



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**CONSUMO DE SUSTANCIAS,  
AUTOCONCEPTO Y  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN  
MENORES INFRACTORES**

Autor: Paula Modrego Robledo

Tutor profesional: Juan Chicharro Romero

Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid  
Mayo 2018

Paula  
Modrego  
Robledo

**CONSUMO DE SUSTANCIAS, AUTOCONCEPTO Y FUNCIONAMIENTO  
FAMILIAR EN MENORES INFRACTORES**



## **Resumen**

Este estudio tuvo como objetivo analizar las diferencias en consumo de sustancias, autoconcepto y funcionamiento familiar entre adolescentes infractores y adolescentes no infractores. Para ello, participaron en la investigación un grupo de 27 sujetos que se encontraban cumpliendo medida en el Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial (CEIMJ) de Zaragoza y un grupo control de 30 sujetos, compuestos tanto por mujeres como hombres entre 14 y 20 años. La medición de las variables se llevó a cabo a través de tres cuestionarios: Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST), Autoconcepto Forma 5 (AF-5) y Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES-20esp), respectivamente. Los resultados obtenidos revelaron que existen diferencias tanto en consumo de sustancias como en autoconcepto académico y familiar, mostrando niveles más altos de riesgo frente al consumo los adolescentes infractores y niveles más bajos en los dos factores relativos al autoconcepto que el grupo control. No se encontraron diferencias en funcionamiento familiar entre ambos grupos. Por último, se debate la relevancia de los resultados y sus implicaciones para futuras investigaciones.

*Palabras clave:* adolescentes infractores, adolescentes no infractores, consumo de sustancias, autoconcepto, funcionamiento familiar

## **Abstract**

The aim of this study was to analyze the differences between drug use, selfconcept and family functioning in young offenders and non-offenders. The sample was composed of a group of 27 participants who were executing their sentences in the Juvenil Detention Center (CEIMJ) of Zaragoza and a control group of 30 participants, composed of both men and women between 14 and 20 years. The measurement of the variables was carried out through three questionnaires: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), The Five Factor Self-Concept Questionnaire (AF-5) and Brief Scale of Family Functioning (FACES-20esp), respectively. The results revealed that there are differences in drug use and also in academic and family self-concept, showing young offenders higher risk levels of drug use and lower levels related to the self-concept factors than non-offenders. There were no differences found in family functioning between both groups. Finally, the relevance of the results and their implications for future research are discussed.

*Key words:* young offenders, young non-offenders, drug use, self-concept, family functioning

La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde se producen gran cantidad de cambios tanto a nivel biológico como psicológico y social. Se modifica el cuerpo y la mente de los jóvenes, aumenta el nivel de exigencia y empiezan a preocuparse en mayor medida por las relaciones sociales con los iguales y su nivel de interacción. A lo largo de este periodo, es frecuente encontrarse con un egocentrismo extremo y un sentimiento de invulnerabilidad, unidos a la transgresión de las normas y a un incremento del interés por la autoestima y la apariencia física que proyectan al entorno (Salazar, Ugarte, Vásquez y Loaiza, 2004). Los adolescentes muestran una gran capacidad para el cambio y adaptación a nivel cognitivo, afectivo y social (Graña y Rodríguez, 2010), a la vez que la aparición de conductas de riesgo comienza a aumentar. En ocasiones, la adolescencia es vivida como una época frustrante, representando un periodo decisivo para el desarrollo de experiencias de consumo de sustancias (Uceda-Maza, Navarro y Pérez, 2016) y para el inicio y/o aumento de problemas del comportamiento, en concreto el antisocial y delictivo (Sanabria y Uribe, 2009).

La conducta delictiva juvenil es un fenómeno de ámbito mundial, vinculado al tipo de sociedad. En este contexto, una de las problemáticas a las que se enfrenta España en la actualidad es la inclusión de menores de edad en actividades delictivas. En el periodo relativo al 2016, el Instituto Nacional de Estadística (Estadística de Condenados: Menores, 2016) informó que un total de 12.928 menores habían sido condenados (entre los 14 a 17 años), siendo el 80% varones y el 20% mujeres. A lo largo de ese mismo año, se registraron 21.986 infracciones penales ejecutadas por menores, disminuyendo un 8,4% respecto al año anterior. De este total, los delitos ocuparon el 90,4% y el 9,6% restante fueron faltas. Los robos resultaron el tipo de delito con mayor incidencia (25,9% del total), seguido de los delitos de lesiones (21,3%) y los delitos de torturas y contra la integridad moral (8,6%). Las faltas perpetradas contra las personas (56,6%) y contra el patrimonio (42,6%) fueron las más frecuentes. Examinando el número de infracciones cometidas, dos de cada tres menores procesados cometieron una sola infracción penal y uno de cada tres realizó más de una. Los menores españoles cometieron un 77,8% de las infracciones y los extranjeros un 22,2% de las mismas; siendo las infracciones cometidas por los últimos, consideradas de mayor gravedad. Este hecho origina que acaparen cerca del 50% de las medidas de internamiento en régimen cerrado (Montero, 2014).

La delincuencia juvenil se conceptualiza técnicamente como aquel individuo que no ha cumplido la mayoría de edad penal y que ejecuta un acto sancionado por las leyes (Hidalgo y Júdez, 2007). No obstante, la definición concreta en torno al hecho social se establece como *“fenómeno complejo que tiene asociaciones con situaciones de vulnerabilidad y exclusión social (desempleo, desestructuración familiar, residencia en contextos desfavorecidos, fracaso y exclusión escolar, abuso de drogas, etc.) pero este hecho ni sus relaciones a priori, pueden explicar el hecho delictivo en sí, sólo señalar asociaciones, elementos existentes y procesos”*

(Uceda-Maza et al., 2016). Según este mismo autor, en un primer momento el origen del desarrollo de las conductas delictivas, se sitúa en el deseo de los jóvenes de satisfacer sus necesidades y, por consiguiente, lograr ascender en el grupo de iguales. Tarín y Navarro (2006), proponen tres situaciones que relacionan a los adolescentes con la delincuencia: a) el adolescente anhela lograr una posición superior en el grupo de relación; b) necesidad de obtener dinero de manera inmediata con el que poder adquirir los bienes de consumo –materiales y drogas– que desea, y a los cuales no puede acceder de otra manera; c) para conseguir alcanzar sus aspiraciones y obtener un bien de consumo que su grupo de referencia valore.

Sin embargo, las conductas infractoras de los adolescentes no suelen presentarse en solitario, sino que a menudo se ven asociadas a múltiples comportamientos antisociales. Los diferentes estudios afirman que la delincuencia se relaciona habitualmente con las drogas, convirtiéndose en el consumo de diferentes sustancias en un hábito entre los jóvenes infractores (Contreras, Molina y Cano, 2012). Las investigaciones realizadas por Uceda-Maza et al. (2016) indican que los jóvenes asumen una mayor responsabilidad en los comportamientos delictivos, a medida que el consumo va perpetuándose y acrecentándose en sus vidas.

En los últimos años, la experimentación y el uso de ciertas drogas (en especial el alcohol y el tabaco), se hayan asociados a pautas de ocio juvenil caracterizadas por la sobreactivación, la vinculación grupal y la recreación nocturna (Jiménez, de la Villa y Ovejero, 2009), formando parte del proceso a través del cual los adolescentes se socializan. El mensaje que se trasmite desde el contexto social es ambivalente; por un lado, perciben la naturalidad con la que beben los adultos, y por otro, reciben alertas del peligro que acarrea la bebida.

Vivimos en una sociedad en la que se prohíbe de manera explícita el consumo de drogas a aquellas personas que aún están por debajo de la mayoría de edad, por lo que existen una serie mecanismos de control que dificultan el acceso a las diferentes sustancias. Pese a estos impedimentos, las investigaciones sobre las prácticas de consumo en población general revelan que el inicio de consumo de algunas de ellas se produce antes de los 18 años. La motivación para el inicio de consumo alude a mecanismos de observación e imitación, rebeldía (Rodríguez, Bringas, De la Villa, Pérez y Estrada, 2012), regulación de estados emocionales desagradables, olvido de los problemas que les preocupan y búsqueda de soluciones mágicas a los mismos (Gómez-Fraguela, Luego, Romero, Villar y Sobra, 2006), entre otros. Una de las implicaciones del abuso de drogas es la alteración de la dinámica de las relaciones sociales y puede conducir a los adolescentes a tomar decisiones inadecuadas e incluso violentas. Determinados consumos producen una pérdida de control, sentimientos de omnipotencia y experimentación de falta de límites e inhibiciones (Hidalgo y Júdez, 2007). A esto debemos sumarle el acrecentamiento del problema cuando el consumo es concomitante de dos o más drogas (policonsumo). El patrón más frecuente es la ingesta de alcohol ligada a otras drogas, siendo esta la droga legal más consumida

y el cannabis la droga ilegal con mayor tasa de consumo entre la juventud (Barnwell y Earleywine, 2006; Moreta-Herrera, Mayorga-Lascano, León-Tamayo y Ilaja-Verdesoto, 2018).

En España, poseemos una de las edades medias de inicio en el consumo de alcohol más bajas de Europa, situándose en los 13,8. Esto significa que hay jóvenes que comienzan a relacionarse con el alcohol a los 11 o 12 años. Según datos del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad (EDADES, 2015-2016), en el último año el 76,8% de los escolares de 14 a 18 años ha bebido alcohol, el 68,2% lo ha hecho en el último mes y en los últimos 12 meses el 57,6% ha asistido a un botellón alguna vez. La alta impulsividad unida al bajo autocontrol característico de la adolescencia, les hace especialmente vulnerables a sus efectos adictivos (Martínez-Fernández, Lloret-Irles y Segura-Heras, 2017), siendo lo más inquietante que uno de cada tres jóvenes ha realizado un consumo de alto riesgo.

Según Uceda-Maza et al. (2016), las tasas de prevalencia de consumo de sustancias entre los adolescentes que soportan diferentes carencias como abandono físico, emocional y trayectorias vulnerables convergentes con la exclusión, habitualmente son mayores.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito recoge que se dan distintos tipos de vínculos entre el delito y las drogas (UNODC, 2010). El primero es de tipo psicofarmacológico, el cual abarca las infracciones que se han perpetrado como consecuencia de haber consumido alguna sustancia que incite la excitabilidad, la irracionalidad o las inclinaciones violentas. La segunda relación se denomina económica-compulsiva, y se produce cuando el infractor incurre en el delito con el fin de lograr el acceso a las sustancias o los recursos que le permitan abastecerse de las mismas. Por último, aparecen los delitos relacionados con el mercado de elaboración y tráfico de sustancias. Existe, por tanto, una gran evidencia que advierte sobre la relación entre el consumo problemático de sustancias y la comisión de actos delictivos, siendo dos comportamientos de riesgo que coexisten frecuentemente en estos individuos; a pesar de que no se ha logrado un acuerdo acerca de las causas y disposición en la que aparecen (consumo-delincuencia contra delincuencia-consumo).

Este interés existente en determinar cuáles son los factores y circunstancias que propician que un adolescente comience a mostrar conductas de riesgo, debe tener en cuenta que el adolescente se desarrolla dentro de un contexto interactivo y dinámico, por lo que no puede ser considerado como algo aislado. Durante el proceso de socialización, la persona, su ambiente y su conducta interaccionan de manera recíproca (Graña, Garrido y González, 2007). De modo que, todo parece indicar que no existe una única explicación; es decir, existen múltiples factores vinculados a los problemas de conducta. En general, son el resultado de interacciones dinámicas entre diversas variables, relativas tanto al individuo como a su entorno. Entendemos por factores de riesgo las variables personales o contextuales que incrementan la probabilidad de aparición de

problemas emocionales, conductuales o de salud, afectando negativamente al desarrollo de las personas.

Dado que diversas investigaciones han asociado ambas conductas de riesgo y se ha visto que el consumo forma parte de la trayectoria afianzada en la vida cotidiana de los adolescentes en conflicto con la ley (Uceda-Maza et al., 2016); es importante analizar desde un punto de vista biopsicosocial las características que hacen más probable la aparición de dificultades en el desarrollo de los menores, tanto a nivel contextual como personal.

El modelo biopsicosocial de Pomerleau y Pomerleau (1987) explica que el consumo de sustancias se produce por la interacción de múltiples factores que se influyen mutuamente, por lo que se deben tener en cuenta elementos como el contexto (estímulos exteroceptivos e interoceptivos), la vulnerabilidad del individuo, la conducta y las consecuencias de la misma.

El Modelo de Desarrollo Social (SDM), es un modelo igualmente multicausal, desarrollado por Catalano y Hawkins (1996), el cual considera que existen múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales en la persona, la familia, el colegio, la comunidad y el grupo de pares que contribuyen al desarrollo de conductas antisociales o de consumo de drogas.

Los *factores de la familia* son el conflicto familiar, las actitudes de los padres que se muestran a favor del consumo de drogas y la conducta antisocial, la escasa disciplina y la falta de supervisión.

Los *factores escolares* tienen que ver con el fracaso escolar y el insuficiente compromiso adquirido con la escuela.

En último lugar, los *factores individuales y de los iguales* tienen que ver con la inclinación hacia posturas que promueven el comportamiento antisocial y el consumo de sustancias, el inicio temprano de las conductas problemáticas, el consumo de drogas del grupo de relación, la interacción con pares antisociales y la implicación en bandas, la limitada percepción del riesgo de consumir, el refuerzo obtenido por el comportamiento antisocial, la rebeldía y la búsqueda de sensaciones.

Por lo tanto, dentro de los factores de riesgo asociados a estas dos conductas problemáticas, se puede hacer una diferenciación en tres niveles: intrapersonal, interpersonal y comunitarios o sociales.

Desde esta perspectiva, son muchos los estudios que han profundizado en las variables individuales, siendo la falta de habilidades sociales y un bajo nivel de bienestar psicológico (Hammersley, Marsland y Reid, 2003) algunos de los predictores comunes; así como el fracaso escolar, la participación en bandas y actitudes propicias a la conducta antisocial (López y Rodríguez-Arias, 2012). Además, el consumo abusivo de sustancias psicoactivas es un potente

factor de riesgo del desarrollo de conductas violentas y delictivas (Acero, Escobar-Córdoba y Castellanos, 2007). Algunas variables de personalidad como la impulsividad se han relacionado con conductas antisociales como la agresión y la violencia (Sobral, Romero y Luengo, 2013). La búsqueda de sensaciones (Cloninger, 1994; citado en Nadal, 2008) y la dificultad para demorar la gratificación de sus necesidades también son factores relacionados con lo citado anteriormente, y se han expuesto como predictoras sobre todo el consumo de sustancias ilegales (López y López, 2003, San Juan, Ocáriz y Germán, 2009). Existen autores que aluden a la asociación del narcisismo con diferentes problemas de conducta; así como la irritabilidad, la hiperactividad, el oposicionismo, la agresividad temprana y la alta tendencia a asumir riesgos, favorecen la manifestación del comportamiento delictivo (Valdenegro, 2005). Los estilos de afrontamiento pueden tener también un papel importante, ya que son el potencial mediador del impacto en su ajuste psicosocial (Luengo-Marín, Cutrín y Maneiro, 2015) siendo estilos no productivos orientados a evitar el problema los más utilizados por los adolescentes que muestran este tipo de conductas (Gómez-Fraguela et al., 2006). Por su parte, los factores de protección comunes son el desarrollo de habilidades sociales y de valores morales (López y Rodríguez-Arias, 2012).

Así mismo, la relación con el grupo de iguales ha sido otra variable ampliamente estudiada, ya que actúan como principales agentes de influencia durante esta etapa, ejerciendo como modelos tanto para la transmisión de valores positivos como negativos. La exposición y el contacto con modelos de conducta antisocial, se conforma como un factor de riesgo para la comisión de actos antisociales (Contreras et al., 2012). La mayor parte de los menores infractores que consumen algún tipo de sustancia poseen un grupo de iguales desviado. Así, droga, delincuencia y grupo de pares desviado parecen estar de alguna manera vinculados (Uceda-Maza et al., 2016). Además, la relación con grupo de iguales desviados y consumidores facilita la asimilación de una actitud permisiva hacia el consumo, incrementando a su vez la aceptación y participación en conductas de riesgo (Wright y Fitzpatrick, 2004).

Por último, ocurre de la misma manera cuando el contexto familiar de los adolescentes resulta conflictivo; apareciendo como factores de riesgo la conducta familiar desviada, la disfunción familiar y características del lugar de procedencia. Según López y Rodríguez-Arias (2012), el sistema familiar es un agente principal de riesgo, ejerciendo su influencia sobre todo en el consumo de drogas y en la conducta antisocial a través del conflicto. También son predictores las prácticas de control familiar inadecuadas, actitudes de rechazo y antecedentes delictivos de los padres (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). En cambio, el apego familiar y la recompensa por la implicación positiva actúan protegiendo a los menores principalmente de la conducta antisocial. Contra el consumo de sustancias, el apoyo familiar es un factor de protección principal (Uceda-Maza et al., 2016).



En cuanto al contexto escolar, un estilo educativo con presencia de conductas agresivas, absentismo y fracaso escolar temprano están asociados al consumo de drogas y a los comportamientos delictivos. Las variables comunitarias que podrían ejercer su influencia tienen que ver con las dificultades económicas, la carencia de una red de apoyo social, el desarraigo, la falta de grupo de referencia, problemas de integración social, movilidad y disponibilidad de tóxicos (Martínez, 2015).

En cuanto a las diferencias respecto al género, los varones presentan una menor protección y mayor probabilidad de riesgos frente a las mujeres. Muestran un porcentaje más elevado tanto en el consumo de drogas (López y Rodríguez-Arias, 2012) como en la comisión de comportamientos delictivos (Lozano y García, 2000).

En lo que respecta a los patrones de uso de drogas, el manual de uso de atención primaria elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2011), expone una forma de identificar el consumo de sustancias psicoactivas, así como los niveles de riesgo asociados y la intervención recomendada para cada uno. Los niveles de riesgo se dividen en tres, siendo el primero el que engloba a las personas cuyo riesgo de mostrar problemas asociados con el consumo o desarrollarlos posteriormente es bajo, aun consumiéndolas alguna vez. El riesgo moderado corresponde a las personas que pueden presentar ciertos problemas con el consumo y que podrían tener problemas que afectasen a su salud o a otras áreas, lo que aumentaría si el ritmo siguiese siendo el mismo, pudiendo desarrollar hasta una dependencia. En último lugar, en el nivel alto de riesgo se sitúan aquellas personas que posiblemente desarrollen una dependencia a alguna droga y cuyo consumo resulta perjudicial en distintas esferas de su vida, relacionadas con la salud, lo social, lo económico, lo legal y las relaciones personales.

Una vez realizado este recorrido, se puede observar que la problemática que presentan los adolescentes que incurren en conductas antisociales y delictivas, es de diversa índole y complejidad. Junto con el habitual consumo de sustancias psicoactivas, se presentan otra serie de características relacionadas con el autoconcepto o el funcionamiento familiar, cuya profundización dará lugar a una aproximación más exhaustiva sobre esta población. No obstante, es importante señalar que a pesar de que durante la adolescencia se atraviesa por una serie de experiencias similares, no todos van a vivirlas de igual modo. La repercusión que tienen estos acontecimientos sobre la creación de su identidad, es diferente para cada uno de ellos, independientemente de que los eventos sean los mismos para todos.

### **Autoconcepto**

La adolescencia es un periodo durante el cual los individuos forjan su identidad. Se comienza a tomar distancia y a diferenciarse de los otros, se experimenta acerca de las

capacidades y se aprende a valorarse como persona que progresa hacia un futuro. Como hemos mencionado anteriormente, se producen cambios a múltiples niveles: socio-afectivo, físico y cognoscitivo. Aumenta la capacidad de reflexión, se maduran ideas acerca de uno mismo y se acepta la nueva imagen corporal que se proyecta a los demás. A lo largo de estos años, se abren interrogantes sobre uno mismo que se intentan resolver y el adolescente comienza a crear una imagen y unos conceptos propios sobre su persona (Martínez, 2014).

La autoestima es un constructo que se refiere a la evaluación subjetiva que los individuos realizan de sí mismos. Según unas cualidades que proceden de su experiencia y que son calificadas como positivas o negativas, el sujeto se autovalora. La autoestima es *“el grado de satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación que siente hacia sí mismo”* (García y Musitu, 2014). Se trata de una dimensión emocional que permite establecer la diferencia con el autoconcepto; el cual se refiere al aspecto cognitivo producto de esa actividad reflexiva. Por tanto, se trata del concepto que la persona posee de sí misma como un ser físico y social a nivel cognitivo y afectivo.

La etapa adolescente es de suma importancia formación del autoconcepto, ya que éste puede sufrir una disminución a raíz de los múltiples sucesos nuevos que los individuos deben afrontar y que en ocasiones resultan estresantes; suponiendo un reto para la imagen que mantienen de sí mismos (Twenge y Campbell, 2001) y su estabilidad emocional (Larson, Moneta, Richards y Wilson, 2001).

Se debe considerar que el adolescente se desarrolla en diferentes contextos, como el familiar, el académico y el social, por lo que además de una imagen global de sí mismo positiva o negativa; también crea una imagen de sí mismo determinada en cada uno de ellos (Estévez, Martínez y Musitu, 2006). El autoconcepto en estas áreas fluctúa entorno a los éxitos y fracasos que se obtienen. Un adolescente con una autoestima baja que no logra satisfacer sus expectativas en alguna de ellas, es probable que desarrolle un afrontamiento menos productivo y que trate de evitar las emociones negativas que le genera. Si a medida que crece va aprendiendo estas respuestas evitativas para enfrentarse a las experiencias que resultan negativas, es probable que experimente mayores fracasos y, por tanto, se retroalimente su bajo autoconcepto. Esto favorece que sus comportamientos vayan dirigidos a satisfacer su autoestima, incluyendo aquellos que resultan socialmente conflictivos, y a expensas de otras metas que podrían ser más gratas para él (Rodríguez y Caño, 2012).

El autoconcepto influye en el ajuste psicológico y social de los adolescentes; asociándose los niveles bajos a ciertos síntomas psicopatológicos, como la depresión y las conductas de riesgo (Rodríguez y Caño, 2012). Por el contrario, una autoestima más alta tiende a derivar en un mayor bienestar psicológico. La Organización Mundial de la Salud elaboró un informe en el año 2014,

según el cual la depresión como resultado de una baja autoestima, es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes, tanto mujeres como hombres, que se encuentran entre los 10 y los 19 años.

Los jóvenes que manifiestan conductas agresivas y conductas antisociales; así como, violencia en el contexto escolar y en las relaciones (Moreno et al., 2009), habitualmente también presentan un autoestima o autoconcepto bajos (Donnellan Trzesniewski, Robins, Moffitt y Caspi, 2005). Además, existen estudios que indican que los adolescentes con baja autoestima tienden también a un aumento en el consumo de alcohol (Rodríguez y Caño, 2012).

En este proceso de formación de la identidad personal, es importante que los padres acompañen de manera adecuada, ya que esta transición puede ser problemática si la construcción de la personalidad entra en conflicto con las creencias y valores de los mismos. Los adolescentes no sólo construyen su identidad como persona, sino que necesitan el reconocimiento de los padres y la aprobación de los cambios (Grotevant y Cooper, 1986; citado en Rodríguez y Caño, 2012).

Realizando un análisis desde una perspectiva multidimensional, se encuentra una relación consistente entre autoconcepto y consumo. Las investigaciones avalan que estos jóvenes presentan carencias en el desarrollo del autoconcepto que forman parte de su propia identidad personal y que los convierten en vulnerables a la desviación (Fariña, García y Vilariño, 2010). Concretamente, existe un mayor consumo entre los adolescentes que presentan un autoconcepto bajo tanto en los contextos familiar como académico y autoconcepto alto en el contexto de relación con iguales, actuando como variables que median la influencia del funcionamiento familiar sobre el consumo (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008).

### **Funcionamiento familiar**

El sistema familiar es el ambiente más importante de la historia de desarrollo de todo ser humano, ya que en la familia nacemos, crecemos y nos desarrollamos. La familia constituye una unidad encargada de la supervivencia, el cuidado y la educación de los hijos (Musitu, Estévez y Jiménez, 2010); pero también implica interacción entre sus miembros, tomando un papel importante el afecto, la comunicación y el apoyo emocional entre ellos. La familia es un pilar fundamental para el desarrollo positivo y el bienestar del adolescente (Garrido-Montesinos, Pons-Diez, Murgui-Pérez y Ortega-Barón, 2018).

Las relaciones intrafamiliares van evolucionando a lo largo de la adolescencia. Los hijos progresan desde una aceptación de la autoridad ejercida por los padres a un deseo de autonomía y reconocimiento; convirtiéndose en una relación más equilibrada en la que progresivamente se deben ir asumiendo los cambios en el nivel de responsabilidad (Musitu et al., 2010). A medida que los hijos crecen, es necesario que comiencen a hacer propias las decisiones que toman. En

ciertas ocasiones, esto puede derivar en la asunción de riesgos para la salud o la interrupción de planes futuros de vida.

Otra de las funciones importantes del sistema familiar es la socialización. La adolescencia es una fase de formación donde se instruyen modelos de comportamiento y se establecen relaciones que van a repercutir en cómo los jóvenes se desenvuelvan en el entorno; siendo la familia el sistema a través del cual aprendemos las normas, adaptamos nuestras conductas y conformamos los valores de la sociedad a la que pertenecemos (Musitu et al. 2010).

En la familia se adquieren los principales patrones de conducta, a través de los comportamientos que observamos en nuestros padres, se establecen las primeras relaciones sociales y vínculos afectivos. Los jóvenes necesitan un soporte familiar óptimo para lograr crecer y madurar con autonomía. Si durante ese tiempo se producen conflictos familiares, maltrato, violencia en el hogar o, por lo contrario, conviven en un ambiente cargado de armonía y afecto entre cada uno de los miembros, comprensión y buena comunicación; estas son situaciones que van a verse reflejadas en el desarrollo de los adolescentes. Los problemas que surgen en el entorno familiar, pueden afectar a los menores, produciéndoles heridas emocionales que repercutan directa e indirectamente en la formación de su personalidad y en la construcción de su autoestima (Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009).

Otra función tiene que ver con el apoyo y el afecto. 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).

Existen múltiples modelos acerca del funcionamiento de la familia. Uno de ellos es el modelo Circumplejo, desarrollado por Olson, Russell y Sprenkle en 1983. Este modelo refleja los cambios por los que las familias pasan a lo largo de su historia evolutiva. Se centra en el sistema de relaciones e integra tres dimensiones claves para la comprensión del funcionamiento familiar: la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación (Olson, 2000).

La *cohesión* se refiere al vínculo emocional que establecen los miembros de un sistema (la familia) entre sí. Para medir esta dimensión se utilizan variables como lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas... (Martínez-Pampliega, Ioseba, Galíndez y Sanz, 2006). Proporciona información sobre el equilibrio familiar entre la unión y la separación, clasificando en diferentes niveles que van desde desconectados a demasiado conectados. Las familias que son capaces de encontrar este equilibrio, están formadas por individuos independientes, pero a su vez conectados con sus familias. Cuando los niveles de

cohesión son extremos, nos encontramos ante relaciones desconectadas y separación emocional o, por el contrario, demasiada cercanía emocional, siendo los miembros muy dependientes y fácilmente reactivos los unos a los otros.

La *adaptabilidad* es la habilidad de dicho sistema para cambiar. Se centra en el liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas de la familia; siendo los sistemas equilibrados, aquellas familias capaces de gestionar tanto la estabilidad como el cambio (Martínez, 2015). Al igual que en la dimensión cohesión, las familias desequilibradas tienden a estar en los extremos de la dimensión, convirtiéndose en controladoras o caóticas.

La *comunicación* es la tercera dimensión, considerada una dimensión de facilitación, a través de la cual se proporciona el cambio en los niveles de cohesión y adaptabilidad de las familias. Su relación con el funcionamiento familiar es lineal; es decir, existe un mejor funcionamiento familiar medida que la comunicación familiar es más positiva. Entre los conceptos que hacen referencia se encuentran: la empatía y escucha activa desarrollada por el receptor, las destrezas del emisor, la libertad de expresión, la continuidad, el respeto y la consideración (Martínez-Pampliega et al., 2006).

### **Objetivos e hipótesis**

La adolescencia es, por tanto, una etapa en la vida de las personas en la que se producen muchos cambios y en la que los estudios epidemiológicos sitúan gran parte del inicio del consumo de sustancias. Así mismo, es un periodo vital en el que se produce un aumento significativo de comportamientos inadecuados que pueden llevar a la comisión de actos de tipo delictivo. Todo esto puede poner en riesgo el normal desarrollo del adolescente, tanto en lo personal perjudicando entre otros, su autoconcepto; como en lo social comprometiendo el adecuado funcionamiento familiar.

La presente investigación se centra en el estudio autoconcepto del adolescente y del sistema familiar, a nivel de cohesión, adaptabilidad y comunicación; así como su relación con comportamientos inadecuados, en este caso, el consumo de drogas y las conductas delictivas.

Asimismo, ya que esta población de jóvenes infractores está inmersa en diferentes tratamientos orientados a readaptar su comportamiento y reinsertarlos en la sociedad, identificar estas características relacionadas con los actos delictivos cometidos y con el consumo de diversas sustancias, podría contribuir a promover intervenciones de carácter terapéutico en los diferentes centros que atiendan a las mismas y puedan actuar como factores protectores.

El objetivo del trabajo es analizar el concepto que tienen de sí mismos y el sistema de funcionamiento familiar como variables que se relacionan con el consumo de drogas y las conductas delictivas de los mismos.

Por tanto, los objetivos específicos del estudio quedan definidos por:

- Analizar el consumo de sustancias en jóvenes infractores en comparación con adolescentes que no se encuentran bajo medida judicial.
- Analizar el autoconcepto de los jóvenes que han cometido un delito con aquellos que no han cometido ningún acto delictivo.
- Analizar el funcionamiento familiar de los adolescentes infractores con respecto a aquellos que no se encuentran bajo esta condición.
- Analizar cómo el autoconcepto y el funcionamiento familiar se relacionan con el consumo de sustancias en el grupo delictivo.

De acuerdo con estos objetivos, las hipótesis planteadas son:

1. Existen diferencias significativas en relación al consumo de sustancias entre los jóvenes infractores y no infractores, siendo mayor en los infractores.
2. Existen diferencias significativas en relación al autoconcepto entre los adolescentes infractores y no infractores.
3. Un autoconcepto bajo en el contexto escolar y familiar se asocia con un mayor consumo de sustancias y comisión de actos delictivos.
4. Un autoconcepto alto en el contexto de relación con los iguales se asocia con un mayor consumo y comisión de actos delictivos.
5. Existen diferencias significativas en relación al funcionamiento familiar entre los adolescentes infractores y no infractores, siendo menor en los infractores.
6. La cohesión y adaptabilidad familiar se relacionan negativamente con el consumo de sustancias y con los comportamientos delictivos en el adolescente.
7. Un autoconcepto alto en el entorno familiar se relaciona positivamente con el funcionamiento familiar de los adolescentes infractores.

## **Método**

### **Participantes**

Un total de 57 sujetos participaron en el presente estudio, de los cuales un 79% fueron hombres ( $n = 45$ ) y un 21% mujeres ( $n = 12$ ), con una media de edad de 16,71 años ( $DT = 1,48$ ;  $R = 14-20$  años). El muestreo fue incidental, se recogió muestra en dos grupos: adolescentes infractores y adolescentes no infractores.

La muestra del primer grupo correspondió a 27 adolescentes infractores que se encontraban cumpliendo una medida judicial a través de la aplicación de programas socioeducativos y terapéuticos en régimen de internamiento en el Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial (CEIMJ) de Juslibol (Zaragoza), cuya media de edad se situó en 16,88 años ( $DT = 1,28$ ;  $R = 14-20$  años). El 93% de los sujetos fueron hombres ( $n = 25$ ), mientras que el 2% mujeres ( $n = 2$ ).

El grupo control estuvo conformado por 30 adolescentes no infractores cuya media de edad fue de 16,56 años ( $DT = 1,65$ ;  $R = 14-20$ ), siendo el 67% hombres ( $n = 20$ ) y el 33% mujeres ( $n = 10$ ).

Las características sociodemográficas de la muestra aparecen descritas en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
*Características sociodemográficas de la muestra (N = 57)*

	Casos		Controles	
	n	%	n	%
<b><i>Nacionalidad</i></b>				
España	11	41	27	90
Otras (Sudamérica, Marruecos, Rumanía)	16	59	3	10
<b><i>Estado civil progenitores</i></b>				
Soltero/a	7	26	6	20
Casados	7	26	20	67
Separados/divorciados	11	41	3	10
<b><i>Convivencia</i></b>				
Familia nuclear	7	26	27	90
Progenitor (madre)	11	41	3	10
<b><i>Estudios progenitores</i></b>				
Estudios primarios	13	24	15	25
Estudios medios	8	15	21	35
Estudios superiores	2	4	24	40
Sin estudios	13	24	-	-

*Nota:* Casos  $n = 27$ /Controles  $n = 30$

Los sujetos pertenecientes tanto a los casos como a los controles, accedieron todos ellos a participar de manera voluntaria en el estudio. El contacto con los mismos se llevó a cabo salvaguardando los procedimientos éticos, previa firma de un consentimiento informado, resaltando así el carácter voluntario y anónimo de su participación. Además, para el tratamiento de los datos se mantuvo el anonimato de las identidades de los participantes utilizando códigos para cada uno de ellos, impidiendo su posterior reconocimiento.

## **Instrumentos**

*Datos sociodemográficos.* Los participantes informaron acerca de diversas cuestiones sobre su edad, sexo, nacionalidad, estado civil de sus padres, convivencia, número de hijos de la fratría, lugar que ocupaban entre los hermanos y estudios de sus progenitores.

*Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)* (Organización Mundial de la Salud, 2002) (Anexo I). Para explorar el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas se empleó este test elaborado por la Organización Mundial de la Salud. Esta prueba consta de 8 preguntas, las cuales exploran 6 áreas: el uso de sustancias a lo largo de la vida, uso de sustancias durante los últimos 3 meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo actual de presentar problemas en el futuro, posibilidad de dependencia; y uso de drogas por vía intravenosa. Detecta el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas (Rubio et al., 2014). Diferencia entre distintos niveles de riesgo, siendo la puntuación máxima 39 puntos:

- *Riesgo bajo:* puntuaciones de 0-10 para el alcohol y 0-3 para el resto de sustancias.
- *Riesgo moderado o consumo problemático:* 11-26 para el alcohol y 4-26 para el resto de sustancias.
- *Riesgo alto o dependencia:* 27-39 para todas las sustancias.

*Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES-20esp)* (Anexo II). (Martínez-Pampliega, Iraurgi, Galíndez, y Sanz, 2006). Se trata de la versión española de un instrumento dirigido a evaluar la cohesión y la adaptabilidad del funcionamiento familiar a través de 20 ítems que son valorados a través de una escala Likert de 5 puntos, siendo 1-nunca y 5-siempre. Cada dimensión teórica está compuesta por 10 elementos:

- *Cohesión familiar:* lazos familiares, fronteras internas y externas.
- *Adaptabilidad familiar:* asertividad, liderazgo y control, disciplina y negociación.

La interpretación de las puntuaciones se realiza en sentido positivo, mejor es el funcionamiento familiar a medida que aumentan las puntuaciones en cohesión/adaptabilidad. El coeficiente de fiabilidad es de ,87 para adaptabilidad y ,89 para cohesión.

*Autoconcepto Forma 5 (AF-5)* (García, F. y Musitu, G., 2014) (Anexo III). Se trata de una escala multidimensional diseñada, validada y normalizada en España. Está compuesta por 30 elementos que valoran en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 99 (totalmente de acuerdo) las autopercepciones de los adolescentes en cuatro áreas:

- *Autoconcepto académico/laboral:* hace referencia a la percepción que el sujeto posee acerca de su rol como estudiante y como trabajador.



- *Autoconcepto social*: atañe a la percepción que asume el individuo acerca del desempeño que realiza en las relaciones sociales.
- *Autoconcepto emocional*: concierne a la percepción que la persona desarrolla sobre su estado emocional y de sus respuestas a situaciones específicas, con cierto nivel de compromiso e implicación en su vida cotidiana.
- *Autoconcepto familiar*: alude a la percepción que asume la persona de su implicación, participación e integración en el medio familiar.
- *Autoconcepto físico*: se refiere a la percepción que el individuo posee de su aspecto físico y de su condición física.

El coeficiente de consistencia interna del instrumento es de ,815. La dimensión académica/laboral es la que obtiene un mayor índice de consistencia interna (.88), siendo la dimensión social la que menor consistencia interna presenta de las 5 subescalas (.70).

### **Diseño**

Se trató de un estudio ex-postfacto retrospectivo de casos y controles, ya que no existió manipulación de las variables y la muestra fue seleccionada por sus características clínicas. Se contó con un grupo control para estudiar la posible relación entre las variables, aumentando así la validez interna del estudio. Conformaron los casos los adolescentes que se encontraban privados de libertad; y los controles, una muestra de adolescentes de características similares que no habían cometido ninguna infracción penal.

### **Procedimiento**

En primer lugar, se contactó con el Centro de Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial (CEIMJ) de Juslibol (Zaragoza). Una vez establecidos los permisos para el acceso a la muestra, se programaron diversas fechas donde se procedió a la aplicación de los instrumentos. La administración se llevó a cabo de manera presencial en el centro, con algunos sujetos se realizó de manera individual y con otros en grupos de dos. Una vez finalizado este proceso, se prosiguió con la recogida de datos correspondiente a los adolescentes que formaban el grupo control.

Las variables estudiadas (consumo de sustancias, funcionamiento familiar y autoestima) fueron medidas con cuestionarios de autorreporte, es decir, instrumentos que los sujetos se aplicaron a sí mismos respondiendo a los planteamientos en base a su situación actual.

Los tres instrumentos fueron aplicados de manera simultánea a una muestra total de 57 adolescentes. Todos los participantes fueron informados del objetivo del estudio al inicio de la

aplicación de los instrumentos. Se les indicó que se trataba de una investigación con fines académicos para realización de un trabajo de fin de máster de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid). Fueron notificados, además, de que las respuestas emitidas eran de naturaleza anónima y confidencial, tratadas todas ellas de acuerdo a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, y que debían cumplimentar el cuestionario de manera individual, respondiendo a todas las cuestiones indicadas en el orden establecido.

Una vez finalizado el proceso de recogida de datos, se procedió a la construcción de una base de datos para realizar posteriormente los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales correspondientes. El análisis descriptivo se realizó a partir de las medias, desviaciones típicas y puntuaciones mínimas y máximas para el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, el funcionamiento familiar y la autoestima. Además, se construyeron los índices del nivel de riesgo de consumo (bajo, moderado y alto), siguiendo las indicaciones de puntuación del manual de la Organización Mundial de la Salud; a pesar de que para el tratamiento de los datos, se agruparon los niveles de riesgo para cada sustancia.

Por último, atendiendo a los objetivos del estudio, se estableció la asociación entre las variables mediante el uso de las pruebas U de Mann Whitney, t de Student para muestras independientes y correlación de Pearson. Todo el procedimiento se llevó a cabo mediante la utilización del programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) en su versión 24 para Mac.

## **Resultados**

Para comenzar, se realizaron los análisis descriptivos correspondientes a las variables de estudio de la investigación, siendo éstas consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos y opiáceos), autoconcepto (académico/laboral, social, emocional, familiar y físico) y funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad). Posteriormente, se comprobaron los análisis inferenciales de dichas variables.

### **Consumo de sustancias**

La Tabla 2 muestra los niveles de riesgo para las diferentes sustancias psicoactivas estudiadas. Las medias de las sustancias conocidas como legales fueron de 13,81 para el tabaco y 14,78 para el alcohol. La sustancia ilegal con la media más alta se correspondió con el cannabis ( $M = 17,85$ ), seguida de 11,33 de media para el consumo de cocaína.

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos sobre los niveles de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas según el ASSIST (N=57)*

	Casos				Controles			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Tabaco	13,81	6,98	0	25	2,30	4,61	0	17
Alcohol	14,78	9,94	0	31	5,37	4,15	0	13
Cannabis	17,85	11,48	0	39	1,20	2,87	0	14
Cocaína	11,33	11,11	0	33	0	0	0	0
Anfetaminas	5,74	8,59	0	27	0	0	0	0
Inhalantes	1,33	4,83	0	20	0	0	0	0
Sedantes	2,67	5,80	0	20	0	0	0	0
Alucinógenos	3,04	7,08	0	27	0	0	0	0
Opiáceos	1,96	6,74	0	32	0	0	0	0

*Nota:* Alcohol: Riesgo bajo: 0-10/Riesgo moderado: 11-26/Riesgo alto: 27 o más. Todas las demás sustancias: Riesgo bajo: 0-3/Riesgo moderado: 4-26/Riesgo alto: 27 o más.

En este sentido, cabe mencionar que el riesgo global de consumo de sustancias fue mayor en el grupo de casos respecto al grupo de controles. Atendiendo a los tipos de riesgo, un 11% de los adolescentes infractores presentó un riesgo bajo para el consumo de tabaco y un 89% riesgo moderado. En segundo lugar, se encontró que, de este grupo, el 37% presentó un consumo bajo para el alcohol, un 52% un consumo moderado y un 11% un consumo alto. Respecto al consumo de cannabis, un 15% presentó un consumo bajo, un 63% moderado y un 22% alto. El consumo de cocaína se reflejó en un 37% bajo, un 48% moderado y un 15% alto

Para continuar con los análisis y con el objetivo de comprobar si los datos provenían de una población con una distribución teórica específica considerada dentro de la normalidad; en primer lugar, dado el tamaño de la muestra, realizó la prueba Shapiro-Wilk. Mediante la prueba de Levene, se comprobó el supuesto de homocedasticidad. Según los resultados obtenidos, para la variable de estudio consumo de sustancias no se pudo asumir ninguno de los dos supuestos ( $p < ,05$ ). Por ello, se procedió a la realización de pruebas estadísticas no paramétricas (U de Mann-Whitney).

La Tabla 3 muestra los resultados obtenidos mediante la prueba de U de Mann-Whitney para esta variable. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que estaban cumpliendo una medida judicial y aquellos pertenecientes al grupo control en el consumo de las siguientes sustancias: tabaco ( $U = 94; p < ,01$ ), alcohol ( $U = 183; p < ,01$ ), cannabis ( $U = 80,50; p < ,01$ ), cocaína ( $U = 150; p < ,01$ ), anfetaminas ( $U = 240; p < ,01$ ), sedantes ( $U = 300; p < ,01$ ) y alucinógenos ( $U = 330; p < ,01$ ). Siendo el grupo experimental el que obtuvo una media más elevada en el consumo de todas las sustancias mencionadas anteriormente.

**Tabla 3***Diferencia de medias en consumo de sustancias mediante la prueba U de Mann-Whitney*

	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Cocaína	Anfetaminas	Sedantes	Alucinógenos
U de Mann-Whitney	94,00	183,00	80,50	150,00	240,00	300,00	330,00
Z	-5,17	-3,56	-5,45	-5,03	-3,82	-2,94	-2,44
Sig.	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,01

*Nota: p < ,05***Autoconcepto**

Respecto a la variable autoconcepto, en la Tabla 4 podemos observar que la media correspondiente al autoconcepto físico fue de 70,04 siendo la más alta entre los menores infractores, seguida del autoconcepto social con una media de 59,33. Sin embargo, la media más alta respecto a los controles fue para el autoconcepto académico/laboral ( $M = 69,33$ ), seguido del autoconcepto familiar ( $M = 62,90$ ).

**Tabla 4***Estadísticos descriptivos sobre las dimensiones de autoconcepto según el AF-5 (N=57)*

	Casos				Controles			
	M	DT	Mín	Máx	M	DT	Mín	Máx
Académico/Laboral	51,81	32,60	1	99	69,33	25,87	1	99
Social	59,33	32,76	1	99	53,60	31,38	1	99
Emocional	55,00	33,34	1	99	47,23	32,06	1	93
Familiar	41,07	30,40	1	99	68,53	31,71	5	99
Físico	70,04	26,55	5	99	62,90	30,45	1	99

*Nota: Puntuaciones directas baremadas (Puntuación percentil)*

Se comprobó el supuesto de normalidad y el supuesto de homocedasticidad para la variable autoconcepto (académico/laboral, social, emocional, familiar y físico). Para la cual, no se pudo mantener que la distribución de sus puntuaciones se asemejase a una distribución normal ( $p < ,05$ ).

Por lo tanto, se procedió a utilizar pruebas no paramétricas para comparar a los grupos en las diferentes dimensiones que componen el autoconcepto. Mediante la prueba U de Mann-Whitney se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en autoconcepto académico/laboral ( $U = 29$ ;  $p = ,04$ ) y autoconcepto familiar ( $U = 206,5$ ;  $p = ,00$ ), no pudiendo afirmar que existían diferencias estadísticamente significativas entorno al autoconcepto social, emocional y físico entre ambos grupos (véase Tabla 5).

**Tabla 5**  
*Diferencia de medias en autoconcepto mediante la prueba U de Mann-Whitney*

	Académico/Laboral	Familiar
U de Mann-Whitney	279,00	206,00
Z	-2,01	-3,18
Sig.	,04	,00

*Nota:*  $p < ,05$

### **Funcionamiento familiar**

Con relación a la variable funcionamiento familiar, las dimensiones cohesión y adaptabilidad obtuvieron una media más alta en el grupo control (véase Tabla 6); entendiendo que, a mayor puntuación tanto en cohesión como en adaptabilidad, mejor es el funcionamiento familiar.

**Tabla 6**  
*Estadísticos descriptivos sobre las dimensiones cohesión y adaptabilidad según el FACES-20esp (N=57)*

	Casos				Controles			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Cohesión	33,52	10,30	13	50	38,37	9,04	20	50
Adaptabilidad	32,44	10,18	11	50	35,07	8,64	16	50

*Nota:* Casos  $n = 27$ /Controles  $n = 30$

Para esta variable de estudio (cohesión y adaptabilidad), se procedió a realizar las mismas comprobaciones acerca de la distribución de la muestra, cumpliéndose tanto el supuesto de normalidad como el de homocedasticidad ( $p > ,05$ ) para la variable mencionada.

En los resultados obtenidos en el análisis de t de Student para muestras independientes, se dedujo que no se encontraban evidencias que permitieran afirmar que existían diferencias entre los grupos para los factores de funcionamiento familiar, siendo éstos cohesión ( $t(56) = 1,89$ ;  $p = ,53$ ) y adaptabilidad ( $t(56) = 1,05$ ;  $p = ,47$ ).

### *Relaciones entre consumo de sustancias y autoconcepto*

Para analizar como las diferentes dimensiones por las que estaba compuesto el autoconcepto (académico/laboral, social, emocional, familiar y físico) se relacionaban con el consumo de las diversas sustancias, se realizó una correlación de Pearson en el grupo de casos sobre estas variables. Los resultados de esta prueba revelaron que el riesgo de consumo de cannabis, el riesgo de consumo de cocaína y el riesgo de consumo de alucinógenos, tenían una relación positiva y moderada con la dimensión de autoconcepto físico (véase Tabla 7). A medida que aumentaba el consumo en dichas sustancias psicoactivas, más elevado era el concepto que presentaban sobre su aspecto y condición física.

**Tabla 7***Correlaciones entre las dimensiones del funcionamiento familiar y el autoconcepto (N = 27)*

	Cannabis	Cocaína	Alucinógenos
<b>Autoconcepto</b>			
Físico	,440*	,408*	,386*

Nota: \*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$

#### *Relaciones entre consumo de sustancias y funcionamiento familiar*

De la misma manera, los análisis correlacionales que permitieron analizar como las diferentes dimensiones que formaban parte del funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad) se relacionaban con el consumo de las diversas sustancias, no se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre ambas variables de estudio.

#### *Relaciones entre autoconcepto y funcionamiento familiar*

Tras el análisis de relación entre el autoconcepto (académico/laboral, social, emocional, familiar y física) y el funcionamiento familiar (cohesión y adaptabilidad), a través de la correlación de Pearson; se encontró que tanto la cohesión ( $r = ,572$ ;  $p < ,01$ ) como la adaptabilidad ( $r = ,616$ ;  $p < ,01$ ) se relacionaban positivamente con el autoconcepto familiar. Por lo tanto, cuánto mayor era el vínculo emocional entre los miembros de la familia, mayor habilidad poseían para ajustarse a los cambios y más positiva era la percepción que los adolescentes tenían sobre su implicación, participación e integración en el medio familiar.

## **Discusión**

A través de la presente investigación se ha realizado un estudio comparativo entre un grupo de jóvenes infractores y un grupo de no infractores, en los cuales se ha analizado el consumo de sustancias, el autoconcepto y el funcionamiento familiar. Como se ha mencionado anteriormente, teniendo en cuenta sus características (sentimientos de invulnerabilidad, desafío normativo, individuación, validación de los pares), esta etapa evolutiva resulta un periodo crítico para el desarrollo de conductas problemáticas. Por ello, contar con adolescentes que han cometido actos delictivos supone una de las grandes aportaciones del estudio.

Respecto al tipo de infracción cometida con más frecuencia, el porcentaje más alto resultó ser la comisión de infracciones de robo, seguidas del delito de agresión y violación sexual; lo cual coincide con las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Estadística (Estadística de condenados: Menores, 2016). Esto, a su vez concuerda con lo mostrado en diversos estudios internacionales, donde las infracciones más frecuentes son las de robo agravado, lesiones, violación sexual y tráfico ilícito de drogas (Martínez-Catena y Redondo, 2013). Además, la

existencia de una mayor prevalencia de conductas infractoras de la ley en los varones (Cuervo, Villanueva, González, Carrión y Busquets, 2015), coincide con lo encontrado en la muestra estudiada, en donde el 93% correspondió al sexo masculino.

En cuanto al consumo de sustancias, se identificó que el tabaco, el alcohol y la marihuana eran las drogas más consumidas en los dos grupos estudiados. En los últimos años, el uso recreativo de estas sustancias se ha ido implantando y normalizando entre los jóvenes, convirtiéndose en un fenómeno característico de las sociedades más avanzadas. Se ha producido una transformación de la diversión, asociándose los hábitos de consumo con ella. Éste consumo experimental u ocasional, suele ser algo transitorio y anecdótico en la vida de un adolescente; sin embargo, con el paso del tiempo puede convertirse en un consumo problemático que dificulta la maduración y desarrollo personal de los mismos. Debemos tener en cuenta que el consumo de alcohol y tabaco aumenta la probabilidad de que los jóvenes comiencen a fumar cannabis y que, dentro de éstos jóvenes que fuman, es probable que un porcentaje se inicie en el consumo de otras sustancias como la cocaína. Según los resultados encontrados en el estudio, este salto en el consumo muestra un aspecto diferencial entre el grupo de infractores y el grupo control, iniciándose el primer grupo en el consumo de cocaína seguido del resto de sustancias ilegales menos accesibles, lo que podría explicarse a través de la alta impulsividad que presentan, la necesidad de obtener refuerzo inmediato o la baja percepción de riesgo junto con una tendencia a su asunción. Se podría afirmar que la mayor parte de los jóvenes infractores de la muestra recurren a la combinación de sustancias (policonsumo). Lo anterior, coincide con lo propuesto por diversos investigadores quienes indican que existe una estrecha relación entre el consumo problemático de sustancias e infracción de leyes (Contreras et al., 2012; Uceda-Maza et al., 2016).

Existen a su vez, otras características específicas que comparten los jóvenes infractores, en su mayoría inmigrantes, que podrían ejercer su influencia en el desarrollo de conductas de riesgo. Muchos de éstos jóvenes se han socializado en la calle, con un grupo de iguales que también consumen drogas y lo consideran un elemento identitario. Además, carecen de referentes familiares funcionales y otros modelos prosociales que les ayuden a controlar sus conductas. Muchos de ellos han crecido en ambientes difíciles y en duras condiciones de vida, lo que también contribuye a que no presenten percepción alguna de riesgo y primen el beneficio inmediato que produce el consumo.

Por otra parte, con respecto a la corroboración de las diferencias en autoconcepto académico, la mayoría de los jóvenes que se encuentran en reforma presentan una baja tolerancia a la frustración unida a una baja capacidad para recibir recompensas a largo plazo, lo que deriva en el abandono de sus estudios siendo; éstos un factor de protección frente al consumo. Estos resultados invitan a la reflexión y la necesidad de desarrollar programas de prevención encaminados en esta línea, con el fin de evitar que los adolescentes españoles cesen precozmente

su desarrollo escolar. También presentan un autoconcepto familiar menor, sintiéndose menos queridos por sus familiares más cercanos. Existe congruencia entre estos hallazgos y lo planteado por diversos autores, los cuales señalan que se aprecia un autoconcepto más negativo en estas áreas entre los sujetos desviados (Vázquez, Mohamed-Mohand y Vilariño, 2011). En cambio, los resultados hallados respecto al autoconcepto social, son contrarios a lo esperado.

Con respecto al funcionamiento familiar, cabe destacar que, la hipótesis que señalaba la existencia de diferencias significativas no se cumplió. Siguiendo esta línea, los conceptos de cohesión y adaptabilidad hacen referencia a aspectos más relacionados con la estructura familiar. Sin embargo, el autoconcepto hace alusión a aspectos más afectivos y emocionales. Los hallazgos encontrados no se relacionan con los expuestos en investigaciones similares, ya que evidencian que una baja confianza entre padres e hijos, así como un bajo nivel de comunicación entre los miembros de la familia se relaciona con el consumo de drogas tanto legales como ilegales (López y Rodríguez-Arias, 2012; Uceda-Maza et al. 2016). Por lo tanto, la familia juega un rol importante en la vida de los adolescentes, actuando el apego a ésta como un factor protector frente a los problemas de comportamiento. La relación positiva encontrada entre el autoconcepto y el funcionamiento familiar señala que cuanto mayor es el vínculo emocional entre los miembros, más positiva es la percepción que los adolescentes sobre el medio familiar. Estos resultados confirman el importante papel que el entorno familiar tiene en el bienestar psicológico de los jóvenes.

En relación a los instrumentos empleados, la utilización del FACES-20esp resultó no ser un instrumento apropiado para la aplicación en este tipo de muestra. Durante la realización, muchos de los participantes infractores mostraron su dificultad a la hora de comprender a qué se referían las afirmaciones; lo que pudo influir en las respuestas y, por ende, en la falta de diferencias encontradas en cuanto a la variable familiar. Probablemente, estos jóvenes presenten ciertas carencias de tipo cognitivo debido al nivel de estudios alcanzado y al contexto sociocultural en el que se han desarrollado.

En cuanto a las limitaciones encontradas en la presente investigación, se puede mencionar en primer lugar que si bien la muestra seleccionada pertenecía al Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial (CEIMJ) de Zaragoza, ésta no es lo suficientemente representativa para generalizar los resultados a otros centros juveniles que albergan a menores infractores en nuestro país o a la población infractora en general. Además, se contó con un grupo de control no equivalente en algunas de las características sociodemográficas recogidas, como el país de origen o el nivel de estudios alcanzados por sus progenitores, factor protector frente al consumo de sustancias en los menores.



Como segunda limitación cabría señalar que, no se recogieron ciertos datos que podrían haber sido relevantes para generar mayores análisis, tales como la edad de inicio de conductas antisociales e infracciones a la ley penal, si la infracción por la cual se encontraban en el CEIMJ se cometió bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva, la implicación de iguales antisociales en la infracción cometida o si era la primera vez que estaban cumpliendo una sanción socioeducativa.

Asimismo, otra limitación y a su vez una recomendación para futuras investigaciones iría orientada en la línea de poder contar con una muestra más amplia de mujeres que permitiera explorar y conocer si existen diferencias significativas frente a los varones en las variables analizadas, ya que son pocas las mujeres a las que se ha podido acceder y que se encontraban cumpliendo una medida en el centro.

A manera de conclusión, se puede señalar que el presente estudio contribuye a la comprensión de la relación existente entre el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, el concepto que los jóvenes tienen de sí mismos y el funcionamiento familiar. En la línea de lograr un mayor alcance, se sugiere que en futuras investigaciones se continúe analizando el funcionamiento de dicha relación, de modo que se complementen los hallazgos aquí encontrados; así como la realización de un estudio transversal que permita conocer la repercusión de las intervenciones realizadas en los centros de reforma y la influencia que ejerce la convivencia con otros menores infractores.

Los resultados obtenidos invitan además a la necesidad de realizar una inversión en prevención de consumo de sustancias, ya que el consumo habitual está relacionado con la comisión de actos delictivos y la transgresión de las normas; así como abordar de manera multifactorial el tratamiento con los jóvenes infractores, incluyendo aspectos biológicos, conductuales y sociales. A su vez, resaltan la necesidad de incluir programas de deshabitación de consumo de sustancias como uno de los objetivos fundamentales en su reeducación, puesto que la mayoría de los menores son consumidores. De esta manera, se podrían impartir talleres psicoeducativos entorno a las consecuencias del uso y abuso de sustancias, junto con intervenciones en dependencia de éstas. Por último, se sugiere la posibilidad de tratar a los jóvenes con programas dirigidos a mejorar su autoconcepto global, incidiendo sobre las diferentes dimensiones (académica, social, emocional y familiar) y capacitarlos socialmente, con el fin de prevenir recaídas y evitar la progresión en la carrera delictiva.

## Referencias

- Acero, Á., Escobar-Córdoba, F. y Castellanos, G. (2007). Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 36, 78-97.
- Barnwell, S. y Earleywine, M. (2006). Simultaneous alcohol and cannabis expectancies predict simultaneous use. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 1, 1-29. doi: 10.1186/1747-597X-1-29
- Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (1996). A theory of antisocial behavior. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: Current Theories* (149-197). New York: Cambridge University Press.
- Contreras, L., Molina V. y Cano, M. C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24, 31-38. doi: 10.20882/adicciones.115
- Cuervo, K., Villanueva, L., González, F., Carrión, C. y Busquets, P. (2015). Characteristics of young offenders depending on the type of crime. *Psychosocial Intervention*, 24, 9-15. doi: 10.1016/j.psi.2014.11.003
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behaviour, and delinquency. *Psychological Science*, 16, 328-335. doi: 10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x
- Estadística de Condenados: Menores (2016). Nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 21/11/17 de [http://www.ine.es/prensa/ec\\_am\\_2016.pdf](http://www.ine.es/prensa/ec_am_2016.pdf)
- Estévez, E., Martínez, B. y Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15, 223-232. doi: 10.4321/s1132-05592006000200007
- Fariña, F., García, P. y Vilariño, M. (2010). Autoconcepto y procesos de atribución: Estudio de los efectos de protección/riesgo frente al comportamiento antisocial y delictivo, en la reincidencia delictiva y en el tramo de responsabilidad penal de los menores. *Revista de Investigación en Educación*, 7, 113-121.
- García, F. y Musitu, G. (2014). *Manual Autoconcepto Forma 5 (AF-5)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garrido-Montesinos, C., Pons-Diez, J., Murgui-Pérez, S. y Ortega-Barón, J. (2018). Satisfacción con la Vida y Factores Asociados en una Muestra de Menores Infractores. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28, 66-73. doi: 10.5093/apj2018a9

- Goldstein, P. (1985). The drugs/violence nexos: a tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506. doi: 10.1177/002204268501500406
- Gómez-Fraguela, J., Luengo, M., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- Graña, J. L., Garrido, V. y González, L. (2007). Evaluación de las características delictivas de menores infractores de la Comunidad de Madrid y su influencia en la planificación del tratamiento. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7, 7-18.
- Graña, J. y Rodríguez, M. (2010). *Programa central de tratamiento educativo y terapéutico para menores infractores*. Madrid: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducación y Reinserción del Menor Infractor.
- Hammersley, R., Marsland, L. y Reid, M. (2003). Substance use by young offenders: the impact of the normalisation of drug use in the early years of the 21st century. doi: 10.1037/e454962008-001  
Recuperado el 12/09/2017 de [http://www.drugsandalcohol.ie/5336/1/Home\\_Office\\_Research\\_Study\\_261\\_Substance\\_use\\_by\\_young\\_offenders.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/5336/1/Home_Office_Research_Study_261_Substance_use_by_young_offenders.pdf)
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and others drugs problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance use prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.64
- Hidalgo, M. y Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*, 11, 895- 910.
- Jiménez, M., de La Villa, M. y Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 533-553.
- Jiménez, T., Musitu, G. y 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, 139-151.
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H. y Wilson, S. (2001). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73, 1151-1165. doi: 10.1111/1467-8624.00464

- López, C. y López, J. (2003). Rasgos de personalidad y conducta antisocial y delictiva. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 3, 5-19.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22, 568-573.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5, 25-33.
- Lozano, L. y García, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12, 340-343.
- Luengo-Martín, Cutrín, O. y Maeiro, L. (2015). Protocolo de Valoración del Riesgo en Adolescentes Infractores (Protocolo VRAI): Una herramienta informatizada para la gestión del riesgo. *Infancia, juventud y ley*, 51-58. Recuperado el 21/11/17 de [https://www.researchgate.net/publication/298721583\\_Protocolo\\_de\\_Valoracion\\_del\\_Riesgo\\_en\\_Adolescentes\\_Infractores\\_Una\\_herramienta\\_informatizada\\_para\\_la\\_gestion\\_del\\_riesgo](https://www.researchgate.net/publication/298721583_Protocolo_de_Valoracion_del_Riesgo_en_Adolescentes_Infractores_Una_herramienta_informatizada_para_la_gestion_del_riesgo)
- Martínez-Catena, A. y Redondo, S. (2013). Carreras delictivas juveniles y tratamiento. *Revista de servicios sociales*, 54,171-183. doi: 10.5569/1134-7147.54.12
- Martínez-Fernández, V., Lloret-Irles, D. y Segura-Heras, J. V. (2017) Impulsividad y búsqueda de sensaciones como predictores del consumo de drogas en adolescentes: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Recuperado el 16/03/2018 de <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/17-11.pdf>
- Martínez, J. (2015). Funcionamiento familiar y apoyo social en el consumo de sustancias y las conductas delictivas de los adolescentes. Recuperado el 01/11/2017 de <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/10089>
- Martínez, M. (2014). *Adolescencia, Aprendizaje y Personalidad*. Barcelona, España.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E. y 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, 317-338.
- Montero, T. (2014). La criminalidad juvenil en España (2007-2012). *Revista Criminalidad*, 56, 247-261.

Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S. y Musitu, G. (2009). Reputación social y violencia relacional en adolescentes: el rol de la soledad, la autoestima y la satisfacción vital. *Psicothema*, 21, 537-542.

Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L. y Ilaja-Verdesoto, B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions*, 18, 39-50. doi: 10.21134/haaj.v18i1.333

Musitu, G., Estévez, E. y Jiménez, T. I. (2010). *Funcionamiento familiar, convivencia y ajuste en hijos adolescentes*. Madrid: Grupo editorial Cinca, S. A.

Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72. doi: 10.20882/adicciones.289

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2010). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia 2009*. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio\\_Consumo\\_Adolescentes\\_en\\_Conflicto\\_2009.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Consumo_Adolescentes_en_Conflicto_2009.pdf)

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 2, 144-167. doi: 10.1111/1467-6427.00144

Organización Mundial de la Salud. (2011). Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Manual para uso en la atención primaria. Recuperado el 04/09/2017 de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_intervention\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_screening\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf)

Plan Nacional sobre Drogas (2016). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2015-2016). Recuperado el 30/10/2017 de [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015\\_EDADES\\_Informe\\_.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES_Informe_.pdf)

Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioral of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.

- Rodríguez, F., Bringas, C., De La Villa, M., Pérez, B. y Estrada, C. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas y delito: Análisis de la relación entre edad de inicio y reincidencia. *International Journal of Psychological Research*, 5, 58-65.
- Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 389-403.
- Rubio, G., Martínez-Raga, J., Martínez-Gras, I., Ponce, G., de la Cruz, J., Jurado, R., ... y Zarco, J. (2014). Validation of the Spanish version of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Psicothema*, 26, 180-185. doi: 10.7334/psicothema2013.172
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L. y Loaiza, J. (2004). Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65, 179-187. doi: 10.15381/anales.v65i3.1389
- Sanabria, A. y Uribe, A. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento Psicológico*, 6, 203-218. doi: 10.15332/s1794-9998.2010.0002.04
- San Juan, C., Ocariz, E. y Germán, I. (2009). Menores infractores y consumo de drogas: Perfil psicosocial y delictivo. *Criminalidad*, 51, 147-162.
- Sobral, J., Romero, E. y Luengo, M. A. (1998). Personalidad y delincuencia: la relevancia de lo temperamental. *Boletín de Psicología*, 58, 19-30.
- Tarín, M. y Navarro, J. J. (2006). *Adolescentes en riesgo. Casos prácticos y estrategias de intervención socioeducativa*. Madrid: CCS.
- Twenge, J. M. y Campbell, W. K. (2001). Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 321-344. doi: 10.1207/s15327957pspr0504\_3
- Uceda-Maza, F., Navarro-Pérez, J. J. y Pérez-Cosín, J. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales*, 58, 63-75. doi: res58.2016.05
- Valdenegro, B. (2005). Factores Psicosociales Asociados a la Delincuencia Juvenil. *Psyche*, 14, 33-42. doi: 10.4067/s0718-22282005000200003
- Vázquez, M. J., Mohamed-Mohand, L. y Vilariño, M. (2011). Autoconcepto y comportamiento antisocial: menores infractores y menores normativos. *Revista Galega de Cooperación Científica Iberoamericana*, 2, 25-31.

World Health Organization (2014). Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade. Recuperado el 01/11/2017 de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO\\_FWC\\_MCA\\_14.05\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf)

World Health Organization (WHO) ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194. doi: 10.1046/j.1360-0443-2002.00185

Wright, D. y Fitzpatrick, K. (2004). Psychosocial correlates of substance use behaviors among African American youth. *Adolescence*, 39, 653-667.

## Anexo I. ASSIST

Gracias por aceptar a participar en este breve cuestionario sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida. Tenga presente que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

### Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

### Pregunta 2

¿Con qué frecuencia consumía las sustancias que ha mencionado en los <u>últimos tres meses anteriores a su ingreso en CEIMJ</u> ?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	Diario/casi diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6



### Pregunta 3

<b>En los últimos tres meses anteriores a su ingreso en CEIMJ, ¿con qué frecuencia tenía deseos fuertes o ansias de consumir?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>Diario/ca si diario</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

### Pregunta 4

<b>En los últimos tres meses anteriores a su ingreso en CEIMJ, ¿con qué frecuencia le llevaba su consumo a problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>Diario/casi diario</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

### Pregunta 5

<b>En los últimos tres meses anteriores a su ingreso en CEIMJ, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 ó 2 veces</b>	<b>Cada mes</b>	<b>Cada semana</b>	<b>Diario/casi diario</b>
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

### Pregunta 6

<b>¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo? (anterior a su ingreso en CEIMJ)</b>	<b>No, Nunca</b>	<b>Sí, en los últimos 3 meses</b>	<b>Sí, pero no en los últimos 3 meses</b>
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

**Pregunta 7**

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir? ( <u>anterior a su ingreso en CEIMJ</u> )	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

**Pregunta 8**

	No, Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? ( <i>ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS</i> ) ( <u>anterior a su ingreso en CEIMJ</u> )	0	2	1

## Anexo II. FACES-20esp

A continuación, se presentan una serie de enunciados relacionados con aspectos que se producen en las familias y entre los familiares. Indique, por favor, con qué frecuencia le ocurren a usted:

1.- Nunca o casi nunca    2.- Pocas veces    3.- A veces    4.- Con frecuencia    5.- Casi siempre

1. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.	1	2	3	4	5
2. Cuando hay que resolver problemas, se siguen las propuestas de los hijos.	1	2	3	4	5
3. En nuestra familia la disciplina (normas, obligaciones, consecuencias, castigos) es justa.	1	2	3	4	5
4. Los miembros de la familia asumen las decisiones que se toman de manera conjunta como familia.	1	2	3	4	5
5. Los miembros de la familia se piden ayuda mutuamente.	1	2	3	4	5
6. En cuanto a su disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos (normas, obligaciones).	1	2	3	4	5
7. Cuando surgen problemas, negociamos para encontrar una solución.	1	2	3	4	5
8. En nuestra familia hacemos cosas juntos.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de la familia dicen lo que quieren libremente.	1	2	3	4	5
10. En nuestra familia nos reunimos todos juntos en la misma habitación (sala, cocina).	1	2	3	4	5
11. A los miembros de la familia les gusta pasar su tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
12. En nuestra familia, a todos nos resulta fácil expresar nuestra opinión.	1	2	3	4	5
13. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5
14. En nuestra familia se intentan nuevas formas de resolver los problemas.	1	2	3	4	5
15. Los miembros de la familia comparten intereses y hobbies.	1	2	3	4	5
16. Todos tenemos voz y voto en las decisiones familiares importantes.	1	2	3	4	5
17. Los miembros de la familia se consultan unos a otros sus decisiones.	1	2	3	4	5
18. Los padres y los hijos hablan juntos sobre el castigo.	1	2	3	4	5
19. La unidad familiar es una preocupación principal.	1	2	3	4	5
20. Los miembros de la familia comentamos los problemas y nos sentimos muy bien con las soluciones encontradas.	1	2	3	4	5

### Anexo III. AF-5

A continuación, encontrará una serie de frases relativas a sus estudios, sus relaciones sociales, entre otras. Lea cada una de ellas cuidadosamente y conteste con un valor entre 1 y 99 según su grado de acuerdo con cada frase. El 1 implica TOTAL DESACUERDO (TD) y el 99 implica TOTAL ACUERDO (TA). No olvide que dispone de muchas opciones de respuesta, en concreto, puede elegir entre 99 valores. Escoja el que más se ajuste a su criterio.

Ítems	Puntuación
1. Hago bien los trabajos escolares y/o académicos (profesionales)	— —
2. Hago fácilmente amigos	— —
3. Tengo miedo de algunas cosas	— —
4. Soy muy criticado en casa	— —
5. Me cuido físicamente	— —
6. Mis superiores (profesores) me consideran un buen estudiante/trabajador	— —
7. Soy una persona amigable	— —
8. Muchas cosas me ponen nervioso	— —
9. Me siento feliz en casa	— —
10. Me buscan para realizar actividades deportivas	— —
11. Trabajo mucho en clase	— —
12. Es difícil para mí hacer amigos	— —
13. Me asusto con facilidad	— —
14. Mi familia está decepcionada de mí	— —
15. Me considero elegante	— —
16. Mis superiores (profesores) me estiman	— —
17. Soy una persona alegre	— —
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso	— —
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problema	— —
20. Me gusta como soy físicamente	— —
21. Soy un buen trabajador (estudiante)	— —
22. Me cuesta hablar con desconocidos	— —
23. Me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor	— —
24. Mis padres me dan confianza	— —

25. Soy bueno haciendo deporte	— —
26. Mis superiores me consideran inteligente y trabajador	— —
27. Tengo muchos amigos	— —
28. Me siento nervioso	— —
29. Me siento querido por mis padres	— —
30. Soy una persona atractiva	— —