveles de rango van desde la *inflexibilidad (rígido)* hasta el *caótico/excesivamente flexible*. Al igual que con la cohesión, la hipótesis principal es que los niveles centrales de flexibilidad equilibrada son mejores para un buen funcionamiento familiar, mientras que sus extremos (*rígidos y caóticos*) son más disfuncionales para el normal desarrollo de las familias.

Básicamente, la flexibilidad se centra en el cambio de liderazgo, roles y reglas de la familia. La aplicación temprana de la teoría de sistemas a las familias hizo hincapié en la rigidez de la familia y su tendencia a mantener el *statu quo*. Esto fue cambiando posteriormente, pasando a ganar peso la importancia del potencial para el cambio y la flexibilidad de los sistemas que realizó Olson (2000). Las familias necesitan tanto la estabilidad como el cambio: son sistemas que evolucionan. La capacidad de cambiar es una de las características que distinguen a las familias funcionales de las disfuncionales.

Los sistemas familiares equilibrados en la dimensión flexibilidad son capaces de gestionar tanto la estabilidad y el cambio. Una relación *algo flexible* tiende a tener

características de liderazgo democrático, contemplan las negociaciones, incluyendo los niños. Los roles son estables, con intercambio de papel, y las reglas se hacen cumplir con firmeza, con pocos cambios: hay pocos cambios en las reglas, que se cumplen firmemente. En una relación *flexible* hay un liderazgo igualitario con un enfoque democrático en la toma de decisiones: las negociaciones están abiertas e incluyen activamente a los niños, los roles están compartidos y el cambio es fluido cuando es necesario; las reglas pueden ser cambiadas y son apropiadas a la edad. Una relación muy flexible tiene una tendencia hacia el cambio frecuente en el liderazgo y roles: las reglas son demasiado flexibles y cambiantes.

Las familias desequilibradas tienden a estar en el extremo de la dimensión con un exceso de estabilidad (*rígido*) o de demasiado cambio (*caótico*). En una relación rígida, el responsable de estar a cargo de la dinámica familiar es muy controlador/a: no negocia, impone la mayoría de las decisiones, los roles están estrictamente definidos y las reglas no cambian. Una relación caótica tiene un liderazgo errático o limitado: las decisiones se toman por impulsos y no hay espacio para la reflexión; los roles son poco claros y, a menudo, cambian de persona a persona.

La **comunicación** es la tercera dimensión en el modelo circunplejo. Se considera una dimensión de facilitación: un elemento crítico para facilitar a las familias el cambio en sus niveles de cohesión y flexibilidad. El uso de las habilidades de comunicación positiva permite a las familias alterar sus niveles de cohesión y flexibilidad para satisfacer las demandas evolutivas de cambio. Debido a que es una dimensión de facilitación, la comunicación no se incluyó gráficamente en el modelo junto con la cohesión y la flexibilidad (ver figura 14).

La comunicación familiar se mide al considerar a la familia como un grupo con

respecto a sus habilidades de escucha, expresión oral, auto-revelación, claridad, seguimiento de la continuidad, respeto y consideración. Las habilidades auditivas incluyen la empatía y la escucha activa. La habilidad del habla incluye hablar por uno mismo y no hablar por otros. La auto-revelación se refiere a compartir sentimientos acerca de uno mismo y la relación. El seguimiento se refiere a la capacidad de mantener el tema de comunicación, mientras que el respeto y la consideración se refieren a los aspectos afectivos de la comunicación. Varios estudios de investigación de la comunicación y las habilidades de resolución de problemas, en parejas y familias, han encontrado que los sistemas en equilibrio en cohesión y flexibilidad tienden a tener muy buena comunicación, mientras que los sistemas desequilibrados en estas dimensiones tienden a tener una mala comunicación.

Las hipótesis de este modelo:

1. Parejas y familias de tipo equilibrado en general funcionan más adecuadamente a través del ciclo de vida familiar que los tipos no equilibrados. Una cuestión importante en el modelo circumplejo se refiere al concepto de equilibrio. Los individuos y los sistemas familiares necesitan equilibrar su separación-uniión para lograr un nivel óptimo de *cohesión*. Asimismo, necesita equilibrar su nivel de estabilidad frente a cambios en la *flexibilidad* para lograr un funcionamiento óptimo. A pesar de que un sistema familiar equilibrado pueda estar en los tres niveles centrales del modelo, estas familias no siempre funcionan de manera "moderada". El equilibrio significa que un sistema familiar puede estar, en un momento dado, en los extremos de la dimensión debido al impacto de estresores, que pueden ser tanto internos como externos, pero puede

volver a zonas moderadas e intermedias tras los ajustes adecuados. Asimismo, las parejas y las familias de la zona equilibrada de la dimensión *cohesión* permiten a sus miembros la experiencia de ser tanto independientes como dependientes de su familia. En *flexibilidad*, el equilibrio significa mantener un cierto nivel de estabilidad en el sistema con apertura cuando sea necesario. Los extremos de estas dos dimensiones se pueden dar en ciertas etapas del ciclo de vida o cuando una familia está bajo estrés, pero lo que puede ser problemático es quedarse atrapados en ellos.

2. Habilidades de comunicación positivas permitirán tipos equilibrados de parejas/familias, al poder facilitar los cambios en sus niveles de cohesión y flexibilidad. En general, las habilidades de comunicación positivas son vistas como una herramienta de ayuda a los sistemas familiares, ya que facilitan y mantienen el equilibrio entre las dos dimensiones. Por el contrario, la falta de comunicación impide el normal movimiento en la dimensión y se corre el riesgo de mantenerse en los extremos.
3. Las parejas/familias que pueden modificar sus niveles de cohesión y/o flexibilidad para afrontar de manera efectiva el estrés y los cambios producidos por el normal desarrollo evolutivo de la vida familiar tendrán un funcionamiento óptimo. Esta hipótesis se refiere a la capacidad de la familia frente al cambio, el afrontamiento al estrés y/o la capacidad para acomodar los cambios en el desarrollo y las expectativas de sus miembros. El modelo circunplejo es dinámico en cuanto que supone que las familias pueden cambiar los niveles de cohesión y flexibilidad y, por tanto, el tipo de sistema de la familia. Por este motivo, el cambio es

beneficioso para el mantenimiento y la mejora tanto de la pareja como de la familia. Cuando las necesidades o preferencias de uno de los miembros cambian, el sistema debe responder de manera adecuada.

En resumen, los niveles equilibrados de cohesión y flexibilidad son más propicios para el funcionamiento familiar saludable. Y, a la inversa, niveles desequilibrados de flexibilidad y cohesión (niveles muy bajos o muy altos) están asociados con un funcionamiento familiar problemático. El modelo de Olson encuentra apoyo en trabajos que muestran que una buena cohesión y flexibilidad en las dinámicas familiares correlacionan con “familias sanas” (Thomas y Olson, 1993). Mientras que en otro estudio, Thomas y Lewis (1999) confirmaron que la cohesión, flexibilidad y comunicación eran tres factores claros en la predicción del funcionamiento familiar.

Cohesión \ Flexibilidad		Bajo → Moderado → Alto			
		Desligada	Separada	Conectada	Enmarañada
Alto ↓ Moderado ↓ Bajo	Caótica	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo
	Flexible	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	Estructurada	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	Rígida	Extremo	Rango medio	Rango medio	Extremo

Figura14. Modelo de Olson. Caracterización de los sistemas familiares y maritales según el nivel de cohesión y flexibilidad (Schmidt, Barreyro, Maglio, 2010)

6.4.2. Modelo general de adaptación familiar al estrés (Musitu, 2001)

La familia es un sistema dinámico que está expuesto a múltiples situaciones propias del normal desarrollo de la vida. Esta circunstancia obliga a la familia a tener que adaptarse continuamente a las nuevas exigencias o situaciones. “Las tensiones que afronta la familia son, por tanto, numerosas, complejas y variadas y van desde las tensiones derivadas del exceso de trabajo que acompaña la paternidad hasta la ruptura del matrimonio o el incremento de los problemas de salud de los matrimonios de edad avanzada” (Musitu, 2006, p. 210).

Numerosos estudios sobre estrés familiar distinguen entre las situaciones estresantes y la percepción de estrés. Es decir, se distingue entre la situación misma (como puede ser la aparición de una enfermedad grave que afecte a algún miembro) y el hecho de que la familia perciba esa situación como un momento difícil pero del que se saldrá adelante, o bien como una situación que desborda sus capacidades y que probablemente no superarán. Pero, además, no sólo es importante la aparición de un estresor más o menos fuerte (ya sea interno o externo) sino que también es importante el afrontamiento que los miembros de la familia ponen en marcha ante el mismo: desde negar el problema y dejarlo evolucionar sin intentar resolverlo hasta poner en marcha una estrategia concreta de resolución. Este modelo pretende ser un instrumento que ayude a comprender por qué existen familias que son capaces de afrontar determinados estresores con éxito sufriendo alteraciones mínimas en la dinámica familiar y cómo, por el contrario, existen otras en las que cualquier elemento estresante puede convertirse en un grave problema que probablemente lleve a sus miembros a padecer problemas emocionales o de adaptación social.

En la revisión de Musitu (2006) se distinguen dos tipos de estresores: los normativos y los no normativos. Los normativos son aquellos que ocurren a la mayor parte de las familias en un momento concreto de su ciclo vital. Por ejemplo, las familias con hijos tienen mayor número de estresores relacionados con las tareas domésticas, problemas de salud de los hijos y problemas de conducta de los hijos; las familias con hijos adolescentes suelen tener numerosos conflictos con sus hijos como consecuencia de sus deseos de autonomía e independencia... Este tipo de estresores esperados están tipificados y, en consecuencia, forman parte de la cultura, porque, aunque se trate de situaciones nuevas para la familia, suelen estar presente en ese entorno cultural, pueden haber pasado previamente por otros familiares o amigos o, simplemente, asumimos que es algo que nos puede pasar.

Las situaciones estresantes no normativas son aquellas que no tienen por qué ocurrir en todas las familias y tampoco a una determinada edad. Son situaciones inesperadas, de aparición abrupta y con la suficiente importancia como para provocar cambios en el funcionamiento familiar. Algunos ejemplos de este tipo de sucesos son la aparición de algún familiar con problemas de drogodependencias, el abandono de la familia de algún miembro o una muerte prematura.

Otro elemento importante en la aparición de un estresor es la duración del mismo. Un evento de corta duración puede provocar problemas familiares pero es más probable que la familia sea capaz de afrontarlo sin agotar sus recursos. Circunstancia que no ocurre cuando el estresor aparece y se cronifica, lo que puede originar problemas graves en el funcionamiento de la unidad familiar e incluso provocar problemas de salud en los miembros.

Pero, ¿qué es lo que define a una situación como estresante?: “lo decisivo, y lo que define a una situación como estresante, es el hecho de que se trata de un suceso que obliga a introducir algún tipo de cambio o reestructuración en el funcionamiento familiar. El elemento clave es el modo en que la familia maneja este acontecimiento, su percepción de la situación y la forma en que es capaz de adaptarse y de incorporar a su funcionamiento los cambios que cada nueva situación requiere” (Musitu, 2006, p .212).

La adolescencia, por una parte, y el consumo de drogas, por otra, son dos circunstancias vitales que provocan cambios en las dinámicas familiares. Muchas de las estrategias de prevención del consumo de drogas se centran en el entorno familiar, evaluando los sistemas familiares para implantar estrategias de afrontamiento que prevengan conductas problemáticas, entre ellas, el consumo de drogas. Además, estas fuentes de estrés suelen coexistir con otras, como problemas de tipo laboral, económicos, intrafamiliares, enfermedades, fallecimientos, etc. (McCubbin, Patterson y Lavee, 1983).

En cuanto a los recursos de la familia para superar estas situaciones, Musitu (2006) recoge una lista de los más relevantes en función del ciclo familiar en el que se encuentra la familia (tabla 2).

Tabla 2. Recursos familiares (Musitu, 2006, p. 217)

Etapa del ciclo familiar	Principales recursos que pueden reducir el estrés familiar
Parejas jóvenes sin hijos	La existencia de un acuerdo familiar en relación con las competencias que corresponden a cada miembro de la pareja. La calidad en la comunicación de la pareja. La satisfacción con las actividades de ocio Las habilidades para el manejo de la economía doméstica. La compatibilidad entre los miembros de la pareja Las prácticas de salud personal
Familias con hijos en edad escolar (hijo mayor de 0 a 5 años)	La existencia de acuerdo familiar en relación con las competencias La calidad en la comunicación de la pareja Una orientación compartida en la educación de los hijos La satisfacción con respecto a la vida familiar Las habilidades para el manejo de la economía doméstica Una orientación compartida de la pareja hacia parientes y amigos
Familias con hijos adolescentes	Las habilidades para el manejo de la economía doméstica Una orientación compartida de la pareja hacia parientes y amigos La satisfacción marital La compatibilidad entre los miembros de la pareja La calidad en la comunicación de la familia La satisfacción de la pareja con respecto a sus relaciones sexuales y la satisfacción con la calidad de vida propia
Familias en el estadio de "nido vacío" y jubilación	La calidad en la comunicación de la pareja Las prácticas de salud personal La compatibilidad de caracteres entre los miembros de la pareja

Estos recursos son importantes para afrontar los distintos estresores a los que está sometida la familia. El núcleo familiar necesita hacer cambios de funcionamiento respondiendo a las demandas internas y externas.

El modelo general de adaptación de Musitu (2006) descansa sobre una sólida base documental procedente de la investigación en el ámbito de la familia, como el modelo circumplejo de Olson (Olson, 2000; Thomas, & Olson, 1993) y el modelo de estrés familiar de McCubbin y Thompson (1987), que aportan el análisis de la adaptación y el ajuste de la familia a las situaciones de estrés, donde intervienen de una forma importante los recursos familiares, las habilidades de afrontamiento, las estrategias de solución de problemas, la percepción de gravedad del estresor y el ajuste

familiar. Asimismo, el modelo de Musitu (2006) se apoya en el modelo de bienestar psicosocial de Lin y Ensel (1989), que destaca la importancia de la potenciación de los recursos personales y sociales como una forma adaptativa de mejorar el bienestar de las personas.

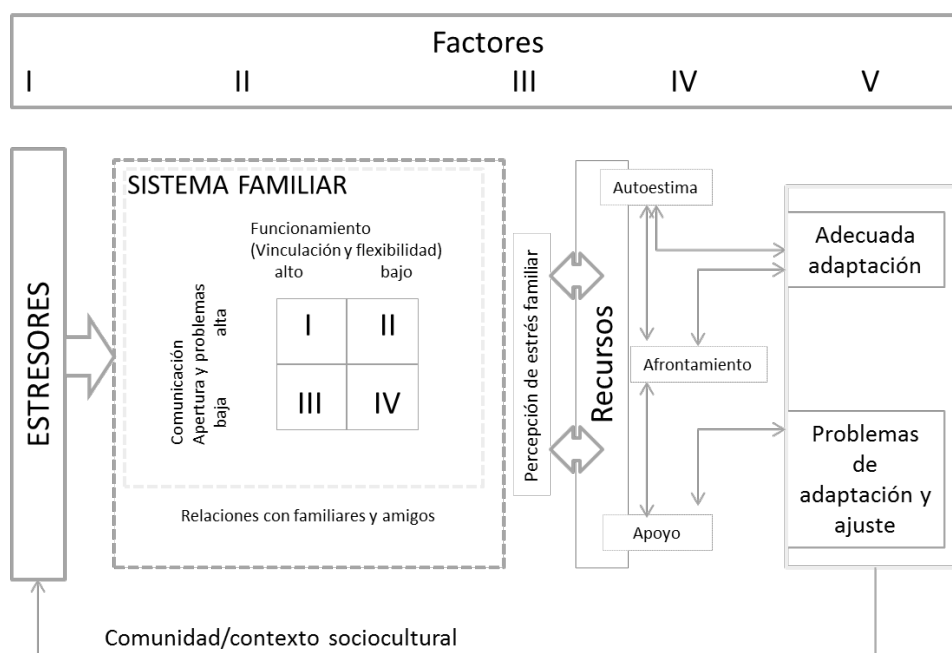


Figura 15. Modelo de Adaptación Familiar al Estrés (Musitu, 2006, p. 220)

Este modelo explica las diferentes consecuencias que los estresores pueden tener en los sistemas familiares y permite tener información sobre los factores que pueden contribuir a mejorar el afrontamiento y el ajuste familiar a la hora de transitar por los vaivenes del ciclo vital. A continuación se va a hacer un análisis de los mismos.

6.4.2.1. El tipo de estresor y su posible acumulación.

Determinados acontecimientos vitales tienen la capacidad de generar desajustes en el seno familiar, obligando a ésta a hacer adaptaciones. Estos eventos vitales pueden

constituirse en fuentes de estrés o problemas de mayor o menor gravedad en función de la capacidad que tenga la familia para afrontarlos adecuadamente. El ajuste psicosocial de los adolescentes puede convertirse en una fuente de estrés si durante el mismo aparecen comportamientos problemáticos como el consumo de drogas, conductas delictivas, conductas disruptivas... Este modelo, como herramienta de evaluación-intervención, proporciona información valiosa tanto para los técnicos que trabajan en el ámbito comunitario como para la familia, para descubrir la fuente de estrés y poder programar intervenciones específicas que mejoren la capacidad de afrontamiento de la familia a dichas fuentes de estrés.

6.4.2.2. El sistema familiar y su capacidad para potenciar u obstruir el desarrollo de sus miembros.

La familia como grupo de socialización es un grupo dinámico que evoluciona con el tiempo y acorde a la evolución de sus miembros y al contexto social al que pertenece. El modelo de Musitu, et al. (2001) está diseñado desde una perspectiva ecológica y contempla la interconexión de la familia con su entorno, tanto como grupo como individualmente. Los principales recursos con los que cuenta la familia son la forma de funcionar y la comunicación. Cuando el sistema de funcionamiento familiar es satisfactorio (flexible) y la vinculación emocional entre los miembros y la comunicación es positiva y abierta, la familia como grupo y sus miembros a nivel individual son capaces de hacer frente a los acontecimientos estresantes, cambiando sus estructuras familiares en función de las demandas.

El modelo de Musitu, et al. (2001) proporciona cuatro tipos de familia:

- Tipo I. Familias potenciadoras: son familias que tienen un funcionamiento y comunicación satisfactorios.
- Tipo II y III. Familias parcialmente potenciadoras: las tipo II son familias con escasa flexibilidad y vinculación familiar, aunque la comunicación entre sus integrantes es positiva y sin graves problemas.
- Tipo III. Familias con una adecuada flexibilidad y vinculación emocional, pero con una comunicación familiar deficiente.
- Tipo IV. Familias obstructoras: tienen bajos recursos familiares, una escasa vinculación y flexibilidad familiar, así como una comunicación problemática.

Desde este modelo, las familias tipo IV son las que tienen más dificultades para afrontar las situaciones estresantes, más vulnerables y con mayor probabilidad de que sus miembros tengan desajustes psicosociales. Asimismo, es probable que sean más sensibles a percibir niveles de estrés mayores con respecto a los otros tipos de familias.

6.4.2.3. La percepción de estrés que tienen los integrantes de la familia.

Este factor hace referencia a la interpretación más o menos amenazante de los eventos vitales. En este sentido, es probable que las familias con funcionamiento deficiente o con pobres niveles de comunicación tengan mayor percepción de estrés. Asimismo, en este tipo de familia es más probable que los recursos sean también más

escasos, puesto que existe una importante relación entre funcionamiento y comunicación familiar y recursos familiares. Se da la circunstancia de que la percepción de escasez de recursos se convierte a su vez en una fuente de estrés.

6.4.2.4. Los recursos personales y sociales de los distintos miembros de la familia.

En relación a los recursos, las familias potenciadoras son aquellas que tienen un funcionamiento y comunicación adecuados. Perciben menos estrés familiar y favorecen el desarrollo psicosocial de sus miembros. Los recursos que contempla este modelo son: la autoestima, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. Estos recursos están relacionados entre sí y con las dinámicas familiares. De hecho, se conjugan en el funcionamiento familiar: “es a partir de la interacción con las personas significativas de su entorno, entre éstas la familia, como la persona va desarrollando una imagen de sí misma. Así, por ejemplo, aquellos niños y adolescentes que perciben una consideración favorable de sus padres, que tienen un vínculo seguro con ellos y que participan en una dinámica familiar que se caracteriza por el afecto, el razonamiento y la negociación de las normas familiares interiorizan también una imagen de sí mismos como personas valiosas” (Musitu, et al., 2001, p.100).

Por estrategias de afrontamiento familiar este modelo entiende las estrategias cognitivas y comportamentales de resolución de problemas que el sistema familiar utiliza en situaciones problemáticas. En este sentido, la cooperación y la integración familiar son valoradas por Musitu (2001) como recursos ante los eventos vitales.

Por último, en relación al apoyo social, hay que situarlo tanto en el seno de la familia como en el entorno próximo a los miembros del núcleo familiar. El apoyo,

asimismo, puede ser informacional, emocional, a metas, aceptación y autonomía. En el caso de los adolescentes es importante percibir el apoyo de los distintos miembros de la familia. En este sentido, “los adolescentes que perciben más apoyo familiar también expresan mayor autoestima familiar” (Musitu, et al. 2004, p.100).

6.4.2.5. El grado de adaptación y ajuste de la familia y de sus miembros

El ajuste psicosocial del adolescente está influido por el ajuste familiar, ya que afecta a la capacidad de afrontamiento de los jóvenes. Un buen ajuste familiar mejora los recursos personales y los comportamientos adaptativos al medio. Esto a su vez influye en el sistema familiar. Por tanto, son sistemas que se retroalimentan tanto en lo positivo como en lo negativo. Esto significa que este factor no es el fin del ciclo sino que tiene forma de bucle. Un sistema familiar pobre puede llevar a conductas problemáticas, como el consumo de drogas o conductas delictivas en los/as hijos/as, y esta forma de adaptación negativa al medio revierte en forma de estresor que consume recursos familiares y que, en algunos casos, se cronifican contribuyendo al empeoramiento de los problemas, perpetuándose de esta forma el desequilibrio del sistema familiar y requiriendo en algunos casos la intervención de especialistas.

II PARTE EMPÍRICA

La adolescencia es una etapa en la vida de las personas en la que se producen muchos cambios y en la que los estudios epidemiológicos sitúan el inicio del consumo de drogas. Asimismo, es un periodo vital en el que se produce una escalada significativa en el consumo de drogas y de comportamientos inadecuados de tipo delictivo. Todo esto puede comprometer el normal funcionamiento familiar y puede poner en riesgo el normal desarrollo del adolescente, tanto en lo personal como en lo social.

El modelo sobre el que se sustenta esta investigación es el *modelo general de adaptación familiar al estrés* de Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001). Se trata de un modelo que permite analizar los factores que intervienen en la familia, tanto los recursos de afrontamiento como los estresores que afectan a la dinámica familiar. El presente trabajo se centra en el estudio del sistema familiar (funcionamiento y comunicación), la satisfacción del adolescente con su familia, el apoyo social y su relación con comportamientos inadecuados, como son el consumo de drogas y las conductas delictivas.

1. Objetivos e hipótesis

El objetivo del presente trabajo ha sido analizar el sistema de funcionamiento familiar y la percepción de apoyo en jóvenes adolescentes como variables que se relacionan con el consumo de drogas y las conductas delictivas en jóvenes.

- Objetivo I

Describir los hábitos de consumo y las conductas delictivas de los adolescentes.

- Objetivo II

Analizar cómo el funcionamiento de la familia se relaciona con las conductas delictivas y el consumo de drogas en los adolescentes.

- Objetivo III

Analizar la influencia del apoyo social en el ajuste psicosocial de los jóvenes en relación al consumo de drogas y conductas delictivas.

- Objetivo IV

Poner a prueba el modelo de funcionamiento familiar para comprobar las variables más relacionadas con el ajuste psicosocial del adolescente.

De acuerdo con estos objetivos nos planteamos las siguientes hipótesis:

1. Un adecuado funcionamiento familiar se relaciona negativamente con el consumo de drogas y con las conductas delictivas en el adolescente.
2. La comunicación familiar positiva se relaciona negativamente con el consumo de drogas y con las conductas delictivas en el adolescente.
3. La satisfacción con la familia se relaciona negativamente con el consumo de drogas y con las conductas delictivas en el adolescente.
4. La percepción de un adecuado funcionamiento familiar, una buena comunicación y la satisfacción familiar se relaciona positivamente con el apoyo social en el adolescente.
5. La percepción de apoyo social se relaciona negativamente con el consumo de drogas y con las conductas delictivas en el adolescente.
6. El apoyo social actúa como una variable mediadora entre el sistema familiar y la aparición de conductas delictivas y el consumo de drogas.

2. Instrumentos

2.1. Cuestionario de Evaluación del Sistema Familiar (CESF). Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001)

Con este instrumento se recoge información sobre la cohesión y la adaptabilidad familiar desde el punto de vista del adolescente. Además se pregunta desde dos enfoques distintos: se pide que digan cómo es su familia y cómo les gustaría que fuese. De esta forma se obtiene información sobre la percepción real y la ideal que los jóvenes tienen de su familia con respecto a los niveles de cohesión y adaptabilidad.

El cuestionario consta de 20 ítems que se responden conforme a una escala tipo Likert, que va de 1 a 5, donde: 1 es *casi nunca*; 2 es *pocas veces*; 3 es *algunas veces*; 4 es *muchas veces* y 5 es *casi siempre*.

La fiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .83. La fiabilidad para la escala de cohesión es de $\alpha = .78$ y para la escala de adaptabilidad de $\alpha = .65$. En nuestro estudio la fiabilidad de la escala es $\alpha = .85$ (global), $\alpha = .90$ en la dimensión cohesión y $\alpha = .86$ en la de adaptabilidad (ver Anexo 1). En la escala de la evaluación del sistema familiar ideal total, la fiabilidad ha sido de $\alpha = .93$. En la subescala de adaptabilidad ideal ha sido $\alpha = .90$ y en la de adaptabilidad ideal $\alpha = .86$

2.2. Cuestionario de evaluación de la Comunicación familiar (CM-CP).

Barnes y Olson, 1982.

Evalúa la comunicación entre los hijos y la madre (CM), en nuestro caso desde el punto de vista de los hijos, y la comunicación con el padre (CP), en este caso también

desde el punto de vista de los hijos.

Cada escala consta de 20 ítems tipo Likert, que va de 1 a 5, donde: 1 es *nunca*; 2 es *pocas veces*; 3 es *algunas veces*; 4 es *muchas veces* y 5 es *siempre*.

Estas escalas representan las dos grandes dimensiones de la comunicación padres-hijos: la apertura en la comunicación y los problemas en la misma. La apertura en la comunicación tiene que ver con la presencia en la díada padre-hijo/a de una comunicación positiva, basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas de comunicación, por su parte, tienen que ver con la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada. Así, la comunicación positiva y eficaz entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar. Respecto a las propiedades psicométricas, tanto la escala de comunicación con el padre como la de la madre proporcionan un adecuado coeficiente de consistencia interna (alpha de Cronbach de .86 y .87, respectivamente). En cuanto a las subescalas, la de apertura en la comunicación presentan para la madre y el padre índices de consistencia interna importantes ($\alpha = .88$ y $.90$, respectivamente); la consistencia es algo menor para la subescalas de problemas de comunicación ($\alpha = .63$, para la madre y $\alpha = .65$, para el padre).

En nuestro estudio los datos de fiabilidad han sido de $\alpha = .83$ en la comunicación con la madre y $\alpha = .90$ con el padre (ver Anexo 2 y 3). Los datos de fiabilidad de las subescalas son $\alpha = .90$ en apertura con la madre, $\alpha = .77$ en comunicación problemática con la misma. Con respecto a la fiabilidad de las subescalas de la comunicación con el padre se ha obtenido una fiabilidad de $\alpha = .93$ y en la de comunicación problemática con el padre $\alpha = .84$.

2.3. Cuestionario de Satisfacción Familiar (CSF) (Olson y Wilson, 1982).

Evalúa directamente, a partir de 14 ítems, la satisfacción de los miembros de la familia con respecto a las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. La escala de satisfacción familiar pregunta directamente sobre el nivel de satisfacción con respecto al funcionamiento familiar, centrandó el contenido de los ítems en aspectos que tienen que ver con la cohesión y la adaptabilidad.

Se responde conforme a una escala Likert que va de 1 a 5, donde: el valor 1 es totalmente *insatisfecho*, el 2 es *bastante insatisfecho*, el 3 es *en parte insatisfecho*, en parte *satisfecho*, el 4 es *bastante satisfecho* y el 5 es *completamente satisfecho*.

La fiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .87, y para cada una de las escalas es de $\alpha = .78$ y $\alpha = .77$ respectivamente. En nuestro estudio la fiabilidad de la escala ha sido $\alpha = .94$ y en las subescalas ha sido $\alpha = .90$ en la subescala de satisfacción con la cohesión y $\alpha = .90$ en la satisfacción adaptabilidad (ver Anexo 4).

2.4. Cuestionario de Evaluación de Apoyo Social (CAS).

Este cuestionario de Van Aken (1997), está especialmente diseñada para adolescentes. Está construido para evaluar la red social de los jóvenes (de 12 a 20 años).

Presenta dos partes diferenciadas. La primera, CAS1, evalúa el factor estructural del apoyo y está constituida por diez preguntas relacionadas con aquellas personas que se consideran más importantes para el adolescente (familia nuclear, familia extensa, otros adultos significativos y amigos). Cada ítem está compuesto por varias alternativas de las que sólo se debe elegir una. Proporciona datos descriptivos de la estructura de apoyo social del adolescente.

La segunda parte, CAS2, evalúa la red más próxima al adolescente, teniendo en cuenta las seis fuentes de apoyo: padre, madre, hermano, mejor amigo/a, adulto especial y novio/a. Este cuestionario consta de 27 ítems con una escala de respuesta de cinco puntos: 1 = *nunca*; 2= *pocas veces*; 3 = *algunas veces*; 4 = *muchas veces* y 5= *siempre*. En esta escala se evalúan cinco factores: apoyo emocional, autonomía, información, metas y aceptación como persona. Se responde marcando en cada fuente de apoyo (padre, hermano...) la puntuación correspondiente (1=nunca a 5=siempre), según interpreta el joven que la situación que describe el ítem se ajusta a su caso concreto:

- Apoyo emocional: se refiere al grado de afecto.
- Autonomía: se refiere al respeto hacia la autonomía personal y el establecimiento de límites.
- Información: se refiere a la provisión de información.
- Metas: evalúa la convergencia o la divergencia de las metas familiares.
- Aceptación: hace referencia a la percepción del adolescente del grado en el que es aceptado como persona.

La fiabilidad de la escala global según el alpha de Cronbach es de .91. En nuestro estudio la fiabilidad de la escala global es de $\alpha=.97$ (ver Anexo 5).

2.5. Cuestionario de Estimación de Consumo de Sustancias (CS).

Para conocer el nivel de consumo y abuso de sustancias se ha construido un instrumento que recoge la frecuencia en el consumo de las sustancias asociadas al consumo juvenil: tabaco, bebidas alcohólicas (fermentados y destilados), derivados del cannabis y otras sustancias como drogas de síntesis (éxtasis), alucinógenos y cocaína.

Asimismo, se ha incluido una pregunta abierta (*Otro consumo*) para que el/la adolescente informe si consume alguna otra sustancia que no está recogida en la escala, con el objetivo de evaluar el consumo de otras drogas que puedan estar al alcance de los jóvenes.

El cuestionario de estimación del consumo de sustancias se ha construido expresamente para este estudio, ya que tenía que cumplir con una serie de requisitos que permitiesen adaptarlo a la población adolescente. Estos requisitos son:

- Facilidad de comprensión por parte de la población juvenil: todas las escalas debían ser de fácil comprensión para facilitar su cumplimentación.
- Sólo se han incluido aquellas sustancias que son fácilmente reconocidas por los jóvenes y que pueden estar en su entorno más cercano. Por esta razón se ha dejado una pregunta abierta para que nos informasen sobre sustancias que ellos consideraran problemáticas o de las que creen hacer un uso problemático. Existen muchas sustancias nuevas que no todos los chicos conocen, a la vez que otras son conocidas por un nombre distinto. Los objetivos eran conocer sus propias respuestas y no proporcionar información innecesaria sobre drogas a jóvenes.
- Que nos permitiera discriminar entre diferentes patrones de consumo, conocer las drogas que con más frecuencia consumen, conocer la frecuencia de consumo de cada droga y la edad de inicio para cada sustancia.

El cuestionario consta de ocho apartados: los siete primeros hacen referencia a una droga concreta (para especificar las drogas que se evalúan) y el último se ha dejado en blanco para que lo rellene todo aquel que haya consumido una sustancia no reflejada anteriormente. Cada apartado está compuesto por tres preguntas que evalúan el patrón

de consumo: 1) Se le pregunta si ha consumido de manera regular esa sustancia; 2) Se le pregunta por la edad de inicio en dicho consumo; y 3) Se le pregunta sobre la frecuencia del consumo en los últimos 30 días (*no ha consumido, consumo esporádico, consumo semanal y consumo diario*) Esta información nos proporciona datos sobre la relación que tiene el/la adolescente con la droga (ver Anexo 6).

2.6. Cuestionario de Conductas Delictivas. (Jiménez, Musitu, Murgui, 2005)

Se ha utilizado el cuestionario adaptado por Jiménez y colaboradores (2005) de la Escala de Rubini y Pombeni (1992), que evalúa la conducta delictiva tanto por la comisión de actos puramente delictivos (p.ej., "he robado dinero u objetos de valor a un desconocido") como por la realización de acciones que constituyen una trasgresión de las normas escolares (p. ej., "he pintado o dañado las paredes del colegio/instituto" o "he insultado o tomado el pelo a propósito a los profesores").

Este instrumento consta de 23 ítems con dos posibilidades de respuesta (Sí/No) que reflejan la frecuencia de una variedad de actos delictivos y comportamientos trasgresores con respecto a personas y bienes materiales en los últimos tres años.

La fiabilidad de la escala fue de $\alpha = .92$. La fiabilidad de la escala global fue de $\alpha = .91$. El alpha de Cronbrach en nuestro estudio ha sido de .98 (ver Anexo 7).

2.7. Cuestionario Información Sociodemográfica

Para este fin se han elaborado una serie de cuestiones que recogen los siguientes datos: edad, sexo, nº de hermanos, lugar que ocupa, nacionalidad, estado civil de los padres, tipo de vivienda, nivel de estudio del padre, nivel de estudio de la madre, profesión del padre, profesión de la madre (ver Anexo 8).

3 Método

3.1 Participantes

En este estudio han participado un total de 1529 alumnos pertenecientes a diez centros públicos de enseñanza secundaria del municipio de Marbella. La población de este municipio, según fuentes del Plan Estratégico de la ciudad (2011), asciende a 138.662 personas y según el INE posee una densidad de población en 2011 de 1.186 hab/km² en sus 116 km² de extensión, lo que la sitúa como sexto municipio provincial según densidad poblacional, frente a los 93.27 hab/km² de la media nacional o los 222.46 de la media provincial. Esta cifra sitúa a Marbella como la población número 46 dentro del ranking de ciudades más pobladas de España en términos absolutos.

Los centros que han participado son aquellos en los que se desarrollan actividades municipales de prevención del consumo de drogas y suponen el cien por cien del total de centros públicos del municipio (IES Salduba, IES Vega del Mar, IES Sierra Blanca, IES Guadaiza, IES Victoria Kent, IES Bahía Marbella, IES Dunas de Marbella, IES Nueva Andalucía, IES Pablo del Saz, IES Río Verde, IES Guadalpín). En la selección de la muestra han colaborado los departamentos de orientación de los centros educativos.

El criterio principal de selección de la muestra ha sido la edad, con objeto de obtener el rango de edad que comprenda todo el proceso de iniciación de los jóvenes en el consumo de drogas: de 12 a 18 años. Se ha escogido la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), Bachillerato, Formación profesional y Programas de Cualificación Profesional Inicial con el objetivo de obtener datos de todo el espectro de ese tramo de educativo. La participación de los centros ha sido voluntaria y se ha planteado una selección estratificada por curso. Una vez puestos en contacto con el equipo de

orientación, éste ha elegido los grupos en función de su disponibilidad (horario de tutoría para interferir lo menos posible en la dinámica normal del centro). Conforme iban los equipos de orientación proporcionando fechas para pasar el cuestionario se iban completando los cupos de grupo por edad. Dentro de cada centro seleccionado el muestreo se realizó por conglomerados, tomando cada grupo como una unidad muestral hasta conseguir una muestra representativa de ese rango de edad.

3.1.1. Características sociodemográficas de la muestra

El total de alumnos han sido de 1529, de entre 10 y 21 años. La media de edad es de 14.82 (DT= 1,94), el 46.5% son chicos y el 51% son chicas.

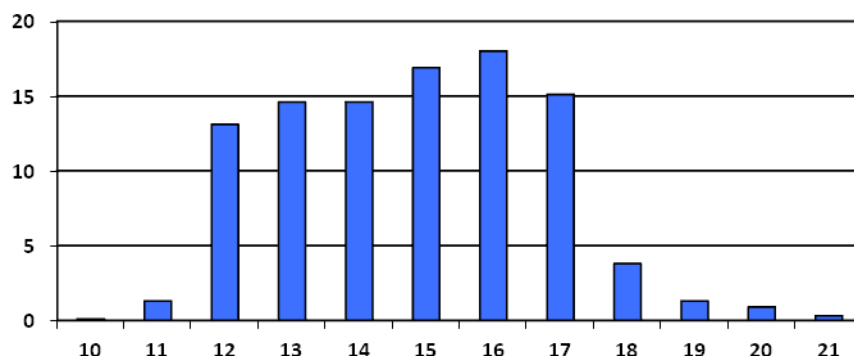


Figura 1. Porcentajes de edades de los participantes en el estudio

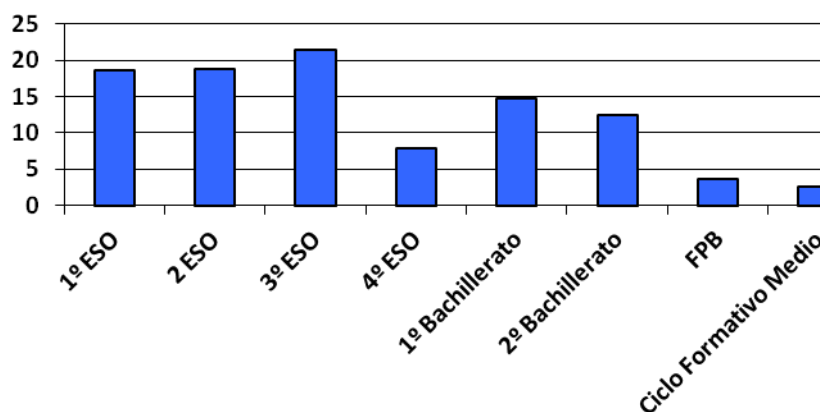


Figura 2. Porcentajes de adolescentes en función del curso

En cuanto al tipo de familia y sus características sociodemográficas, los resultados que se han obtenido son los siguientes:

- El número de hermanos que compone la familia oscila entre ninguno y 11. Siendo la media 1.71 (DT= 1.19).

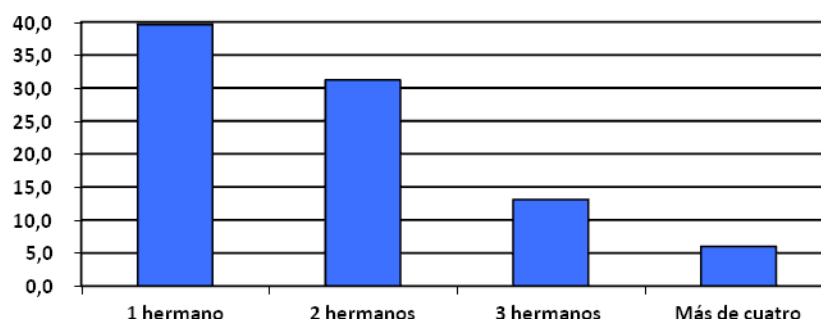


Figura 3. Número de hermanos

- El 48.5% ocupa el primer lugar en relación al resto de hermanos, el 33.9% el segundo y el 9.8% el tercero. Estos porcentajes suponen el 92.2% de la muestra del estudio.

- El 81.9% refiere tener nacionalidad española, el 4.8% europea y el 11% del resto de mundo.
- Sobre el estado civil de los padres, el 64.3% están casados, el 20.7% separados/divorciados y el 5.8% son pareja de hecho.
- En cuanto al tipo de vivienda, el 66% vive un bloque de pisos, el 16.9% en una casa individual y el 13.9% en adosados.
- Los estudios de los padres:

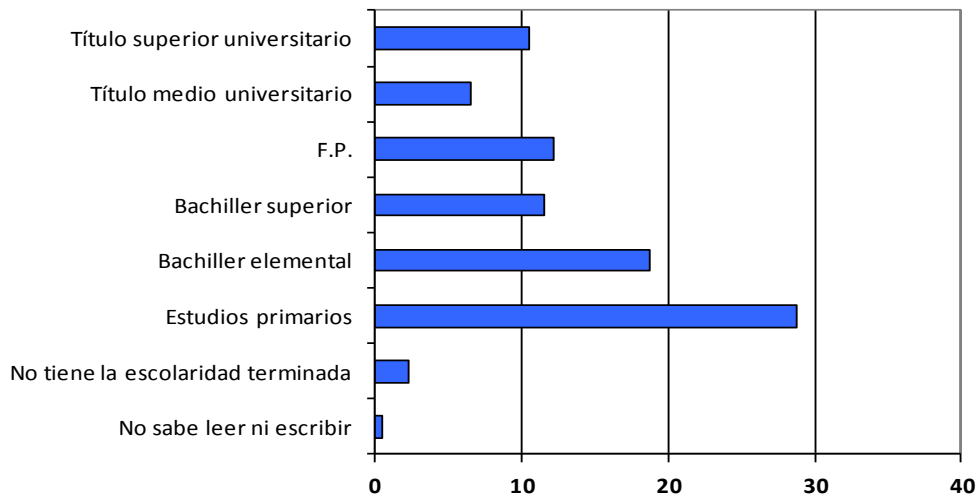


Figura 4. Estudios del padre

- Los estudios de madre:

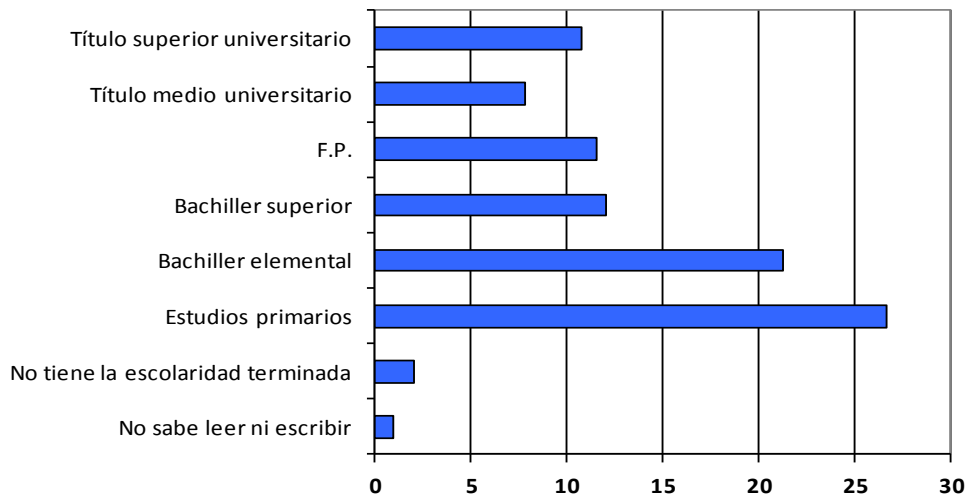


Figura 5. Estudios de la madre

- Profesión de padre:

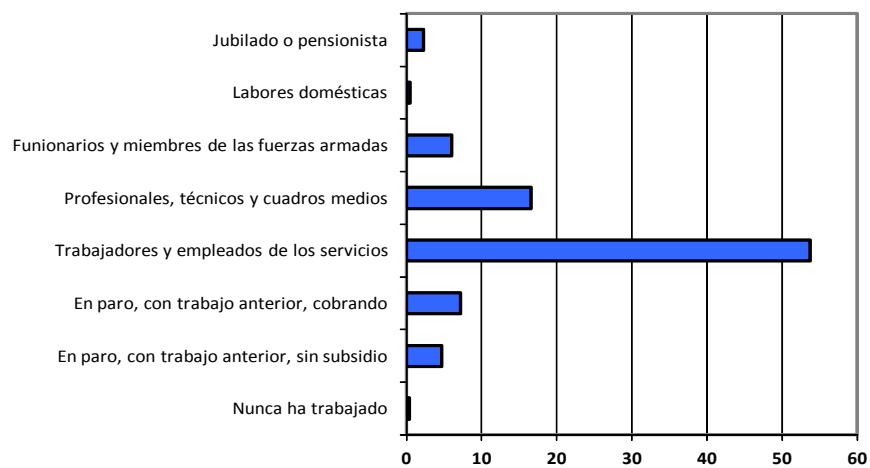


Figura 6. Profesión del padre

- Profesión de la madre

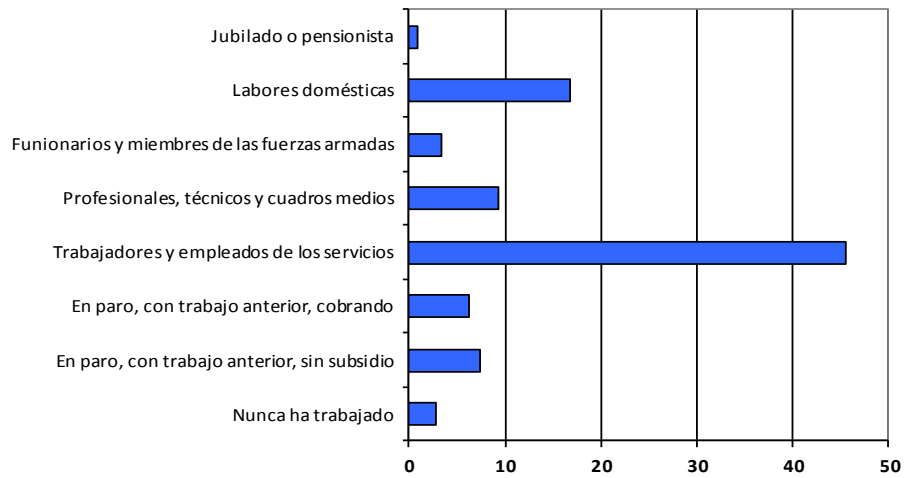


Figura 7. Profesión de la madre

3.2 Procedimiento

La participación tanto de los alumnos como de los centros educativos ha sido voluntaria. Al ser centros que trabajan habitualmente en los programas de prevención que desarrolla el Ayuntamiento de Marbella, ninguno ha declinado la participación en el estudio y muy pocos alumnos han rehusado participar. Se han eliminado 73 encuestas por no haberse cumplimentado correctamente. Asimismo, la recogida de datos se ha realizado por personal técnico cualificado de la Unidad de Prevención, Cooperación y Educación Social del Organismo Autónomo Local Marbella Solidaria, perteneciente al Ayuntamiento de Marbella, entrenados en este tipo de tareas. Los cuestionarios han sido cumplimentados por los alumnos en una sola jornada, haciéndola coincidir con horarios de tutoría, a fin de no entorpecer el normal desarrollo de las actividades académicas del alumno y del centro. El tiempo medio que ha empleado el alumno en cumplimentar el

cuestionario completo es de 30 minutos. Durante la sesión de evaluación estuvo presente un técnico para resolver dudas sobre la forma de cumplimentar los datos y posibles palabras o frases que no se entendieran. De esta forma, se ha obtenido un total de 1529 encuestas correctamente cumplimentadas.

4. Resultados

4.1 Análisis descriptivo

A continuación se exponen los datos relativos al consumo de drogas y de comisión de conductas delictivas en jóvenes.

4.1.1. Edad media en el inicio del consumo de drogas y género.

Tabla 1. Edad media en el inicio del consumo de tabaco, alcohol y cocaína en hombres y mujeres

		¿A qué edad fumaste tabaco por primera vez?	¿A qué edad bebiste alcohol (fermentados) por primera vez?	¿A qué edad bebiste alcohol (destilados) por primera vez?	¿A qué edad consumiste cocaína por primera vez?
1 Hombre	Media	13.66	14.23	14.10	14.60
	D.T	2.02	1.84	1.83	2.98
2 Mujer	Media	14.20	14.21	14.32	14.13
	D.T	1.61	1.90	1.51	1.17
Total	Media	14.00	14.22	14.23	14.39
	D.T	1.79	1.87	1.66	2.50
	N	279	323	488	18

Tabla 2. Edad media en el inicio del consumo de cannabis, alucinógenos y drogas de diseño en hombres y mujeres

		¿A qué edad consumiste cannabis por primera vez?	¿A qué edad consumiste alucinógenos por primera vez?	¿A qué edad consumiste las drogas de diseño por primera vez?
1 Hombre	Media	14.38	13.50	14.20
	D.T	1.79	3.50	2.49
2 Mujer	Media	14.62	15.80	15.80
	D.T	1.50	2.38	2.04
Total	Media	14.50	14.27	15.00
	D.T	1.50	3.28	2.30
	N	165	15	10

Como se puede observar, la edad de inicio en el consumo de drogas es algo más precoz entre los chicos en el tabaco, con 13.6 años de edad media frente a los 14.2 años de las chicas. En el consumo de alcohol y cocaína las medias son similares, situándose en los 14 años para ambos. En el consumo de alucinógenos, los chicos comienzan a los 13.5 años de media mientras que las chicas comienzan a los 15.8 años. En las drogas de síntesis también los chicos comienzan un poco antes, a los 14.2, mientras que las chicas lo hacen a los 15.8 años de edad (tablas 1 y 2).

4.1.2. Consumo de drogas, tabaco

Los datos de nuestro estudio indican que el 15.9% de los jóvenes consumen tabaco de manera regular.

Tabla 3. Consumo de tabaco y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
¿Has fumado alguna vez?	1 Sí	13.0%	18.6%	15.9%
	2 No	85.6%	80.9%	83.2%
Total		100%	100%	100%

Cuando analizamos el consumo de tabaco en los adolescentes encontramos que el porcentaje más elevado se produce en las chicas (18.6%) $\chi^2 = .11.53$ $p = .003$ (tabla 3).

Tabla 4. Consumo de tabaco y edad inicio

		¿Has fumado alguna vez?		Total
		Sí	No	
Edad	14 y menos	18.4%	48.6%	43.7%
	15	22.5%	15.8%	16.9%
	16	26.6%	16.4%	18.0%
	17	21.3%	13.9%	15.1%
	18 y más	11.1%	5.3%	6.3%
Total		100%	100%	100%

Respecto al consumo de tabaco en los adolescentes hallamos que existe una relación con la edad $\chi^2 = 78.27$ $p = .000$. Los porcentajes más elevados en relación a la edad de inicio del consumo se producen a los 16 años (tabla 4).

Cuando analizamos el consumo de tabaco en los adolescentes comparando la edad de inicio según el género, encontramos que los chicos son más precoces ($M=13.66$ años) que las chicas ($M=14.2$) $F=6.07$, $p = .01$.

En relación a la frecuencia del consumo de tabaco (consumo en los últimos 30 días) en los adolescentes encontramos una concordancia entre la frecuencia de consumo y el género $\chi^2 = 20.95$ $p = .000$. , ya que los porcentajes más elevados se producen en las chicas: el 5.8% fuma diariamente frente al 4.2% de los chicos; el 5.2% lo hace semanalmente frente al 2.3% de los chicos y el 8.5% de las chicas fuma esporádicamente frente al 4.8% de los chicos.

4.1.3 Consumo de drogas: alcohol fermentado y destilado

En relación al consumo de alcohol se ha distinguido entre bebidas de baja graduación alcohólica (5°-20°), cerveza y vino principalmente, y bebidas destiladas de alta graduación (40°): licores como la ginebra, wiski, ron...

El 17.1% de los jóvenes informa de consumo regular de fermentados, frente a un 26.2% que informa de consumo de destilados. En este caso es mayor el consumo de bebidas de alta graduación: esta diferencia podría deberse a que las bebidas preferidas por los jóvenes son los combinados (licor más refrescos). Cuando el alcohol es consumido buscando el efecto desinhibidor, los licores son más rápidos (tabla 5).

Tabla 5. Consumo de alcohol fermentado atendiendo y sexo

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿Has bebido fermentados (cerveza, vino, etc.) alguna vez?			
1 Sí	17.4%	17.7%	17.6%
2 No	82.6%	82.3%	82.4%
Total	100%	100%	100%

Los resultados muestran que no hay concordancia entre el sexo y el consumo de alcohol fermentado ($\chi^2 = .03$ $p = .45$), ya que los porcentajes son muy similares para los chicos 17.4% y las chicas 17.7%. Sin embargo, cuando analizamos el consumo de alcohol destilado (licores de 40° o más de alcohol) en los adolescentes (tabla 6), encontramos que el porcentaje más elevado se produce en las chicas (29.8%) $\chi^2 = 13.70$ $p = .008$.

Tabla 6. Consumo de alcohol destilados atendiendo y sexo

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
¿Has bebido destilados (chupitos, ginebra, ron, etc.) alguna vez?			
1 Sí	23.7%	29.8%	26.9%
2 No	76.3%	70.2%	73.1%
Total	100%	100%	100%

Tabla 7. Consumo de alcohol fermentado y edad

Edad	Sí	No	Total
14 y menos	20.5%	48.3%	43.8%
15	17.4%	16.9%	16.9%
16	25.6%	16.4%	18.0%
17	25.2%	13.2%	15.1%
18 y más	11.2%	5.3%	6.2%
Total	100%	100%	100%

Tabla 8. Consumo de alcohol destilado y edad

Edad	Sí	No	Total
14 y menos	21.1%	51.3%	43.8%
15	22.4%	15.1%	16.9%
16	24.2%	15.9%	18.0%
17	23.4%	12.4%	15.1%
18 y más	8.9%	5.4%	6.2%
Total	100%	100%	100%

Respecto al consumo de alcohol fermentado en los adolescentes comparando la edad, encontramos que el porcentaje más elevado se producen a los 16 años (25.6%) $\chi^2 = 85.43$, $p = .000$ (tabla 7). En cuanto al consumo de licores, el mayor consumo también se da a los 16 años (24.2%), $\chi^2 = 117.74$, $p = .000$ (tabla 8).

En cuanto al consumo de alcohol (fermentados) en los adolescentes comparando la edad de inicio según el género, no encontramos diferencias significativas ($F = .13$, $p = .91$), ya que la edad de inicio en ambos se produce en torno a los 14 años: los chicos a los 14.23 años y las chicas a los 14.21 años. Lo mismo ocurre con respecto al

consumo de alcohol de alta graduación (destilados), que también es en torno a los 14 años y las diferencias no son significativas ($F=2.145$, $p=.14$): 14.6 años en los chicos y 14.32 años en las chicas.

Tabla 9. Consumo de alcohol fermentados en los últimos 30 día y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
¿Con que frecuencia has bebido fermentados en los últimos 30 días?	1 No	76.1%	73.1%	74.5%
	2 Diario	1.4%	.6%	.9%
	3 Semanal	8.7%	7.9%	8.3%
	4 Esporádico	13.9%	18.4%	16.3%
Total		100%	100%	100%

En relación a la frecuencia del consumo de alcohol fermentado en los adolescentes encontramos que hay una relación con el sexo $\chi^2 = 7.47$, $p= .05$. El 76.1% los chicos no ha consumido alcohol en los últimos 30 días. En el caso de las chicas este porcentaje se sitúa en el 73.1% (tabla 9). Por el contrario, el porcentaje de chicos que beben a diario (1.4%) es mayor que el de las chicas (0.6%). Cuando se comparan las frecuencias de consumo se puede observar que la mayoría de los jóvenes consume alcohol fermentado (cerveza o vino) de manera esporádica (13.9%, chicos y 18.4% chicas).

Tabla 10. Consumo de alcohol destilados en los últimos 30 día y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
¿Con que frecuencia has bebido destilados en los últimos 30 días?	1 No	64.5%	57.3%	60.7%
	2 Diario	.6%	.5%	.6%
	3 Semanal	10.1%	10.9%	10.5%
	4 Esporádico	24.8%	31.2%	28.2%
Total		100%	100%	100%

Respecto a la frecuencia del consumo de alcohol destilado en los adolescentes en los últimos 30 días, encontramos una relación entre el consumo y el sexo $\chi^2 = 8.22$ $p = .04$ (tabla 10). Hay una amplia mayoría de jóvenes que afirma no haber consumido en los últimos 30 días (64.5% los chicos y 57.3% de las chicas). De los que consumen, sólo un 0.6% de los chicos y un 0.5% de las chicas lo toman a diario. La mayoría de los jóvenes consume alcohol destilados (licores de 40° o más de alcohol) de manera esporádica: en este caso, las chicas (42.1%) consumen de manera más esporádica que los chicos (34.9%).

4.1.4. Consumo de drogas: cannabis

Tabla 11. Porcentaje de consumidores regulares de cannabis

¿Has consumido cannabis alguna vez de manera regular?		
	1 Sí	10.9%
	2 No	88.7%
Total		100%

Los datos de consumo de cannabis muestran que el 10.9% de los jóvenes consumen cannabis regularmente (tabla 11). En relación al sexo no se han encontrado diferencias entre chicos (10.7%) y chicas (10.1%) $\chi^2 = 0.14$, $p = .70$.

Tabla 12. Consumo de cannabis y edad

		¿Has consumido cannabis alguna vez?		Total
		Sí	No	
Edad	14 años	11.7%	47.2%	43.5%
	15	16.2%	17.2%	17.1%
	16	35.7%	16.0%	18.1%
	17	26.0%	13.8%	15.1%
	18	10.4%	5.8%	6.3%
Total		100%	100%	100%

Se ha encontrado concordancia entre el consumo de cannabis atendiendo a la edad, $\chi^2 = 87.84$ $p = .000$. El mayor consumo se produce a los 16 años: 35.7% (tabla12).

Cuando analizamos el consumo de cannabis en los adolescentes comparando la edad de inicio con el género no encontramos diferencias significativas: $F = 1.119$, $p = .292$ entre chicos (14.38 años) y chicas (14.62 años). En ambos casos el consumo se produce en torno a los 14 años.

Tabla 13. Porcentaje de consumo de cannabis en los últimos 30 días atendiendo al sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
¿Con qué frecuencia consumiste cannabis en los últimos 30 días?	1 No	88.1%	88.7%	88.4%
	2 Diario	2.5%	.9%	1.6%
	3 Semanal	3.4%	2.6%	3.0%
	3 Esporádico	6.0%	7.8%	7.0%
Total		100%	100%	100%

En relación a la frecuencia de consumo, el 88.1% los chicos y el 88.7% de las chicas no ha consumido en los últimos 30 días. Los datos muestran que hay una relación entre la frecuencia de consumo de cannabis y el sexo $\chi^2 = 7.79$ $p = .05$: los chicos consumen más a diario (2.5%) y semanalmente (3.4%) y las chicas tienen un consumo más esporádico (7.8%) (tabla13).

4.1.5 Consumo de drogas: cocaína

El 1.3% de los jóvenes afirma ser consumidor regular de cocaína. En relación al sexo, no se encuentran diferencias de consumo entre chicos (1.6%) y chicas (1%) $\chi^2 = .83$ $p = .36$. Como tampoco hay diferencia en relación a la frecuencia de consumo ni en la edad de inicio ($F = 147$, $p = .707$), en los chicos ($M = 14.6$ años) y en las chicas ($M = 14.13$ años).

4.1.6. Consumo de drogas: alucinógenos

Esta sustancia es consumida regularmente por el 1.1% de los menores. En relación a la edad de inicio y el género, no existen diferencias entre chicos (M=13.5 años) y chicas (M=15.8 años) $F= 1.72$, $p= .212$. Los datos relativos a la frecuencia de consumo indican que el 88.5 % no la ha consumido en los últimos 30 días y el 5% refiere haberla tomado ocasionalmente.

4.1.7. Consumo de drogas: drogas de síntesis

El 2.2% de los encuestados informa de consumo regular de este tipo de sustancia. Cuando se compara la edad de inicio en el consumo de drogas de síntesis en relación al género no se encuentran diferencias entre chicos (M=14.2 años) y chicas (M=15.8 años) $F= 1.23$, $p= .299$. Los datos relativos a la frecuencia de consumo en los últimos 30 días indican que el 88.2% no la ha consumido y el 0.6% refiere haberla tomado ocasionalmente.

4.1.8. Descripción de las conductas delictivas

Tabla 1. Porcentaje de conductas delictivas

	Frecuencia	Porcentaje
1 He pintado o dañado las paredes del instituto	214	14.0
2 He robado dinero u objetos de valor a un desconocido	187	12.2
3 He conducido o he ido en coche con un amigo/a que no tenía permiso de conducir	107	7.0
4 He pegado a alguien dentro del instituto	90	5.9
5 He ofendido o insultado a la policía o Guardia Civil	71	4.6
6 He falsificado la firma de mis padres en las notas o justificantes	61	4.0
7 He participado en peleas en grupos de chico/as de mi edad	47	3.1
8 He robado objetos de mis compañeros en la escuela	40	2.6
9 He robado bicicletas o ciclomotores	43	2.8
10 He insultado o tomado el pelo a propósito a los profesores	31	2.0
11 He dañado el coche de los profesores	17	1.1
12 He hecho equivocarse a un compañero de clase en las tareas a propósito	27	1.8
13 He agredido y pegado a los compañeros del instituto	14	.9
14 He robado mercancías de los supermercados	9	.6
15 He fumado porros en el instituto a propósito	11	.7
16 He dañado cabinas telefónicas	1	.1
17 He estropeado coches a desconocidos	5	.3
18 He robado o forzado un registro escolar	3	.2
19 He agredido a desconocidos	3	.2
20 He incordiado al profesor en clase	2	.1
22 He roto cristales de las ventanas del instituto	2	.1
23 He participado en carreras peligrosas con motocicletas en las calles de mucho tráfico	4	.3
Total	1529	100.0

El 35.3% de los adolescentes no ha cometido ninguna conducta delictiva, de lo que se deduce que el 64.7% sí. Las más frecuentes son: pintar o dañar las paredes del instituto (14%), robar objetos de valor o dinero a desconocidos (12%), conducir sin carnet (7%), pegar a alguien en el instituto (5.9%), ofender o insultar a la policía (4.6%) o falsificar la firma de los padres (4%). El resto de conductas delictivas, como se puede observar en la tabla 1, ha obtenido frecuencias bajas.

4.1.9. Conductas delictivas y sexo

Cuando analizamos las conductas delictivas en relación al sexo encontramos que hay diferencias significativas, $F = 29.05$, $p < .001$, entre los chicos ($M = 3.6$) y las chicas ($M = 2.5$), siendo los chicos los que cometen más. En cuanto a la naturaleza de la conducta delictiva y el sexo, hemos encontrado que son las chicas las que tienen un porcentaje mayor (24.2%) en la conducta de pintar o dañar las paredes en el instituto, frente al 19.9% de los chicos, $\chi^2 = 4.06$, $p = .04$ (tabla2).

Tabla 2. He pintado o dañado paredes del instituto y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
He pintado o dañado las paredes del instituto/colegio	1 Sí	19.9%	24.2%	22.1%
	2 No	80.1%	75.8%	77.9%
Total		100%	100%	100%

El porcentaje de chicos que roban a desconocidos (13.4%) es mayor que el de chicas (9.6%), $\chi^2 = 5.23$, $p = .02$ (tabla 3).

Tabla 3. He robado dinero u objetos de valor a desconocidos

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
He robado dinero u objetos de valor a un desconocido	1 Sí	13.4%	9.6%	11.4%
	2 No	86.6%	90.4%	88.6%
Total		100%	100%	100%

Por otra parte, no se ha encontrado relación respecto al sexo cuando se ha analizado la conducta de conducir sin permiso de conducción o simplemente ir en el vehículo sabiendo que el conductor no tiene permiso, $\chi^2 = .587$, $p = .46$. El 15.5% de los chicos reconoce haberlo hecho y un 14.1% de las chicas.

Los comportamientos agresivos son más frecuentes entre los chicos, $\chi^2 = 69.71$, $p = .00$. El 33.2% afirma haber pegado a alguien dentro del instituto, frente al 14.9% de las chicas (tabla 4).

Tabla 4. He pegado a alguien en el instituto y sexo

He pegado a alguien dentro de colegio o del instituto		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	33.2%	14.9%	23.6%
2	No	66.8%	85.1%	76.4%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

En la misma línea que la conducta anterior, el porcentaje de chicos que ha insultado u ofendido a la policía es mayor (10.7%) que el de las chicas (5.4%), $\chi^2 = 14.47$, $p = .00$ (tabla 5).

Tabla 5. Ofender a la policía y sexo

He ofendido o insultado a la policía o guardia civil		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	10.7%	5.4%	7.9%
2	No	89.3%	94.6%	92.1%
Total		100%	100%	100%

En relación a la falsificación de la firma de los padres, el porcentaje de chicas es mayor (25.7%) que el de los chicos (21.1%), $\chi^2 = 4.39$, $p = .038$ (tabla 6)

Tabla 6. He falsificado la firma de mis padres y sexo

He falsificado la firma de mis padres en las notas o justificantes		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	21.1%	25.7%	23.5%
2	No	78.9%	74.3%	76.5%
Total		100%	100%	100%

Al igual que con la conducta de haber pegado a alguien en el instituto, los chicos se meten más en peleas de grupo (20.7%) que las chicas (12.2%), $\chi^2 = 19.95$, $p = .00$ (tabla 7).

Tabla 7. He participado en peleas de grupo y sexo

He participado en peleas entre grupos de chicos/as de mi edad		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	20.7%	12.2%	16.2%
2	No	79.3%	87.8%	83.8%
Total		100%	100%	100%

Cuando analizamos el robo a compañeros en el instituto, vemos que el 22.5% de los chicos afirma haberlo hecho, frente a un 17.8% de las chicas, $\chi^2 = 5.20$, $p = .02$ (tabla 8).

Tabla 8. He robado objetos a mis compañeros del instituto y sexo

He robado objetos de mis compañeros en la escuela		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	22.5%	17.8%	20.1%
2	No	77.5%	82.2%	79.9%
Total		100%	100%	100%

El robo de bicicletas o ciclomotores también es un comportamiento realizado más por los chicos (6.6%) que por las chicas (1.8%), $\chi^2 = 22.085$, $p = .00$ (tabla 9).

Tabla 9. He robado bicicletas o ciclomotores y sexo

He robado ciclomotores o bicicletas		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	6.6%	1.8%	4.1%
2	No	93.4%	98.2%	95.9%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Insultar o burlarse a propósito de los profesores es un comportamiento realizado mayoritariamente por chicos (24.1%) frente al 18.2% de las chicas, $\chi^2 = 7.813$, $p = .00$ (tabla 10).

Tabla 10. He insultado o tomado el pelo a profesores y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
He insultado o tomado el pelo a propósito a los profesores	1 Sí	24.1%	18.2%	21.0%
	2 No	75.9%	81.8%	79.0%
Total		100%	100%	100%

Dañar el coche de profesores también es mayoritariamente realizado por chicos (5.5%) que por las chicas (2.2%), $\chi^2 = 12.089$ $p = .00$ (tabla 11).

Tabla 11. Dañar el coche de los profesores y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
He dañado el coche de los profesores	1 Sí	5.6%	2.2%	3.8%
	2 No	94.4%	97.8%	96.2%
Total		100%	100%	100%

Provocar errores en los compañeros en clase a propósito en clase es uno de los comportamientos disruptivos más frecuentes y principalmente realizado por chicos (30%) más que por chicas (19.1%), $\chi^2 = 24.131$ $p = .00$ (tabla 12).

Tabla 12. Hacer equivocarse a compañeros en clases y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
He hecho equivocarse a los compañeros de clase en los deberes o tareas a propósito	1 Sí	30%	19.1%	24.3%
	2 No	70%	80.9%	75.7%
Total		100%	100%	100%

Al igual que otras conductas agresivas, agredir a compañeros de instituto es mayoritariamente realizado por chicos (18.3%) que por chicas (9.2%), $\chi^2 = 26.242$ $p = .00$ (tabla 13).

Tabla 13. Agredir a compañeros del instituto y sexo

He agredido y pegado a los compañeros del colegio/instituto		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	18.3%	9.2%	13.5%
2	No	81.7%	90.8%	86.5%
Total		100%	100%	100%

En cuanto al robo de mercancías en grandes almacenes, no se han encontrado diferencias entre chicos (22.5%) y chicas (19.2%), $\chi^2 = 2.5$ $p = .125$. Otra conducta delictiva en la que no se ha encontrado relación con el sexo es la de fumar porros en el instituto: 6.2% para chicos y 5.5% para chicas, $\chi^2 = .324$ $p = .582$.

Cuando se analiza el comportamiento vandálico sobre mobiliario urbano, aparecen más en chicos (8.5%) que en chicas (3.5%), $\chi^2 = 16.878$, $p = .00$ (tabla 14).

Tabla 14. Dañar cabinas telefónicas y sexo

He dañado cabinas telefónicas		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	8.5%	3.5%	5.8%
2	No	91.5%	96.5%	94.2%
Total		100%	100%	100%

Otro acto vandálico realizado sobre los vehículos de desconocidos es también un comportamiento realizado más por los chicos (10.8%) que por las chicas (5.4 %), $\chi^2 = 15.137$, $p = .00$ (tabla 15).

Tabla 15. He estropeado el coche de desconocidos

He estropeado coches de desconocidos	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
1 Sí	10.8%	5.4%	8%
2 No	89.2%	94.6%	92%
Total	100%	100%	100%

El robo de registros escolares (hojas de asistencias, partes disciplinarios...) es una conducta realizada más por los chicos (6.9%) que por las chicas (2.9%), $\chi^2 = 12.667$, $p = .00$ (tabla 16).

Tabla 16. He robado registros del instituto y sexo

He robado o forzado un registro escolar (hoja de asistencias)	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
1 Sí	6,9%	2,9%	4,8%
2 No	93,1%	97,1%	95,2%
Total	100%	100%	100%

Al igual que otras conductas agresivas, agredir a desconocidos es un comportamiento que realizan más los chicos (11%) que las chicas (4.9%), $\chi^2 = 19.417$, $p = .00$ (tabla 17).

Tabla 17. He agredido a desconocidos y sexo

He agredido o pegado a desconocidos	Sexo		Total
	Hombre	2 Mujer	
1 Sí	11%	4.9%	7.8%
2 No	89%	95.1%	92.2%
Total	100%	100%	100%

Otro comportamiento disruptivo en el instituto, incordiar o fastidiar al profesor en clase, también es más frecuente en chicos (30%) que en chicas (20.9%), $\chi^2 = 16.436$, $p = .00$ (tabla 18).

Tabla 18. Incordiar o fastidiar al profesor y sexo

He incordiado o fastidiado al profesor en clase		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	30.0%	20.9%	25.2%
2	No	70%	79.1%	74.8%
Total		100%	100%	100%

Por otra parte, insultar o molestar a inmigrantes o extranjeros no ha dado relación con el sexo (chicos 13.9% y chicas 11.3%), $\chi^2 = 2.428$, $p = .137$. Así como tampoco ha arrojado relación referente al género romper cristales de ventanas del instituto porque los porcentajes son muy similares: chicos (3.2%) y chicas (3%), $\chi^2 = 2.526$, $p = .148$.

Donde sí se dan estas diferencias es en la conducta de participar en carreras peligrosas con motocicletas en la calle, donde los chicos lo han hecho en un 8.5% y las chicas en una 3.2%, $\chi^2 = 19.066$, $p = .00$ (tabla 19).

Tabla 19. Participar en carreras peligrosas de motocicletas y sexo

He participado en carreras peligrosas con motocicletas en calles con mucho tráfico		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
1	Sí	8.5%	3.2%	5.7%
2	No	91.5%	96.8%	94.3%
Total		100%	100%	100%

4.1.10 Descripción de las conductas delictivas en relación a la edad

Respecto a los actos vandálicos relacionados con dañar o pintar las paredes del centro educativo en relación a la edad, encontramos que hay diferencias significativas ($F = 45.74$, $p < .001$) entre los jóvenes de distintos tramos de edad, siendo los de edades comprendidas entre 16 y 18 años los que cometen más vandalismo: 29.3% (tabla1).

Tabla 1. Pintar o dañar las paredes del centro educativo y edad

He pintado o dañado las paredes del instituto/colegio	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	Entre 10 y 12 años
1 Sí	7.2%	21.8%	29.3%	16.2%	22.3%
2 No	92.8%	78.2%	70.7%	83.8%	77.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En cuanto a robar objetos o dinero de valor a desconocidos también son los jóvenes de 16-18 años los que tienen más este tipo de conductas (16.6%), $F = 34.71$, $p < .001$ (tabla 2).

Tabla 2. Robar dinero u objetos de valor a desconocidos y edad

He robado dinero u objetos de valor a un desconocido	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 Sí	2.7%	10.0%	16.6%	5.4%	11.3%
2 No	97.3%	90.0%	83.4%	94.6%	88.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Por su parte, conducir vehículos sin permiso de conducciones más frecuente en jóvenes de 19-21 años (43.2%), $F = 68.33$, $p < .001$ (tabla 3).

Tabla 3. He conducido o he ido en coche con un amigo que conducía sin permiso de conducir sin permiso y edad

He conducido o he ido en coche con un amigo que conducía sin permiso de conducir	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 Sí	4.1%	11.6%	21.3%	43.2%	14.8%
2 No	95.9%	88.4%	78.7%	56.8%	85.2%
	221	701	559	37	1518
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En comportamientos delictivos violentos, como pueden ser ofender o insultar a la policía, también es más frecuente en adolescentes de 19-21 años (13.5%), $F = 21.61$, $p < .001$ (tabla 4).

Tabla 4. He ofendido o insultado a la policía y edad

He ofendido o insultado a la policía o guardia civil	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 Sí	1,4%	7,4%	10,9%	13,5%	8,0%
2 No	98,6%	92,6%	89,1%	86,5%	92,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

También son los jóvenes de 19-21 años los que más falsificaciones de firmas de los padres realizan (45.9%), $F = 95.61$, $p < .001$ (tabla 5).

Tabla 5. Falsificar firmas de los padres en notas o justificantes

He falsificado la firma de mis padres en las notas o justificantes	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 Sí	6.8%	18.5%	35.1%	45.9%	23.6%
2 No	93.2%	81.5%	64.9%	54.1%	76.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En relación a la participación en peleas entre grupos de la misma edad, se ha encontrado que el porcentaje de jóvenes de 16-18 años es el que más activo (19.5%), $F = 11.7$, $p < .008$ (tabla 6).

Tabla 6. Participar en peleas entre grupos y edad

He participado en peleas entre grupos de chicos/as de mi edad	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 Sí	9.5%	16.0%	19.5%	16.2%	16.3%
2 No	90.5%	84.0%	80.5%	83.8%	83.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

El robo de objetos de valor a los compañeros es realizado más frecuentemente por jóvenes de 16-18 años (25.9%), $F= 34.79$, $p < .001$ (tabla 7).

Tabla 7 Robar objetos a compañeros del instituto y edad

He robado objetos de mis compañeros en la escuela		Edad				Total
		Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1	Sí	8.6%	20.3%	25.9%	5.4%	20.3%
2	No	91.4%	79.7%	74.1%	94.6%	79.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Las conductas relacionadas con faltas de respeto a los profesores son mayoritariamente cometidas por el 26.3% de los jóvenes de entre 16 y 18, $F= 32.96$, $p < .001$ (tabla 8).

Tabla 8. Insultar o tomar el pelo a propósito a los profesores y edad

He insultado o tomado el pelo a propósito a los profesores		Edad				Total
		Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1	Sí	7.7%	21.4%	26.3%	24.3%	21.3%
2	No	92.3%	78.6%	73.7%	75.7%	78.7%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Por su parte, las conductas disruptivas en el centro educativo, como provocar que los compañeros se equivoquen en la tareas o deberes en clase, son principalmente realizadas por jóvenes de 16-18 años (32.6%), $F= 32.96$, $p < .001$ (tabla 9).

Tabla 9. Hacer equivocarse a compañeros en clase en los deberes a propósito y edad

	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
He hecho equivocarse a los compañeros de clase en los deberes o tareas a propósito					
1 Sí	11.8%	21.5%	32.6%	27.0%	24.3%
2 No	88.2%	78.5%	67.4%	73.0%	75.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Mientras que el robo de artículos de supermercados es realizado por el 30.6% de los jóvenes de 16-18 años, $F= 65.07$, $p < .001$ (tabla 10).

Tabla 10. Robar mercancías en supermercados y edad

	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
He robado mercancías en los supermercados (grandes almacenes)					
1 Sí	6.3%	17.5%	30.6%	21.6%	20.8%
2 No	93.7%	82.5%	69.4%	78.4%	79.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fumar cannabis en el instituto es más habitual entre los jóvenes de 19-21 años (16.2%). $F= 30.98$, $p < .001$ (tabla 11).

Tabla 11. Fumar cannabis en el instituto y edad

	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
Me he fumado un porro en el colegio/instituto					
1 Sí	.9%	4.3%	9.1%	16.2%	5.9%
2 No	99.1%	95.7%	90.9%	83.8%	94.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Dañar mobiliario urbano lo realiza el 8.4% de los jóvenes con edades de 16-18 años, $F= 10.65$, $p < .014$ (tabla 12).

Tabla 12 Dañar cabinas telefónicas y edad

He dañado cabinas telefónicas		Edad				Total
		Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
	1 Sí	4.1%	4.6%	8.4%	2.7%	5.9%
	2 No	95.9%	95.4%	91.6%	97.3%	94.1%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Siguiendo con actos vandálicos, dañar vehículos a desconocidos lo han hecho el 11.3% de los jóvenes de 16-18, $F= 13.86$, $p < .003$ (tabla 13).

Tabla 13. Dañar coches a desconocido y edad

He estropeado coches de desconocidos		Edad				Total
		Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
	1 Sí	6.8%	6.0%	11.3%	2.7%	8.0%
	2 No	93.2%	94.0%	88.7%	97.3%	92.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Las conductas delictivas que afectan al ámbito educativo son más frecuentes. En este caso, molestar al profesor mientras da la clase es realizada por el 32.7% de los jóvenes de 16-18 años, $F= 37.72$, $p < .001$ (tabla 14).

Tabla 14. Incordiar o fastidiar al profesor en clase y edad

He incordiado o fastidiado al profesor en clase		Edad				Total
		Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
	1 Sí	12.7%	23.1%	32.7%	32.4%	25.4%
	2 No	87.3%	76.9%	67.3%	67.6%	74.6%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

4.1.11. Descripción del consumo de drogas en relación a la edad

Respecto al consumo de tabaco en los adolescentes, encontramos que existe una relación con la edad, $\chi^2 = 75.46$ $p < .001$: los porcentajes más elevados en relación a la edad de los consumidores se producen entre 19 y 21 años (tabla 1). La evolución del consumo de tabaco, tal y como se puede ver en esta tabla, indica que conforme aumenta la edad de los jóvenes también aumenta el porcentaje de fumadores.

Tabla1. Consumo de tabaco y edad

¿Has fumado alguna vez?	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 Sí	1.4%	14.0%	23.2%	40.5%	16.2%
2 No	98.6%	86.0%	76.8%	59.5%	83.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En relación a la frecuencia del consumo de tabaco, los datos indican que se va consolidando conforme los jóvenes van cumpliendo años. En este sentido, los porcentajes de no fumadores van decreciendo a medida que se van haciendo mayores, pasando del 80.1% en el tramo de 10 a 12 años a 56.8% entre 19 y 21 años. Mientras crece el porcentaje de los que fuman a diario: del 0% en edades comprendidas entre los 10 y 12 años al 27% en edades de entre 19 y 21 años, $\chi^2 = 77.53$ $p < .001$ (tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia consumo de tabaco y edad

¿Con qué frecuencia has fumado en los últimos 30 días?	Edad				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 No	80.1%	80.0%	73.2%	56.8%	76.9%
2 Diario	.0%	3.1%	8.2%	27.0%	5.1%
3 Semanal	.0%	2.9%	6.1%	10.8%	3.8%
4 Esporádico	.9%	7.6%	8.2%	2.7%	6.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Cuando analizamos el consumo de alcohol fermentado, el mayor porcentaje de consumidores corresponde a jóvenes de entre 19 y 21 años (32.4%), $\chi^2 = 76.85$, $p < .001$ (tabla 3).

Tabla 3. Consumo de alcohol fermentado y edad

	Edad intervalo				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
¿Has bebido fermentados alguna vez?					
1 Sí	3.7%	13.1%	26.7%	32.4%	17.3%
2 No	96.3%	86.9%	73.3%	67.6%	82.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Los datos de frecuencia de consumo de alcohol fermentado en los últimos 30 días indican que, a medida que aumenta la edad de los jóvenes, el consumo de alcohol (de baja graduación) se va consolidando. En este sentido, los porcentajes de no consumidores van decreciendo a medida que se van haciendo mayores, pasando del 95.6% en edades entre 10 y 12 años a 52.8% en edades entre 19 y 21 años. El mayor porcentaje de consumidores tiene un consumo esporádico y pertenecen al tramo de 19-21 años (27.8%), $\chi^2 = 164.73$ $p < .001$ (tabla 4). Esto puede obedecer a que el consumo de alcohol en la adolescencia cumple una función socializadora y, por tanto, se consume en un contexto de ocio de fin de semana o de forma esporádica, coincidiendo con encuentros con el grupo de iguales.

Tabla 4. Frecuencia consumo alcohol fermentado y edad

	Edad intervalo				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
¿Con que frecuencia has bebido fermentados en los últimos 30 días?					
1 No	95.6%	83.4%	57.9%	52.8%	74.4%
2 Diario	.0%	1.1%	1.1%	.0%	.9%
3 Semanal	.6%	4.0%	15.2%	19.4%	8.3%
4 Esporádico	3.9%	11.5%	25.8%	27.8%	16.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En referencia al consumo de licores, el porcentaje más alto de consumidores es el de los chicos de 19-21 años (43.2%), $\chi^2 = 91.79$, $p < .001$ (tabla 5).

Tabla 5 Consumo de alcohol destilado y edad

¿Has bebido destilados alguna vez?		Edad intervalo				Total
		Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1	Sí	6.3%	22.5%	36.9%	43.2%	26.0%
2	No	91.0%	75.0%	62.3%	56.8%	72.2%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

La datos de frecuencia de consumo de alcohol destilado (alta graduación) en los últimos 30 días indican que la frecuencia más alta es la esporádica en jóvenes de 19 y 21 años (38.9%). Al igual que en el consumo de alcohol fermentado, las tasas de consumo crecen a favor del consumo semanal y el esporádico y, por los mismos motivos, el consumo recreativo asociado al ocio de fin de semana o cuando el grupo de iguales queda para salir, $\chi^2 = 190.28$ $p < .001$ (tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de consumo de alcohol destilado y edad

¿Con que frecuencia has bebido destilados en los últimos 30 días?		Edad intervalo				Total
		Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1	No	93.3%	67.4%	44.4%	30.6%	60.8%
2	Diario	.0%	.6%	.7%	.0%	.6%
3	Semanal	.0%	5.6%	18.2%	30.6%	10.4%
4	Esporádico	6.7%	26.4%	36.7%	38.9%	28.2%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

El mayor consumo de cannabis se da en de jóvenes de 19 y 21 años: el 21.6%, $\chi^2 = 84.06$, $p < .001$ (tabla 7).

Tabla 7. Consumo de cannabis y edad

¿Has consumido cannabis alguna vez?	Edad intervalo				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 Si	0%	6.2%	18.6%	21.6%	10.3%
2 No	100.0%	93.8%	81.4%	78.4%	89.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

La mayor frecuencia en el consumo de cannabis es la esporádica en jóvenes de 19-21 años: 17.6%, $\chi^2 = 99.72$, $p < .001$ (tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia consumo cannabis y edad

¿Con que frecuencia consumiste cannabis en los últimos 30 días?	Edad intervalo				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
1 No	100.0%	93.4%	79.5%	67.6%	88.4%
2 Diario	.0%	.6%	2.9%	8.8%	1.6%
3 Semanal	.0%	1.6%	5.6%	5.9%	3.0%
4 Esporádico	.0%	4.4%	12.0%	17.6%	7.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

El consumo de cocaína es muy bajo y se concentra entre los 19 y los 21 años: 8.3%, $\chi^2 = 15.59$, $p < .001$ (tabla 9). Asimismo, se consume mayoritariamente con una frecuencia esporádica (6.5%), también a estas edades, $\chi^2 = 21.41$, $p < .011$ (tabla 10). Se trata de una droga más cara y esto es un handicap de cara usarla, sobre todo en adolescentes más jóvenes que tienen menor poder adquisitivo. A pesar de esta circunstancia y de su bajo consumo, ha desbancado a drogas como los alucinógenos y las drogas de síntesis.

Tabla 9. Consumo de cocaína y edad

	Edad intervalo				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
¿Has consumido cocaína alguna vez?					
1 Sí	.5%	1.0%	1.6%	8.3%	1.3%
2 No	99.5%	99.0%	98.4%	91.7%	98.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 10. Frecuencia en el consumo de cocaína y edad

	Edad intervalo				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
¿Con que frecuencia has consumido cocaína en los últimos 30 días?					
1 No	100.0%	99.1%	99.0%	93.5%	99.0%
2 Diario	.0%	.2%	.0%	.0%	.1%
3 Semanal	.0%	.3%	.4%	.0%	.3%
4 Esporádico	.0%	.5%	.6%	6.5%	.6%
	184	639	506	31	1360
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Los resultados del análisis del consumo de drogas de síntesis muestran que un 5.4% de los de 19 y 21 años la consumen, $\chi^2 = 8.4$, $p < .037$ (tabla 11). La frecuencia no ha dado diferencias importantes según la edad, $\chi^2 = 7.42$, $p = .593$.

Tabla 11. Consumo de drogas de síntesis y edad

	Edad intervalo				Total
	Entre 10 y 12 años	Entre 13 y 15 años	Entre 16 y 18 años	Entre 19 y 21 años	
¿Has consumido drogas de Síntesis. Alguna vez?					
1 Sí	.0%	1.2%	1.6%	5.4%	1.3%
2 No	100.0%	98.8%	98.4%	94.6%	98.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

En resumen:

- El rango de edad en el que más conductas delictivas y comportamientos transgresores se cometen es el que comprende de los 16 a los 18 años. De las 14 conductas que han arrojado datos con significación estadística, 10 son mayoritariamente cometidas a estas edades, seguidas de los que tienen entre 19 y 21 años con 4 de 14.
- Las conductas delictivas más frecuentes son las que se comenten en el centro educativo. Exceptuando el consumo de cannabis en el instituto, que es algo que se realiza con poca frecuencia. De este dato se puede inferir que los consumidores de cannabis prefieren hacerlo en otro contexto y no con una motivación de trasgresión de las normas, al menos en lo que se refiere a las normas del centro educativo.
- En relación a la edad y el consumo de drogas los resultados principales son:
 - En todos los tramos de edad se percibe una escalada en el consumo, situándose en el tramo de edad de entre 19 y 21 años las tasas más altas de consumo de todas las drogas.
 - En cuanto a la frecuencia
 - El tabaco produce un consumo más continuado (uso diario) cuando aumenta la frecuencia de consumo. Esto se puede explicar porque ese aumento produce la instauración de la dependencia a la nicotina.
 - El alcohol, tanto el de baja como el de alta graduación, tiene una escalada diferente a la del tabaco: cuando aumenta la

frecuencia, su consumo no se realiza a diario, sino semanal o esporádico. Posiblemente porque su consumo se asocia al ocio de fin de semana, teniendo una motivación mucho más social. En el caso del alcohol, el que más se consume es el de alta graduación. Posiblemente asociado a modas o a la búsqueda de efectos más rápidos (euforia, desinhibición...)

- El cannabis es la tercera droga más consumida y su frecuencia más alta se sitúa en el patrón esporádico de uso, lo que nos puede indicar que su consumo se centre más en contextos de ocio y mucho más específicos que los del alcohol.
- La cocaína tiene una incidencia residual, en el tramo de edad de 19 a 21 años y de uso esporádico. Puede ser que su precio y el hecho de que no estar de moda expliquen su baja incidencia.
- Las drogas de síntesis dan una frecuencia de uso más baja incluso que la cocaína, a pesar de ser más económica que ésta.

4.2. Descripción de la estructura familiar

El análisis de las relaciones interpersonales durante la adolescencia nos permite conocer cómo es el tránsito entre la niñez y la edad adulta; nos da información sobre cómo los jóvenes exploran el entorno y sus relaciones sociales; y también nos proporciona información sobre cómo es el proceso por el que se van desvinculando de la red familiar para reforzar la vinculación con la red externa.

4.2.1. Descripción de la estructura familiar

Tabla 1. Estructura de las familias

	Porcentaje
1 Completa (padre, madre, hijos...)	66.2
2 Familia con padres separados o divorciados	15.2
3 Familia con padres adoptivos	.7
4 Monoparental	.4
Total	100.0

En relación a la estructura de la familia, en la tabla 1 se puede observar que el 66.2% tiene una familia completa (padre, madre, hijos...) y el 15.2% son familias reconstruidas, mientras que tan solo un .4% son monoparentales.

Cuando se le pregunta al adolescente si hay alguien, a parte de la familia, con el que tienen una relación especial el 57.5% dice que sí. El 20.9% de los que contestan afirmativamente, señala que esas personas tan importantes son los abuelos; para el 14.3% son los tíos; el 9.3% afirman tener a varios familiares importantes; el 7.8% lo conforman un grupo muy heterogéneo de personas (tabla 2).

Tabla 2. Personas del entorno cercano a los jóvenes que son muy importantes también

	Porcentaje
1 Abuelos	20.3
2 Tíos	14.3
3 Primos	2.6
4 Amigos	1.0
5 Varios familiares	9.3
6 Otros	7.8
Total	100.0

En cuanto al número de hermanos y hermanas, el 48.9% no tiene hermanos (tabla 3) y el 53.6% afirma no tener hermanas (tabla 4). Como se puede apreciar en estas tablas las familias tienen pocos miembros, con valores similares tanto en hermanos (un hermano: 39%) como en hermanas (una hermana: 37.2%). En relación al número

de ellos que aún viven en casa, los datos no difieren sustancialmente en relación a si son hermanos (el 57.9% y no convive) o hermanas (53.6% ya no convive).

Tabla 3. Número de hermanos

	Porcentaje
0	48.9
1	39.0
2	11.3
4	.8
5	.1
Total	100.0

Tabla 4. Número de hermanas

	Porcentaje
0	53.6
1	37.2
2	8.3
4	.8
5	.1
Total	100.0

Cuando se les pregunta si tienen algún hermano/a más importante para él, los porcentajes son muy similares entre hermanos y hermanas, independientemente de que sean mayores o menores que el encuestado.

En relación a las amistades, el 80.1% afirma tener un amigo o amiga especial; en un 50.8% de los casos es de fuera del contexto educativo.

En cuanto a los novios/as, el 43.4% afirma no salir con nadie y tampoco estar enamorados. De los que han contestado que sí están enamorados o saliendo con alguien, ninguno de ellos ha contestado que sale con la persona de la que están enamorados, el 28.6% afirma estar enamorado de alguien con el que no sale y el 3.9% sale con una persona de la que todavía no se ha enamorado. Los novios/as no son del instituto (44.9%). El 11.2% lleva menos de un mes, el 14.8% entre 1 y 6 meses y el 9.4% afirma llevar entre 1 y 2 años.

4.2.2. Descripción de los padres y las madres por parte de los hijos

Cuando los chicos y chicas que han participado en este estudio se han referido a sus padres, el 89.1% lo ha hecho pensando en su propia madre (madre biológica) y el 81.7% a su propio padre (padre biológico). Han descrito a sus padres:

- Madre *cariñosa y amable* (55%). Padre *cariñoso* (34%) y *amable* (41%)
- Madre *mandona* (22%). Padre *mandón* (18.6%).
- Madre *justa* (30%). Padre *justo* (28%).
- Madre *comprensiva* (41.7%). Padre *comprensivo* (41.7%)
- Madre *desconfiada* (11%). Padre *desconfiado* (9.2%)
- Madre *no egoísta* (71.8%). Padre *no egoísta* (60.5%)

4.3. Resultados correlaciones

4.3.1. Edad, delincuencia, consumo de drogas y frecuencia en el consumo

A continuación se analizará la relación entre las variables edad, delincuencia y consumo de drogas. En el consumo de drogas se analizará si ha consumido alguna vez de forma regular y la frecuencia de consumo en los últimos 30 días (consumo diario, consumo semanal y consumo esporádico).

Tabla 1. Correlaciones entre la edad, las conductas delictivas, el consumo de drogas y la frecuencia de dicho consumo

		Edad	Delincuencia	Consumo	Consumo diario	Consumo semanal	Consumo esporádico
Edad	Correlación de Pearson	1	.215(**)	.315(**)	.167(**)	.273(**)	.301(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000
	N	1517	1517	1517	1517	1517	1517
Delincuencia	Correlación de Pearson	.215(**)	1	.442(**)	.344(**)	.333(**)	.240(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	1517	1529	1529	1529	1529	1529
Consumo	Correlación de Pearson	.315(**)	.442(**)	1	.474(**)	.617(**)	.460(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	1517	1529	1529	1529	1529	1529
Consumo diario	Correlación de Pearson	.167(**)	.344(**)	.474(**)	1	.240(**)	.060(*)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000	.020
	N	1517	1529	1529	1529	1529	1529
Consumo semanal	Correlación de Pearson	.273(**)	.333(**)	.617(**)	.240(**)	1	.126(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	1517	1529	1529	1529	1529	1529
Consumo esporádico	Correlación de Pearson	.301(**)	.240(**)	.460(**)	.060(*)	.126(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.020	.000	
	N	1517	1529	1529	1529	1529	1529

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

Como se puede observar en la tabla 1, la edad tiene una correlación positiva con las conductas delictivas: a medida que aumenta la edad de los jóvenes, aumenta el número de conductas delictivas. Asimismo, la edad también mantiene una relación positiva con el consumo de drogas: a medida que aumenta la edad, aumenta el número de jóvenes que consume drogas. Y con respecto a la relación de la edad con la frecuencia en el consumo, estas dos variables también mantienen una correlación positiva: conforme aumenta la edad, aumenta todas las frecuencias de consumo (diario, semanal y esporádico).

La delincuencia también tiene una relación positiva con el consumo, lo que indica que a medida que aumenta la tasa de conductas delictivas, aumenta el consumo

de drogas (también las distintas frecuencias de consumo, diario, semanal y esporádico). Asimismo, también tiene una relación positiva con la edad: a medida que aumenta el número de conductas delictivas, aumenta la edad de los jóvenes.

Por su parte, los datos de consumo de drogas muestran una relación positiva con las conductas delictivas: a medida que aumenta el consumo de drogas se observa un aumento de las conductas delictivas. Asimismo, a medida que aumenta el consumo de drogas aumenta las distintas frecuencias de consumo (diario, semanal y esporádico), dando lugar a distintos patrones de consumo, predominando el consumo semanal, que podría indicar que el consumo se centra más en el fin de semana, relacionándose más con el ocio y el tiempo libre.

El consumo diario de drogas correlaciona de forma positiva con la edad: a medida que aumenta el consumo diario de drogas, aumenta la edad. También tiene una correlación positiva con la delincuencia: a medida que aumenta el consumo diario, también aumentan las conductas delictivas. Y lo mismo ocurre con los consumidores semanales y esporádicos.

4.3.2. Correlación entre la cohesión percibida, la adaptabilidad percibida, el consumo de drogas y las conductas delictivas.

A continuación se analizará la relación entre las variables de funcionamiento familiar (cohesión percibida y adaptabilidad percibida) con el consumo regular de drogas y las conductas delictivas en jóvenes.

Tabla 2. Correlación de la cohesión y adaptación familiar percibida con el consumo de drogas y la delincuencia en los adolescentes

		Cohesión percibida	Adaptabilidad percibida	Consumo	Delincuencia
Cohesión percibida	Correlación de pearson	1	.589(**)	-.171(**)	-.216(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000
	N	1524	1524	1524	1524
Adaptabilidad percibida	Correlación de pearson	.589(**)	1	-.054(*)	-.079(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.035	.002
	N	1524	1524	1524	1524
Consumo	Correlación de pearson	-.171(**)	-.054(*)	1	.442(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.035		.000
	N	1524	1524	1529	1529
Delincuencia	Correlación de pearson	-.216(**)	-.079(**)	.442(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	.002	.000	
	N	1524	1524	1529	1529

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

Los datos de la tabla 2 indican que la percepción de la cohesión familiar y la capacidad de adaptación de la familia correlacionan de forma negativa con el consumo de drogas y las conductas delictivas en los adolescentes. Mientras que el consumo de drogas correlaciona de forma positiva con las conductas delictivas. Otro dato relevante de estos resultados es que conforme las familias son percibidas como más cohesionadas (más vinculadas) tienden a ser más flexibles y, por tanto, más funcionales.

4.3.3. Correlación entre el consumo de drogas, las conductas delictivas y el funcionamiento ideal (cohesión ideal y adaptabilidad ideal)

Los datos de la tabla 3 muestran la relación de las variables consumo de droga (consumo regular), conductas delictivas, cohesión ideal y adaptabilidad ideal. Los resultados indican que la percepción de la cohesión familiar ideal y la capacidad de adaptación ideal de la familia correlacionan de forma negativa con el consumo de drogas y las conductas delictivas en los adolescentes.

Tabla 3. Correlación de la cohesión ideal y adaptación ideal familiar percibida con el consumo de drogas y la delincuencia en los adolescentes

		Consumo	Delincuencia	Cohesión Ideal	Adaptación Ideal
Consumo	Correlación de Pearson	1	.442(**)	-.092(**)	-.021
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.421
	N	1529	1529	1493	1492
Delincuencia	Correlación de Pearson	.442(**)	1	-.130(**)	-.024
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.352
	N	1529	1529	1493	1492
Cohesión Ideal	Correlación de Pearson	-.092(**)	-.130(**)	1	.683(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	1493	1493	1493	1490
Adaptación Ideal	Correlación de Pearson	-.021	-.024	.683(**)	1
	Sig. (bilateral)	.421	.352	.000	
	N	1492	1492	1490	1492

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.4. Correlación entre frecuencia de consumo en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico), cohesión y adaptabilidad percibida

La tabla 4 refleja el análisis de correlación entre las variables de frecuencia de consumo (consumo en los últimos 30 días) diario, semanal y esporádico con las variables de funcionamiento familiar, cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

El análisis muestra cómo tanto el consumo diario de drogas como el semanal y el esporádico se relacionan negativamente con la cohesión percibida. Lo que indica que, conforme aumenta la percepción de cohesión, disminuyen tanto el consumo diario de drogas como el semanal. La adaptabilidad percibida ha dado una relación negativa con el consumo semanal. Lo que indica que a medida que las familias tienen un funcionamiento más flexible se da un menor consumo de drogas semanal en los jóvenes.

Tabla 4. Correlación entre consumo de drogas diario, semanal, esporádico y cohesión percibida y adaptabilidad percibida

		Diario	Semanal	Esporádico	Cohesión percibida	Adaptabilidad percibida
Diario	Correlación de Pearson	1	.240(**)	.060(*)	-.103(**)	-.012
	Sig. (bilateral)		.000	.020	.000	.654
	N	1529	1529	1529	1524	1524
Semanal	Correlación de Pearson	.240(**)	1	.126(**)	-.111(**)	-.050(*)
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.049
	N	1529	1529	1529	1524	1524
Esporádico	Correlación de Pearson	.060(*)	.126(**)	1	-.099(**)	-.041
	Sig. (bilateral)	.020	.000		.000	.107
	N	1529	1529	1529	1524	1524
Cohesión percibida	Correlación de Pearson	-.103(**)	-.111(**)	-.099(**)	1	.589(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000
	N	1524	1524	1524	1524	1524
Adaptabilidad percibida	Correlación de Pearson	-.012	-.050(*)	-.041	.589(**)	1
	Sig. (bilateral)	.654	.049	.107	.000	
	N	1524	1524	1524	1524	1524

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

4.3.5. Correlación entre frecuencia de consumo en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico), cohesión y adaptabilidad ideal

La tabla 4 refleja el análisis de correlación entre las variables de frecuencia de consumo (consumo en los últimos 30 días) diario, semanal y esporádico con las variables de funcionamiento familiar ideal, cohesión y adaptabilidad ideal.

La cohesión familiar ideal y la adaptabilidad familiar ideal arrojan resultados similares al percibido: una relación negativa del consumo diario y semanal de drogas con la cohesión ideal. Por su parte, la adaptabilidad ideal se relaciona negativamente con el consumo diario (tabla 5).

Tabla 5. Correlación entre consumo de droga diario, semanal, esporádico, cohesión ideal y adaptación ideal

		Diario	Semanal	Esporádico	Cohesión ideal	Adaptación ideal
Diario	Correlación de Pearson	1	.240(**)	,060(*)	-.122(**)	-.095(**)
	Sig. (bilateral)		.000	,020	.000	.000
	N	1529	1529	1529	1493	1492
Semanal	Correlación de Pearson	.240(**)	1	,126(**)	-.073(**)	-.040
	Sig. (bilateral)	.000		,000	.005	.125
	N	1529	1529	1529	1493	1492
Esporádico	Correlación de Pearson	.060(*)	.126(**)	1	-.010	.037
	Sig. (bilateral)	.020	.000		.694	.155
	N	1529	1529	1529	1493	1492
Cohesión ideal	Correlación de Pearson	-.122(**)	-.073(**)	-.010	1	.683(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.005	,694		.000
	N	1493	1493	1493	1493	1490
Adaptación ideal	Correlación de Pearson	-.095(**)	-.040	,037	.683(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	.125	,155	.000	
	N	1492	1492	1492	1490	1492

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

4.3.6. Correlación consumo regular de drogas, delincuencia y comunicación con la madre (comunicación apertura y comunicación problema)

A continuación se va a realizar un análisis de correlación de las variables relacionadas con la comunicación con la madre (comunicación apertura y comunicación problema), el consumo regular de drogas y las conductas delictivas.

Los datos de la tabla 6 indican que la comunicación con la madre y la comunicación positiva en la comunicación correlacionan negativamente con el consumo de drogas y las conductas delictivas en los adolescentes. Mientras que la comunicación

problemática con la madre correlaciona positivamente con las conductas delictivas y el consumo de drogas.

Tabla 6. Correlación de la comunicación con la madre, la comunicación apertura y comunicación problema con el consumo de drogas y la delincuencia en los adolescentes

		Consumo	Delincuencia	Madre Apertura	Madre Problema
Consumo	Correlación de Pearson	1	.442(**)	-.126(**)	.094(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000
	N	1529	1529	1490	1490
Delincuencia	Correlación de Pearson	.442(**)	1	-.174(**)	.169(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000
	N	1529	1529	1490	1490
Madre apertura	Correlación de Pearson	-.126(**)	-.174(**)	1	-.336(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	1490	1490	1490	1490
Madre problema	Correlación de Pearson	.094(**)	.169(**)	-.336(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	
	N	1490	1490	1490	1490

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.7. Correlación entre frecuencia de consumo en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) y comunicación con la madre

La tabla 7 refleja el análisis de correlación entre las variables de frecuencia de consumo en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) con las variables de comunicación con la madre, comunicación apertura y comunicación problema. Los resultados muestran una correlación negativa entre la comunicación positiva de la madre y la frecuencia en el consumo de drogas. Lo que supone que cuanto más

funcional es la comunicación con la madre, menor es el consumo diario, semanal y esporádico en los adolescentes. Por otra parte, la comunicación problemática tiene una relación positiva con el consumo de drogas semanal y el esporádico. A medida que aumenta la comunicación problemática con la madre, aumentan los consumos semanales y esporádicos.

Tabla 7. Correlaciones entre consumo diario de drogas, semanal, esporádico y comunicación con la madre

		Diario	Semanal	Esporádico	Madre problema	Madre apertura
Diario	Correlación de Pearson	1	.240(**)	.060(*)	.009	-.086(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.020	.719	.001
	N	1529	1529	1529	1490	1490
Semana	Correlación de Pearson	.240(**)	1	.126(**)	.071(**)	-.097(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.006	.000
	N	1529	1529	1529	1490	1490
Esporádico	Correlación de Pearson	.060(*)	.126(**)	1	.086(**)	-.060(*)
	Sig. (bilateral)	.020	.000		.001	.020
	N	1529	1529	1529	1490	1490
Madre problema	Correlación de Pearson	.009	.071(**)	.086(**)	1	-.336(**)
	Sig. (bilateral)	.719	.006	.001		.000
	N	1490	1490	1490	1490	1490
Madre apertura	Correlación de Pearson	-.086(**)	-.097(**)	-.060(*)	-.336(**)	1
	Sig. (bilateral)	.001	.000	.020	.000	
	N	1490	1490	1490	1490	1490

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

4.3.8. Correlación consumo regular de drogas, delincuencia y comunicación con el padre (comunicación apertura y comunicación problema)

A continuación se va a realizar un análisis de correlación de las variables relacionadas con la comunicación con el padre (comunicación apertura y comunicación problema), el consumo regular de drogas y las conductas delictivas.

Los datos de la tabla 8 indican que la comunicación positiva con el padre correlaciona negativamente con el consumo de drogas y las conductas delictivas en los adolescentes. Mientras que la comunicación problemática lo hace positivamente con las conductas delictivas y el consumo de drogas. Cuanto mejor es la comunicación, menos consumo de drogas y conductas delictivas en los jóvenes y, al contrario, cuanto peor es la comunicación, más consumo de drogas y conductas delictivas.

Tabla 8. Correlación de la comunicación con el padre, la comunicación apertura y comunicación problema con el consumo de drogas y la delincuencia en los adolescentes

		Consumo	Delincuencia	Padre apertura	Padre problema
Consumo	Correlación de Pearson	1	.442(**)	-.151(**)	.080(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.003
	N	1529	1529	1423	1422
Delincuencia	Correlación de Pearson	.442(**)	1	-.156(**)	.139(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000
	N	1529	1529	1423	1422
Padre apertura	Correlación de Pearson	-.151(**)	-.156(**)	1	-.201(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	1423	1423	1423	1422
Padre problema	Correlación de Pearson	.080(**)	.139(**)	-.201(**)	1
	Sig. (bilateral)	.003	.000	.000	
	N	1422	1422	1422	1422

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.9. Correlación entre frecuencia de consumo en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) y comunicación con el padre

La tabla 9 refleja el análisis de correlación entre las variables de frecuencia de consumo en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) con las variables de comunicación con el padre, comunicación apertura y comunicación problema.

La relación de la frecuencia en el consumo de drogas y el tipo de comunicación con el padre arroja resultados similares a los de la madre: una relación negativa con todas las frecuencias de consumo de drogas. En cuanto a la comunicación problemática se da una correlación positiva con el consumo esporádico, lo que significa que cuanto peor es la comunicación, mayor es esta frecuencia de consumo.

Tabla 9. Correlación entre frecuencia de consumo diario de drogas, semanal, esporádico y comunicación con el padre

		Diario	Semanal	Esporádico	Padre apertura	Padre problema
Diario	Correlación de Pearson	1	.240(**)	.060(*)	-.114(**)	.025
	Sig. (bilateral)		.000	.020	.000	.345
	N	1529	1529	1529	1423	1422
Semana	Correlación de Pearson	.240(**)	1	.126(**)	-.113(**)	.042
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.115
	N	1529	1529	1529	1423	1422
Esporádico	Correlación de Pearson	.060(*)	.126(**)	1	-.105(**)	.075(**)
	Sig. (bilateral)	.020	.000		.000	.005
	N	1529	1529	1529	1423	1422
Padre apertura	Correlación de Pearson	-.114(**)	-.113(**)	-.105(**)	1	-.201(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000
	N	1423	1423	1423	1423	1422
Padre problema	Correlación de Pearson	.025	.042	.075(**)	-.201(**)	1
	Sig. (bilateral)	.345	.115	.005	.000	
	N	1422	1422	1422	1422	1422

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

4.3.10. Correlación entre tipos de apoyo social, consumo regular de drogas y delincuencia.

A continuación se muestran los resultados del análisis de correlación entre el consumo regular de drogas, conductas delictivas y distintos tipos de apoyo social

(apoyo emocional, apoyo a la autonomía, apoyo informativo, apoyo a metas y apoyo de aceptación).

Estos resultados ponen de manifiesto que la variable consumo tiene una relación negativa con todos los tipos de apoyos, menos el apoyo a la autonomía, que no tiene una relación significativa. Asimismo, todos los tipos de apoyos tienen una relación negativa con las conductas delictivas (tabla 10). Lo que implica que, a medida que aumentan estos tipos de apoyo, disminuyen las conductas delictivas y el consumo regular de drogas.

Tabla 10. Correlación entre consumo regular de drogas, conducta delictiva y tipos de apoyo social

		Consumo	Conducta delictiva	Apoyo emocional	Apoyo autonomía	Apoyo informativo	Apoyo metas	Apoyo aceptación
Consumo	Correlación de Pearson	1	.442(**)	-.104(**)	-.040	-.080(**)	-.173(**)	-.101(**)
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.123	.002	.000	.000
	N	1529	1529	1511	1508	1505	1506	1499
Conducta delictiva	Correlación de Pearson	.442(**)	1	-.232(**)	-.170(**)	-.213(**)	-.277(**)	-.211(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	1529	1529	1511	1508	1505	1506	1499
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	-.104(**)	-.232(**)	1	.702(**)	.646(**)	.733(**)	.735(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	1511	1511	1511	1508	1505	1506	1499
Apoyo autonomía	Correlación de Pearson	-.040	-.170(**)	.702(**)	1	.594(**)	.619(**)	.579(**)
	Sig. (bilateral)	.123	.000	.000		.000	.000	.000
	N	1508	1508	1508	1508	1505	1506	1499
Apoyo informativo	Correlación de Pearson	-.080(**)	-.213(**)	.646(**)	.594(**)	1	.648(**)	.613(**)
	Sig. (bilateral)	.002	.000	.000	.000		.000	.000
	N	1505	1505	1505	1505	1505	1505	1498
Apoyo metas	Correlación de Pearson	-.173(**)	-.277(**)	.733(**)	.619(**)	.648(**)	1	.635(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	1506	1506	1506	1506	1505	1506	1499
Apoyo aceptación	Correlación de Pearson	-.101(**)	-.211(**)	.735(**)	.579(**)	.613(**)	.635(**)	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	1499	1499	1499	1499	1498	1499	1499

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.11. Correlación entre fuentes de apoyo social, consumo regular de drogas y delincuencia

A continuación se muestran los resultados del análisis de correlación entre el consumo regular de drogas, conductas delictivas y distintas fuentes de apoyo social (apoyo del padre, madre, un adulto cercano, los hermanos y amigos).

Las relaciones de correlación ponen de manifiesto que la variable consumo tiene una relación negativa con el apoyo del padre, la madre y la de un adulto cercano. También las conductas delictivas tienen una relación negativa con el apoyo del padre, la madre, un adulto cercano y los hermanos. Mientras que con el apoyo de los amigos tiene una relación positiva (tabla 11).

Tabla 11. Correlación entre consumo regular de drogas, conducta delictiva y fuentes de apoyo social

		Consumo	Conducta delictiva	Apoyo padre	Apoyo madre	Apoyo adulto	Apoyo hermano	Apoyo amigo
Consumo	Correlación de Pearson	1	.442(**)	-.179(**)	-.172(**)	-.103(**)	-.032	.016
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.001	.235	.533
	N	1529	1529	1468	1501	1082	1371	1451
Conducta delictiva	Correlación de Pearson	.442(**)	1	-.278(**)	-.276(**)	-.206(**)	-.182(**)	-.120(**)
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	1529	1529	1468	1501	1082	1371	1451
Apoyo padre	Correlación de Pearson	-.179(**)	-.278(**)	1	.617(**)	.454(**)	.520(**)	.415(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	1468	1468	1468	1460	1055	1341	1412
Apoyo madre	Correlación de Pearson	-.172(**)	-.276(**)	.617(**)	1	.574(**)	.549(**)	.442(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	1501	1501	1460	1501	1074	1363	1442
Apoyo adulto	Correlación de Pearson	-.103(**)	-.206(**)	.454(**)	.574(**)	1	.537(**)	.549(**)
	Sig. (bilateral)	.001	.000	.000	.000		.000	.000
	N	1082	1082	1055	1074	1082	995	1064
Apoyo hermano	Correlación de Pearson	-.032	-.182(**)	.520(**)	.549(**)	.537(**)	1	.506(**)
	Sig. (bilateral)	.235	.000	.000	.000	.000		.000
	N	1371	1371	1341	1363	995	1371	1330
Apoyo amigo	Correlación de Pearson	.016	-.120(**)	.415(**)	.442(**)	.549(**)	.506(**)	1
	Sig. (bilateral)	.533	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	1451	1451	1412	1442	1064	1330	1451

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.12. Correlación entre frecuencia de consumo de drogas en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) y distintos tipo de apoyo social

A continuación se muestran los resultados del análisis de correlación entre las frecuencias del consumo de drogas en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) y distintos tipos de apoyo social (apoyo emocional, apoyo a la autonomía, apoyo informativo, apoyo a metas y apoyo de aceptación).

En los resultados se puede observar que existe una correlación negativa entre el consumo diario de todos los tipos de apoyo social. El consumo semanal mantiene la misma relación negativa con todos los tipos de apoyo social, excepto el apoyo a la autonomía y el apoyo a la aceptación, que no salen significativos; mientras que el consumo esporádico también tiene una relación negativa con todas las fuentes de apoyo, menos con el apoyo a la autonomía, que no da una relación significativa (tabla 12).

Tabla 12. Correlación entre frecuencia de consumo de drogas (diario, semanal y esporádico) en los últimos 30 días y distintos tipos de apoyo social

		Diario	Semanal	Esporádico	Apoyo emocional	Apoyo autonomía	Apoyo informativo	Apoyo metas	Apoyo aceptación
Diario	Correlación de Pearson	1	.240(**)	.060(*)	-.060(*)	-.015	-.057(*)	-,092(**)	-.054(*)
	Sig. (bilateral)		.000	.020	.020	.572	.026	.000	.037
	N	1529	1529	1529	1511	1508	1505	1506	1499
Semanal	Correlación de Pearson	.240(**)	1	.126(**)	-.066(*)	-.041	-.056(*)	-,120(**)	-.048
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.011	.109	.029	.000	.063
	N	1529	1529	1529	1511	1508	1505	1506	1499
Esporádico	Correlación de Pearson	.060(*)	.126(**)	1	-.089(**)	-.019	-.064(*)	-,105(**)	-.062(*)
	Sig. (bilateral)	.020	.000		.001	.473	.013	.000	.017
	N	1529	1529	1529	1511	1508	1505	1506	1499
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	-.060(*)	-.066(*)	-.089(**)	1	.702(**)	.646(**)	.733(**)	.735(**)
	Sig. (bilateral)	.020	.011	.001		.000	.000	.000	.000
	N	1511	1511	1511	1511	1508	1505	1506	1499
Apoyo autonomía	Correlación de Pearson	-.015	-.041	-.019	.702(**)	1	.594(**)	.619(**)	.579(**)
	Sig. (bilateral)	.572	.109	.473	.000		.000	.000	.000
	N	1508	1508	1508	1508	1508	1505	1506	1499
Apoyo informativo	Correlación de Pearson	-.057(*)	-.056(*)	-.064(*)	.646(**)	.594(**)	1	.648(**)	.613(**)
	Sig. (bilateral)	.026	.029	.013	.000	.000		.000	.000
	N	1505	1505	1505	1505	1505	1505	1505	1498
Apoyo metas	Correlación de Pearson	-,092(**)	-,120(**)	-,105(**)	.733(**)	.619(**)	.648(**)	1	.635(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	1506	1506	1506	1506	1506	1505	1506	1499
Apoyo aceptación	Correlación de Pearson	-.054(*)	-.048	-.062(*)	.735(**)	.579(**)	.613(**)	.635(**)	1
	Sig. (bilateral)	.037	.063	.017	.000	.000	.000	.000	
	N	1499	1499	1499	1499	1499	1498	1499	1499

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

4.3.13. Correlación entre fuentes de apoyo social y frecuencia del consumo de drogas en los últimos 30 días (diario, semanal, esporádico)

A continuación se muestran los resultados del análisis de correlación entre las frecuencias del consumo de drogas en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) y distintas fuentes de apoyo social (apoyo del padre, madre, un adulto cercano, los hermanos, amigos y novio-a).

Los resultados muestran que el consumo diario y el semanal de drogas correlacionan negativamente con el apoyo del padre y la madre. El esporádico mantiene esa misma correlación con los padres y con los hermanos. En cambio, tiene una correlación positiva con el novio-a (tabla 13). Lo que nos indica que cuanto más apoyo intrafamiliar, menos consumo de drogas y, en cambio, a más apoyo del novio-a, más consumo de drogas esporádico.

Tabla 13. Correlación entre frecuencia de consumo de drogas (diario, semanal y esporádico) en los últimos 30 días y distintas fuentes de apoyo social

		Diario	Semanal	Esporádico	Apoyo padre	Apoyo madre	Apoyo adulto	Apoyo hermano	Apoyo novio
Diario	Correlación de Pearson	1	.240(**)	.060(*)	-,127(**)	-,093(**)	-.036	-.004	.035
	Sig. (bilateral)		.000	.020	.000	.000	.236	.870	.360
	N	1529	1529	1529	1468	1501	1082	1371	696
Semanal	Correlación de Pearson	.240(**)	1	.126(**)	-,126(**)	-,141(**)	-.043	-.012	.034
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.159	.661	.366
	N	1529	1529	1529	1468	1501	1082	1371	696
Esporádico	Correlación de Pearson	.060(*)	.126(**)	1	-,116(**)	-,110(**)	-.049	-.057(*)	.080(*)
	Sig. (bilateral)	.020	.000		.000	.000	.104	.035	.034
	N	1529	1529	1529	1468	1501	1082	1371	696
Apoyo padre	Correlación de Pearson	-,127(**)	-,126(**)	-,116(**)	1	.617(**)	.454(**)	.520(**)	.184(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	1468	1468	1468	1468	1460	1055	1341	679
Apoyo madre	Correlación de Pearson	-,093(**)	-,141(**)	-,110(**)	.617(**)	1	.574(**)	.549(**)	.246(**)
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	1501	1501	1501	1460	1501	1074	1363	692
Apoyo adulto	Correlación de Pearson	-.036	-.043	-.049	.454(**)	.574(**)	1	.537(**)	.409(**)
	Sig. (bilateral)	.236	.159	.104	.000	.000		.000	.000
	N	1082	1082	1082	1055	1074	1082	995	569
Apoyo hermano	Correlación de Pearson	-.004	-.012	-.057(*)	.520(**)	.549(**)	.537(**)	1	.282(**)
	Sig. (bilateral)	.870	.661	.035	.000	.000	.000		.000
	N	1371	1371	1371	1341	1363	995	1371	657
Apoyo novio	Correlación de Pearson	.035	.034	.080(*)	.184(**)	.246(**)	.409(**)	.282(**)	1
	Sig. (bilateral)	.360	.366	.034	.000	.000	.000	.000	
	N	696	696	696	679	692	569	657	696

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

4.3.15. Correlación entre tipo de apoyo social y funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad percibida)

A continuación se analizará la relación de correlación entre las variables de funcionamiento familiar (cohesión percibida y adaptabilidad percibida) con los tipos de apoyo social: apoyo emocional, a la autonomía, informativo y a las metas, a la aceptación en el ámbito familiar.

Los resultados de la tabla 14 muestran que las variables de funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad percibida) correlacionan de manera positiva con todos los tipos de apoyo social (apoyo emocional, a la autonomía, informativo y a las metas, a la aceptación en el ámbito familiar).

Tabla 14. Correlación entre cohesión y adaptabilidad percibida y tipos de apoyo social

		Cohesión percibida	Adaptabilidad percibida	Apoyo emocional	Apoyo autonomía	Apoyo informativo	Apoyo metas	Apoyo aceptación
Cohesión percibida	Correlación de Pearson	1	.589**	.499**	.411**	.394**	.455**	.418**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	1524	1524	1509	1506	1503	1504	1498
Adaptabilidad percibida	Correlación de Pearson	.589**	1	.339**	.322**	.248**	.281**	.262**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	1524	1524	1509	1506	1503	1504	1498
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	.499**	.339**	1	.702**	.646**	.733**	.735**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	1509	1509	1511	1508	1505	1506	1499
Apoyo autonomía	Correlación de Pearson	.411**	.322**	.702**	1	.594**	.619**	.579**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	1506	1506	1508	1508	1505	1506	1499
Apoyo informativo	Correlación de Pearson	.394**	.248**	.646**	.594**	1	.648**	.613**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	1503	1503	1505	1505	1505	1505	1498
Apoyo metas	Correlación de Pearson	.455**	.281**	.733**	.619**	.648**	1	.635**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	1504	1504	1506	1506	1505	1506	1499
Apoyo aceptación	Correlación de Pearson	.418**	.262**	.735**	.579**	.613**	.635**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	1498	1498	1499	1499	1498	1499	1499

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.16. Correlación entre el apoyo social del padre y el de la madre con el funcionamiento familiar (la cohesión y adaptabilidad percibida).

A continuación se analizará la correlación entre las variables de funcionamiento familiar (cohesión percibida y adaptabilidad percibida) con el apoyo de la madre y el padre.

Los resultados de este análisis muestran que la adaptabilidad y la cohesión percibida tienen una correlación positiva con la percepción de apoyo de los padres. Lo que implica que, a más apoyo de los padres, mayor percepción de cohesión y adaptabilidad familiar (tabla 15).

Tabla 15. Correlación entre cohesión y adaptabilidad percibida y apoyo social del padre y la madre

		Cohesión percibida	Adaptabilidad percibida	Apoyo padre	Apoyo madre
Cohesión percibida	Correlación de Pearson	1	.589**	.462**	.526**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000
	N	1524	1524	1466	1499
Adaptabilidad percibida	Correlación de Pearson	.589**	1	.297**	.364**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000
	N	1524	1524	1466	1499
Apoyo padre	Correlación de Pearson	.462**	.297**	1	.617**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	1466	1466	1468	1460
Apoyo madre	Correlación de Pearson	.526**	.364**	.617**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	
	N	1499	1499	1460	1501
	Sig. (bilateral)	.066	.077	.000	.000
	N	695	695	679	692

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.17. Correlación entre tipo de apoyo social y satisfacción con el funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad percibida)

A continuación se muestra el análisis de correlación entre la satisfacción con el funcionamiento del sistema familiar (satisfacción con la cohesión y satisfacción con la adaptabilidad) con distintos tipos de apoyo social.

Los resultados de la tabla 16 muestran que tanto la satisfacción con la cohesión como con la adaptabilidad correlacionan positivamente con los distintos tipos de apoyo (apoyo emocional, a la autonomía, informativo y a las metas, a la aceptación en el ámbito familiar).

Tabla 16. Correlación entre satisfacción con la cohesión y adaptabilidad y tipos de apoyo social

		Satisfacción cohesión	Satisfacción adaptabilidad	Apoyo emocional	Apoyo autonomía	Apoyo informativo	Apoyo metas	Apoyo aceptación
Satisfacción cohesión	Correlación de Pearson	1	.848**	.582**	.489**	.463**	.533**	.490**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	1474	1463	1469	1467	1464	1465	1462
Satisfacción adaptabilidad	Correlación de Pearson	.848**	1	.597**	.498**	.465**	.534**	.502**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000	.000	.000	.000
	N	1463	1463	1459	1457	1454	1455	1453
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	.582**	.597**	1	.702**	.646**	.733**	.735**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000	.000	.000	.000
	N	1469	1459	1511	1508	1505	1506	1499
Apoyo autonomía	Correlación de Pearson	.489**	.498**	.702**	1	.594**	.619**	.579**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000		.000	.000	.000
	N	1467	1457	1508	1508	1505	1506	1499
Apoyo informativo	Correlación de Pearson	.463**	.465**	.646**	.594**	1	.648**	.613**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000		.000	.000
	N	1464	1454	1505	1505	1505	1505	1498
Apoyo metas	Correlación de Pearson	.533**	.534**	.733**	.619**	.648**	1	.635**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000		.000
	N	1465	1455	1506	1506	1505	1506	1499
Apoyo aceptación	Correlación de Pearson	.490**	.502**	.735**	.579**	.613**	.635**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	1462	1453	1499	1499	1498	1499	1499

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.18. Correlación entre el apoyo social del padre y el de la madre con satisfacción con el funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad percibida)

A continuación se realiza un análisis de correlación entre la satisfacción con el funcionamiento familiar (satisfacción con la cohesión y satisfacción con la adaptabilidad) con el apoyo del padre y el de la madre.

Los resultados muestran que tanto la satisfacción con la cohesión como con la adaptabilidad correlacionan positivamente con el apoyo del padre y de la madre. Lo que indica que, cuando aumenta la satisfacción con el funcionamiento, también aumenta la percepción de apoyo de los padres (tabla 17).

Tabla 17. Correlación entre satisfacción con la cohesión y adaptabilidad y el apoyo social del padre y la madre

		Satisfacción cohesión	Satisfacción adaptabilidad	Apoyo padre	Apoyo madre
Satisfacción cohesión	Correlación de Pearson	1	.848**	.559**	.600**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000
	N	1474	1463	1427	1459
Satisfacción adaptabilidad	Correlación de Pearson	.848**	1	.571**	.622**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000
	N	1463	1463	1418	1449
Apoyo padre	Correlación de Pearson	.559**	.571**	1	.617**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	1427	1418	1468	1460
Apoyo madre	Correlación de Pearson	.600**	.622**	.617**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	
	N	1459	1449	1460	1501

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

4.3.19. Correlación entre distintos tipo de apoyo social (apoyo emocional, a la autonomía, informativo y a las metas y a la aceptación) con la comunicación con la madre (comunicación abierta y comunicación problemática)

A continuación se realiza un análisis de correlación entre diferentes tipos de apoyo social (apoyo emocional, a la autonomía, informativo y a las metas y a la aceptación) y la comunicación con la madre (abierta y problemática).

Los resultados muestran que la comunicación abierta (positiva) correlaciona positivamente con todos los tipos de apoyo social analizados (apoyo emocional, a la autonomía, informativo, a las metas y a la aceptación), mientras que la comunicación problemática correlaciona negativamente. Lo indica que, a medida que aumenta la comunicación problemática, disminuyen los distintos tipos de apoyo (tabla 18).

Tabla 18. Correlación entre satisfacción con la cohesión y adaptabilidad y el apoyo social del padre y la madre

		Apoyo emocional	Apoyo autonomía	Apoyo informativo	Apoyo metas	Madre apertura	Madre problema
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	1	,702**	,646**	,733**	,518**	-,326**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	1511	1508	1505	1506	1479	1479
Apoyo autonomía	Correlación de Pearson	,702**	1	,594**	,619**	,452**	-,327**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	1508	1508	1505	1506	1477	1477
Apoyo informativo	Correlación de Pearson	,646**	,594**	1	,648**	,444**	-,332**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	1505	1505	1505	1505	1474	1474
Apoyo metas	Correlación de Pearson	,733**	,619**	,648**	1	,447**	-,320**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	1506	1506	1505	1506	1475	1475
Madre apertura	Correlación de Pearson	,518**	,452**	,444**	,447**	1	-,336**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	1479	1477	1474	1475	1490	1490
Madre problema	Correlación de Pearson	-,326**	-,327**	-,332**	-,320**	-,336**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	1479	1477	1474	1475	1490	1490

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.3.20. Correlación entre distintos tipo de apoyo social (apoyo emocional, a la autonomía, informativo, a las metas y a la aceptación) con la comunicación con el padre (abierta y problemática)

A continuación se realiza un análisis de correlación entre diferentes tipos de apoyo social (apoyo emocional, a la autonomía, informativo, a las metas y a la aceptación) y la comunicación con el padre (abierta y problemática).

Los resultados muestran que la comunicación abierta (positiva) con el padre correlaciona positivamente con todos los tipos de apoyo social analizados (apoyo emocional, a la autonomía, informativo, a las metas y a la aceptación), mientras que la comunicación problemática correlaciona negativamente. Lo que indica que a medida

que aumenta la comunicación problemática, disminuye los distintos tipos de apoyo (tabla 19).

Tabla 19. Correlación entre satisfacción con la cohesión y adaptabilidad y el apoyo social del padre y la madre

		Apoyo emocional	Apoyo autonomía	Apoyo informativo	Apoyo metas	Apoyo Aceptación	Padre Apertura	Padre Problema
Apoyo emocional	Correlación de Pearson	1	,702**	,646**	,733**	,735**	,498**	-,243**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1511	1508	1505	1506	1499	1414	1413
Apoyo autonomía	Correlación de Pearson	,702**	1	,594**	,619**	,579**	,380**	-,244**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000	,000	,000
	N	1508	1508	1505	1506	1499	1412	1411
Apoyo informativo	Correlación de Pearson	,646**	,594**	1	,648**	,613**	,410**	-,247**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	1505	1505	1505	1505	1498	1409	1408
Apoyo metas	Correlación de Pearson	,733**	,619**	,648**	1	,635**	,417**	-,246**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	,000	,000
	N	1506	1506	1505	1506	1499	1410	1409
Apoyo Aceptación	Correlación de Pearson	,735**	,579**	,613**	,635**	1	,416**	-,245**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,000	,000
	N	1499	1499	1498	1499	1499	1404	1403
Padre apertura	Correlación de Pearson	,498**	,380**	,410**	,417**	,416**	1	-,201**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	1414	1412	1409	1410	1404	1423	1422
Padre problema	Correlación de Pearson	-,243**	-,244**	-,247**	-,246**	-,245**	-,201**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	1413	1411	1408	1409	1403	1422	1422

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

4.3.21. Correlación entre el apoyo social del padre y de la madre, con la comunicación con el padre y la madre (abierta y problemática)

A continuación se realiza un análisis de correlación entre el apoyo del padre y de la madre, con la comunicación con la madre y el padre (abierta y problemática).

Los resultados muestran que la comunicación abierta tanto del padre como de la madre (positiva) correlaciona positivamente con el apoyo del padre y de la madre; mientras que la comunicación problemática correlaciona negativamente tanto con el apoyo del padre como con el de la madre. Lo que indica que, cuando aumenta la comunicación positiva tanto del padre como de la madre, aumenta la percepción de apoyo de ambos padres; cuando aumenta la comunicación problemática, disminuye la percepción de apoyo del padre y de la madre (tabla 20).

Tabla 20. Correlación entre la comunicación con el padre y la madre (positiva y problemática) con el apoyo social del padre y la madre

		Padre Apertu ra	Padre Problema	Madre Apertura	Madre Problema	Apoyo Padre	Apoyo Madre
Padre apertura	Correlación de Pearson	1	-,201**	,391**	-,175**	,683**	,351**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	1423	1422	1404	1404	1407	1405
Padre problema	Correlación de Pearson	-,201**	1	-,065*	,504**	-,344**	-,198**
	Sig. (bilateral)	,000		,015	,000	,000	,000
	N	1422	1422	1403	1403	1406	1404
Madre apertura	Correlación de Pearson	,391**	-,065*	1	-,336**	,393**	,701**
	Sig. (bilateral)	,000	,015		,000	,000	,000
	N	1404	1403	1490	1490	1436	1476
Madre problema	Correlación de Pearson	-,175**	,504**	-,336**	1	-,291**	-,430**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	1404	1403	1490	1490	1436	1476
Apoyo padre	Correlación de Pearson	,683**	-,344**	,393**	-,291**	1	,617**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	1407	1406	1436	1436	1468	1460
Apoyo madre	Correlación de Pearson	,351**	-,198**	,701**	-,430**	,617**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	1405	1404	1476	1476	1460	1501

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

4.4. Análisis de Regresión

4.4.1. Dimensiones del sistema familiar que predicen el consumo regular de drogas y su frecuencia en los últimos 30 días. La cohesión percibida y la adaptabilidad percibida

A continuación vamos a realizar un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el consumo de drogas y su frecuencia.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el consumo de drogas, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del consumo. En la tabla 1 se muestra que la cohesión percibida es la variable que predice una relación negativa con el consumo de drogas. La dimensión de adaptabilidad percibida no ha resultado estadísticamente significativa. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .33$, $F = 25.6$, $p < .001$. En cuanto a la frecuencia de consumo de drogas diario, la cohesión percibida también predice una relación negativa con el consumo diario en los últimos 30 días (tabla 2), al igual que en consumo semanal (tabla 3) y el esporádico (tabla 4).

La adaptabilidad, por su parte, predice mayor consumo diario de drogas, en los últimos 30 días (tabla 2). La frecuencia de consumo semanal y esporádico no ha dado resultados significativos. La ecuación de regresión de la frecuencia de consumo diario tiene una $R^2 = .021$, $F = 8.988$, $p = .000$; la del consumo semanal es $R^2 = .013$, $F = 5.071$, $p < .001$; la del consumo esporádico es $R^2 = .014$, $F = 5.114$, $p = .000$.

Tabla 1. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre el consumo regular de drogas

	β	t	p
Cohesión percibida	-.213	-6.829	.000
Adaptabilidad percibida	.072	2.299	.322

Variable dependiente: Consumo regular de drogas

Tabla 2. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre el consumo diario en los últimos 30 días

	β	t	p
Cohesión percibida	-.124	-3.397	.001
Adaptabilidad percibida	.101	2.956	.003

Variable dependiente: Consumo de drogas diario

Tabla 3. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre el consumo semanal en los últimos 30 días

	β	t	p
Cohesión percibida	-.119	-3.234	.001
Adaptabilidad percibida	.033	.964	.335

Variable dependiente: Consumo de drogas semanal

Tabla 4. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre el consumo esporádico en los últimos 30 días

	β	t	p
Cohesión percibida	-.118	-3.222	.001
Adaptabilidad percibida	.008	.238	.821

Variable dependiente: Consumo de drogas esporádico

4.4.2. Dimensiones del sistema familiar que predicen el consumo regular de drogas y su frecuencia en los últimos 30 días. La cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar ideal y como variable dependiente el consumo de drogas y las frecuencias de consumo: diario, semanal y esporádico.

Respecto a la influencia del sistema familiar ideal sobre el consumo regular de drogas se analizaron las dos dimensiones: cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad ideal del sistema familiar como variables predictoras del consumo. En la tabla 5 se muestra que la variable cohesión ideal predice una relación negativa con el consumo regular de drogas. La dimensión de adaptabilidad percibida no ha resultado estadísticamente significativa. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .009$, $F = 6,82$, $p < .001$.

Los resultados de regresión sobre las frecuencias de consumo en los últimos 30 días (diario, semanal y esporádico) no han resultado estadísticamente significativas (tablas 6, 7 y 8).

Estos resultados ponen de manifiesto que la variable que predice una relación negativa con el consumo regular de drogas es la cohesión ideal de los jóvenes.

Tabla 5. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable consumo regular de drogas.

	β	t	p
Cohesión ideal	-.085	-3.146	.000
Adaptabilidad ideal	-.025	-.923	.356

Variable dependiente: Consumo regular de drogas

Tabla 6. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable consumo diario en los últimos 30 días.

	β	t	p
Cohesión ideal	-.043	1.066	.287
Adaptabilidad ideal	-.071	-1.888	.059

Variable dependiente: Consumo diario

Tabla 7. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable consumo semanal en los últimos 30 días.

	β	t	p
Cohesión ideal	-.020	-.496	.620
Adaptabilidad ideal	-.009	-.231	.817

Variable dependiente: Consumo semanal

Tabla 8. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable consumo esporádico en los últimos 30 días.

	β	t	p
Cohesión ideal	.000	-.001	.999
Adaptabilidad ideal	.062	1.637	.102

Variable dependiente: Consumo esporádico

4.4.3. Dimensiones del sistema familiar que predicen el consumo regular de drogas y su frecuencia en los últimos 30 días. La comunicación con la madre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente el consumo de drogas y su frecuencia.

Respecto a la influencia del tipo de comunicación (de la madre) sobre el consumo regular de drogas, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema. La apertura en la comunicación tiene que ver con la presencia en la díada padre-hijo/a de una comunicación positiva, basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas de comunicación, por su parte, tienen que ver con la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada. Así, la comunicación positiva y eficaz entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del consumo. En la tabla 9 se muestra que las variables predictoras que se relacionan con el consumo regular de drogas son la comunicación *apertura*, que predice menos consumo, y la comunicación *problemática*, que predice un mayor consumo de drogas. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .019$, $F = 14.32$, $p < .001$.

En cuanto a la frecuencia de consumo en los últimos 30 días: el consumo diario no ha dado resultados significativos (tabla 10).

La variable que predice una relación negativa con la frecuencia de consumo semanal de drogas en los últimos 30 días es la comunicación abierta que lo hace negativamente (tabla 11). Cuanto mejor es la comunicación con la madre, menos consumo semanal de drogas. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .017$; $F = 6.129$; $p < .001$. La frecuencia de consumo de drogas esporádico en los últimos 30 días no ha dado resultados significativos (tabla 12).

Tabla 9. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable consumo regular de drogas

	β	t	p
Comunicación apertura madre	-.107	-3.923	.000
Comunicación problema madre	.058	2.109	.035

Variable dependiente: Consumo de drogas

Tabla 10. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable consumo diario en los últimos 30 días.

	β	t	p
Comunicación apertura madre	-.012	-.378	.705
Comunicación problema madre	.022	.657	.511

Variable dependiente: Consumo diario

Tabla 11. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable consumo semanal en los últimos 30 días.

	β	t	p
Comunicación apertura madre	-.061	-1.969	.049
Comunicación problema madre	.022	.657	.511

Variable dependiente: Frecuencia de consumo semanal

Tabla 12. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable consumo esporádico en los últimos 30 días

	β	t	p
Comunicación apertura madre	-.061	-1.969	.049
Comunicación problema madre	.022	.657	.511

Variable dependiente: Frecuencia de consumo esporádico

4.4.4. Dimensiones del sistema familiar que predicen el consumo regular de drogas y su frecuencia en los últimos 30 días. La comunicación con el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el consumo de drogas y su frecuencia.

Respecto a la influencia de la comunicación con el padre sobre el consumo de drogas, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del consumo regular de drogas. En la tabla 13 se muestra que la variable que predice una relación negativa con el consumo regular de drogas es la comunicación abierta. La comunicación problemática predice positivamente el consumo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .026$, $F = 18.6$, $p < .001$. En relación a la frecuencia de consumo en los últimos 30 días: la comunicación abierta con el padre es la variable que predice menos consumo diario de drogas en los

últimos 30 días (tabla 14). La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .013$, $F = 4.698$, $p < .001$.

La comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación negativa con el consumo semanal de drogas en los últimos 30 días. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .017$, $F = 6.129$, $p < .001$ (tabla 15).

La comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación negativa con el consumo esporádico de drogas en los últimos 30 días. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .017$, $F = 6.020$, $p < .001$ (tabla 16).

Tabla 13. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable dependiente consumo regular de drogas.

	β	t	p
Comunicación apertura padre	-.142	-5.295	.000
Comunicación problema padre	.051	1.922	.055

Variable dependiente: Consumo regular de drogas

Tabla 14. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable dependiente consumo diario en los últimos 30 días.

	β	t	p
Comunicación apertura padre	-.105	-3.575	.000
Comunicación problema padre	-.007	-.209	.835

Variable dependiente: Frecuencia de consumo diario

Tabla 15. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable dependiente consumo semanal en los últimos 30 días.

	β	t	p
Comunicación apertura padre	-.075	-2.563	.010
Comunicación problema padre	-.004	-.121	.903

Variable dependiente: Frecuencia de consumo semanal

Tabla 16. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable dependiente consumo esporádico en los últimos 30 días.

	β	t	p
Comunicación apertura padre	-.075	-2.543	.011
Comunicación problema padre	.038	1.202	.230

Variable dependiente: Frecuencia de consumo esporádico

4.4.5. Dimensiones del sistema familiar que predicen el consumo regular de drogas y su frecuencia. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación de la satisfacción con la cohesión del sistema familiar percibido y como variable dependiente el consumo de drogas y la frecuencia de consumo en los últimos 30 días.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el consumo de drogas, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión. Estas dos variables tienen que ver con la vinculación emocional de los miembros de la familia y con la flexibilidad del sistema familiar: esto es, la capacidad de los miembros para introducir cambios en las dinámicas familiares para adaptarse a nuevas demandas del entorno o internas; mientras que la cohesión proporciona información sobre el equilibrio familiar entre la unión y la separación.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción con la adaptabilidad y con la satisfacción con la cohesión del sistema familiar como variables predictoras del consumo. En la tabla 17 se muestra que la variable predictora que se relaciona

negativamente con el consumo regular de drogas es la satisfacción con la cohesión familiar. La dimensión de satisfacción con la adaptabilidad familiar no ha resultado estadísticamente significativa. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .04$, $F = 30.05$, $p < .001$.

Por tanto, la satisfacción con la cohesión familiar es la variable que predice una relación negativa con el consumo regular de drogas. En relación a la frecuencia de consumo diario de drogas en los últimos 30 días, la satisfacción con la adaptabilidad es la variable que predice la relación negativa con el consumo diario de drogas en los últimos 30 días. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .013$, $F = 4.698$, $p < .001$. Cuanto mayor es la satisfacción de los adolescentes con la adaptabilidad familiar, menos consumo diario de drogas (tabla 18). Por su parte, la satisfacción con la cohesión familiar es la variable que predice la relación negativa con el consumo semanal de drogas en los últimos 30 días (tabla 19). La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .018$; $F = 13.512$; $p < .001$. Y, por último, la satisfacción con la cohesión familiar es la variable que predice la relación negativa con el consumo esporádico de drogas en los últimos 30 días (tabla 20). La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .017$, $F = 12.645$, $p < .001$.

Tabla 17. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable dependiente consumo regular de drogas.

	β	t	p
Satisfacción cohesión	-.187	-3.869	.000
Satisfacción adaptabilidad	-.014	-.280	.780

Variable dependiente: consumo de drogas

Tabla 18. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable consumo diario en los últimos 30 días.

	β	t	p
Satisfacción cohesión	-.010	-.198	.843
Satisfacción adaptabilidad	-.075	-2.563	.010

Variable dependiente: frecuencia de consumo diario

Tabla 19. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable consumo semanal en los últimos 30 días.

	β	t	p
Satisfacción cohesión	-.110	-2.258	.024
Satisfacción adaptabilidad	-.028	-.567	.571

Variable dependiente: frecuencia de consumo semanal

Tabla 20. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable consumo esporádico en los últimos 30 días.

	β	t	p
Satisfacción cohesión	-.110	-2.240	.025
Satisfacción adaptabilidad	-.024	-.486	.627

Variable dependiente: frecuencia de consumo esporádico

4.4.6. Dimensiones del apoyo social que predicen el consumo regular de drogas y su frecuencia en los últimos 30 días. La aceptación personal, la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del apoyo social (aceptación personal, la

autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional) y como variable dependiente el consumo de drogas regular de drogas y su frecuencia en los últimos 30 días.

Respecto a la influencia del apoyo social del adolescente sobre el consumo de drogas, se analizaron las dimensiones: aceptación personal, la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional.

En la ecuación de regresión se utiliza la aceptación personal, la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional del apoyo social como variables predictoras del consumo. En la tabla 21 se muestra que la variable predictor que se relaciona negativamente con el consumo de drogas es el apoyo en la consecución de metas. Mientras que la dimensión de apoyo a la autonomía se relaciona positivamente. Las dimensiones apoyo emocional, apoyo informativo y la aceptación no han resultado estadísticamente significativa. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .039$, $F = 12.05$, $p < .001$ (tabla 21).

Por tanto, poseer una fuente de apoyo que favorezca la autonomía personal del adolescente favorece el consumo de drogas. Posiblemente una mayor autonomía en los jóvenes puede ocasionar una mayor exposición a factores de riesgos para el consumo de drogas. Por el contrario, las fuentes de apoyo que orientan a la consecución de metas personales indican menos consumo de drogas en los jóvenes.

En cuanto a la frecuencia del consumo de drogas, el apoyo a la autonomía es la variable que predice una relación positiva con el consumo diario de drogas en los últimos 30 días. Por el contrario, el apoyo a metas predice una relación negativa con el consumo diario. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .013$, $F = 3.784$, $p < .002$ (tabla 22).

En la siguiente frecuencia de consumo estudiada, el apoyo a la autonomía también predice una relación positiva con el consumo semanal de drogas en los últimos 30 días. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .018$, $F = 5.437$, $p < .001$ (tabla 23). Y en la frecuencia de consumo esporádico, el apoyo emocional y el apoyo a metas son las variables que predicen una relación negativa con el consumo esporádico de drogas en los últimos 30 días. Por su parte, el apoyo a la autonomía predice una relación positiva con esta frecuencia de consumo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .018$, $F = 5.434$, $p < .001$ (tabla 24).

Tabla 21. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente consumo regular de drogas

	β	t	p
Apoyo emocional	.000	-.006	.995
Apoyo autonomía	.111	2.945	.003
Apoyo informativo	.026	.692	.489
Apoyo metas	-.246	-6.049	.000
Apoyo aceptación	-.024	-.625	.532

Variable dependiente: Consumo de drogas

Tabla 22. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente consumo diario en los últimos 30 días.

	β	t	p
Apoyo emocional	-.013	-.270	.787
Apoyo autonomía	.088	2.309	.021
Apoyo informativo	-.026	-.678	.498
Apoyo metas	-.121	-2.940	.003
Apoyo aceptación	-.024	-.625	.532

Variable dependiente: frecuencia de consumo diario

Tabla 23. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente consumo semanal en los últimos 30 días.

	β	t	p
Apoyo emocional	.014	.291	.771
Apoyo autonomía	.043	1.140	.255
Apoyo informativo	.004	.099	.921
Apoyo metas	-.182	-4.418	.000
Apoyo aceptación	.030	.752	.452

Variable dependiente: frecuencia de consumo semanal

Tabla 24. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente consumo de drogas

	β	t	p
Apoyo emocional	-.093	-1.918	.05
Apoyo autonomía	.112	2.932	.003
Apoyo informativo	-.011	-.301	.763
Apoyo metas	-.115	-2.800	.005
Apoyo aceptación	.022	.522	.572

Variable dependiente: frecuencia de consumo esporádico

4.4.7. Dimensiones de la red de apoyo social que predicen el consumo de droga regular y su frecuencia en los últimos 30 días. Apoyo del novio/a, apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación de la red de apoyo social (apoyo del novio/a,

apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos) y como variable dependiente el consumo regular de drogas y su frecuencia en los últimos 30 días.

Respecto a la influencia de la red de apoyo social del adolescente sobre el consumo regular de drogas, se analizaron las dimensiones: apoyo del novio/a, apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos.

En la ecuación de regresión se utiliza el apoyo del novio/a, apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos. En la tabla 25 se muestra que el apoyo de la madre es la variable que predice negativamente el consumo regular de drogas. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .047$, $F = 4.245$, $p < .001$.

En el análisis de la frecuencia de consumo en los últimos 30 días es el apoyo del padre la variable que predice negativamente el consumo diario de drogas en los últimos 30 días. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .025$, $F = 2.192$, $p < .042$ (tabla 26). Por el contrario, es el apoyo de la madre la variable que predice negativamente el consumo semanal de drogas en los últimos 30 días (tabla 27). La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .049$, $F = 4.437$, $p < .000$.

Tabla 25. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente consumo regular de drogas

	β	t	p
Apoyo padre	-.102	-1.830	.068
Apoyo madre	-.143	-2.328	.020
Apoyo adulto	-.089	-1.457	.146
Apoyo hermano	.080	1.421	.156
Apoyo amigo	.089	1.526	.128
Apoyo novio	.075	1.470	.142

Variable dependiente: Consumo de drogas

Tabla 26. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente consumo diario en los últimos 30 días

	β	t	p
Apoyo del padre	-.135	-2.376	.018
Apoyo madre	-.088	-1.411	.159
Apoyo adulto	.052	.840	.402
Apoyo hermano	.048	.841	.400
Apoyo amigo	.022	.367	.713
Apoyo novio	.034	.652	.515

Variable dependiente: frecuencia de consumo diario

Tabla 27. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente consumo semanal en los últimos 30 días

	β	t	p
Apoyo de la madre	-.208	-3.387	.001
Apoyo padre	-.070	-1.257	.209
Apoyo adulto	-.023	-.379	.705
Apoyo hermano	.063	1.115	.266
Apoyo amigo	.082	1.398	.163
Apoyo novio	.064	1.261	.208

Variable dependiente: frecuencia de consumo semanal

Como resumen de los resultados obtenidos en el análisis de regresión de las dimensiones del sistema familiar (dinámica de funcionamiento, red de apoyo social, funcionalidad del apoyo social y el consumo de drogas en jóvenes):

- A medida que la cohesión percibida de la familia aumenta (aumenta la vinculación emocional, las coaliciones, el tiempo que pasan juntos, el espacio que comparten, los amigos, la toma de decisiones conjuntas, los intereses comunes y la recreación que unen a los distintos miembros de la familia) disminuye el consumo de drogas.
- En cuanto a la frecuencia de consumo de drogas, todas las frecuencias estudiadas (diario, semanal y esporádico) tienen una relación negativa con la percepción de *cohesión* familiar. Mientras que la *adaptabilidad familiar* tiene una relación positiva con el consumo diario. Cuanto más flexible perciben los jóvenes la dinámica familiar, más consumo diario.

- A medida que crece el deseo de vinculación emocional (cohesión) en los jóvenes, disminuye el consumo de drogas. Por lo tanto, las expectativas de una vinculación emocional positiva puede ser un predictor del ajuste de los jóvenes y en un factor de protección frente al consumo de drogas.
- Respecto a la comunicación con la madre, cuando ésta es problemática (comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada), aumenta el consumo de drogas. Esta relación también se da en el consumo de drogas de frecuencia semanal. En cambio, cuando la comunicación es abierta (basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción), se relaciona con una disminución del consumo. Lo mismo ocurre con la comunicación con el padre, con la diferencia de que los resultados relacionados con la frecuencia de consumo (diario, semanal y esporádico) muestran que la comunicación *apertura* (positiva, abierta, eficaz...) se relaciona con menos consumos diario, semanales y esporádicos.
- Cuanto mayor es la satisfacción de los adolescentes con la cohesión familiar (vinculación emocional de los miembros, equilibrio entre la unión y la separación), menos consumo de drogas. Y en lo que respecta a la frecuencia de consumo: la satisfacción con la *adaptabilidad* se relaciona negativamente con el consumo diario; la satisfacción con la *cohesión* se relaciona negativamente con el consumo semanal; y la satisfacción con la *cohesión* se relaciona negativamente con el consumo esporádico.
- Poseer una fuente de apoyo que favorezca la autonomía personal del adolescente aumenta el riesgo de consumo de drogas. Posiblemente, una mayor autonomía en los jóvenes conlleva una mayor exposición a factores de riesgo para el consumo de

drogas. Por el contrario, las fuentes de apoyo que orientan a la consecución de metas personales indican menos consumo de drogas en los jóvenes. En referencia a la frecuencia de consumo, aquellos que consumen a diario tienen una relación positiva con el *apoyo a la autonomía*, mientras que el *apoyo a metas* se relaciona negativamente tanto con el consumo diario como el semanal y el esporádico. Esta última frecuencia se relaciona negativamente con el apoyo emocional y positivamente con el apoyo a la autonomía.

- En relación a las fuentes de apoyo social, la madre como fuente de apoyo social es un factor protector frente al consumo de drogas. A más apoyo de la madre, menos consumo de drogas. Y teniendo en cuenta la frecuencia, el apoyo de la madre se relaciona negativamente con el consumo semanal de drogas, mientras que el del padre se relaciona negativamente con el consumo diario. El resto de fuentes de apoyo no han dado resultados estadísticamente significativos.

4.4.8. Dimensiones del sistema familiar que predicen la realización de conductas delictivas. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente la emisión de conductas delictivas.

Respecto a la influencia del funcionamiento del sistema familiar percibido sobre la emisión de conductas delictivas se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras de las conductas delictivas. En la tabla 28 se muestra que la percepción de cohesión familiar es la variable que predice una relación negativa con la comisión de conductas delictivas, mientras que la percepción de adaptabilidad familiar predice una relación positiva con la realización de conductas delictivas. Este último resultado se ajusta al modelo de Olson ya que, según este autor, niveles excesivamente altos de adaptabilidad pueden conformar un sistema familiar caótico, donde no estén claras las normas de funcionamiento ni los roles ni la organización de las tareas... La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .50$, $F = 40.087$, $p < .001$.

Tabla 28. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar percibido sobre la variable emisión conducta delictiva.

	β	t	p
Cohesión percibida	-.259	-8.379	.000
Adaptabilidad percibida	.074	2.389	.017

Variable dependiente: conductas delictivas

4.4.9. Dimensiones del sistema familiar que predicen la emisión de conductas delictivas. La cohesión ideal y adaptabilidad ideal

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar ideal y como variable dependiente cometer conductas delictivas.

Respecto a la influencia del sistema familiar ideal sobre las conductas delictivas, se analizaron las dos dimensiones: cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad ideal del sistema familiar como variables predictoras de la emisión de conductas delictivas. En la tabla 29 se muestra cómo la cohesión familiar ideal es la variable que predice negativamente la realización de comportamientos delictivos, mientras que la adaptación familiar ideal predice una relación positiva con dichas conductas. Pasa lo mismo cuando se mide cohesión y adaptabilidad familiar percibida: a medida que la cohesión ideal de la familia es mayor, decrecen las conductas delictivas; mientras que cuanto más flexible es la dinámica familiar, más conductas delictivas aparecen. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .025$, $F = 19,43$, $p < .001$.

Tabla 29. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar ideal sobre la variable cometer conductas delictivas.

	β	t	p
Cohesión ideal	-.216	9.438	.000
Adaptabilidad ideal	.122	3.490	.000

Variable dependiente: conductas delictivas

4.4.10. Dimensiones del sistema familiar que predicen la emisión de conductas delictivas. La comunicación con la madre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente la emisión de conductas delictivas.

Respecto a la influencia de la comunicación familiar sobre la emisión de conductas delictivas, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras de las conductas delictivas. En la tabla 30 se muestra cómo la comunicación problemática con la madre predice una relación negativa con la comisión de conductas delictivas y cómo la comunicación abierta predice una relación negativa con dichas conductas. Al igual que ocurre con el consumo de drogas, una comunicación abierta (basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción) se relaciona con menos conductas delictivas en los jóvenes, mientras que una comunicación problemática (comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada) se relaciona con un aumento de las conductas delictivas. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .044$, $F = 34.329$, $p < .001$.

Tabla 30. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con la madre sobre la variable comisión de conductas delictivas.

	β	t	p
Comunicación apertura madre	-.132	-4.922	.000
Comunicación problema madre	.124	4.623	.000

Variable dependiente: conductas delictivas

4.4.11. Dimensiones del sistema familiar que predicen la emisión de conductas delictivas. La comunicación con el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con el padre (apertura y problema) y como variable dependiente la emisión de conductas delictivas.

Respecto a la influencia de la comunicación familiar sobre la emisión de conductas delictivas, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema con el padre.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras de la comisión de conductas delictivas. En la tabla 30 se muestra que la comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación negativa con la realización de conductas delictivas y que la comunicación problemática predice una relación positiva con dicha conducta. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .037$, $F = 27.096$, $p < .001$.

Tabla 30. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con el padre sobre la variable conductas delictivas

	β	t	p
Comunicación apertura padre	-.134	-5.054	.000
Comunicación problema padre	.112	4.225	.000

Variable dependiente: conducta delictiva

4.4.12. Dimensiones del sistema familiar que predicen la realización de conductas delictivas. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente la emisión de conductas delictivas.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre la emisión de conductas

delictivas, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción con la adaptabilidad y la satisfacción con la cohesión del sistema familiar como variables predictoras de las conductas delictivas. En la tabla 31 se muestra que tanto la variable predictora satisfacción con la cohesión como satisfacción con la adaptabilidad se relacionan negativamente con las conductas delictivas. Al igual que con el consumo de drogas, una buena satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, se relacionan con comisión de menos conductas delictivas en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .65$, $F = 50.93$, $p < .001$.

Tabla 31. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la satisfacción con el funcionamiento familiar sobre la variable comisión de conductas delictivas

	β	t	p
Satisfacción cohesión	-.126	-2.641	.000
Satisfacción adaptabilidad	-.140	-2.923	.004

Variable dependiente: conductas delictivas

4.4.13. Dimensiones del apoyo social que predicen la emisión de las conductas delictivas. La aceptación personal, la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del apoyo social (aceptación personal, la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional) y como variable dependiente la comisión de conductas delictivas.

Respecto a la influencia del apoyo social del adolescente sobre la realización de conductas delictivas, se analizaron las dimensiones: aceptación personal, la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional.

En la ecuación de regresión se utiliza la aceptación personal, la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a las metas personales y el apoyo emocional del apoyo social como variables predictoras de la emisión de conductas delictivas. En la tabla 32 se muestra que el apoyo a las metas personales del joven predice una relación negativa con la realización de conductas delictivas. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .085$, $F = 27.582$, $p < .001$.

Tabla 32. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable dependiente conductas delictivas.

	β	t	p
Apoyo emocional	-.042	-.901	.368
Apoyo autonomía	.060	1.624	.105
Apoyo informativo	-.064	-1.769	.077
Apoyo metas	-.228	-5.733	.000
Apoyo aceptación	-.030	-.800	.424

Variable dependiente: conductas delictivas

4.4.14. Dimensiones de la red de apoyo social que predicen la realización de conductas delictivas. Apoyo del novio/a, apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación de la red de apoyo social (apoyo del novio/a, apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos) y como variable dependiente la emisión de conductas delictivas.

Respecto a la influencia de la red de apoyo social del adolescente sobre las conductas delictivas, se analizaron las dimensiones: apoyo del novio/a, apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos.

En la ecuación de regresión se utiliza el apoyo del novio/a, apoyo del padre, apoyo de la madre, apoyo del hermano, apoyo de los amigos, apoyo de adultos cercanos. En la tabla 33 se muestra cómo el apoyo del padre y el de un adulto cercano (que en nuestro estudio son los abuelos) son las fuentes de apoyo que predicen una relación negativa con la comisión de conductas delictivas; mientras que el apoyo del novio/a predice una relación positiva. Estos datos coinciden con los encontrados en el estudio de Musitu (2004), en el que el apoyo familiar aparece como buen predictor del ajuste psicosocial de los jóvenes, mientras que el apoyo de los amigos y novios no parecen ejercer una influencia destacada en este ajuste, aunque sí son capaces de explicar algunos comportamientos de riesgo como el consumo de drogas o las conductas delictivas. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .087$, $F = 8.217$, $p < .001$.

Tabla 33. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del apoyo social sobre la variable conductas delictivas

	β	t	p
Apoyo padre	-.116	-2.114	.035
Apoyo madre	-.114	-1.887	.060
Apoyo adulto	-.117	-1.955	.05
Apoyo hermano	.029	-.530	.596
Apoyo amigo	.009	-.162	.871
Apoyo novio	.122	2.427	.016

Variable dependiente: conductas delictivas

Resumen de los análisis de regresión de las variables conductas delictivas y sistema familiar:

- A medida que la cohesión de la familia es mayor, se producen menos conductas delictivas; mientras que, cuanto más flexible es la dinámica familiar, más conductas delictivas aparecen. Parece que niveles excesivamente altos de adaptabilidad pueden conformar un sistema familiar caótico, donde no estén claras las normas de funcionamiento, los roles ni la organización de las tareas...
- Por otra parte, la cohesión familiar ideal se relaciona negativamente con la realización de conductas delictivas, mientras que la adaptación ideal se relaciona positivamente. Pasa lo mismo que cuando se miden cohesión y adaptabilidad percibida: a medida que la cohesión ideal de la familia es mayor, decrecen las conductas delictivas; mientras que cuanto más flexible es la dinámica familiar, más conductas delictivas aparecen.
- En la comunicación con la madre, al igual que ocurre con el consumo de drogas, una comunicación abierta (basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción) se relaciona con menos conductas delictivas en los jóvenes, mientras que una comunicación problemática (comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la día) se relaciona con un aumento de las conductas delictivas. En la comunicación con el padre se obtienen resultados similares.
- Al igual que con el consumo de drogas, una buena satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, se relacionan con menos conductas delictivas en los jóvenes.

- Por su parte, el apoyo social en el ámbito familiar dirigido a la consecución de metas personales se relaciona con menos conductas delictivas.
- Y en cuanto a la red apoyo social, los datos indican que percibir el apoyo tanto de la madre como del padre (incluso el de un adulto cercano que sea importante para el joven) se relaciona con menos conductas delictivas. En cambio, la figura del novio-a se relaciona con más conductas delictivas.

4.4.15. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo emocional. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo emocional.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo emocional se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo emocional. En la tabla 34 se muestra que tanto la cohesión como la adaptabilidad percibida son las variables que predicen una relación positiva con la percepción de apoyo emocional en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .26$, $F = 129.527$, $p < .001$.

Tabla 34. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo emocional.

	β	t	p
Cohesión percibida	.443	13.898	.000
Adaptabilidad percibida	.100	3.399	.003

Variable dependiente: apoyo emocional

4.4.16. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo emocional. La cohesión ideal y adaptabilidad ideal

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar ideal y como variable dependiente el apoyo emocional.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo emocional, se analizaron las dos dimensiones: cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad ideal del sistema familiar como variables predictoras del apoyo emocional. En la tabla 35 se muestra que la adaptabilidad ideal familiar predice una relación negativa con el apoyo emocional. Se puede inferir de este resultado que a mayor deseo de flexibilidad en las dinámicas familiares, menor percepción de apoyo emocional en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .26$, $F = 129.527$, $p < .001$.

Tabla 35. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo emocional.

	β	t	p
Cohesión ideal	.049	1.397	.163
Adaptabilidad ideal	-.097	-2.960	.003

Variable dependiente: apoyo emocional

4.4.17. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a la autonomía. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo a la autonomía.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo a la autonomía, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo a la autonomía. En la tabla 36 se muestra que la percepción de cohesión y adaptabilidad familiar son las variables que predicen una relación positiva con la percepción de apoyo a la autonomía personal: es decir, a medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo a la autonomía en los jóvenes. Y lo mismo ocurre con la dimensión de adaptabilidad percibida: a mayor adaptabilidad, mayor percepción de apoyo a la autonomía. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .184$, $F = 82.751$, $p < .001$.

Tabla 36. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a la autonomía personal.

	β	t	p
Cohesión percibida	.259	8.791	.000
Adaptabilidad percibida	.159	5.113	.000

Variable dependiente: apoyo a la autonomía

4.4.18. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a la autonomía personal. La cohesión ideal y adaptabilidad ideal

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar ideal y como variable dependiente el apoyo a la autonomía.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo a la autonomía, se analizaron las dos dimensiones: cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad ideal del sistema familiar como variables predictoras del apoyo a la autonomía personal. En la tabla 37 se muestra que la cohesión ideal es la variable que predice una relación positiva con el apoyo a la autonomía personal y la adaptabilidad ideal predice una relación negativa con el apoyo a la autonomía. Esto significa que a medida que la adaptabilidad ideal de la familia aumenta, menor es la percepción de apoyo a la autonomía en los jóvenes. En cambio, conforme aumenta el deseo de mejorar la cohesión, mayor es el apoyo a la autonomía. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .184$, $F = 82.751$, $p < .001$.

Tabla 37. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a la autonomía personal.

	β	t	p
Cohesión ideal	.090	2.451	.014
Adaptabilidad ideal	-.090	-2.601	.009

Variable dependiente: apoyo a la autonomía

4.4.19. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo informativo. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo informativo.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo informativo, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo informativo. En la tabla 38 se muestra que la cohesión percibida es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo informativo en los jóvenes. Esto es, a medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo informativo en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .163$, $F = 71.580$, $p < .001$.

Tabla 38. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo informativo.

	β	t	p
Cohesión percibida	.248	10.258	.000
Adaptabilidad percibida	.047	1.482	.139

Variable dependiente: apoyo informativo

4.4.20. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo informativo. La cohesión ideal y adaptabilidad ideal

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar ideal y como variable dependiente el apoyo informativo.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo informativo, se analizaron las dos dimensiones: cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad ideal del sistema familiar como variables predictoras del apoyo informativo. En la tabla 39 se muestra que la cohesión ideal es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo informativo. Lo que implicaría que conforme aumenta el deseo de mejorar la cohesión, mayor es el apoyo informativo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .163$, $F = 71.580$, $p < .001$.

Tabla 39. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo informativo.

	β	t	p
Cohesión ideal	.082	2.194	.028
Adaptabilidad ideal	-.063	-1.604	.071

Variable dependiente: apoyo informativo

4.4.21. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a metas. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo a metas.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo a metas, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo a metas. En la tabla 40 se muestra que la percepción de apoyo familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción del apoyo a metas. A medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo a metas en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .212$, $F = 98.796$, $p < .001$.

Tabla 40. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a metas

	β	t	p
Cohesión percibida	.397	12.052	.000
Adaptabilidad percibida	.056	1.812	.070

Variable dependiente: apoyo a metas

4.4.22. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a las metas. La cohesión ideal y adaptabilidad ideal

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar ideal y como variable dependiente el apoyo a las metas.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo a metas, se analizaron las dos dimensiones: cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad ideal del sistema familiar como variables predictoras del apoyo a las metas. En la tabla 41 se muestra que la cohesión ideal es la variable que predice una relación positiva con la percepción del apoyo hacia las metas personales. Mientras que la adaptabilidad ideal predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .212$, $F = 98.796$, $p < .001$.

Tabla 41. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a las metas

	β	t	p
Cohesión ideal	.101	2.797	.005
Adaptabilidad ideal	-.101	-2.969	.003

Variable dependiente: apoyo a metas

4.4.23. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo hacia la aceptación personal. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo a la aceptación.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo a la aceptación, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo a la aceptación. En la tabla 42 se muestra que la cohesión percibida es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo a la aceptación: a medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo a la aceptación en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .182$, $F = 81.056$, $p < .001$.

Tabla 42. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a la aceptación.

	β	t	p.
Cohesión percibida	.389	11.581	.000
Adaptabilidad percibida	.054	1.725	.085

Variable dependiente: apoyo a la aceptación

4.4.24. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo hacia la aceptación personal. La cohesión ideal y adaptabilidad ideal

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar ideal y como variable dependiente el apoyo a la aceptación.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo a la aceptación, se analizaron las dos dimensiones: cohesión ideal y adaptabilidad ideal.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad ideal del sistema familiar como variables predictoras del apoyo a la aceptación. En la tabla 43 se muestra que la adaptabilidad ideal es la variable que predice una relación negativa con la percepción de apoyo de aceptación personal. Esto significa que, a medida que la adaptabilidad ideal de la familia aumenta, menor es la percepción de apoyo a la aceptación en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .182$, $F = 81.056$, $p < .001$.

Tabla 43. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a la aceptación

	β	t	p
Cohesión ideal	.044	1.191	.234
Adaptabilidad ideal	-.090	-2.588	.010

Variable dependiente: apoyo a la aceptación

4.4.25. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo del padre. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo del padre.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo del padre, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo del padre. En la tabla 44 se muestra que la cohesión y la adaptabilidad percibida son las variables que predicen una relación positiva con la percepción de apoyo del padre: a medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo del padre en los jóvenes. Y lo mismo ocurre con la adaptabilidad percibida: a mayor adaptabilidad percibida, mayor apoyo del padre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .220$, $F = 100.569$, $p < .001$.

Tabla 44. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo del padre

	β	t	p
Cohesión percibida	.414	12.540	.000
Adaptabilidad percibida	.072	2.336	.020

Variable dependiente: apoyo del padre

4.4.26. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de la madre. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de la madre.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo de la madre, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de la madre. En la tabla 45 se muestra que tanto la cohesión como la adaptabilidad percibida son las variables que predicen una relación positiva con la percepción de apoyo de la madre: a medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo de la madre en los jóvenes. Y lo mismo ocurre con la adaptabilidad percibida: a mayor adaptabilidad percibida, mayor apoyo de la madre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .294$, $F = 151.882$, $p < .001$.

Tabla 45. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de la madre

	β	t	p
Cohesión percibida	.448	14.367	.000
Adaptabilidad percibida	.134	4.604	.000

Variable dependiente: apoyo de la madre

4.4.27. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de un adulto cercano. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de un adulto cercano.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo de un adulto cercano se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de un adulto cercano. En la tabla 46 se muestra que la cohesión y la adaptabilidad percibida son las variables que predicen una relación positiva con la percepción de apoyo de un adulto cercano: a medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo de un adulto cercano en los jóvenes. Y lo mismo ocurre con la adaptabilidad percibida: a

mayor adaptabilidad percibida, mayor apoyo de un adulto cercano. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .131$, $F = 39.972$, $p < .001$.

Tabla 46. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de un adulto cercano

	β	t	p
Cohesión percibida	.267	6.637	.000
Adaptabilidad percibida	.072	1.917	.05

Variable dependiente: apoyo de un adulto cercano

4.4.28. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de los hermanos. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de hermanos.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo de hermanos, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de hermanos. En la tabla 47 se muestra que la percepción de cohesión familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo de los hermanos. A medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo de hermanos en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .158$, $F = 62.508$, $p < .001$.

Tabla 47. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de hermanos

	β	t	p
Cohesión percibida	.351	9.900	.000
Adaptabilidad percibida	.053	1.615	.107

Variable dependiente: apoyo de hermanos

4.4.29. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de los amigos. La cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de amigos.

Respecto a la influencia del sistema familiar sobre la percepción de apoyo de amigos, se analizaron las dos dimensiones: cohesión percibida y adaptabilidad percibida.

En la ecuación de regresión se utiliza la cohesión y la adaptabilidad percibidas del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de amigos. En la tabla 48 se muestra que la variable predictora que se relaciona positivamente con la percepción de apoyo de hermanos es la cohesión familiar percibida: a medida que la cohesión de la familia es mayor, mayor es la percepción de apoyo de amigos en los jóvenes. La dimensión adaptabilidad no ha dado resultados significativos. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .069$, $F = 25.980$, $p < .001$.

Tabla 48. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de amigos

	β	t	p
Cohesión percibida	.226	6.187	.000
Adaptabilidad percibida	.007	.215	.830

Variable dependiente: apoyo de amigos

4.4.30. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo emocional. La comunicación con la madre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo emocional.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo emocional, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo emocional. En la tabla 49 se muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo emocional, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .291$, $F = 303.420$, $p < .001$.

Tabla 49. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con la madre sobre la variable apoyo emocional

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.460	19.648	.000
Comunicación problema madre	-.141	-6.937	.000

Variable dependiente: apoyo emocional

4.4.31. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo emocional. La comunicación con el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo emocional.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo emocional, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo emocional. En la tabla 50 se muestra que la comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo emocional, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .267$, $F = 256.948$, $p < .001$.

Tabla 50. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con el padre sobre la variable apoyo emocional

	β	t	Sig.
Comunicación apertura padre	.460	19.648	.000
Comunicación problema padre	-.141	-6.937	.000

Variable dependiente: apoyo emocional

4.4.32. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a la autonomía. La comunicación con la madre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo a la autonomía.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo a la autonomía, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo emocional. En la tabla 51 se muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo hacia la autonomía, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .299$, $F = 11.625$, $p < .001$.

Tabla 51. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con la madre sobre la variable apoyo a la autonomía

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.307	11.625	.000
Comunicación problema madre	-.129	-4.580	.000

Variable dependiente: apoyo autonomía

4.4.33. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a la autonomía personal. La comunicación con el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo a la autonomía.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo a la autonomía, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo a la autonomía. En la tabla 52 se muestra que la comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo hacia la autonomía, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .289$, $F = 141.113$, $p < .001$.

Tabla 52. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con el padre sobre la variable apoyo a la autonomía

	β	t	p
Comunicación apertura padre	.209	8.310	.000
Comunicación problema padre	-.119	-4.436	.000

Variable dependiente: apoyo autonomía

4.4.34. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo informativo. La comunicación con la madre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo informativo.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo informativo, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo informativo. En la tabla 53 se muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo informativo, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .308$, $F = 153.886$, $p < .001$.

Tabla 53. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con la madre sobre la variable apoyo informativo

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.291	11.163	.000
Comunicación problema madre	-.112	-5.123	.000

Variable dependiente: apoyo informativo

4.4.35. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo informativo. La comunicación con el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo informativo.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo a la informativo, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo informativo. En la tabla 54 se muestra que la comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo informativo, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .308$, $F = 153.886$, $p < .001$.

Tabla 54. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con el padre sobre la variable apoyo informativo

	β	t	p
Comunicación apertura padre	.247	9.972	.000
Comunicación problema padre	-.105	-3.958	.000

Variable dependiente: apoyo informativo

4.4.36. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a las metas. La comunicación con la madre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo a las metas.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo a las metas, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo a metas. En la tabla 55 se muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo dirigido hacia la metas de los jóvenes, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .305$, $F = 152.037$, $p < .001$.

Tabla 55. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con la madre sobre la variable apoyo a las metas

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.289	11.061	.000
Comunicación problema madre	-.129	-4.602	.000

Variable dependiente: apoyo a metas

4.4.37. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a las metas. La comunicación con el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo a las metas.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo a metas, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo a las metas. En la tabla 56 se muestra que la comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo a las metas, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .305$, $F = 152.037$, $p < .001$.

Tabla 56. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con el padre sobre la variable apoyo a metas.

	β	t	p
Comunicación apertura padre	.257	10.328	.000
Comunicación problema padre	-.108	-4.056	.000

Variable dependiente: apoyo a metas

4.4.38. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo hacia la aceptación. La comunicación con la madre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo de aceptación.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo de aceptación, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo de aceptación. En la tabla 57 se muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo hacia la aceptación, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .302$, $F = 148.968$, $p < .001$.

Tabla 57. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con la madre sobre la variable apoyo de aceptación

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.301	11.487	.000
Comunicación problema madre	-.095	-3.387	.001

Variable dependiente: apoyo de aceptación

4.4.39. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de aceptación. La comunicación con el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo de aceptación.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo de aceptación se analizaron, las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema.

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo de aceptación. En la tabla 58 se muestra que la comunicación abierta con el padre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo a la aceptación, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con este tipo de apoyo. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .302$, $F = 148.968$, $p < .001$.

Tabla 58. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación con el padre sobre la variable apoyo de aceptación

	β	t	p
Comunicación apertura padre	.256	10.274	.000
Comunicación problema padre	-.124	-4.635	.000

Variable dependiente: apoyo de aceptación

4.4.40. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de la madre. La comunicación con la madre y el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre y el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo de la madre.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo de la madre, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema (con la madre y con el padre).

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo de la madre. En la tabla 59 se muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo de la madre, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con esta fuente de apoyo. El mismo resultado se obtiene con la comunicación con el padre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .302$, $F = 148.968$, $p < .001$.

Tabla 59. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable apoyo de la madre

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.603	28.459	.000
Comunicación problema madre	-.192	-8.479	.000
Comunicación apertura padre	.071	3.508	.000
Comunicación problema padre	-.041	-1.910	.05

Variable dependiente: apoyo de la madre

4.4.41. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo del padre. La comunicación con la madre y el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo del padre.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo del padre se analizaron, las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema (con la madre y con el padre).

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo del padre. La tabla 60 muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo del padre, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con esta fuente de apoyo. El mismo resultado se obtiene con la comunicación con el padre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .531$, $F = 390.611$, $p < .001$.

Tabla 60. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable apoyo del padre

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.149	6.928	.000
Comunicación problema madre	-.068	-2.958	.003
Comunicación apertura padre	.572	27.881	.000
Comunicación problema padre	-.169	-7.680	.000

Variable dependiente: apoyo del padre

4.4.42. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de un adulto cercano. La comunicación con la madre y el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre y el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo de un adulto cercano.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo de un adulto cercano, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema (con la madre y con el padre).

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo de un adulto cercano. La tabla 61 muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo de un adulto cercano, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con esta fuente de apoyo. En el caso de la comunicación con el padre, la comunicación positiva es la variable que predice la relación positiva con el apoyo de un adulto cercano. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .160$, $F = 47.541$, $p < .001$.

Tabla 61. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable apoyo de un adulto cercano

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.277	8.139	.000
Comunicación problema madre	-.133	-3.628	.003
Comunicación apertura padre	.078	2.407	.016
Comunicación problema padre	-.058	-1.660	.097

Variable dependiente: apoyo de un adulto cercano

4.4.43. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de los hermanos. La comunicación con la madre y el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre y el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo de los hermanos.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo de los hermanos, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema (con la madre y con el padre).

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo de los hermanos. La tabla 62 muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo de los hermanos, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con esta fuente de apoyo. El mismo resultado se obtiene con la comunicación con el padre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .219$, $F = 88.839$, $p < .001$.

Tabla 62. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable apoyo de los hermanos

	β	t	p
Comunicación apertura madre	.266	9.211	.000
Comunicación problema madre	-.090	-2.911	.004
Comunicación apertura padre	.185	6.690	.000
Comunicación problema padre	-.127	-4.297	.000

Variable dependiente: apoyo de los hermanos

4.4.44. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de los amigos. La comunicación con la madre y el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre y el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo de los amigos.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo de los hermanos, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema (con la madre y con el padre).

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo de los hermanos. La tabla 63 muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo de los amigos, mientras que la comunicación problemática predice una relación negativa con esta fuente de apoyo. El mismo resultado se obtiene con la comunicación con el padre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .115$, $F = 43.244$, $p < .001$.

Tabla 63. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable apoyo de los amigos

	β	t	Sig.
Comunicación apertura madre	.167	5.525	.000
Comunicación problema madre	-.111	-3.432	.001
Comunicación apertura padre	.128	4.4444	.000
Comunicación problema padre	-.078	-2.538	.011

Variable dependiente: apoyo de amigos

4.4.45. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo del novio-a. La comunicación con la madre y el padre (apertura y problema)

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la comunicación con la madre y el padre (apertura y problema) y como variable dependiente el apoyo del novio-a.

Respecto a la influencia del sistema familiar percibido sobre el apoyo del novio-a, se analizaron las dos dimensiones: comunicación apertura y comunicación problema (con la madre y con el padre).

En la ecuación de regresión se utiliza la comunicación apertura y comunicación problema como variables predictoras del apoyo de los hermanos. La tabla 64 muestra que la comunicación abierta con la madre es la variable que predice una relación positiva con el apoyo del novio-as. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .033$, $F = 5.390$, $p < .001$

Tabla 64. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones de la comunicación familiar sobre la variable apoyo del novio-a

	β	t	Sig.
Comunicación apertura madre	.1167	2.610	.009
Comunicación problema madre	-.080	-1.708	.088
Comunicación apertura padre	.062	1.464	.144
Comunicación problema padre	.050	1.098	.273

Variable dependiente: apoyo de novio-a

4.4.46. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo emocional. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo emocional.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo emocional, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo emocional. En la tabla 65 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo emocional. Estos resultados indican que una buena satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, se relacionan con una mayor percepción de apoyo emocional en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .377$, $F = 441.043$, $p < .001$.

Tabla 65. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo emocional

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.273	6.968	.000
Satisfacción adaptabilidad	.366	9.339	.000

Variable dependiente: apoyo emocional

4.4.47. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo hacia la autonomía. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo hacia la autonomía.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo hacia la autonomía, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo hacia la autonomía. En la tabla 66 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo hacia la autonomía. Estos resultados indican que una buena satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, se relacionan con una mayor percepción de apoyo hacia la autonomía en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .266$, $F = 262.941$, $p < .001$.

Tabla 66. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a la autonomía

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.254	5.968	.000
Satisfacción adaptabilidad	.028	6.640	.000

Variable dependiente: apoyo a la autonomía

4.4.48. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo informativo. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo informativo.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo informativo, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo informativo. En la tabla 67 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo informativo. Estos resultados indican que una buena satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, se relacionan con una mayor percepción de apoyo informativo en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .234$, $F = 222.094$, $p < .001$.

Tabla 67. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo informativo

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.256	5.882	.000
Satisfacción adaptabilidad	.248	5.706	.000

Variable dependiente: apoyo informativo

4.4.49. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo a las metas. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo a las metas.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo a metas, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo a metas. En la tabla 68 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo a las metas. Estos resultados indican que una buena satisfacción con el funcionamiento familiar tanto en la cohesión como en la adaptabilidad se relacionan con una mayor percepción de apoyo a metas en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .312$, $F = 328.534$, $p < .001$.

Tabla 68. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo a las metas.

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.307	7.446	.000
Satisfacción adaptabilidad	.274	6.643	.000

Variable dependiente: apoyo a metas

4.4.50. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de aceptación. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de aceptación.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo de aceptación, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de aceptación. En la tabla 69 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo de aceptación. Estos resultados indican que una buena satisfacción con el funcionamiento familiar, tanto en la cohesión como en la adaptabilidad, se relacionan con una mayor percepción de apoyo de aceptación en los jóvenes. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .269$, $F = 266.639$, $p < .001$.

Tabla 69. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de aceptación.

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.244	5.744	.000
Satisfacción adaptabilidad	.295	6.942	.000

Variable dependiente: apoyo de aceptación

4.4.51. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo del padre. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo del padre.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo del padre, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo del padre. En la tabla 70 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo del padre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .346$, $F = 374.277$, $p < .001$.

Tabla 70. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo del padre

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.203	6.631	.000
Satisfacción adaptabilidad	.342	8.403	.000

Variable dependiente: apoyo del padre

4.4.52. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de la madre. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de la madre.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo de la madre, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de la madre. En la tabla 71 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo de la madre. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .407$, $F = 495.884$, $p < .001$.

Tabla 71. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de la madre

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.256	6.869	.000
Satisfacción adaptabilidad	.397	10.289	.000

Variable dependiente: apoyo de la madre

4.4.53. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de un adulto cercano. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de un adulto cercano.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo de adulto cercano, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de adulto cercano. En la tabla 72 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo de adulto cercano. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .158$, $F = 97.396$, $p < .001$.

Tabla 72. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de un adulto cercano

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.315	5.982	.000
Satisfacción adaptabilidad	.094	1.793	.000

Variable dependiente: apoyo adulto cercano

4.4.54. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de los hermanos. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de los hermanos.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo de los hermanos se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de los hermanos. En la tabla 73 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo de los hermanos. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .220$, $F = 186.129$, $p < .001$.

Tabla 73. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable apoyo de hermanos

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.200	4.234	.000
Satisfacción adaptabilidad	.286	6.040	.000

Variable dependiente: apoyo de hermanos

4.4.55. Dimensiones del sistema familiar que predicen la percepción de apoyo de amigos. La satisfacción con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar

A continuación se realiza un análisis de regresión en el que se utiliza como variable independiente la evaluación del sistema familiar percibido y como variable dependiente el apoyo de los amigos.

Respecto a la influencia de la satisfacción del adolescente con la adaptabilidad familiar y la satisfacción con la cohesión familiar sobre el apoyo de los amigos, se analizaron las dos dimensiones: satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión.

En la ecuación de regresión se utiliza la satisfacción adaptabilidad y satisfacción cohesión del sistema familiar como variables predictoras del apoyo de los amigos. En la tabla 72 se muestra que la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad familiar es la variable que predice una relación positiva con la percepción de apoyo de los amigos. La ecuación de regresión tiene una $R^2 = .114$, $F = 90.156$, $p < .001$.

Tabla 72. Coeficientes estandarizados de regresión, valor t y probabilidad de las dimensiones del sistema familiar sobre la variable dependiente apoyo de amigos.

	β	t	p
Satisfacción cohesión	.252	5.245	.000
Satisfacción adaptabilidad	.096	1.999	.046

Variable dependiente: apoyo de amigos

Resumen:

- La cohesión familiar percibida predice la percepción de apoyo emocional, la percepción de apoyo a la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a metas y el apoyo hacia la aceptación en los jóvenes.
- La adaptabilidad familiar percibida predice la percepción de apoyo emocional y el apoyo a la autonomía.
- El funcionamiento ideal:
 - La flexibilidad ideal en la dinámica familiar (adaptabilidad ideal) predice una menor percepción de apoyo emocional.
 - El deseo de cohesión y de adaptabilidad predicen una menor percepción de apoyo a la autonomía.
 - El apoyo informativo afecta positivamente a la cohesión ideal.
 - El deseo de cohesión familiar incide positivamente sobre una mayor percepción de apoyo hacia las metas. Por otra parte, el deseo de adaptabilidad familiar influye negativamente sobre el apoyo a las metas.

- La adaptabilidad ideal es la variable que se relaciona con una menor percepción de apoyo a la aceptación.
- Red de apoyo:
 - La cohesión percibida predice un mayor apoyo del padre. Lo mismo pasa con el apoyo de la madre, el de un adulto cercano, el de los hermanos y el de los amigos.
 - La adaptabilidad percibida incide positivamente sobre una mayor percepción de apoyo del padre.
- La comunicación con el padre y con la madre:
 - La comunicación positiva y funcional con los padres es la variable que predice una mayor percepción de apoyo emocional, a la autonomía, informacional, a las metas y de aceptación.

En relación a la red de apoyo social, este tipo de comunicación también incide positivamente sobre el apoyo percibido de padres. Por su parte, la comunicación positiva con la madre predice positivamente la percepción de apoyo del novio-a.

- La comunicación problemática con los padres predice un menor apoyo de los padres, así como un menor apoyo a la autonomía, informativo a las metas y de aceptación.

En referencia a la relación de la red de apoyo social y la comunicación problemática con la madre, los resultados muestran que afectan de manera negativa, lo que significa que una mala comunicación con la

madre, predice menos apoyo de la misma. El mismo resultado se ha obtenido con otras fuentes de apoyo (padre, un adulto cercano, a los hermanos y a los amigos).

- Apoyo social y satisfacción con el funcionamiento familiar:
 - La satisfacción con la cohesión familiar predice el apoyo emocional, el apoyo informativo, el apoyo a metas y el apoyo a la aceptación.

En lo referente a la red de apoyo social y la satisfacción con la cohesión familiar predicen una mayor del apoyo del padre, de la madre, de un adulto cercano, de los hermanos y el de los amigos.

- La satisfacción con la adaptabilidad familiar predice una mayor percepción de apoyo emocional, a la autonomía, informativo, a las metas y a la aceptación.

Por su parte, la red de apoyo social y la satisfacción con la adaptabilidad familiar, predicen un mayor apoyo del padre, de la madre, el de los hermanos y el apoyo de los amigos.

4.5. Resultados del modelo de ecuaciones estructurales

Para comprobar los objetivos del estudio se realiza un análisis del modelo de ecuaciones estructurales, utilizando las puntuaciones totales del funcionamiento del sistema familiar percibido (adaptabilidad percibida + cohesión percibida), de la comunicación con la madre (apertura – problema), la comunicación con el padre (apertura – problema), la satisfacción familiar (satisfacción cohesión + satisfacción

adaptabilidad), el apoyo familiar (apoyo del padre + apoyo de la madre), el consumo de drogas (alguna vez + semanal + diario + esporádico) y la conducta delictiva.

En la Figura 1 se muestra la red de relaciones postuladas entre estas variables. En ellas se propone que el adecuado funcionamiento del sistema familiar, la comunicación positiva del padre y de la madre y la satisfacción familiar se relacionan positivamente con la percepción de apoyo familiar y que el apoyo social familiar se relaciona negativamente con el consumo de drogas y las conductas delictivas. A su vez, el consumo de drogas se relaciona con un aumento de las conductas delictivas.

El modelo cuenta con cuatro variables exógenas (sistema familiar, comunicación con la madre, comunicación con el padre y satisfacción familiar) y tres variables endógenas (apoyo social familiar, consumo de drogas y conductas delictivas).

Para probar este modelo de relaciones se usan los programas PRELIS 2 y LISREL 8.30 (Jöreskog y Sörbom, 1993) y el método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS). La Tabla 1 presenta la matriz de intercorrelaciones de las variables sobre las que se realizó el análisis.

La Tabla 2 y la Figura 1 muestran un resumen de este análisis. Los índices globales de ajuste NFI, CFI, IFI, GFI y RFI avalan el buen ajuste del modelo, pues sus valores son superiores a 0.90. El índice RMR y el índice RMSEA también son un buen indicador pues se encuentran por debajo del punto crítico 0.10. Otro indicador del buen ajuste del modelo nos lo proporciona la columna de las R^2 : la proporción de varianza explicada del apoyo familiar es del 63%, de la conducta delictiva es del 27% y, en el caso del consumo de drogas, es algo menor, pues sólo explica el 10%.

Tabla 1. Matriz de correlación que se analiza

	Apoyo familiar	Consumo de drogas	Delincuencia	Sistema familiar	Comunicación madre	Comunicación padre	Satisfacción familiar
Apoyo familiar	1.00						
Consumo de drogas	-0.24	1.00					
Delincuencia	-0.33	0.47	1.00				
Sistema familiar	0.52	-0.18	-0.19	1.00			
Comunicación madre	0.63	-0.18	-0.22	0.47	1.00		
Comunicación padre	0.58	-0.20	-0.19	0.40	0.43	1.00	
Satisfacción familiar	0.68	-0.24	-0.26	0.62	0.57	0.55	1.00

Tabla 2. Resumen del modelo de ecuación estructural

Resumen del modelo de ecuaciones estructurales. Efectos directos e indirectos del sistema familiar, la comunicación con la madre, la comunicación con el padre y la satisfacción familiar sobre el consumo de drogas y la conducta delictiva. Efectos directos e indirectos del apoyo familiar sobre el consumo de drogas y la conducta delictiva. Efectos directos del consumo de drogas sobre la conducta delictiva.

Efectos directos (E.D) e indirectos (E.I). En negrita los coeficientes estandarizados γ y β , el error estándar de cada coeficiente (E.E) y a continuación el valor t

		Sistema Familiar		Comunicación Madre		Comunicación Padre		Satisfacción familiar		Apoyo familiar		Consumo de drogas
		γ		γ		γ		γ		β		β
		E.D.	E.I.	E.D.	E.I.	E.D.	E.I.	E.D.	E.I.	E.D.	E.I.	E.D.
Apoyo familiar R2= .63	Coef.	.07		.28		.24		.37				
	E.E.	.05		.05		.05		.07				
	T	1.28		5.79		5.21		5.19				
Consumo de drogas R2= .10	Coef.		-0.2		-0.08		-0.07		-0.11		-0.30	
	E.E.		.02		.02		.01		.02		.02	
	T		1.27		-5.52		-5.01		-4.99		-16.50	
Conducta delictiva R2= .27	Coef.		-0.2		-0.10		-0.08		-0.13		-0.23	.40
	E.E.		.02		.02		.02		.03		.02	.04
	T		1.27		-5.58		-5.06		-5.02		-9.69	11.45

T > 1.96, p < 0.05. T > 2.58, p < 0.01.

Índices de bondad de ajuste:

- Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.044
- Normed Fit Index (NFI) = 1.00

- Comparative Fit Index (CFI) = 1.00
- Incremental Fit Index (IFI) = 1.00
- Relative Fit Index (RFI) = 1.00
- Root Mean Square Residual (RMR) = 0.016
- Goodness of Fit Index (GFI) = 1.00

Los coeficientes de la Tabla 2 muestran que un adecuado sistema familiar se relaciona positivamente con el apoyo familiar, aunque esta relación ($\gamma = .07$) no ha sido estadísticamente significativa. La comunicación con la madre ($\gamma = .28$) y la comunicación con el padre ($\gamma = .24$) sí han mostrado que se relacionan con la percepción de apoyo familiar de manera directa y significativa. También la satisfacción familiar muestra una importante relación con el apoyo social ($\gamma = .37$).

Asimismo, el sistema familiar tiene una relación indirecta negativa, mediado por el apoyo familiar, sobre el consumo de drogas ($\gamma = -.02$) y sobre la conducta delictiva ($\gamma = -.02$), pero de forma no significativa. En cambio, la comunicación con la madre tiene una relación indirecta estadísticamente significativa vía apoyo social, sobre el consumo de drogas ($\gamma = -.08$) y la conducta delictiva ($\gamma = -.10$). También la comunicación con el padre tiene una relación indirecta, mediado por el apoyo social sobre el consumo de drogas ($\gamma = -.07$) y la conducta delictiva ($\gamma = -.08$). Lo mismo ocurre con la satisfacción familiar, donde las relaciones indirectas encontradas son las más importantes en relación a la disminución del consumo ($\gamma = -.11$) y de las conductas delictivas ($\gamma = -.13$).

Estos resultados muestran que la comunicación con la madre, la comunicación con el padre y la satisfacción familiar tienen una relación directa y significativa sobre la

percepción de apoyo familiar. También se ha encontrado que estas variables se relacionan de forma indirecta vía apoyo social con un menor consumo y un menor número de conductas delictivas, aunque hay que destacar que los efectos directos sobre el apoyo social han sido más importantes que los indirectos sobre el consumo y las conductas delictivas.

Aunque el sistema familiar se relaciona positivamente con el apoyo social y tiene un efecto indirecto sobre la disminución del consumo y de las conductas delictivas, esta relación no ha sido significativa.

En cuanto a la relación entre las variables endógenas, los resultados han sido significativos. Los coeficientes de la tabla muestran que, cuando aumenta la percepción de apoyo familiar, disminuye el consumo de drogas ($\beta = -.30$) y la conducta delictiva ($\beta = -.23$). Ambas relaciones directas son muy importantes. También el apoyo social tiene una relación indirecta negativa importante sobre la conducta delictiva ($\beta = -.12$) y la relación del consumo de drogas sobre la conducta delictiva ($\beta = .40$) ha mostrado ser significativa.

Los resultados indican que la comunicación positiva del padre y de la madre y la satisfacción familiar tienen una relación muy importante con la percepción de apoyo familiar. En cambio, no ha ocurrido lo mismo con el sistema familiar que hace referencia a la cohesión y adaptabilidad percibida entre los miembros, ya que en este caso los resultados no han sido significativos. Sin embargo, ha sido la satisfacción familiar que hace referencia a la satisfacción con la cohesión y la adaptabilidad la que ha tenido una relación muy importante con el apoyo social.

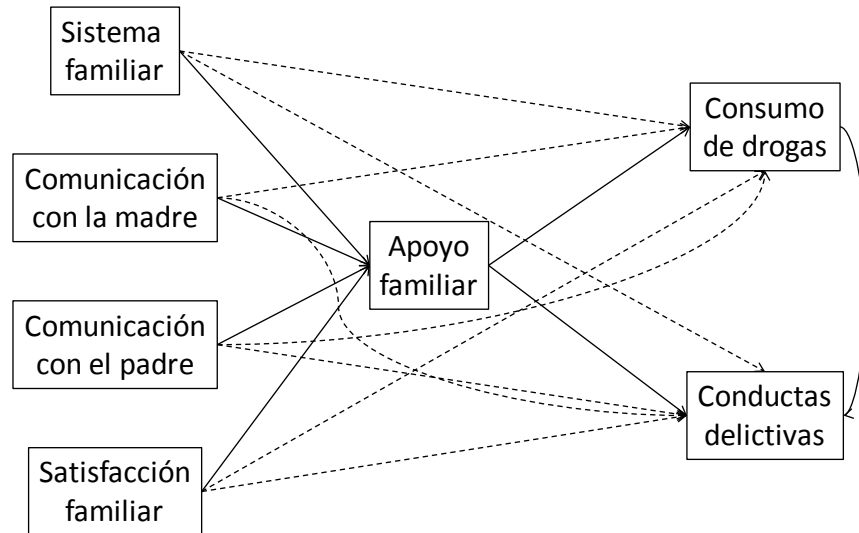
La comunicación abierta y carente de problemas con los hijos tiene una relación muy importante con el apoyo percibido. También se han encontrado efectos indirectos de estas variables vía apoyo social sobre el consumo de drogas y las conductas

delictivas. En todos los casos se relaciona con menor consumo y menor número de conductas delictivas, aunque nuevamente esta relación no ha sido significativa para el sistema familiar. La comunicación con la madre y la del padre son importantes para la reducción del consumo y las conductas delictivas, aunque la comunicación con la madre ha mostrado tener una relación algo mayor que la del padre sobre el consumo y las conductas delictivas. Hay que destacar que la satisfacción familiar ha sido la variable que ha tenido una relación indirecta mayor. También se ha encontrado que la relación con la disminución de las conductas delictivas en todos los casos ha sido mayor que la relación encontrada sobre el consumo.

En general, la satisfacción familiar ha sido la variable que más se ha relacionado con el apoyo social de la familia.

Los resultados también han mostrado que el apoyo familiar tiene un efecto muy importante sobre la disminución del consumo y de las conductas delictivas. Especialmente el apoyo familiar se relaciona de forma muy significativa con menor consumo y el consumo de drogas se relaciona de forma importante con un aumento de las conductas delictivas.

Figura 1. Efectos directos e indirectos del sistema familiar, la comunicación con la madre, la comunicación con el padre, la satisfacción familiar y el apoyo familiar sobre el consumo de drogas y la conducta delictiva (las líneas con puntos indican los efectos indirectos)



5. Conclusiones y discusión

En este último capítulo vamos a realizar una exposición de los principales resultados obtenidos en función de los diferentes tipos de análisis realizados.

El presente trabajo se ha centrado en el análisis del funcionamiento familiar desde la perspectiva del adolescente. También se ha analizado la percepción de apoyo de los jóvenes. Tanto la percepción de funcionamiento como la percepción de apoyo se han analizado como variables que se relacionan con el consumo de drogas y las conductas delictivas en los jóvenes.

El **objetivo I** del estudio es describir los hábitos de consumo y las conductas delictivas de los adolescentes. El primer análisis realizado es un estudio descriptivo de sus hábitos de consumo. Nos hemos ceñido a las drogas, legales e ilegales, más frecuentemente consumidas por la juventud. La idea era no sesgar la respuesta sobre otros tipos de sustancias que no son las más populares entre ellos. Al explorar el consumo de drogas, una de las primeras conclusiones obtenidas es que los resultados hallados en este estudio muestran consumos más bajos en todas las sustancias comparándolas con el último estudio epidemiológico realizado a nivel nacional, la encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España del Plan Nacional Sobre Drogas (2014).

- Tabaco: el porcentaje de jóvenes que han fumado alguna vez, en nuestro estudio, es de 16.1%. Por otra parte, el consumo de tabaco se va consolidando conforme los jóvenes van cumpliendo años. En este sentido, los porcentajes de no fumadores van decreciendo a medida que se van haciendo mayores, pasando del 80.1% en edades de entre 10 y 12 años a 56.8% en edades de entre 19 y 21 años. Los datos indican una prevalencia del 27% en el consumo diario de tabaco por parte de los jóvenes de 19-21 años.
- Alcohol (fermentado y destilado): en nuestro estudio el porcentaje de consumidores es de 17.1% para los fermentados y 26.2% para los destilados. Se observa un mayor consumo de bebidas alcohólicas de alta graduación: esto podría deberse a que las bebidas preferidas por los jóvenes son los combinados (licor más refrescos). Cuando el alcohol es consumido buscando el efecto desinhibidor, los licores son más rápidos, ya que la cantidad de

alcohol que se ingiere es mayor que la que el organismo puede metabolizar, lo que provoca la intoxicación etílica.

- Cannabis: la prevalencia de consumo obtenido en nuestro estudio es de 10.9%
- Cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis: estas sustancias arrojan prevalencias de consumo muy bajas, 1.3% (cocaína), 1.1% (alucinógenos) y 1.2% (drogas de síntesis).

En cuanto al sexo y su relación con el consumo de drogas:

- Las chicas (18.6%) fuman tabaco más que los chicos (13%)
- Alcohol: no se han dado diferencias en las prevalencias de consumo de alcohol fermentado (cerveza, vino) entre chicos (17.4%) y chicas (17.7%). Sin embargo, cuando analizamos el consumo de alcohol destilado (licores de 40° o más de alcohol) en los adolescentes, encontramos un porcentaje más elevado en chicas (29.8%) que en chicos (23.7%).
- Cannabis, cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis: en estas sustancias no se han encontrado diferencias en relación al sexo.
- Se podría concluir que las chicas consumen más drogas legales (tabaco y alcohol) que los chicos y que los patrones de consumo de las drogas ilegales tienden a homogeneizarse en relación al sexo, en parte porque la prevalencia de consumo es muy baja.

Edad de inicio en el consumo de drogas:

- La edad de inicio en el consumo de drogas es algo más precoz entre los chicos respecto al tabaco, con 13.6 años de edad media frente a los 14.2 años de las chicas. En el consumo de alcohol y cocaína, las medias son similares, situándose en los 14 años para ambos. En el consumo de alucinógenos, los chicos comienzan a los 13.5 años de media mientras que las chicas lo hacen a los 15.8 años. En las drogas de síntesis también los chicos comienzan un poco antes, a los 14.2, mientras que las chicas lo hacen a los 15.8 años de edad.

Frecuencia de consumo (consumo en los últimos 30 días):

- Tabaco: encontramos en nuestro estudio una concordancia entre la frecuencia de consumo y el sexo, ya que las chicas fuman más que los chicos diariamente, semanalmente y de forma esporádica.
- Alcohol: el porcentaje de chicos que no han consumido alcohol en los últimos 30 días es mayor que el de las chicas. Por el contrario, el porcentaje de chicos que beben a diario es mayor que el de ellas.
- Las frecuencias de consumo de alcohol de alta graduación, en relación al sexo, muestran que una amplia mayoría de los jóvenes no consume alcohol y que pocos lo toman a diario. La mayoría de los jóvenes consumen alcohol destilado de manera esporádica. Estos datos sobre frecuencia de consumo de alcohol ponen de manifiesto que los jóvenes lo usan más en momentos puntuales (salidas con los amigos) que como una rutina diaria. Se podría

situar el principal consumo de alcohol durante los fines de semana, mayoritariamente combinados (“cubatas”), buscando el efecto desinhibidor del alcohol, en un contexto de ocio.

- Cannabis: los chicos muestran un patrón de consumo más intensivo que las chicas. Ellos consumen más a diario y semanalmente, mientras las chicas lo hacen más esporádicamente. Se consume más de forma esporádica entre los 19 y 21 años. Este patrón de uso se explica mejor por motivaciones sociales que por la instauración de dependencia a la sustancia.
- Cocaína, alucinógenos y drogas de síntesis: han dado prevalencias muy bajas y no han aportado diferencias en cuanto a frecuencia.

Los datos sobre comportamientos delictivos que arrojan nuestro estudio sitúan el porcentaje de jóvenes que no ha cometido conductas delictivas en el 35.3%. Del 64.7% restante, las más frecuentes han sido: pintar o dañar las paredes del instituto (14%), robar objetos de valor o dinero a desconocidos (12.2%), conducir sin carnet (7%), pegar a alguien en el instituto (5.9%), ofender o insultar a la policía (4.6%) o falsificar la firma de los padres (4%). Estos datos son similares a los obtenidos por Musitu, Buelga, Lila y Cava (2004) en un estudio realizado en la barriada “Les Oliveres” de Valencia. Al comparar estos datos hay que tener en cuenta que este estudio de Valencia está realizado en una zona muy concreta de la ciudad, con un nivel económico medio-bajo, mientras que nuestro estudio abarca todo un municipio y que integra a todos los niveles socioeconómicos de la ciudad; de ahí que la media en nuestro estudio esté en el 3, mientras que en el estudio de Musitu y colaboradores esté entre 3 y 4 conductas delictivas.

Si se comparan con los datos procedentes de un estudio realizado por el Centro de Investigación en Criminología de la Universidad de Castilla-La Mancha para el Consejo General del Poder Judicial en 2007, que evalúa conductas antisociales y delictivas en jóvenes en España (Rechea, 2007), nuestros datos son similares en las conductas vandálicas (14% en nuestro estudio y un 13% en el del CGPJ), así como en el robo de bicicletas o motos (2.8% en nuestro estudio y un 3.7% en el del CGPJ). En cambio, la conducta de robo es casi la mitad en nuestro estudio (12.9%) que a nivel nacional (20.9%) y las peleas son mucho menos frecuentes en nuestro estudio (5.9%) que en estudio del CGPJ (22,1%). Esta diferencia puede explicarse porque en este estudio se pregunta por peleas en general y en el nuestro las peleas se circunscriben al centro educativo. A pesar de esta puntualización la diferencia es importante. La mayor prevalencia de conductas delictivas masculinas también coincide con los datos del estudio de CGPJ (Rechea, 2007).

El objetivo II de este estudio es analizar cómo el funcionamiento de la familia se relaciona con las conductas delictivas y el consumo de drogas en los adolescentes. De este objetivo se deriva la **primera** de las **hipótesis de trabajo**: *un adecuado funcionamiento familiar se relaciona negativamente con el consumo de drogas y con las conductas delictivas en el adolescente.*

Los resultados obtenidos indican que, a medida que la *cohesión* (percibida) familiar aumenta (aumento de la vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo y el espacio compartidos, los amigos, la toma de decisiones conjuntas, los intereses comunes), hay un menor consumo de drogas y menos conductas delictivas. Estos datos coinciden con los obtenidos por los estudios de Musitu, Buelga y Lila,

(2004) y Nuez, Lila y Musitu (2002). En este sentido, la vinculación entre los miembros de las familias las convierte en más funcionales.

Jiménez, Musitu y Murgui (2008) obtienen resultados similares en un estudio que relaciona el papel mediador de la autoestima en la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. Los datos de este estudio indican que las características del funcionamiento familiar son un factor predictivo del consumo de drogas en la adolescencia. Villarreal-González, Sánchez-Sosa, Musitu y Varela (2010) también encuentran resultados similares en un estudio en el que concluyen que el funcionamiento familiar se relaciona con el consumo de alcohol de forma indirecta. Para estos autores “el consumo de alcohol está relacionado con el funcionamiento familiar, el apoyo de familiares y amigos y con el ajuste escolar (...) el consumo excesivo y frecuente es el que se relacionaría con un pobre funcionamiento familiar” (p.260).

Muñoz y Graña (2001) encuentran resultados en la misma línea, estableciendo la *cohesión familiar* como una variable que explica la emisión de conductas de riesgo para el consumo de drogas; es decir, a medida que la implicación de los hijos en la dinámica familiar aumenta, menor es la probabilidad de consumo de drogas.

Por su parte, Robertson, David, y Rao (2004) también relacionan el buen funcionamiento familiar, en este caso medido a través de las relaciones familiares basadas en la expresión de afecto y cariño entre padres e hijos, el apoyo por parte de los padres y una crianza eficiente, con menos consumo de drogas.

Otros estudios que apoyan estos resultados son los de Adalbjarnardottir y Hafdteinsson (2001) y los de Berjano y Pons (1997), que encontraron que las familias con pautas educativas adecuadas, con buena comunicación, con disciplina en el ámbito

familiar y estilos parentales afectivos basados en el apoyo mejoran las habilidades personales de afrontamiento frente a fuentes de estrés externas, lo que se puede considerar como un factor de protección frente al consumo de drogas y las conductas delictivas.

Asimismo, autores como Peñafiel (2009); Martínez, Fuentes, Ramos & Hernández (2003); Martínez-González & Robles-Lozano (2001) y Muñoz- Rivas & Graña (2001) también encontraron que familias con relaciones afectivas negativas (ausencia de lazos familiares, rechazo de los padres hacia el hijo, escasez de tareas compartidas...), que son propias de familias con un funcionamiento disfuncional, con bajos niveles de cohesión, se relacionan con mayor consumo de drogas y otras conductas problemáticas. En este sentido, el Instituto Nacional de Drogas de Abuso Norteamericano (NIDA) propone estrategias familiares para prevenir el abuso de drogas en jóvenes, que consisten en mejorar los vínculos entre padres e hijos, incrementar la participación activa de los padres en la vida de los hijos y establecer unos límites claros y una disciplina aplicada de manera consistente.

La otra dimensión, la *adaptabilidad*, ha dado resultados distintos. Se ha relacionado positivamente con las conductas delictivas. En este caso, se ha ajustado al planteamiento de Olson (2000): según este autor, niveles excesivamente altos de adaptabilidad pueden conformar un sistema familiar caótico, donde no estén claras las normas de funcionamiento, ni los roles, ni la organización de las tareas, ni los límites... lo que puede llevar a los jóvenes a afrontar más situaciones de riesgo para el consumo de drogas y para las conductas delictivas. En este sentido McLanahan y Percheski (2008), Kuntsche y Huending (2006) y Marcil-Gratton (2000) afirman que un control

excesivo por parte de los padres o inconsistencias en las pautas educativas se constituyen como factores de riesgo para el consumo de drogas. Estos estilos educativos provocan una reacción en los hijos de rechazo a los mismos, que pueden incitar al acercamiento a estilos de vida no saludables, incluso como acto de rebeldía o como consecuencia de activarse una actitud de *reactancia psicológica*. Para Jiménez (2006), esto sucede cuando cualquier orden o mandato (en este caso, por parte de los padres) es percibido como una amenaza a la libertad personal, lo que puede provocar una activación emocional que puede llevar a oponerse a dicha orden. Esta *resistencia* a obedecer la autoridad de los padres, en ocasiones, puede convertirse en una conducta desafiante contraria a los deseos de éstos. Este estilo de relación dialéctica se retroalimenta y se refuerza mutuamente, ya que la resistencia de los hijos no deja de ser un ejercicio de poder que se confronta al poder de los padres (Jiménez, 2006). En muchos casos con el agravante de que ese tipo de relación familiar disfuncional no provee a los jóvenes de las habilidades necesarias para afrontar con éxito dichas situaciones de riesgo, en parte, porque la familia deja de ser un referente fiable en el que aprender estrategias de *afrontamiento* adecuadas.

Más estudios que están en la línea de estos resultados son los de Muñoz y Graña (2001), que establecen que un estilo educativo inconsistente, marcado por la inestabilidad en el control o seguimiento familiar, baja implicación de los padres o la ausencia de proyectos de vida, hace de la disciplina familiar un factor predictor de conductas problemáticas en los adolescentes. Sancho (2002) también encuentra factores de riesgo para los problemas de conducta de los jóvenes en determinados estilos desadaptativos de relaciones familiares, como el de la sobreprotección, el déficit en la comunicación, la dificultad para fijar los límites, la permisividad o la rigidez excesiva.

Estos estilos provocan dificultades a la hora de interiorizar las normas y facilitan la generalización de las conductas problemas a otras situaciones.

Por otra parte, la rigidez en el establecimiento de los límites puede generar un déficit en la capacidad negociadora de los jóvenes, provocando una tendencia a la trasgresión. La labilidad educativa (en este caso, pasar de la permisividad a la prohibición de manera constante, sin criterios objetivos) puede llevar a los jóvenes a una ambigüedad normativa en la que puede ser difícil saber en cada momento qué es lo que se espera de él/ella.

Sobre el ideal de los jóvenes en cuanto al funcionamiento familiar, se han obtenido resultados similares a los de la percepción real de funcionamiento. Lo que implica que, a medida que crece el deseo de vinculación emocional (cohesión) en los jóvenes, disminuye el consumo de drogas y las conductas delictivas. Por lo tanto, las expectativas de una vinculación emocional positiva pueden ser un predictor del ajuste de los jóvenes en relación al consumo de drogas y las conductas delictivas. En cambio, se ha obtenido una relación entre el ideal de adaptación familiar y un mayor número de conductas delictivas: el deseo de mayor flexibilidad familiar por parte de los jóvenes predice un aumento de las conductas delictivas.

La segunda hipótesis de trabajo tiene que ver con la comunicación. Planteamos que *la comunicación familiar positiva se relaciona negativamente con el consumo de drogas y las conductas delictivas en los adolescentes.*

La comunicación familiar es una variable muy importante en el funcionamiento familiar, que forma parte del modelo E.F.A. de Musitu y colaboradores (2001). Además, es considerada una dimensión facilitadora de las dinámicas familiares, pudiendo “entenderse como el clima general a partir del cual interpretar las

interacciones en el seno de la familia” (Musitu, et al., 2004, p.98). Desde este modelo se evalúan los dos aspectos de la comunicación: la comunicación funcional y la comunicación problemática.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que cuando la comunicación con la madre es problemática (comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la diada) aumenta el consumo de drogas. En cambio, la comunicación abierta (basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción) se relaciona con una disminución del consumo. Lo mismo ocurre con la comunicación con el padre. Esta misma relación se establece con las conductas delictivas, tanto con la madre como con el padre.

Nuestros resultados sugieren que un ambiente familiar positivo, caracterizado por la comunicación abierta, la presencia de afecto y apoyo entre padres e hijos, es uno de los factores facilitadores más importantes del bienestar psicosocial en la adolescencia (Musitu, Estévez, Jiménez y Herrero, 2007, y Musitu y García, 2004). Por el contrario, dinámicas familiares negativas correlacionan con problemas de comportamiento en los hijos (Dekovic, Wissink y Meijer, 2004).

Otros estudios que apoyan nuestros resultados son los de Estévez, Martínez y Musitu (2005) y Musitu, et al. (2004), que relacionan ambientes familiares negativos, caracterizados por pautas de escasa comunicación o de comunicación negativa, fundamentada en mensajes críticos y poco claros, con conductas violentas y delictivas en jóvenes.

Considerando que tanto el consumo de drogas como las conductas delictivas en los jóvenes pueden considerarse indicadores de su ajuste y bienestar psicosocial (Cava, 2003), los datos parecen indicar que una buena comunicación con los padres

(comunicación abierta, basada en la libertad, con un buen flujo de información relevante, empática, activa, con un feedback que indique buena comprensión, acompañada de la experiencia de satisfacción resultante de la interacción) mejora las competencias individuales y grupales de la familia. En el caso de los hijos, esto se convierte en un recurso que mejora sus competencias personales ante posibles exposiciones a estresores externos. En este caso, los estresores pueden ser situaciones de riesgo para el consumo de drogas y/o para cometer conductas delictivas.

En sentido positivo, Estévez, Murgui, Moreno y Musitu (2007) encontraron que la comunicación positiva mejora la competencia personal de los adolescentes, lo que tiene un efecto muy positivo sobre el autoconcepto y la actitud frente a los retos sociales que tienen que afrontar: la comunicación se convierte en un factor de protección frente al consumo de drogas y otras conductas problemáticas. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Musitu y colaboradores (2004) en su modelo E.F.A. En esta investigación se concluyó que las familias menos competentes correlacionaban de manera positiva con el consumo de drogas, pero también encontraron correlaciones tanto positivas como negativas en familias con buenos niveles de comunicación y de recursos, lo que indica que los recursos familiares no son el único factor que explica el consumo de drogas en la adolescencia (Musitu, et al., 2004).

La tercera hipótesis de trabajo es *que la satisfacción con la familia se relaciona negativamente con el consumo de drogas y con las conductas delictivas en el adolescente.*

La satisfacción familiar hace referencia a la respuesta subjetiva (sentimiento positivo, bienestar) que experimentan los individuos como consecuencia de pertenecer a

familias funcionales, esto es, con un nivel de funcionamiento adecuado (Araujo, 2005). En relación a nuestra hipótesis, esperamos que niveles altos de satisfacción familiar sirvan como factor protector frente al consumo de drogas y a las conductas delictivas. Los datos obtenidos apoyan esta hipótesis, ya que cuanto mayor es la satisfacción de los adolescentes con la cohesión familiar (vinculación emocional de los miembros) menor es el consumo de drogas. La dimensión de satisfacción con la adaptabilidad (flexibilidad) no ha resultado estadísticamente significativa. Los datos de satisfacción con la cohesión van en la línea del modelo de Musitu y colaboradores (2001), que dice que una funcionalidad familiar óptima, percibida como tal por los jóvenes, produce una respuesta de bienestar subjetivo que mejora las respuestas adaptativas de los adolescentes. Esto, a su vez, facilitará el crecimiento personal, la felicidad, etc. Estos valores y actitudes están en la base de la toma de decisiones responsables, situando a estos estilos de relaciones familiares como factores protectores del consumo de drogas. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Jiménez, Musitu y Murgui (2006), quienes encontraron relaciones lineales positivas en variables de funcionamiento familiar, como la satisfacción, cohesión, adaptabilidad y comunicación positiva con los padres. En esta línea, Moffitt (1993) plantea que un ambiente familiar inadecuado (desadaptativo) puede explicar que los jóvenes se impliquen en los comportamientos de riesgos.

Al igual que ocurre con el consumo de drogas una buena satisfacción con el funcionamiento familiar tanto en la cohesión como en la adaptabilidad se relaciona con menos conductas delictivas en los jóvenes. Estos datos también son coincidentes con los obtenidos por Jiménez y colaboradores (2006).

El objetivo III de este trabajo consiste en analizar la influencia del apoyo social en el ajuste psicosocial de los jóvenes en relación al consumo de drogas y conductas delictivas. De este objetivo se deriva la **cuarta hipótesis** de trabajo que establece que *la percepción de un adecuado funcionamiento familiar, una buena comunicación y la satisfacción familiar se relacionan positivamente con el apoyo social en el adolescente.*

Los resultados obtenidos confirman esta hipótesis. El funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad percibida) se relaciona positivamente con la percepción de apoyo emocional, la percepción de apoyo a la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a metas y el apoyo hacia la aceptación en los jóvenes.

Estos datos coinciden con otros trabajos que han encontrado vínculos entre unas relaciones positivas en el medio familiar y el apoyo social (Farrell y Barnes, 1993; Parke, 2004; Hombrados-Mendieta, Castro-Travé, 2013; Villareal-González, Sánchez-Sosa, Musitu, Varela, 2010).

Los resultados obtenidos en relación a la red de apoyo social más próxima a los jóvenes (padre, madre, un adulto cercano, hermanos, amigos y novio-a) indican que la cohesión percibida tiene una relación positiva con el apoyo del padre; lo mismo ocurre con el de la madre, un adulto cercano, los hermanos y los amigos. Por su parte, la adaptabilidad percibida tiene una relación positiva con el apoyo del padre; lo mismo sucede con el apoyo de la madre. Estos resultados están en la línea de los trabajos de Musitu y colaboradores cuando analizan la construcción de la autoestima en los jóvenes y lo relacionan con las fuentes de apoyo social (Musitu, 2006; Musitu, Jiménez, y Murgui, 2007).

El análisis de la comunicación con el padre y con la madre también ha mostrado estar relacionada positivamente con la percepción de apoyo por parte de los jóvenes. Concretamente, la comunicación positiva y funcional con los padres ha mostrado una relación positiva con el apoyo emocional, el apoyo a la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a metas y el apoyo de aceptación. Y en relación a la red de apoyo social, este tipo de comunicación ha mostrado una relación positiva con el apoyo de los padres (padre y madre), el apoyo de adultos cercanos, el apoyo de hermanos y el apoyo de amigos. Por el contrario, la comunicación problemática con los padres tiene una relación negativa con el apoyo de los padres: cuanto peor es la comunicación con los padres, menos apoyo emocional se percibe. Esta relación también se da en el apoyo a la autonomía, en el apoyo informativo, en el apoyo a metas y el apoyo de aceptación. En la misma línea se muestran los resultados en relación a la percepción de apoyo procedente de la red cercana a los jóvenes: la comunicación negativa se relaciona negativamente con las distintas fuentes de apoyo (padre, madre, adulto cercano, hermano y amigos). Los resultados muestran una relación negativa entre la comunicación problemática y la percepción de apoyo de la madre. Resultados similares se encuentran en el apoyo del padre, de adultos cercanos, de hermanos y de amigos. Estos resultados coinciden con los encontrados por Jiménez, Musitu y Murgui (2006), quienes encontraron relaciones lineales positivas en variables de funcionamiento familiar, como la satisfacción, cohesión, adaptabilidad y comunicación positiva con los padres. O los estudios de Estévez y colaboradores (2007), que relacionaron los problemas de comunicación familiar, especialmente con la madre, con problemas de funcionamiento familiar que pueden condicionar la construcción del autoconcepto de los hijos (Estévez, Murgui, Moreno, Musitu, 2007). También el trabajo de Cava (2003) encontró una relación negativa entre la comunicación familiar y el bienestar psicosocial de los jóvenes: “en

concreto, una mayor apertura en la comunicación con los padres se relaciona con una mayor autoestima (sobre todo en sus dimensiones familiar y académica) y con un menor ánimo depresivo; siendo la relación negativa en el caso de la percepción de problemas en la comunicación negativa del hijo respecto de su contexto familiar” (Cava, 2003, p. 7).

La satisfacción con el funcionamiento familiar también ha apoyado la hipótesis de que un buen funcionamiento familiar está relacionado con una mayor percepción de apoyo por parte de los jóvenes. Los resultados obtenidos indican que la satisfacción con la cohesión familiar tiene una relación positiva con el apoyo emocional, el apoyo a la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a metas y con el apoyo a la aceptación. La relación de la red de apoyo con la satisfacción con el funcionamiento familiar pone de manifiesto que la satisfacción con la cohesión familiar tiene una relación positiva con el apoyo del padre, el apoyo de la madre, el apoyo de un adulto cercano, el apoyo de los hermanos y el apoyo de los amigos. Por su parte, la satisfacción con la adaptabilidad familiar tiene una relación positiva sobre el apoyo emocional, el apoyo a la autonomía, el apoyo informativo, el apoyo a metas y el apoyo a la aceptación.

En lo referente a la red de apoyo, nuestro estudio ha encontrado que la relación positiva con el apoyo del padre está relacionada con una mayor satisfacción con la adaptabilidad familiar. Lo mismo se ha encontrado con el apoyo de la madre, el apoyo de los hermanos y el apoyo de los amigos. Estos resultados coinciden con los estudios que han encontrado relaciones familiares positivas y el apoyo social (Farrell y Barnes, 1993; Jiménez, Musitu y Murgui, 2005; Musitu y colaboradores, 2006; Parke, 2004; Villareal-González, Sánchez-Sosa, Musitu, Varela, 2010).

En relación a los resultados encontrados cuando se ha analizado el funcionamiento familiar ideal, estos indican que la flexibilidad ideal en la dinámica familiar (adaptabilidad ideal) se relaciona negativamente con el apoyo emocional, lo que se puede interpretar como el deseo de desvincularse de la familia, de ganar autonomía personal. Como consecuencia, es coherente que disminuya la percepción de apoyo emocional. Resultados similares se ha encontrado en los trabajos de Cava (2003), que encuentra como, a medida que los adolescentes van creciendo, aumenta el “proceso de individuación” (p. 7), lo que supone un alejamiento de las fuentes de apoyo familiares para acercarse a otras externas, como pueden ser la de los amigos y/o novio/as. Esto puede explicar la menor percepción del apoyo emocional, el apoyo a las metas o el apoyo a la aceptación, sobre todo si el alejamiento se hace de manera disfuncional. Estos resultados necesitan un estudio más amplio para poder ser confirmados con mayor seguridad. Y, al igual que concluye Cava (2003), es necesario indagar la percepción de los padres en este proceso para poder determinar con más exactitud la naturaleza del proceso de emancipación familiar.

La quinta hipótesis plantea que *la percepción de apoyo social se relaciona negativamente con el consumo de drogas y con las conductas delictivas en el adolescente*. El apoyo social es uno de los principales recursos con los que cuentan los adolescentes (Musitu y Cava, 2001). Disponer de personas de confianza en las que poder apoyarse para afrontar acontecimientos vitales o poder expresar emociones, inquietudes, comunicarse, etc. ha demostrado ser un recurso muy valioso a la hora de poder salir con éxito de dichos afrontamientos (Herrero, 1994; Lin y Ensel, 1989; Musitu, et al., 2001). También se ha relacionado percibir apoyo de las personas

cercanas, así como de los recursos de la comunidad, con tener buenos ajustes psicológicos (Lila, Oliver, Lorenzo y Catalá, 2014).

Los datos obtenidos en nuestro estudio indican que poseer una fuente de apoyo que potencie la autonomía personal puede favorecer el consumo de drogas. Estos resultados se pueden interpretar en el sentido de que una mayor autonomía en los jóvenes puede ocasionar una mayor exposición a factores de riesgos para el consumo de drogas, una mayor libertad para explorar límites. Habría que determinar qué nivel de autonomía es el que puede convertirse en un factor de riesgo, lo que podría abrir una línea futura de investigación. En este sentido, Jiménez y colaboradores (2006) concluyeron que el apoyo a la autonomía es interpretado como positivo por el adolescente, ya que potencia la capacidad de éste para desarrollar relaciones fuera del ámbito familiar. Esto, que en sí mismo es positivo, no impide que los jóvenes consuman, sino que los expone a un número mayor de factores/situaciones de riesgo para el consumo. El apoyo a la autonomía conlleva un estilo de relación familiar donde, frente al control, se anima a elegir, se minimiza la presión en la acción y se anima a la iniciación, a la exploración en las relaciones sociales (Hagger, Chatzisarantis, Hein, Pihu, Soós, y Karsai, 2007). En este sentido, otros estudios han encontrado que el apoyo percibido de los miembros de la familia se relaciona con el consumo de drogas en los jóvenes (López, Martín y Martín, 1998 ; McGee, Williams, Poulton y Moffitt, 2000; Musitu y Cava, 2003; Villareal-González, Sánchez-Sosa, Musitu, Varela, 2010). Estos autores plantean que las relaciones familiares comparten con las de los jóvenes con sus iguales una parte importante en la explicación del consumo de alcohol, ya que determinados acontecimientos culturales (fiestas, celebraciones, etc.) conllevan consumo de alcohol y esto no es visto como algo anormal ni tiene que ver con déficit en el apoyo social en el ámbito familiar, sino más bien, como señala Musitu y

colaboradores (2004): “los recursos familiares no son el único factor relacionado con el consumo de sustancias en la adolescencia” (p.174). Este resultado podría ser una línea futura de investigación sobre los límites seguros del apoyo a la autonomía personal de los jóvenes y sobre otras variables que pueden convertir la autonomía personal en un factor de riesgo para consumir drogas en la juventud.

En contraposición a lo encontrado con respecto a la relación positiva del apoyo a la autonomía y el consumo de drogas, el apoyo a metas se relaciona con el no consumo y con menos conductas delictivas. Esto podría explicarse porque el apoyo social orientado a las metas genera un estilo de relaciones con los hijos en el que se facilita que aparezca actitudes responsables, como son el deseo de respetar las reglas sociales y el rol establecido (Allen, 2003; Valle, Cabanach, Rodríguez, Núñez y González-Pienda, 2006; Wentzel, 1991) y de relación o deseo de mantener buenas relaciones con los demás (Ryan, Hicks y Midgley, 1997). El apoyo social dirigido a la consecución de metas personales se convierte en un recurso muy potente de cara a afrontar con éxito factores de riesgo para el consumo de drogas. En esta línea, Hombrados-Mendieta y colaboradores (2012) obtienen resultados similares en un estudio sobre apoyo social en la adolescencia, en el que se muestra cómo la red de apoyo constituye uno de los principales recursos con los que cuenta el adolescente para afrontar cambios y situaciones nuevas.

“La red de apoyo constituye, sin duda, uno de sus principales recursos con los que cuenta la persona para afrontar cambios y situaciones nuevas, como sería el caso de la propia adolescencia “(Musitu y Cava, 2003, p. 9). En este sentido, de todas las fuentes evaluadas (padre, madre, amigo/as, novio/a y otro adulto significativo) tan sólo la madre y el padre han mostrado una influencia protectora frente al consumo de drogas (el resto de fuentes no han dado significación estadística). Estos resultados coinciden

con los encontrados por Musitu y Cava (2003), que encuentran una correlación positiva entre la percepción de apoyo de los padres y el menor consumo de alcohol y cannabis en los adolescentes.

Por otra parte, con respecto a las conductas delictivas, los resultados indican que percibir el apoyo tanto de la madre como del padre, incluso, la de un adulto cercano que sea importante para el joven se relaciona con menos conductas delictivas. En cambio la figura del novio (o novia) se relaciona con más conductas delictivas. Estos resultados coinciden con los de Jiménez y colaboradores (2005), que encontraron que “unas relaciones positivas en la familia se relacionan con un mayor desarrollo de recursos personales y sociales del adolescente. Esta conclusión puede mantenerse para la mayoría de las fuentes de apoyo social analizadas, excepto para el novio/a y parcialmente para el apoyo del mejor amigo. Con respecto a la relación familia-novio/a, esta figura de apoyo no se relacionaba con ninguna dimensión del contexto familiar” (p.191). El novio/a puede ser percibido como una relación fuente de conflicto a estas edades, por tanto, es posible que no se relacione fácilmente con la familia (Jackson, Cicognani y Charman, 1996).

El **cuarto objetivo** del presente estudio es *poner a prueba el modelo de funcionamiento familiar para comprobar las variables más relacionadas con el ajuste psicosocial del adolescente*. Y de este objetivo se ha derivado la **sexta hipótesis**: *el apoyo social actúa como una variable mediadora entre el sistema familiar y la aparición de conductas delictivas y el consumo de drogas*.

Los resultados obtenidos muestran que la comunicación con la madre, la comunicación con el padre y la satisfacción familiar tienen una relación directa y

significativa sobre la percepción de apoyo familiar. También se ha encontrado que estas variables se relacionan de forma indirecta, vía apoyo social, con menor consumo y conductas delictivas, aunque hay que destacar que los efectos directos sobre el apoyo social han sido más importantes que los indirectos sobre el consumo y las conductas delictivas.

Sin embargo, aunque el sistema familiar se relaciona positivamente con el apoyo social y tiene un efecto indirecto sobre la disminución del consumo y de las conductas delictivas, esta relación no ha sido significativa. Al contrario, la comunicación abierta y carente de problemas con los hijos tiene una relación muy importante con el apoyo percibido. También se han encontrado efectos indirectos de estas variables vía apoyo social sobre el consumo de drogas y las conductas delictivas: en todos los casos se relaciona con menor consumo y menor número de conductas delictivas. La comunicación con la madre y el padre es importante para la reducción del consumo y las conductas delictivas, aunque la comunicación con la madre ha mostrado tener una relación algo mayor que la del padre sobre estas variables.

A la vista de los resultados podemos concluir que nuestros datos se comportan de acuerdo con el modelo general de adaptación de Musitu (2001), en el que el sistema familiar aparece como un factor capaz de potenciar u obstruir el normal desarrollo de sus miembros. El funcionamiento familiar, la comunicación y la satisfacción con el funcionamiento dan lugar a distintos tipos de familias (Musitu y colaboradores, 2006):

- Las Tipo I: son familias potenciadoras, tienen un buen funcionamiento familiar y buenos niveles de comunicación, lo que lleva a altos grados de satisfacción. Este tipo de familia producen buenas estrategias de afrontamiento al estrés y, por tanto, los jóvenes de este entorno familiar tienen un mejor ajuste psicosocial y

atraviesan la adolescencia de una forma más favorable. En consecuencia, son menos probables el consumo de drogas y las conductas delictivas.

- Las Tipo II: son parcialmente potenciadoras, tienen niveles medios de funcionamiento, comunicación y satisfacción con el funcionamiento. En este tipo de familia existe cierto riesgo para el desajuste psicosocial del adolescente, por lo que aumenta el riesgo de consumo de drogas y de conductas delictivas.
- Las Tipo III, denominadas en el modelo, “obstructoras”: se caracterizan por tener un mal funcionamiento familiar, niveles bajos de vinculación y flexibilidad entre sus miembros, así como un estilo comunicativo negativo. Los jóvenes de este tipo de familia son los que tienen más probabilidades de tener desajustes psicosociales, son más vulnerables a los estresores y, por tanto, tienen más posibilidades de desarrollar problemas derivados de consumo de drogas y de conductas delictivas

Asimismo también se encuentran coincidencias con los estudios de McCubbin y Thompson (1987), que aportan el análisis de la adaptación y el ajuste de la familia a las situaciones de estrés, donde intervienen de una forma importante los recursos familiares, las habilidades de afrontamiento, las estrategias de solución de problemas, la percepción de gravedad del estresor y el ajuste familiar. También se dan en los resultados encontrados por Lin y Ensel (1989), que aportan la importancia de la potenciación de los recursos personales y sociales como una forma adaptativa de mejorar el bienestar de las personas.

Los resultados también han mostrado que el apoyo social familiar es un recurso que tiene un efecto muy importante sobre el afrontamiento personal ante estresores que

pueden afectar al ajuste psicosocial de los miembros de la familia. En este caso, ha explicado la disminución del consumo y de las conductas delictivas.

Limitaciones

El consumo de drogas y las conductas delictivas son conductas complejas: la probabilidad de no haber recogido todos los factores que participan en ellas es alta. Un análisis más detallado de las motivaciones y las actitudes que llevan a los jóvenes a consumir drogas o a cometer comportamientos delictivos nos daría una visión más completa de esos actos.

Otra limitación que puede ser importante a la hora de interpretar los resultados es que toda la información proviene de los jóvenes, pues se ha evaluado su percepción del sistema familiar y su percepción de apoyo. Esto nos debe poner en alerta a la hora de hacer generalizaciones al ámbito familiar, ya que para tener una lectura más completa de este ámbito habría que recoger información de todos los actores. En la misma línea, faltaría información del contexto, de la estructura familiar, de los recursos personales, etc.

Líneas futuras

Derivado de lo anterior, se pueden plantear estudios que contengan factores relacionados con la estructura de la familia, el contexto, las motivaciones y las actitudes personales.

Por otra parte, la relación del apoyo a la autonomía personal con un mayor consumo de droga invita a investigar los límites de la autonomía y su relación con otras variables psicosociales que pueden estar detrás de la relación encontrada.

Otra línea futura sería conocer cómo evoluciona la percepción del apoyo social en relación a la edad de los adolescentes. Esto puede ser útil de cara a plantear estrategias para minimizar los riesgos para el consumo de drogas y para las conductas delictivas. Los jóvenes a medida que crecen ganan en autonomía y los resultados obtenidos informan que esta circunstancia hace que haya más consumo y más conductas delictivas.

Por otra parte, también se podría incluir en el análisis realizado en este trabajo, otras variables del modelo de Musitu y colaboradores (2001), tales como la descripción de los estresores y la inclusión de otros recursos como la autoestima de los adolescentes.

Otro aspecto que no ha arrojado datos significativos ha sido el tema de las relaciones con novio-a. Este hecho es una etapa de la vida de los adolescentes muy importante por lo que significa para él y para su familia. Profundizar en el estudio de las relaciones de pareja durante la adolescencia y su relación con las conductas delictivas y consumo de drogas puede arrojar luz sobre el ajuste psicosocial de los jóvenes, sus estrategias de afrontamiento frente a los estresores ambientales y sociales y sobre la capacidad de la familia a la hora de mantener “el contacto” y ser un modelo de referencia frente a los posibles modelos propuestos por los novios-as. “Las primeras relaciones de pareja no sólo enfrentan al adolescente con un tipo de relación diferente y en la que pueden surgir ciertas inseguridades, sino que además ante esta situación es probable que el adolescente no cuente con el suficiente apoyo de los padres” (Musitu y Cava, 2003, p.13).

Asimismo, se podría plantear estudiar el apoyo y el funcionamiento familiar en función del género. Y cuando hablamos de género, lo hacemos haciendo referencia a la diversidad del constructo *género*, para ver su relación con el funcionamiento familiar, la comunicación y la satisfacción con el funcionamiento. Y estudiar la relación de esta diversidad con el ajuste psicosocial de los jóvenes.

En cuanto a los datos epidemiológicos, en las preguntas abiertas sobre conductas adictivas los jóvenes han identificado otras adicciones (sin sustancias) con una prevalencia mayor que el tabaco y el alcohol como es el teléfono móvil (39%), los videojuegos (17.1%) e internet (11%). Analizar los usos de estas tecnologías en relación con el funcionamiento familiar, comunicación y apoyo y estudiar cómo afectan al ajuste psicosocial de los jóvenes sería interesante.

Otra línea futura sería estudiar el alcance del consumo de las denominadas “nuevas drogas” (GHB, ketamina, salvia, metanfetamina, mefedrona, legal highs...).

Aplicaciones

Si atendemos al ámbito de la intervención, estos resultados permiten destacar algunos aspectos.

Por una parte, habría que plantear introducir en los programas de prevención de las adicciones que van dirigidos a jóvenes intervenciones específicas de mejora de la comunicación y estrategias de entrenamiento en estilos educativos basados en la mejora de la competencia social de las familias. Asimismo, parece positivo tener en cuenta el contexto familiar con el objeto de facilitar un clima de cohesión, donde los miembros se puedan expresar libremente y se reduzcan los conflictos y tensiones, de modo que se

favorezca el autoconcepto del adolescente. Por otra parte, serían de utilidad programas de entrenamiento en dinámicas de funcionamiento más flexibles y funcionales que reduzcan los niveles de estrés en los miembros y aumenten la calidad de vida en relación a las rutinas cotidianas del día a día y mejoren la percepción de apoyo

Referencias

Adalbjarnardottir, S., & Hafsteinsson, L. (2001). Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *Journal of Research on Adolescence*, 11(4), 401-423.

Adler, N., & Goleman, D. (1969). Gambling and alcoholism; Symptom substitution and functional equivalents. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 733-736.

Aebi, M. F. (2003). Familia disociada y delincuencia: El caso suizo en los años 1990. *Revista Electrónica De Ciencia Penal y Criminología*, (5) Retrieved from <http://criminet.ugr.es/recpc/05/recpc05-08.pdf>

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. (2011). *La población andaluza ante las drogas XII*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social.

Allen, J. B. (2003). Social motivation in youth sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 25, 255-267.

Allen, J. P., Hauser, S., Eickholt, C., Bell, K., & O'Connor, T. (1994). Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 535-552.

Ambrosio, E. (2006). ¿Son reversibles los efectos neurotóxicos de las drogas de síntesis? *Revista Adicciones*, 18(2), 101-104.

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DMS IV TR*. Barcelona: Masson.

Araujo, E. D. (2005). La satisfacción familiar y su relación con la agresividad y las estrategias de afrontamiento del estrés en adolescentes de lima metropolitana. *Cultura*, 19, 13-38.

Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Madrid: ADI.

Aroca, C., Bellver, M. C., & Alba, J. L. (2012). La teoría del aprendizaje social como modelo explicativo de la violencia filio-parental. *Revista Complutense De Educación*, 23(2), 487-511.

Ayerbe, A., Espina, A., Pumar, B., García, E., & Santos, A. (1997). Clima familiar y características sociodemográficas en familias de toxicómanos. *Adicciones. Revista De Sociodrogalcohol*, 9(3), 375-390.

Ayuntamiento de Marbella. (2015). Estudio sobre demografía, análisis DAFO. Retrieved from <http://www.marbella.es/estrategia/el-plan/diagnostico/la-poblacion/item/63.html>

Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.

Barnes, H., & Olson, D. H. (1982). Parent adolescent communication scale. In D.H. Olson (Ed.), *Family inventories. Family social sciences*. St. Paul, Minnesota: University of Minnesota.

Barrera, M., & Li, S. A. (1996). The relation of familiy support to adolescents' psychological distress and behavior problems. In G. R. Pierce, B. R. Sarason & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 316-343). New York: NY: Plenum Press.

Barrett, A., & Turner, J. (2006). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: Examining explanations for the relationship. *Addiction*, 101(1), 109-120.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Barrón, A. (2006). Apoyo social. *Intervención social comunitaria* (pp. 129-135). Málaga: Aljibe.

Beavers, W. B., & Hampson, R. B. (1990). *Successful families: Assessment and intervention*. New York: Norton.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.

Bellver, M. C. (2005). La educación para la salud en la familia como prevención de conductas antisociales. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 12(13), 43-57. Retrieved from <http://www.uned.es/pedagogiasocial.revistainteruniversitaria/pdfs/02%20-%2012%20-%2013/03%20-%20bellver.pdf>

Berjano, E., & Pons, J. (1997). Análisis de los estilos parentales de socialización asociados al abuso de alcohol en adolescentes. *Psicothema*, 9(3), 609-617.

Bermúdez, J. A. (2004). *Los jóvenes y sus hábitos de salud*. México: Trillas.

Bobes, J., & Calafat, A. (2000). De la neurobiología a la psicología del uso-abuso del cannabis. *Adicciones*, 12 (Suplemento 2), 7-17.

Brown, S., & Rinelli, L. (2010). Family structure, family processes, and adolescent smoking and drinking. *Journal of Research on Adolescence*, 20(2), 259-273.

Buelga, S., Musitu, G., & Murgui, S. (2009). Relaciones entre la reputación social y la agresión relacional en la adolescencia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (9), 127-141.

Bulmer, M. (1987). *The social basis of community care*. London: Allen & Unwin.

Caballero, A., González, B., Pinilla, J., & Barbelo, P. (2005). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 440-447.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Cañuelo, B. (2002). Alcohol y exclusión social. *Alcohol and Social Exclusion*, 14(1), 251-260. Retrieved from <http://www.adicciones.es/files/ca%C3%B1uelo.17.pdf>

Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Castaño, G. A. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y Drogas. Instituto De Investigación De Drogodependencias*, 6(002), 20 Febrero 2013-127-148.

Castro, E., & Llanes, J. (2008). ¿Por qué prevención selectiva? *Liberaddictus*, (103) Retrieved from <http://www.infoadicciones.net/Pdf/0973-103.pdf>

Cava, M. J. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. *Encuentros En Psicología Social*, 1, 23-27.

Cava, M. J., Musitu, G., & Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: El rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18(3), 367-373.

Centro de Investigaciones Sociológicas. (2015). Barómetro febrero de 2015. Estudio nº 3052. Retrieved from http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3040_3059/3052/es3052mar.pdf

Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Sanidad. (2011). *Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA, Actualización a 30 de Junio de 2010*. Retrieved 06/21/, 2011, from http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf

Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. Glantz, & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, D. C.: American Psychological Association.

Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of psychology and health*. New Jersey: Hillsdale.

Cohen, S., & Syme, L. (1985). *Social support and health*. New York: Academy Press.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

Condori, L. J. (2002). *Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima metropolitana*

Consejería de Salud y Política Social. (2013). In Consejería de Salud y Política Social, Gobierno de Extremadura (Ed.), *Manual de técnicos municipales en prevención de conductas adictivas*. Mérida.

Contreras, L. M., Molina, V., & Cano, M. C. (2011). Búsqueda de variables psicosociales como reincidencia en menores infractores. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 3(1), 77-88. Retrieved from http://www.usc.es/sepjf/images/documentos/volumen_3/contrerasetal.pdf

Contreras, L., Molina, V., & Cano, M. C. (2011). Factores psicosociales vinculados a la reincidencia de menores infractores. Retrieved from http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3277

Cutrona, C. E. (1986). Behavioral manifestations of social support: Microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201-208.

Dekovic, M., Wissink, I. B., & Meijer, A. M. (2004). The role of family and peer relations in adolescent antisocial behaviour: Comparison of four ethnic groups. *Journal of Adolescence*, 27, 497-514.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2014). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2012*. Madrid: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Retrieved from http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/9_ESTUDES_2012_Estadisticas.pdf

Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. (2007). In Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Guía sobre drogas*. Madrid.

Di Pardo, R. (1993). Los patrones socioculturales de alcoholización en México.44, 1521-1533.

Díaz, E., Villabí, J. R., Nebot, M., Auba, J., & Sanz, F. (1998). El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Medicina Clínica*, 110(9)

Dirección General de Tráfico. (2009, 2009). Tráfico y seguridad vial. *198*, 40-41.

Dotinga, A., Eijnden, R., San José, B., Garretsen, H., & Bosveld, W. (2002). Alcohol y emigración: Los problemas de medición en la investigación sobre el consumo de alcohol entre inmigrantes marroquíes y turcos. *Alcohol and Migrations: Problems in the Measurement of Alcohol Consumption in Turkish and Moroccan Immigrants*, *14*(1), 261-278. Retrieved from <http://www.adicciones.es/files/dotinga.18.pdf>

Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press.

Echeburúa, E. (2001). *Abuso del alcohol*. Madrid: Síntesis S.L.

EDEX. (2014). Habilidades para la vida. Retrieved from <http://www.habilidadesparalavida.net/edex.php>

Elizondo, J. A. (2009). Los ritos de iniciación del alcohol en los adolescentes. Retrieved from http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=45

Epstein, N. B., & Bishop, B. S. (1993). The McMaster assessment device (FAD). In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes*. New York: Guilford Press.

Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles Del Psicólogo*, *23*(84), 9-17.

Estévez, E., & Emler, N. P. (2011). Medida de la relación entre adolescentes y delincuencia juvenil, comportamiento antisocial, victimización, consumo de drogas y género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(2), 269-289. Retrieved from http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-380.pdf

Estévez, E., Martínez, B., Moreno, D., & Musitu, G. (2006). Relaciones familiares, rechazo entre iguales y violencia escolar. *Cultura y Educación*, *18*(3-4), 335-344.

Estévez, E., Martínez, B., & Musitu, G. (2005). Padres y profesores: Un análisis de su influencia en la configuración de la actitud hacia la autoridad institucional en adolescentes y su comportamiento en la escuela. *Congreso Ser Adolescente Hoy*, Madrid.

Estévez, E., Murgui, S., & Moreno, D. M., G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema*, 19(1), 108-113.

Faris, R. F., & Dunham, H. W. (1939). *Mental disorder in urban areas*. Chicago: University Of Chicago Press.

Farrell, M. P., & Barnes, G. M. (1993). Family systems and social support: A test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 119-132.

Felipe, E., & León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.

Felton, B. J., & Shinn, M. (1992). Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*, 20, 103-115.

Fernández, J., Álvarez, E., Secades, R., Jiménez, J. M., Cañada, A., Donate, I., Vallejo, G. (2003). Consumo de drogas de síntesis en estudiantes de secundaria del Principado de Asturias (España). *Revista Adicciones*, 15(1), 31-37.

Forcada, R., Bruna, C., Ferrer, J., Alemán, I., Moliner, S., & López, B. (2009). Perfiles delictivos, sentimiento de ira y tipo de violencia en adolescentes con grave historial judicial. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, (104), 319-327.

Retrieved from http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2009/revista-104/perfiles_delictivos_sentimiento_de_ira_y_tipo_de_violencia_en_adolescentes_con_grave_historial_judicial.pdf

Fundación Atenea. (2013). In Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ed.). *Análisis del cambio en las pautas de consumo de población drogodependiente*.

Madrid: Retrieved from http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/AnalisisCambioConsumo_Fund_Atenea.pdf

Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción. (2014). In Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud (Ed.). *Jóvenes y valores (I). Un ensayo de tipología*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

Funes, J. (1989). Minoría en edad penal, drogodependencia y delincuencia: Cuando además de ser adolescente e ir a parar al tribunal tutelar, se usan drogas. *Comunidad y Drogas. Monografías*, (6), 73-95.

Gamella, J. F. (1993). Los heroinómanos de un barrio de Madrid: Un estudio cuantitativo mediante métodos etnográficos. *Antropología*, 4(5), 57-102.

Gamella, J. F. (1997). HEROÍNA EN ESPAÑA (1977-1996). Balance de una crisis de drogas. *Revista Claves de la Razón Práctica*, (72)

Gamella, J. F., & Meneses, C. (1993). Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: Censo intensivo de los heroinómanos de cuatro barrios de Madrid. In V.V.A.A. (Ed.), *Las drogodependencias: Perspectivas sociológicas actuales* (pp. 289-323). Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

Gamella, J. F. (2001). Mareas y tormentas: Ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-1998). Algunas consecuencias estratégicas para el diseño de políticas públicas. *Cuadernos De Psiquiatría Comunitaria*, 1(1), 7-18. Retrieved from <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos1.1.pdf>

García, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

García, G. (1993). La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de droga. *Psiquis*, 14(4), 39-47.

Garrido, V., & López, M. J. (1995). *La prevención de la delincuencia: El enfoque de la competencia social*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Gennetian, L. (2005). One or two parents? Half or step siblings? The effect of family structure on young children's achievement. *Journal of Population Economics*, 18(3), 415-436.

Gil, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanza secundaria. Factores de riesgos y factores de protección. *Revista De Educación*, 346, 291-313.

Gilchrist, L. D. (1995). *Estudio sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: Aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de estudios sobre promoción de la salud.

Giménez, C. (1996). La integración de los inmigrantes y la interculturalidad. Bases teóricas de una propuesta práctica. *Arbor; Arbor*, 154(607), 119. Retrieved from http://0-gateway.proquest.com.jabega.uma.es/openurl?url_ver=Z39.88-2004&res_dat=xri:pao:&rft_dat=xri:pao:article:5055-1996-154-07-000007

Gobierno de la Rioja. (2014). Infodrogas. Retrieved from <http://www.infodrogas.org/infodrogas/drogas-de-sintesis?start=2>

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.

Gómez-Clavelina, F. J., Ponce-Rosas, E. R., & Irigoyen-Coria, A. E. (2009). FACES III: Alcances y limitaciones. Retrieved from <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm121/originalesbreves.html>

González, M. E. (2004). El análisis sociológico de la familia actual. In A. Poyatos (Ed.), *Mediación familiar y social en diferentes contextos* (pp. 15-45). Valencia: Nau Libres.

Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 96(2), 107-109. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>

Gracia, E. (1998). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Gracia, E., García, F., & Lila, M. (2007). In Universitat de Valencia (Ed.), *Socialización familiar y ajuste psicosocial: Un análisis transversal desde tres disciplinas de la psicología*. Valencia:

Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.

Griesbach, D., Amos, A., & Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 56(1), 41-52.

Grotevant, H. D., & Cooper, C. R. (1986). Individuation in family relationships. *Human Development*, 29, 82-100.

Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., Hein, V., Pihu, M., Soós, I., & Karsai, I. (2007). The perceived autonomy support scale for exercise settings (PASSSES): Development, validity and cross-cultural invariance in young people. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 632-653.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drugs problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance use prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64-105.

Hernández, A., Beuring, T., Berner, R., Blum, R., Florenzano, R., Lammers, C., Valdés, M. (1996). In W. K. Kellogg Foundation (Ed.), *Familia y adolescencia: Indicadores de salud manual de aplicación de instrumentos* (2nd ed.). Washington, D.C: Organización Panamericana De La Salud.

Herrero, C. (2006). *Delincuencia de menores. Tratamiento criminológico y jurídico*. España: Dykinson.

Herrero, J. (1994). *Estresores sociales y recursos sociales: El papel del apoyo social en el ajuste bio-psico-social*

Hodges, E. V. E., Finnegan, R. A., & Perry, D. G. (1999). Skewed autonomy-relatedness in preadolescents' conceptions of their relationships with mother, father, and best friend. *Developmental Psychology*, *35*, 737-748.

Hollander, E. P., & Julian, J. W. (1970). Studies in leader legitimacy, influence and innovation. In Academic Press (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Nueva York:

Hombrados, M. I. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Málaga: Aljibe.

Hombrados-Mendieta, M. I., Gómez-Jacinto, L., Domínguez-Fuentes, J. M., García-Leiva, P., & Castro-Travé, M. (2012). Types of social support provided by parents, teachers, and classmates during adolescence. *Journal of Community Psychology*, *40*(6), 645-664. doi:10.1002/jcop.20523

Hombrados-Mendieta, M. I., & Castro-Travé, M. (2013). Apoyo social, clima social y percepción de conflictos en un contexto educativo intercultural. *Anales De Psicología*, 29(1), 108-122.

House, J. S. (1981). In Addison-Wesley Longman I. (Ed.), *Work stress and social support*

House, J. S., Kahn, R. L. M., Jane D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. *Social Support and Health*, 83-108.

Hunt, W. A. (1993). Neuroscience research: How has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, (17), 1055-1065.

Instituto de la Juventud. (2005). Historias de vida. *Revista De Estudios De Juventud*, (69), 89-105. Retrieved from <http://www.injuve.es/sites/default/files/revista69completa.pdf>

Jackson, A. E., Cicognani, E., & Charman, L. (1996). The measurement of conflict in parent-adolescent relationships. In L. Verhofstadt-Denève, Y. Kienhorst y C. Braet (Ed.), *Conflict and development in adolescence* (DSWO Press ed., pp. 1-12) Leiden University.

Jackson, S., Bijstra, J., Oostra, L., & Bosma, H. (1998). Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21, 305-322.

Jaffe, h. J. (1991). Drogadicción y abuso de drogas. *Las bases farmacológicas de terapéutica* (pp. 513-562). Mexico: Panamericana.

Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychology*, 48, 117-126.

Jiménez, F. (1984). In Jiménez Burillo F. (Ed.), *Intervención psicológica en violencia y marginación social*. Murcia : (sp): Límites,

Jiménez, F. (1986). Notas sobre las relaciones entre psicología y derecho penal. *Psicología social y sistema penal*. (pp. 19-25). Madrid: Alianza.

Jiménez, F. (2006). Perspectivas teóricas y definicionales sobre el poder y la autoridad. *Psicología de las relaciones de autoridad y de poder* (pp. 15-38). Barcelona: Editorial UOC. Retrieved from www.ebrary.com.jabega.uma.es

Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 181-195.

Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: El rol mediador del apoyo social. *Revista De Psicología Social*, 21(1), 21-34.

Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Familia y autoestima: Una relación paradójica con el consumo de sustancias en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*,

Jiménez, T., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: El rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (8), 138-151.

Kashani, J. H., Canfield, L. A., Borduin, C. M., Soltys, S. M., & Reid, J. C. (1994). Perceived family and social support: Impact on children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 819-823.

Kramer, J. F., & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS.

Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Steele, M. (1988). In Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Prevention (Ed.), *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family centered approaches*. Rockville, MD:

Kuntsche, E., & Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Journal Substance use & Missue*, 41, 71-86.

Laireiter, A., & Baumann, U. (1992). Networks structures and support functions: Theoretical and empirical analysis. In H. Veiel, & U. Bauman (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere.

Lakey, B., & Heller, K. (1988). Social support from a friend, perceived support, and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16, 811-824.

Lalander, P., & Carmona, N. (2003). Las drogas, la calle y la pobreza insensata. *Ábaco*, (37-38), 51-72.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lévi-Strauss. (1949). *Les structures élémentaires de la parenté*. París: PUF.

Lila, M., Buelga, S., & Musitu, G. (2006). *Relaciones entre padre e hijos en la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Lila, M., Gracia, E., & Murgui, S. (2013). Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: The role of social support and stressful life events. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 147-153. doi: 917419

Lila, M., Oliver, A., Lorenzo, M. V., & Catalá, A. (2014). Valoración del riesgo de reincidencia en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: Importancia del apoyo social. *Revista De Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 28 (2), 225-236.

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In A. Dean, & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.

Lin, N., & Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.

Lizasoain, I., Moro, M. A., & Lorenzo, P. (2002). Cocaína: Aspectos farmacológicos. *Adicciones*, 14(1), 57-64.

López, A., & Becoña, E. (2009). El consumo de cocaína desde la perspectiva psicológica. *Papeles Del Psicólogo*, 30(2), 125-134. Retrieved from <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1701.pdf>

López, J. S., Martín, M. J., & Martín, J. M. (1998). Consumo de drogas ilegales. In A. Martín, J. M. Martínez, J. S. López, J. M. Martín & M. J. Martín (Eds.),

Comportamientos de riesgo: Violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales. Madrid: Entinema.

López, K. S., & Lobo, M. Conducta antisocial y consumo de alcohol en adolescentes escolares. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_20.pdf

Luengo, M. A., Villar, P., Sobral, J., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (2009). El consumo de drogas en los adolescentes inmigrantes: Implicaciones para la prevención. *Revista Española De Drogodependencias*, 34(4), 448-479. Retrieved from http://www.aesed.com/descargas/revistas/v34n4_4.pdf

Marcil-Gratton, N., Le Bourdais, C., & Lapierre-Adamcyk, E. (2000). The implications of parents' conjugal histories for children. *Canadian Journal of Policy Research*, 1, 32-40.

Markez, I., & Pastor, F. (2010). Menores extranjeros no acompañados (MENA), un colectivo especialmente vulnerable ante las drogas. *Zerbitzuan. Revista De Servicios Sociales*, (48), 71-85.

Martín, E. De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos. In E. Becoña, A. Rodríguez & I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Martínez, J. M., Trujillo, H. M., & Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.

Martínez, J., Fuertes, A., Ramos, M., & Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: Importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.

Martínez, J., Vigil, B., & Pérez, M. C. (2004). Diferencia en la percepción subjetiva de los efectos del alcohol en una muestra de jóvenes. *Toxi Dependencias*, (7), 58-70.

Martínez, J. L., Fuentes, A., Ramos, R., & Hernández, A. (2003). Substance use in the adolescence: Importance of parenteral warmth and supervision. *Psicothema*, (15), 161-166.

Martínez, J. M., & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.

Martinez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): Desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 317-338.

Mccubbin, H., & Patterson, J. (1983). The Family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, (6), 7-37.

McCubbin, H., & Thompson, A. (1987). Family stress theory and assessment: The T-double ABCX model of family adjustment and adaptation. In H. McCubbin, & A. Thompson (Eds.), *Family assessment for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.

Mccubbin, H., Patterson, J., & Lavee, Y. (1983). *One thousand army families: Strengths, doping and supports*. St. Paul, Minnesota: University of Minnesota Press.

McGee, R., Williams, S., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2000). A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction*, *95*, 491-503.

McLahanan, S., & Percheski, C. (2008). Family structure and the reproduction of inequalities. *Annual Review of Sociology*, *34*, 257-276.

Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Megias, I. N., J., Rodríguez, E., & Romani, O. (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid: FAD.

Megías, E., Elzo, J., Rodríguez, E., Megías, I., & Navarro, J. (2006). *Jóvenes, valores, drogas*. Madrid: FAD.

Megías, E., Rodríguez, E., Megías, I., & Navarro, J. (2005). La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004. *Análisis de los discursos sobre drogas* (pp. 159-219). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Melendro, M., Lomas, M., López, A., & Perojo, I. (2011). *Estrategias educativas con adolescentes y jóvenes en dificultad social: El tránsito a la vida adulta en una sociedad sostenible*. España: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). In Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. Plan de acción sobre drogas, España 2013-2016*. Madrid:

Ministerio Fiscal. (2014). Memorias de la fiscalía general del estado. Delitos por tráfico de drogas en España. Retrieved from https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/memoria2012_vol1_edpj_04.pdf?idFile=5d3b012d-3d0c-43a6-81a4-b3ae3ba9a09b

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. In Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Montoro, R. (2004). La familia en su evolución hacia el siglo XXI. *II Congreso La Familia En La Sociedad Del Siglo XXI*, Madrid.

Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S., & Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: El rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(1), 123-136.

Moreno, J. A., Parra, N., & González-Cutre, D. (2008). Influencia del apoyo a la autonomía, las metas sociales y la relación con los demás sobre la desmotivación en Educación Física. *Psicothema*, 20(4), 636-641.

Muñoz-Rivas, M. J., & Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.

Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., & Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Musitu, G. (2006). Familia, estrés y comunidad. *Intervención social y comunitaria* (pp. 210-221). Málaga: Aljibe.

Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., & Cava, M. J. (2001). *Análisis e intervención social. Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.

Musitu, G., & Cava, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro.

Musitu, G., & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.

Musitu, G., Estévez, E., & Jiménez, T. I. (2010). *Funcionamiento familiar, convivencia y ajuste en hijos adolescentes*. Madrid: Grupo editorial Cinca, S. A.

Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T., & Herrero, J. (2007). Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia. In S. Yubero, Larrañaga, E. y Blanco, A. (Ed.), *Convivir con la violencia*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Musitu, G., & Herrero, J. (1994). La familia: Formas y funciones. In Musitu y P. Allatt (Ed.), *Psicosociología de la familia* (pp. 17-46). Valencia: Albatros.

Musitu, G., Jiménez, T. I., & Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: Un modelo de mediación. *Salud Pública De México*, 49(1-10), 3.

Newcomb, M. (1987). Consequences of teenage drug use: The transition from adolescence to young adulthood. *Drugs and Society*, 1(4), 26-60.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2013). *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Nuez, C. Lila, M. y Musitu, G. (2002). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes valencianos. En M. I. Fajardo, M. I. Ruiz, A.

Ventura y J. A. Vulve.(Eds.), *Necesidades Educativas Especiales. Familia y educación. Nuevos retos, nuevas respuestas* (pp. 339-348). Ed. Psicoex.

OEDT. (2006). *Informe anual 2006: el problema de la drogodependencia en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2006>

Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario De Psicología*, 37(3), 209-223.

Olson, D. H.,(2000). Circumplex model or marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 2(22), 144-167.

Olson, D. H.,. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, Vol.3 (1), 64-80.

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital & family systems. *Normal Family Processes, 3rd Ed*, 514-547.

Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1989). Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families. *Haworth Press. New York*,

OMS. (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.

OMS. (2013). In Ediciones de la OMS (Ed.), *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*. Ginebra:

Organización Mundial de la Salud. (2009). Los accidentes de tránsito, el suicidio y las afecciones maternas figuran entre las principales causas de muerte de los jóvenes.

Retrieved from

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/adolescent_mortality_20090911/es/index.html#

Orth, K. (1994). International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease. *Social support and cardiovascular disease*. New York: Plenum Press.

Ovcharchyn-Devitt, C., Calby, P., Carswell, L., Perkowitz, W., Scruggs, B., Turpin, R., & Bickman, L. (1981). Approaches towards social problems: A conceptual model. *Basic and Applied Social Psychology*, 2(4), 275-287.

Palop Botella, M. (2000). *Mujer y droga*. Retrieved from <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=821>

Parke, R. D. (2004). Development in family. *Annual Review of Psychology*, 55, 365-399.

Paterna, C., Martínez, M. C., Vera, J. J., & Hombrados, M. I. (2010). *Dinámicas e intervención grupal*. Madrid: Síntesis.

Pearlin, L. I. (1985). Social structures on processes of social support. In Academic Press (Ed.), *Social support and health*. New York:

Pedraza, S. F., & Perdomo, M. F. Hernández, N. J. (2009). Terapia narrativa en la co-construcción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica*, 8(1), 199-214.

Peinado, F. (2009, 20-04-2009). Narcotraficantes y chulos, pasen por caja. *El País*, pp. 28.

Peña, E. (2010). *Conducta antisocial en adolescentes: Factores de riesgo y de protección*

Peñacoba, C., González-Gutiérrez, J. L., Benito, M., Botillo, E., González, R., Moreno, R., Carretero, I. (2005). Consumo de alcohol y éxtasis (MDMA) en adolescentes y variables psicosociales implicadas. Un análisis descriptivo. *Psicología Conductual*, 13(1), 127-145.

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, (32), 147-173.

Petterson, P. L., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions: Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, (16), 579-602.

Plan Nacional sobre Drogas. (2015). Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2013. Retrieved from <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf>

Plan Nacional sobre el Sida. (2013). In S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología (Ed.), *Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de sida*. Madrid: ISCIII.

Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors of substance abuse, delinquency and other problem behavior in adolescent population*. Unpublished manuscript.

Pons, J., & Berjano, E. (1999). In Ministerio del Interior (Ed.), *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid:

Pozo, C., & Alonso, E. (2004). Conductas de riesgo y percepción de invulnerabilidad en una muestra de jóvenes andaluces. *Encuentros En Psicología Social*, 2(1), 5-10.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 74(9), 1102-1114.

Ramírez, L. A. (2007). *El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes (un análisis etnográfico)* (Tesis doctoral, Universidad de Valencia).

Real Academia Española. (2015). Diccionario de la lengua española. Retrieved from <http://lema.rae.es/drae/?val=delito>

Rechea, C. (2007). Conductas antisociales y delictivas de los jóvenes en España. Retrieved from <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Sala-de-Prensa/Archivo-de-notas-de-prensa/De-acuerdo-con-un-informe-realizado-para-el-CGPJ--Los-adolescentes-y-jovenes-comienzan-a-presentar-conductas-delictivas-o-problematicas-a-partir-de-los-13-anos>

Rivero, N., Martínez-Pampliega, A., & Olson, D. H., (2010). Spanish adaptation of the FACES IV questionnaire: Psychometric characteristics. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 18(3), 288-296. doi:10.1177/11066480710372084

Robertson, E. B., David, S. L., & Rao, S. A. (2004). In Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Institutos Nacionales de la Salud Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas (Ed.), *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Bethesda, Maryland 20892: doi: 04-4214(B) (Sp.)

Rodríguez, E. (2002). Perspectiva de género en los problemas de drogas y su impacto. In P. Blanco, L. Palcio & C. Sirvent (Eds.), (pp. 23-29). Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Rodríguez, E., Ballesteros, J. A., & Megías, I. (2010). *Bienestar en España. Ideas de futuro desde el discurso de padres y madres*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Rohner, R. P., & Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*, 5, 382-405.

Rojas, F., Burgos, G., & Sanabria, M. (1993). El narcotráfico en Colombia: Del discurso a la realidad. En: *Economía política de las drogas: Lecturas latinoamericanas*. p. 59-94.

Romero-Martínez, A., Lila, M., Catalá-Miñana, A., Williams, R. K., & Moya-Albiol, L. (2013). The contribution of childhood parental rejection and early androgen exposure to impairments in socio-cognitive skills in intimate partner violence perpetrators with high alcohol consumption. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 3753-3770. doi: 917319

Rooney, J. F. (2006). Consumo entre juventud norteamericana: Un dilema paradójico. *Revista Española De Drogodependencias*, 31(2), 157-172. Retrieved from http://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n2_2.pdf

Ruano, R., & Serra, E. (2001). Sucesos vitales y tensiones en familias con hijos adolescentes. *Estudios Pedagógicos*, (27), 20 Febrero 2013-55-64.

Rubini, M., & Pombeni, M. L. (1992). In Universidad de Bolonia. Facultad de Ciencias de la Educación. Área de Psicología Social (Ed.), *Cuestionario de conductas delictivas*. Mimeo:

Ryan, A. M., Hicks, L., & Midgley, C. (1997). Social goals, academic goals and avoiding seeking help in the classroom. *Journal of Early Adolescence*, 17, 154-171.

Salazar, Y., Veyta, M., Márquez, O., & Huitrón, G. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(1), 141-148.

Sánchez, L. (2009). *Drogas y perspectiva de género*. Documento marco Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. Servicio Galego de Saúde.

Sánchez-Bernardos, M. L., Alonso-Rodríguez, E., Hernández-Lloreda, M. J., & Bragado, M. C. (2007). Orden de nacimiento y apoyo parental: Su papel en la orientación interpersonal de los adolescentes. Un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 18(1), 9-21.

Sancho, J. L. (2014). *Familia, adolescentes y consumo de drogas*. Retrieved 05/23/2007, 2007, from http://w3.cnice.mec.es/recursos2/e_padres/html/fami_droga.htm#

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Scandroglio, B., López, J., & San José, M. C. "Pandillas": Grupos juveniles y conductas desviadas. La perspectiva psicosocial en el análisis y la intervención. *Revista Electrónica De Investigación Psicoeducativa*, 6 (1) (14), 2008-65-94.

Schmidt, V. (2001). Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en familias de drogodependientes. *Revista Iberoamericana De Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 11(1), 76-92.

Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 30-36. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092010000100004&script=sci_arttext

Serapio, A. (2006). Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista De Estudios De Juventud*, (73), 11-23.

Sobral Fernández, J., Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, Á., Romero Triñanes, E., & Villar Torres, P. (2010). Adolescentes latinoamericanos, aculturación y conducta antisocial. *Psicothema*, 22(3), 410-415. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3745.pdf>

Sobrino, L. (2008). Niveles de satisfacción familiar y de comunicación entre padres e hijos. *Avances En Psicología*, 16(1), 109-139.

Socidroalcohol. (2014). Prevención basada en la evidencia. Retrieved from <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php>

- Soto, M. A. (2006). Los jóvenes y la violencia del olvido.
- Terol, M. C., López, S., Neipp, M. C., Rodríguez, X., Pastor, M. A., & Martín-Aragón, M. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación. *Anuario De Psicología*, 35(1), 23-46.
- Thérond, C., Duyme, M., & Capron, C. (2002). Socioeconomical status (SES) and children behaviour disorders. *VIII Conference of the European Association for Research on Adolescence*, EARA. Oxford.
- Thoits, P. (1985). Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities. *Social support: Theory, research and applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Thomas, V., & Lewis, R. A. (1999). Observational couple assessment: A cross model comparison. *Journal of Marital & Family Therapy*, (21), 78-95.
- Thomas, V., & Olson, D. H. (1993). Problem families and the circumplex model: Observational assessment using the clinical rating scale. *Journal of Marital & Family Therapy*, (19), 159-175.
- Tortajada Navarro, S., Valderrama Zurián, J. C., Castellano Gómez, M., Llorens Aleixandre, N., Agulló Calatayud, V., Herzog, B., & Aleixandre Benavent, R. (2008). Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*, 20(3), 403-407. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/3499.pdf>
- Troyano, J. F. (2001). *A propósito de la inmigración*. Málaga: Aljibe.
- Turbi, A., & Lloria, R. (2005). *Prevención con menores en situación de riesgo*. Valencia: Proyecto Hombre.

U.S.D.H.H.S. (1988). In Department of Health and Human Services, (Ed.), *The health consequences of smoking. Nicotine addiction. A report of the surgeon general.* . Rockville, MD: U.S:

Universidad de Valencia. (2014). Funcionamiento familiar: Evaluación de los potenciadores y obstructores. Retrieved from <http://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>

Valle, A., Cabanach, R. G., Rodríguez, S., Núñez, J. C., & González-Pienda, J. A. (2006). Metas académicas, estrategias cognitivas y estrategias de autorregulación del estudio. *Psicothema*, 18, 165-170.

Van Aken, M. (1997). *Cuestionario de relaciones interpersonales durante la adolescencia*. Unpublished manuscript.

Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.

Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In Veiel, H.O.F and Baumann, U. (Ed.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 193-216). New York: Hemisphere.

Vázquez, F. L., & Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín De Psicología*, (83), 21-44.

Verdugo, M. A. (1994). Estrés familiar: Metodologías de intervención. *Siglo Cero*, (152), 37-45.

Villalba, T. (2013). In XI Congreso Español de Sociología (Ed.), *La influencia de la estructura familiar y el grupo de pares en la adopción de conductas de riesgo en los adolescentes en España*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Villarreal, M. E. (2009). *Un modelo estructural del consumo de drogas y conductas violentas en adolescentes escolarizados*. (PSI2008-01535/PSIC.).

Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G., & Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: Propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a06.pdf>

Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29.

Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.

Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. In D. I. Wilner, & G. G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics*. New York: McGraw Hill.

Wu, L., & Martinson, B. (1993). Family structure and the risk of a premarital birth. *American Sociological Review*, 58(2), 210-232.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de evaluación del sistema familiar (CESF)

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen a las familias. Piensa el grado en que cada una de ellas describe a tu familia y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:

1	2	3	4	5
Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

Por ejemplo:

1.- En mi familia jugamos todos juntos al parchís.

Si crees que en tu familia se juega al parchís todos juntos casi siempre, deberás rodear el número 5. Si, por el contrario, piensas que en tu familia casi nunca se juega al parchís todos juntos, rodearás con un círculo el número 1.

La prueba consta de dos partes: una relativa a cómo es tu familia y, otra, a cómo te gustaría que fuese.

No existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

¿CÓMO ES TU FAMILIA?

		1	2	3	4	5
		Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1.	Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos	<u>1 2 3 4 5</u>				
2.	Cuando surge un problema se tiene en cuenta la opinión de los hijos	<u>1 2 3 4 5</u>				
3.	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia	<u>1 2 3 4 5</u>				
4.	A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos	<u>1 2 3 4 5</u>				
5.	Preferimos relacionarnos con la familia más cercana (tíos, abuelos, primos...)	<u>1 2 3 4 5</u>				
6.	Diferentes personas de nuestra familia mandan en ella	<u>1 2 3 4 5</u>				
7.	Nos sentimos más próximos entre nosotros que entre personas	<u>1 2 3 4 5</u>				
8.	Nuestra familia cambia la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres	<u>1 2 3 4 5</u>				
9.	Nos gusta pasar el tiempo libre juntos	<u>1 2 3 4 5</u>				
10.	Padres e hijos comentamos juntos los castigos	<u>1 2 3 4 5</u>				
11.	Nos sentimos muy unidos entre nosotros	<u>1 2 3 4 5</u>				
12.	En nuestra familia los hijos también toman decisiones	<u>1 2 3 4 5</u>				
13.	Cuando la familia tiene que realizar alguna actividad conjunta, todos los miembros participan	<u>1 2 3 4 5</u>				

14.	En nuestra familia las normas o reglas pueden cambiarse	<u>1 2 3 4 5</u>
15.	Se nos ocurren fácilmente cosas que hacer en común	<u>1 2 3 4 5</u>
16.	Nos turnamos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia	<u>1 2 3 4 5</u>
17.	A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros	<u>1 2 3 4 5</u>
18.	Es difícil saber quién manda en nuestra familia	<u>1 2 3 4 5</u>
19.	El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros	<u>1 2 3 4 5</u>
20.	Es difícil decir qué tarea realiza cada miembro de la familia	<u>1 2 3 4 5</u>

¿COMO TE GUSTARÍA QUE FUESE TU FAMILIA?

1	2	3	4	5
Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

ME GUSTARÍA QUE:

1.	Nos pidiéramos ayuda entre nosotros cuando la necesitásemos	<u>1 2 3 4 5</u>
2.	Cuando surgiese un problema se tuviese en cuenta la opinión de los hijos	<u>1 2 3 4 5</u>
3.	Se aceptaran las amistades de los demás miembros de la familia	<u>1 2 3 4 5</u>

4.	A la hora de establecer normas de disciplina, se tuviese en cuenta la opinión de los hijos	<u>1 2 3 4 5</u>
5.	Nos relacionásemos con la familia más cercana (tíos, abuelos, primos...)	<u>1 2 3 4 5</u>
6.	Diferentes personas de la familia mandasen en ella	<u>1 2 3 4 5</u>
7.	Nos sintiésemos más próximos entre nosotros que entre personas que no pertenecen a nuestra familia	<u>1 2 3 4 5</u>
8.	Nuestra familia cambiara la manera de realizar las distintas tareas o quehaceres	<u>1 2 3 4 5</u>
9.	Nos gustase pasar el tiempo libre juntos	<u>1 2 3 4 5</u>
10.	Padres e hijos comentásemos juntos los castigos	<u>1 2 3 4 5</u>
11.	Nos sintiésemos muy unidos entre nosotros	<u>1 2 3 4 5</u>
12.	En nuestra familia, también los hijos tomasen decisiones	<u>1 2 3 4 5</u>
13.	Cuando la familia tuviese que realizar alguna actividad	<u>1 2 3 4 5</u>
14.	En nuestra familia, las normas o reglas se pudiesen cambiar	<u>1 2 3 4 5</u>
15.	Se nos ocurriesen fácilmente cosas que hacer en común	<u>1 2 3 4 5</u>
16.	Nos turnásemos las responsabilidades de la casa, entre los distintos	<u>1 2 3 4 5</u>
17.	A la hora de tomar decisiones, los miembros de nuestra familia	<u>1 2 3 4 5</u>
18.	Supiésemos quién manda en nuestra familia	<u>1 2 3 4 5</u>

19.	El sentimiento de unión familiar fuese muy importante para nosotros	<u>1 2 3 4 5</u>
20.	Fuese fácil decir qué papel o tarea realiza cada miembro de la familia	<u>1 2 3 4 5</u>

Anexo 2. Cuestionario de evaluación de la comunicación familiar (CM) (Barnes y Olson, 1982).

Cuestionario de Comunicación Familiar (C-M)

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen formas de comunicación o relación que pueden darse con tu madre. Piensa en qué grado cada una de ellas describe la relación que mantienes con tu madre y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre

Por ejemplo:

1.- Cuando hablo, mi madre me escucha.

Si piensas que siempre que hablas con tu madre, ésta te escucha, rodearás el número 5. Si, por el contrario, tienes la sensación de que tu madre nunca te escucha cuando intentas contarle algo, rodearás con un círculo el número 1.

Si una mujer que no es tu madre ha ocupado el lugar de tu madre durante un periodo superior al último año, marca igualmente la respuesta que mejor la describe.

Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

	1	2	3	4	5
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1.	Puedo hablar acerca de lo que pienso con mi madre sin sentirme mal o incómodo/a.			<u>1 2 3 4 5</u>	
2.	No me creo todo lo que me dice mi madre			<u>1 2 3 4 5</u>	
3.	Cuando hablo, mi madre me escucha			<u>1 2 3 4 5</u>	
4.	No me atrevo a pedirle a mi madre lo que deseo o quiero			<u>1 2 3 4 5</u>	
5.	Mi madre suele decirme cosas que sería mejor que no me dijese			<u>1 2 3 4 5</u>	
6.	Mi madre puede saber cómo estoy sin preguntármelo			<u>1 2 3 4 5</u>	
7.	Estoy muy satisfecho/a con la comunicación que tengo con mi madre			<u>1 2 3 4 5</u>	
8.	Si tuviese problemas podría contárselos a mi madre			<u>1 2 3 4 5</u>	
9.	Le demuestro con facilidad afecto a mi madre			<u>1 2 3 4 5</u>	
10.	Cuando estoy enfadado con mi madre, generalmente no le hablo			<u>1 2 3 4 5</u>	
11.	Tengo mucho cuidado con lo que le digo a mi			<u>1 2 3 4 5</u>	

	madre	
12.	Cuando hablo con mi madre, suelo decirle cosas que sería mejor	<u>1 2 3 4 5</u>
13.	Cuando hago preguntas a mi madre, me responde con sinceridad	<u>1 2 3 4 5</u>
14.	Mi madre intenta comprender mi punto de vista	<u>1 2 3 4 5</u>
15.	Hay temas que prefiero no hablar con mi madre	<u>1 2 3 4 5</u>
16.	Pienso que es fácil discutir los problemas con mi madre	<u>1 2 3 4 5</u>
17.	Es muy fácil expresar mis verdaderos sentimientos con mi madre	<u>1 2 3 4 5</u>
18.	Cuando hablo con mi madre me pongo de mal genio	<u>1 2 3 4 5</u>
19.	Mi madre me ofende cuando está enfadada conmigo	<u>1 2 3 4 5</u>
20.	No creo que pueda decirle a mi madre cómo me siento realmente en determinadas situaciones	<u>1 2 3 4 5</u>

Datos descriptivos sobre percepción de la madre

MI MADRE ES:

1.- Cariñosa..... 1 2 3 4 5	5.- Comprensiva..... 1 2 3 4 5
2.- Amable..... 1 2 3 4 5	6.- Desconfiada..... 1 2 3 4 5
3.- Mandona..... 1 2 3 4 5	7.- Severa..... 1 2 3 4 5
4.- Justa..... 1 2 3 4 5	8.- Egoísta..... 1 2 3 4 5

En quién estabas pensando cuando respondías a estas afirmaciones:

-----Mi propia madre

-----Mi madrastra

-----Otra mujer que cuida de mí

Anexo 3. Cuestionario de evaluación de la comunicación familiar (CP) (Barnes y Olson, 1982).

Cuestionario de Comunicación Familiar (C-P)

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen formas de comunicación o relación que pueden darse con tu madre. Piensa en qué grado cada una de ellas describe la relación que mantienes con tu **padre** y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre

Por ejemplo:

1.- Cuando hablo, mi padre me escucha.

Si piensas que siempre que hablas con tu padre, éste te escucha, rodearás el número 5. Si, por el contrario, tienes la sensación de que tu padre nunca te escucha cuando intentas contarle algo, rodearás con un círculo el número 1.

Si un hombre que no es tu padre ha ocupado el lugar de tu padre durante un periodo superior al último año, marca igualmente la respuesta que mejor la describe.

Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

	1	2	3	4	5
	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1.	Puedo hablar acerca de lo que pienso con mi padre sin sentirme mal o incómodo/a.			<u>1 2 3 4 5</u>	
2.	No me creo todo lo que me dice mi padre			<u>1 2 3 4 5</u>	
3.	Cuando hablo, mi padre me escucha			<u>1 2 3 4 5</u>	
4.	No me atrevo a pedirle a mi padre lo que deseo o quiero			<u>1 2 3 4 5</u>	
5.	Mi padre suele decirme cosas que sería mejor que no me dijese			<u>1 2 3 4 5</u>	
6.	Mi padre puede saber cómo estoy sin preguntármelo			<u>1 2 3 4 5</u>	
7.	Estoy muy satisfecho/a con la comunicación que tengo con mi padre			<u>1 2 3 4 5</u>	
8.	Si tuviese problemas podría contárselos a mi padre			<u>1 2 3 4 5</u>	
9.	Le demuestro con facilidad afecto a mi padre			<u>1 2 3 4 5</u>	
10.	Cuando estoy enfadado con mi padre, generalmente no le hablo			<u>1 2 3 4 5</u>	
11.	Tengo mucho cuidado con lo que le digo a mi padre			<u>1 2 3 4 5</u>	

12.	Cuando hablo con mi padre, suelo decirle cosas que sería mejor que no le dijese	<u>1 2 3 4 5</u>
13.	Cuando hago preguntas a mi padre, me responde con sinceridad	<u>1 2 3 4 5</u>
14.	Mi padre intenta comprender mi punto de vista	<u>1 2 3 4 5</u>
15.	Hay temas que prefiero no hablar con mi padre	<u>1 2 3 4 5</u>
16.	Pienso que es fácil discutir los problemas con mi padre	<u>1 2 3 4 5</u>
17.	Es muy fácil expresar mis verdaderos sentimientos con mi padre	<u>1 2 3 4 5</u>
18.	Cuando hablo con mi padre me pongo de mal genio	<u>1 2 3 4 5</u>
19.	Mi padre me ofende cuando está enfadada conmigo	<u>1 2 3 4 5</u>
20.	No creo que pueda decirle a mi padre cómo me siento realmente en determinadas situaciones	<u>1 2 3 4 5</u>

Datos descriptivos sobre percepción de la madre

MI PADRE ES:

1.- Cariñoso..... 1 2 3 4 5	5.- Comprensivo..... 1 2 3 4 5
2.- Amable..... 1 2 3 4 5	6.- Desconfiado..... 1 2 3 4 5
3.- Mandón..... 1 2 3 4 5	7.- Severo..... 1 2 3 4 5
4.- Justo..... 1 2 3 4 5	8.- Egoísta..... 1 2 3 4 5

En quién estabas pensando cuando respondías a estas afirmaciones:

-----Mi propio padre

-----Mi padrastro

-----Otro hombre que cuida de mí

Anexo 4. Cuestionario de satisfacción familiar (CSF) (Olson y Wilson, 1982)

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen la vida familiar. Piensa el grado de satisfacción que te proporciona cada situación o forma de relación que se plantea y rodea con un círculo la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación. Las respuestas posibles son:

1	2	3	4	5
Totalmente	Bastante	En parte Satisfecho	Bastante	Completamente
Insatisfecho	Insatisfecho	En parte Insatisfecho	Satisfecho	Satisfecho

Por ejemplo:

1.- Tu libertad para estar solo cuando lo deseas.

Si te sientes muy satisfecho con la libertad de la que dispones para estar solo, deberás rodear el número 5. Si, por el contrario, te sientes totalmente insatisfecho con la libertad de la que dispones para estar solo cuando lo deseas, rodearás con un círculo el número 1.

Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión personal.

1	2	3	4	5
Totalmente	Bastante	En parte Satisfecho	Bastante	Completamente
Insatisfecho	Insatisfecho	En parte Insatisfecho	Satisfecho	Satisfecho

INDICA TU GRADO DE SATISFACCIÓN CON:

- 1.-Lo unido que te sientes con los miembros de tu familia.....**1 2 3 4 5**
- 2.-Tu propia facilidad para expresar en tu familia lo que deseas.....**1 2 3 4 5**
- 3.-La facilidad de tu familia para intentar hacer cosas nuevas.....**1 2 3 4 5**
- 4.-Las decisiones que toman tus padres en tu familia.....**1 2 3 4 5**
- 5.-Lo bien que se llevan tus padres.....**1 2 3 4 5**
- 6.-Lo justas que son las críticas en tu familia.....**1 2 3 4 5**
- 7.-La cantidad de tiempo que pasas con tu familia.....**1 2 3 4 5**
- 8.-La forma de dialogar para resolver los problemas familiares.....**1 2 3 4 5**
- 9.-Tu libertad para estar solo cuando lo deseas.....**1 2 3 4 5**
- 10.-Las normas o reglas para distribuir las responsabilidades y tareas de
casa entre los distintos miembros de tu familia.....**1. 2 3 4 5**
- 11.- La aceptación de tus amigos por parte de tu familia.....**1 2 3 4 5**
- 12.- Lo que tu familia espera de ti.....**1 2 3 4 5**

13.- La cantidad de veces que tomáis decisiones todos juntos en tu familia.....1 2 3 4 5

14.- La cantidad de actividades de diversión o de ocio que hay en tu familia.....1 2 3 4 5

Anexo 5. Cuestionario de Evaluación de Apoyo Social (CAS)

Cuestionario de Evaluación CAS1-AD

Todo el mundo tiene personas que son importantes para él/ella. Las preguntas siguientes se relacionan con esas personas. Señala con una cruz la respuesta que consideres adecuada.

1. ¿Cómo es tu familia?

	Familia completa (padre, madre, hijos)
	Familia con padres separados o divorciados
	Familia reconstituida (alguno de tus padres se ha unido o casado por segunda vez)
	Familia con padres adoptivos
	Otro tipo:

2. A parte de tus padres, ¿hay otro adulto con el que tengas una relación especial? (abuelo/a, tío/a, profesor/a, etc.)

	No
	Sí, es un/a.....

3. ¿Cuántos hermanos tienes?

	Tengo ___ hermanos. De ellos, todavía viven en casa ____
	Tengo ___ hermanas. De ellas, todavía viven en casa ____

- 4. ¿Qué hermano es más importante o especial para ti? Por ejemplo, lo consideras el más simpático, le cuentas más cosas.**

	No tengo hermanos/as
	Hermano mayor que yo
	Hermana mayor que yo
	Hermano menor que yo
	Hermana menor que yo
	Hermano/a gemelo o mellizo
	Ningún hermano es más importante o especial para mí

- 5. ¿Tienes un/a mejor amigo/a?**

[ATENCIÓN Un mejor amigo es una persona que también diría que tú eres su mejor amigo/a. En esta pregunta no tienes que referirte a la persona con la que sales o de la que estás enamorado]

	No, no tengo un/a mejor amigo/a <i>[Si has contestado que No, pasa directamente a la pregunta 8]</i>
	Sí, tengo un/a mejor amigo/a

- 6. ¿Tu mejor amigo/a es un/a compañero/a de clase?**

	No
	Sí

7. ¿Desde cuándo sois amigos?

	Hace menos de un mes
	Entre un mes y seis meses
	Entre seis meses y un año
	Entre uno y dos años
	Hace más de dos años

8. ¿Sales con alguien o estás enamorado de alguien?

	No, no salgo con nadie ni estoy enamorado <i>[Si has contestado que No, has terminado esta parte del cuestionario]</i>
	Sí, estoy enamorado de una persona con la que no salgo
	Sí, salgo con una persona de la que estoy enamorado
	Sí, salgo con una persona de la que no estoy todavía enamorado

9. ¿La persona con la que sales o de la que estás enamorado, es un compañero/a de clase?

	No, no es un compañero/a de clase
	Sí, es un compañero/a

10. ¿Cuánto tiempo hace que sales con esa persona y/o estás enamorado de ella?

	Hace menos de un mes
	Entre un mes y seis meses
	Entre seis meses y un año
	Hace más de dos años

CAS2

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que se refieren a las personas que pueden ser importantes para ti: padre, madre, adulto especial, hermano especial, mejor amiga/o y novia/o.

*Piensa en qué grado cada una de las afirmaciones describe mejor la relación que tienes con esa persona y marca con una cruz la casilla correspondiente en la tabla. Si no tienes alguna de estas personas, deja en blanco la casilla. Las respuestas posibles son: **1 Nunca, 2 Pocas veces, 3 algunas veces, 4 Muchas veces, 5 Siempre***

Por ejemplo:

1.- Me muestra que me admira

*Si tu padre siempre te demuestra que te admira, marcarás con una cruz **siempre**, que corresponde a la línea del padre, si tu madre te demuestra pocas veces que te admira, marcarás con una cruz la casilla **pocas veces**, que corresponde a la línea madre. Seguirás el mismo proceso para cada afirmación y para cada persona.*

1. Me demuestra que me quiere

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

2. Me ayuda a decidir por mí mismo

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

3. Me critica mis ideas sobre mi forma de pensar sobre la vida (religión, política y cuestiones sociales)

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

4. Critica lo que a mí me gusta (música, ropa, peinados...)

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

5. Me ridiculiza, me humilla, me pone en evidencia

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

6. Critica todo lo que hago

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

7. Toma decisiones por mí, incluso las que quiero tomar por mí mismo

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

8. No me explica por qué tengo que hacer o dejar de hacer las cosas

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

9. Me explica o me enseña cómo tengo que hacer las cosas

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

10. Me demuestra que me admira

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

11. Me ayuda a que experimente las cosas por mí mismo

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

12. Me explica por qué una cosa está bien o por qué está mal

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

13. Acepta mi forma de ser

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

14. Me siento desilusionado o engañado por esa persona

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

15. Me acepta como soy

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

16. Impone reglas muy estrictas

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

17. Miente para deshacerse de mí

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

18. Tenemos las mismas ideas acerca de la vida (religión, política y cuestiones sociales)

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

19. Me apoya en todo lo que hago

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

20. Me deja solucionar los problemas por mí mismo y me ayuda cuando se lo pido

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

21. Habla conmigo de lo que me preocupa o me interesa

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

22. Critica mi trato con los demás

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

23. Puedo fiarme de esa persona

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

24. Me trata mal (castigo, indiferencia, broncas, etc.)

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

25. Tengo que hacer exactamente lo que quiere

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

26. Es una persona muy reservada, nunca dice lo que piensa de mí o lo que siente por mí

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

27. Tenemos muchas discusiones sobre mi rendimiento escolar, mi futuro o mis posibilidades profesionales

	nunca	pocas veces	algunas veces	muchas veces	siempre
padre					
madre					
adulto					
hermano/a					
amigo/a					
novio/a					

Anexo 6. Cuestionario de estimación de consumo de drogas

Estimación del consumo	
Prevalencias de consumo: TABACO	
20. ¿Ha consumido alguna vez <u>de forma regular</u>? 20.1 Sí 20.2 No 21. Edad de inicio del consumo de este tóxico: ____	22. Frecuencia de consumo actual (últimos 30 días) 22.1 No 22.2 Diario 22.3 Semanal (o fin de semana) 22.4 Esporádico, ocasional
Prevalencias de consumo: ALCOHOL (Cerveza, vino)	
23. ¿Ha consumido alguna vez <u>de forma regular</u>? 23.1 Sí 23.2 No 24. Edad de inicio del consumo de este tóxico: ____	25. Frecuencia de consumo actual (últimos 30 días) 25.1 No 25.2 Diario 25.3 Semanal (o fin de semana) 25.4 Esporádico, ocasional
Prevalencias de consumo: ALCOHOL (cubatas, chupitos, licores)	
26. ¿Ha consumido alguna vez <u>de forma regular</u>? 26.1 Sí 26.2 No 27. Edad de inicio del consumo de este tóxico: ____	28. Frecuencia de consumo actual (últimos 30 días) 28.1 No 28.2 Diario 28.3 Semanal (o fin de semana) 28.4 Esporádico, ocasional

Prevalencias de consumo: COCAÍNA	
<p>29. ¿Ha consumido alguna vez <u>de forma regular</u>?</p> <p>29.1 Sí</p> <p>29.2 No</p> <p>30. Edad de inicio del consumo de este tóxico: ____</p>	<p>31. Frecuencia de consumo actual (últimos 30 días)</p> <p>31.1 No</p> <p>31.2 Diario</p> <p>31.3 Semanal (o fin de semana)</p> <p>31.4 Esporádico, ocasional</p>
Prevalencias de consumo: CANNABIS	
<p>35. ¿Ha consumido alguna vez <u>de forma regular</u>?</p> <p>35.1 Sí</p> <p>35.2 No</p> <p>36. Edad de inicio del consumo de este tóxico: ____</p>	<p>37. Frecuencia de consumo actual (últimos 30 días)</p> <p>37.1 No</p> <p>37.2 Diario</p> <p>37.3 Semanal (o fin de semana)</p> <p>37.4 Esporádico, ocasional</p>
Prevalencias de consumo: ALUCINÓGENOS?	
<p>38. ¿Ha consumido alguna vez <u>de forma regular</u>?</p> <p>38.1 Sí</p> <p>38.2 No</p> <p>39. Edad de inicio del consumo de este tóxico: ____</p>	<p>40. Frecuencia de consumo actual (últimos 30 días)</p> <p>40.1 No</p> <p>40.2 Diario</p> <p>40.3 Semanal (o fin de semana)</p> <p>40.4 Esporádico, ocasional</p>

Prevalencias de consumo: DROGAS DE SÍNTESIS (Éxtasis)	
<p>41. ¿Ha consumido alguna vez <u>de forma regular</u>?</p> <p>41.1 Sí</p> <p>41.2 No</p> <p>42. Edad de inicio del consumo de este tóxico: ____</p>	<p>43. Frecuencia de consumo actual (últimos 30 días)</p> <p>43.1 No</p> <p>43.2 Diario</p> <p>43.3 Semanal (o fin de semana)</p> <p>43.4 Esporádico, ocasional</p>
Prevalencias en OTRA SUSTANCIA DE ABUSO	
<p>44. Otra adicción:..... <u>de forma regular</u></p> <p>44.1 Sí</p> <p>44.2 No</p> <p>43. Edad de inicio : ____</p>	<p>43. Frecuencia (últimos 30 días)</p> <p>43.1 No</p> <p>43.2 Diario</p> <p>43.3 Semanal (o fin de semana)</p> <p>43.4 Esporádico, ocasional</p>

Anexo 7. Cuestionario de Conductas delictivas. (Jiménez, Musitu, Murgui, 2005)

A continuación, encontrarás una lista de comportamientos que pueden ser realizados por chicos/as de tu edad. Lo que te pedimos es que contestes **con sinceridad y sin ningún miedo** (recuerda que el cuestionario es anónimo) si alguna vez has realizado algunos de estos comportamientos **en los últimos tres años**. Tacha con una cruz el **SI**, si el acto que se indica lo has realizado alguna vez en los últimos tres años. Si esto no ha sucedido, tacha con una cruz el **NO**.

1.	He pintado o dañado las paredes del colegio/Instituto	SI	NO
2.	He robado dinero u objetos de valor a un desconocido	SI	NO
3.	He conducido o he ido en coche con un amigo/a que conducía sin permiso de conducir	SI	NO
4.	He pegado a alguien dentro del colegio/Instituto	SI	NO
5.	He ofendido o insultado a la Policía o Guardia Civil	SI	NO
6.	He falsificado la firma de mis padres en las notas o justificantes	SI	NO
7.	He participado en peleas entre grupos de chicos/as de mi edad	SI	NO
8.	He robado objetos de mis compañeros o de la escuela	SI	NO
9.	He robado ciclomotores o bicicletas	SI	NO
10.	He insultado o tomado el pelo a propósito a los profesores	SI	NO
11.	He dañado el coche de los profesores	SI	NO
12.	He hecho equivocarse a un/a compañero/a de clase en los deberes o tareas a propósito	SI	NO
13.	He agredido y pegado a los compañeros del colegio/Instituto	SI	NO
14.	He robado mercancías de los supermercados (o grandes almacenes)	SI	NO
15.	Me he fumado un porro en el colegio/Instituto	SI	NO
16.	He dañado cabinas telefónicas	SI	NO
17.	He estropeado coches de desconocidos	SI	NO
18.	He robado o forzado un registro escolar (hoja de asistencias)	SI	NO
19.	He agredido y pegado a desconocidos	SI	NO
20.	He incordiado o fastidiado al profesor en clase	SI	NO

21.	He insultado o molestado a inmigrantes/extranjeros	SI	NO
22.	He roto los cristales de las ventanas del colegio/Instituto	SI	NO
23.	He participado en carreras peligrosas con motocicletas en calles con mucho tráfico	SI	NO

Anexo 8. Cuestionario datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos		
<p>1. Edad _____</p> <p>2. Sexo</p> <p>2.1 Hombre</p> <p>2.2 Mujer</p> <p>3. Nº de hermanos _____</p> <p>4. Lugar que ocupa _____</p> <p>5. Nacionalidad</p> <p>5.1. Española</p> <p>5.2. Unión Europea</p> <p>5.3. Resto del mundo</p> <p>6. Estado civil de los padres</p> <p>6.1. Soltero/a</p> <p>6.2. Casados</p> <p>6.3. Separados/divorciados</p> <p>6.4. Pareja de hecho</p> <p>7. Tipo de vivienda</p> <p>7.1. Casa individual</p> <p>7.2. Adosado</p> <p>7.3. Bloque</p>	<p>8. Nivel de estudios del padre</p> <p>8.1. No sabe leer ni escribir</p> <p>8.2. No escolaridad</p> <p>8.3. Estudios primarios</p> <p>8.4. Bachiller elemental (EGB)</p> <p>8.5. Bachiller superior (BUP)</p> <p>8.6. Formación Profesional (FP)</p> <p>8.7. Titulado medio</p> <p>8.8. Titulado superior</p> <p>9. Nivel de estudios de la madre</p> <p>9.1. No sabe leer ni escribir</p> <p>9.2. No escolaridad</p> <p>9.3. Estudios primarios</p> <p>9.4. Bachiller elemental (EGB)</p> <p>9.5. Bachiller superior (BUP)</p> <p>9.6. Formación Profesional (FP)</p> <p>9.7. Titulado medio</p> <p>9.8. Titulado superior</p>	<p>7. Profesión del padre</p> <p>7.1 Nunca ha trabajado</p> <p>7.2 En paro, con trabajo anterior, sin subsidio</p> <p>7.3 En paro, con trabajo anterior, cobrando subsidio</p> <p>7.4 Trabajadores y empleados de los servicios</p> <p>7.5 Profesionales, técnicos y cuadros medios</p> <p>7.6 Funcionarios y miembros de las Fuerzas Armadas</p> <p>7.7 Estudiante</p> <p>7.8 Labores domésticas</p> <p>7.9 Jubilado o pensionista</p> <p>8. Profesión de la madre</p> <p>8.1 Nunca ha trabajado</p> <p>8.2 En paro, con trabajo anterior, sin subsidio</p> <p>8.3 En paro, con trabajo anterior, cobrando subsidio</p> <p>8.4 Trabajadoras y empleadas de los servicios</p> <p>8.5 Profesionales, técnicas y cuadros medios</p> <p>8.6 Funcionarias y miembros de las Fuerzas Armadas</p> <p>8.7 Estudiante</p> <p>8.8 Labores domésticas</p> <p>8.9 Jubilada o pensionista</p>

