

# DEPENDENCIA EMOCIONAL EN LAS RELACIONES DE PAREJA DE LOS/LAS ADOLESCENTES DEL PUERTO DE LA CRUZ

TRABAJO FINAL DE GRADO DE TRABAJO SOCIAL

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Comunicación

Convocatoria de Junio 2015/2016

Fecha 17 de junio de 2016

AUTORA: Estefanía Hernández García

TUTOR: Juan Octavio Hernández Cabrera

ASIGNATURA: Trabajo de Fin de Grado

CURSO: 4º Grado de Trabajo Social

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN .....	6
MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO .....	7
2.1 DEPENDENCIA EMOCIONAL.....	7
2.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS EN DEPENDENCIA EMOCIONAL.....	7
2.1.2 CONCEPTOS AFINES. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS: .....	8
2.1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL .....	13
2.1.4 ÁREAS DE DEPENDENCIA EMOCIONAL.....	15
2.2 ADOLESCENTES Y ADICCIONES.....	17
2.2.1 LA ADOLESCENCIA .....	17
2.2.2 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS ADICCIONES.....	17
2.2.3 RELACIÓN DE LAS DROGAS Y LA ADOLESCENCIA .....	21
2.2.4 NUEVAS ADICCIONES .....	22
2.3 DROGODEPENDENCIAS .....	23
2.2.1 CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS.....	23
2.2.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS.....	25
2.2.3 LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ADICCIÓN A LAS DROGAS .....	30
OBJETIVOS.....	34
3.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN:.....	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN: .....	34
HIPÓTESIS.....	35
MÉTODO.....	36

5.1. TIPOS DE DISEÑO.....	36
5.1.1 INSTRUMENTO .....	37
5.1.2 SUJETOS: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	37
5.2 PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO .....	38
RESULTADOS .....	39
6.1 RESULTADOS DEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS: .....	39
6.2 RESULTADOS SOBRE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL (EN TÉRMINOS GENERALES) .....	41
6.3 RESULTADOS SOBRE LA DEPENDENCIA DE PAREJA .....	43
6.4 RESULTADOS SOBRE SI CONSUME DROGAS Y EXISTE CODEPENDENCIA .....	48
ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN .....	52
CONCLUSIONES .....	55
PROPUESTAS DE MEJORA .....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	58
ANEXOS .....	62
11.1 CUESTIONARIO:.....	62
11.2 Tablas de resultados de los cuestionarios: .....	66

## AGRADECIMIENTOS

Considero oportuno expresar mis más sinceros agradecimientos a todas las personas que de una u otra forma han colaborado en la realización de mi Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, quería agradecer, a los tres institutos del Puerto de la Cruz: IES Puerto de La Cruz, IES María Pérez Trujillo; IES Agustín de Betancourt, por permitirnos el acceso al centro para la realización del trabajo, además de a sus alumnos y alumnas por su colaboración.

En segundo lugar, agradecer a mi tutora de campo de prácticas (Servicio Municipal en Prevención de Adicciones) Alicia Díaz Paz, ya que su apoyo tanto anterior como posterior a la investigación fue crucial.

En tercer lugar, a mi tutor de prácticas de la Universidad de La Laguna, Juan Manuel Herrera Hernández, ya que fue él quien me sugirió la idea de poder relacionar mi investigación de trabajo de fin de carrera con las prácticas que ya había realizado.

En cuarto lugar, a mi tutor de Trabajo de Fin Juan Octavio Hernández Cabrera, por guiarme lo mejor posible a lo largo de toda la investigación, sugiriéndome ideas y propuestas que me han servido de gran utilidad.

En quinto lugar, a mi familia haciendo especial acentuación en mi madre, mi padre, mi hermano, además de mi hermana por ayudarme en alguno de los puntos de este trabajo, no sin olvidarme de su compañía en estos 4 años, y como no, a mi pareja Yeray, por ayudarme tanto en la realización de este trabajo como a lo largo de estos cuatro años. Porque sin ellos esto no sería posible. Han sido el pilar fundamental en estos cuatro años de carrera. Muchas gracias por vuestro apoyo, ánimos, consejos, comprensión, cariño, etc.

Y en último lugar, aunque no menos importantes, quiero dar gracias también a mis grandes amigas Irene, Carmen y principalmente Verónica, porque ella ha sido mi pilar de la carrera y ha formado parte de esta aventura que termina. Pero en general todas, por darme todas aquellas aportaciones y consejos durante toda mi carrera universitaria.

## RESUMEN

El presente estudio trata sobre la dependencia emocional en las relaciones de pareja de los/las adolescentes del Puerto de la Cruz, así como la repercusión del consumo de drogas en la pareja, y, además la influencia de la dependencia emocional, hablando en términos generales, sobre todo ello.

Se pretende confirmar una serie de hipótesis, las cuales, expuestas a lo largo de la investigación y que fueron desarrolladas anterior a la realización de ésta. Todo ello con la intención de poder seguir mejorando en los proyectos posteriores.

**Palabras clave:** dependencia; dependencia emocional; dependencia de pareja; drogas.

## ABSTRACT

This study deals with the emotional dependence on relationships of adolescents from Puerto de la Cruz, and the impact of drug use on the couple, and also the influence of emotional dependency, generally speaking, on all.

It is intended to confirm a number of assumptions, which exposed throughout the investigation and that were developed before performing it. All this with the intention to continue to improve in subsequent projects.

**Keywords:** dependence; emotional dependency; dependence partner; drugs.

## INTRODUCCIÓN

Este documento es un trabajo de fin de grado, llevado a cabo por una alumna de 4º de Trabajo social de la Universidad de La Laguna cuyo título es *“La dependencia de las relaciones de pareja en los/las adolescentes del puerto de la cruz”*.

Este estudio surge de las inquietudes de quien suscribe este trabajo como futura trabajadora social, motivada por las prácticas desarrolladas a lo largo de la carrera, las cuales fueron en dicho municipio, más concretamente en el Servicio Municipal en Prevención de Adicciones.

A lo largo de la participación en dicho servicio y el correspondiente desarrollo de los distintos proyectos que se estaban llevando a cabo con los menores del municipio, surgen distintas cuestiones en función de la edad de todos ellos/ellas. Para la realización de esta investigación, surgen dudas como, por ejemplo: ¿existe relación del consumo de drogas con tener pareja? ¿cuál es el grado de dependencia emocional que puede existir en los/las adolescentes? ¿existe dependencia de pareja en los/las jóvenes del Puerto? y un sin fin de preguntas, algunas de las cuales hemos intentado responder con la realización de este estudio.

Se pretende que, con esta investigación, se pueda llegar a mejorar en algunos puntos de los proyectos que están vigentes y, por supuesto, se tomen las diferentes medidas para fortalecer aquellos puntos débiles existentes y que veremos al final, como propuestas de mejora.

Para finalizar con este apartado introductorio, observamos que los apartados que podemos encontrar en este documento son los siguientes: un breve resumen de los resultados de este estudio; un marco teórico que incluye: en primer lugar, todo lo relacionado con la dependencia emocional, en segundo lugar, todo acerca de los/las adolescentes y las adicciones, y en tercer lugar, todo lo que tiene que ver con drogodependencias; la metodología llevada a cabo en la investigación; los resultados obtenidos; el análisis de los mismos y las conclusiones y propuestas de mejora que se han visto pertinentes.

## MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

### 2.1 DEPENDENCIA EMOCIONAL

La dependencia emocional es un concepto utilizado con cierta frecuencia, pero que no ha sido claramente delimitado ni estudiado. Por ello, se tratarán los conceptos básicos que están relacionados con esta temática, los cuales son el apego ansioso, sociotropía, Personalidad autodestructiva, codependencia o adicción amorosa. Se analizarán los paralelismos y las diferencias que presentan con la dependencia emocional obedeciendo a una doble finalidad: en primer lugar, profundizar en ella sirviéndonos de las similitudes con dichos conceptos, y luego, delimitarla considerando las discrepancias, ya sean de contenido o de perspectiva. Para este apartado tomaremos como referencia principal al ANÁLISIS DEL CONCEPTO "DEPENDENCIA EMOCIONAL", del psicólogo y autor Castelló Blasco, J. dentro del cual nos encontramos con la variación de otros autores que han complementado su trabajo.

#### 2.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS EN DEPENDENCIA EMOCIONAL

La Dependencia Emocional ha sido definida por distintos autores en diferentes dimensiones. En primer lugar, Hirschfeld, Klerman, Barrett, et al (1977) la conciben como la sobre-dependencia en una relación interpersonal importante, que afecta tanto la visión de sí mismo como al tipo de relaciones que se mantienen con los demás; por otra parte, Bornstein (1993) dice que es una necesidad de protección y apoyo, en donde la confianza existente en la relación es un elemento esencial que influye en la autoestima, identidad y funcionamiento general de la persona; asimismo, la explicación que Rathus y O'Leary (1997) complementan mencionando que esto se debe a que el dependiente emocional basa su bienestar personal en los sentimientos de su pareja.

Del mismo modo Castelló (2005, 2006), por otro lado, amplía el concepto mencionando que la necesidad es exclusivamente de carácter afectivo y no de ningún otro tipo; es Cid (2011) quien apoya la propuesta de Castelló ya que, afirma que ésta necesidad afectiva es un patrón que podría repetirse en sus

diferentes relaciones de pareja, y que además éste patrón de necesidad hace que se cree una construcción de sí mismo diferente en donde se percibe la relación como el eje central de la vida.

Patton (2007) plantea una dimensión en donde la dependencia emocional, aparece en la vida de una persona, cuando la necesidad de tener a otro se considera tan indispensable como vivir; por otra parte, una dimensión distinta, está encaminada a considerarla como un patrón de cogniciones y comportamientos (Lemos, Londoño & Zapata, 2007; Lemos, Jaller, Gonzales, Díaz & De la Ossa, 2010).

En contraste, Sánchez (2010), enfoca su definición hacia una dimensión de la personalidad proponiéndola como un trastorno de la personalidad y Congost (2011) concibe el concepto como una adicción hacia la pareja.

#### 2.1.2 CONCEPTOS AFINES. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS:

Dentro de la dependencia emocional encontramos varios conceptos con los que se relaciona dicha dependencia debido a sus semejanzas y diferencias con dicho término. Estos son:

- a) Apego Ansioso: El apego ansioso o ansiedad de separación se ha relacionado con psicopatologías adultas como la depresión y la agorafobia, e indirectamente con el comportamiento violento o antisocial. Las similitudes de este concepto con la dependencia emocional son evidentes; de hecho, en ésta se presentan los tres subcomponentes fundamentales del apego ansioso: temor a la pérdida de la figura vinculada, búsqueda de proximidad, y protesta por la separación. Las diferencias entre el apego ansioso y la dependencia emocional se basan en el enfoque excesivamente conductual del primero, es decir, en que en su conceptualización los fenómenos del apego y de la separación están desestimados afectivamente. De hecho, las referencias explícitas a las emociones se producen cuando se describe la reacción ante un apego exitoso (bienestar, alegría) o uno frustrado (ansiedad, tristeza o ira), por lo que se echa en falta una mayor relevancia del componente afectivo del vínculo. Bowlby (1998), otorga

una importancia excesiva a una separación puntual o al recuerdo de amenazas de abandono, y sin duda la tienen, pero sólo si son un aspecto más de unas relaciones familiares perturbadas o insatisfactorias. Autores como M.Rutter (1993), han expuesto muy acertadamente que lo patógeno no es en sí una separación temporal, sino la pérdida de vínculos afectivos creados, y mucho más cuando no hay oportunidad para crear otros nuevos o se producen situaciones de indefensión (peligros, soledad, entorno desconocido). El mencionado autor llegó a la conclusión fundada empíricamente de que tanto las experiencias repetidas de desamparo como la deficiente calidad de la relación previa podían ser por sí mismas determinantes de la ansiedad de que se produzca una separación, y por tanto del apego ansioso posterior. Esto explicaría las diferencias individuales en las reacciones ante la separación, observadas por el propio Bowlby (1998).

- b) Sociotropía: existen dos grandes tipos de estilos cognitivos en los pacientes deprimidos: uno de ellos, centrado en la dependencia interpersonal, la necesidad imperiosa de afecto, o el temor y la sobrevaloración del rechazo; el otro, más independiente y perfeccionista, con rumiaciones sobre el fracaso o la inutilidad. Al primero de los estilos cognitivos se le denominó “sociotropía” y al segundo “autonomía”, pasando después a considerarse como rasgos de personalidad predisponentes a la depresión, que interactuaban con eventos vitales que los pacientes percibían como estresantes de acuerdo con sus creencias, y que poseían perfiles sintomatológicos diferentes. En la sociotropía, los acontecimientos desencadenantes estarían más ligados al rechazo, y en la autonomía a los logros personales. Podemos afirmar que la sociotropía ha tenido más aceptación y evidencia empírica favorable que la autonomía, encontrándose en este constructo hallazgos contradictorios sobre su validez. Sin duda, la sociotropía es uno de los conceptos más parecidos a la dependencia emocional. Los lamentos y las creencias subyacentes en un caso de depresión sociotrópica son fieles exponentes del sufrimiento que puede llegar a padecer un dependiente emocional, hasta el punto que podemos hablar de conceptos solapados. La dependencia emocional, no podemos

considerarla únicamente como un rasgo de personalidad que predispone a la depresión. Un concepto que ha de tener relevancia propia no debe estar subordinado a otro; sería como concebir a la evitación solamente como un rasgo que predispone a padecer ciertos trastornos de ansiedad. Situar un rasgo de personalidad en la perspectiva de la depresión trae como consecuencia descuidar su existencia en pacientes asintomáticos, al margen de que el término “dependencia emocional” sea mucho más adecuado que el de “sociotropía” para referirse a los componentes fundamentales de necesidad y anhelo profundo. Castelló (2001).

- c) Personalidad autodestructiva: Actualmente este concepto, se considera como un trastorno de la personalidad, caracterizado por: mantenimiento de relaciones interpersonales de subordinación; rechazo de ayuda o elogios; estado de ánimo ansioso; minusvaloración de los logros; tendencia a emparejarse con personas explotadoras; escasa evitación del dolor; asunción del papel de víctima; etc. Además, poseen escasas habilidades sociales como el asertividad, tienden a padecer trastornos depresivos, además, su autoestima es muy baja, y apenas experimentan placer en sus vidas.

La característica más similar de este concepto con la dependencia emocional es, sin duda, el interpersonal, puesto que, La descripción de las relaciones de sumisión que llevan a cabo, el anhelo por preservarlas a cualquier coste, o el emparejamiento con personas narcisistas y explotadoras, son también la esencia de la dependencia emocional, que, ciertamente, es autodestructiva.

Por otro lado, la diferencia más fundamental, es de perspectiva. Se han postulado numerosas hipótesis para explicar este comportamiento, desde las psicoanalíticas tradicionales sobre la génesis del masoquismo, hasta otras más modernas de diversa procedencia teórica. Desde el punto de vista del conductismo se ha afirmado que el comportamiento autodestructivo pudo haber sido reforzado con cuidados y atención en la historia de las personas que lo padecen, pero se ha encontrado que es más bien todo lo contrario: cuando estas personas estaban enfermas recibían una mayor desatención, inconsistencia y falta de cariño. Por

otra parte, desde el punto de mira de la psicología, se considera que estas personas persisten en las situaciones de sufrimiento para acostumbrarse mejor al dolor, expían sus culpas por deseos no reconocidos, y asocian el sometimiento con la aceptación. Según Castelló (2001), la mayoría de las hipótesis sobre la personalidad autodestructiva, parten del supuesto de que estos sujetos son masoquistas (es decir, gozan del dolor) o por lo menos “autodestructivos”, término que continúa recordándonos su procedencia psicoanalítica y que sigue teniendo connotaciones peyorativas, como la de inculpar a la víctima.

- d) Codependencia: Este concepto, un tanto impreciso, se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias. Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente, sí existen ciertas características identificativas de estas personas: se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias –generalmente alcoholismo y toxicomanías- que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento presentan una gran comorbilidad con trastornos del eje; se descuidan o autoanulan; tienen baja autoconfianza y autoestima; y se involucran continuamente en relaciones de pareja dañinas y abusivas. Los paralelismos con la dependencia emocional son incuestionables: baja autoestima, subordinación, desarrollo de relaciones interpersonales destructivas, temor al abandono, o falta de límites del ego. No obstante, analizando más en profundidad este concepto, surgen algunas discrepancias. La primera es de perspectiva, y es que la codependencia está condicionada por otra persona, generalmente un alcohólico o un toxicómano, aunque también se haya extrapolado este concepto a otras situaciones como la convivencia con enfermos crónicos. Los dependientes emocionales no están vinculados necesariamente con personas que sufran enfermedades o condiciones estresantes crónicas como las mencionadas, e incluso pueden estar solos. El concepto de codependencia se sitúa en la perspectiva de los trastornos relacionados con sustancias.

La segunda diferencia es de contenido. Aunque, como hemos dicho, no podemos configurar un patrón homogéneo de la personalidad de los codependientes, sí es frecuente en ellos la autoanulación para entregarse y cuidar a la persona con problemas. Ciertamente, un dependiente emocional puede realizar los mismos actos, pero con una diferencia notable de fondo: lo hará únicamente para asegurarse la preservación de la relación, y no por esa continua entrega y preocupación por el otro que caracteriza a los codependientes. Castelló (2001).

- e) Adicción al amor: conceptualmente, podemos confrontar la adicción amorosa con la dependencia emocional. Se trata de una de las nuevas “adicciones sin sustancias”, aunque es posiblemente tan antigua como el propio ser humano. Algunos trabajos han estudiado este fenómeno comparándolo con el modelo tradicional de los trastornos relacionados con sustancias encontrando numerosas coincidencias que han justificado su denominación de “adicción”: necesidad irresistible (“craving”) de tener pareja y de estar con ella; priorización de la persona objeto de la adicción con respecto a cualquier otra actividad; preocupación constante por acceder a ella en caso de no encontrarse presente (“dependencia”); sufrimiento que puede ser devastador en caso de ruptura (“abstinencia”), con episodios depresivos o ansiosos, pérdida aún mayor de autoestima, hostilidad, sensación de fracaso, etc.; y utilización de la adicción para compensar necesidades psicológicas.

La equivalencia de contenido con la dependencia emocional es total. No podemos afirmar lo mismo en el caso de la perspectiva de ambos conceptos, y es que en la adicción amorosa el punto de vista se focaliza en las relaciones interpersonales, es decir, en la existencia de una dependencia real hacia un objeto de adicción: la pareja. En este momento, reiteramos lo expuesto en la revisión de la codependencia, y es que el dependiente emocional no necesariamente tiene que estar involucrado en una relación para serlo. Podemos clarificar esta matización manifestando que el dependiente emocional puede estar “asintomático” -entendiendo la adicción como el síntoma- pero por supuesto continuar siéndolo, y que sólo se convertirá en un adicto al

amor cuando esté involucrado en una de sus numerosas relaciones destructivas. Esta diferencia de perspectiva es fundamental, porque si se nos presenta en la consulta una persona con tendencia a ser “adicta al amor” pero que actualmente se encuentra sola, quizá pensemos que nos baste con una prevención de recaídas dentro de un planteamiento cognitivo-conductual; mientras que si entendemos al paciente como a un dependiente emocional, enfocaremos la intervención en la comprensión y reestructuración de su personalidad, utilizando técnicas interpersonales, psicodinámicas, o de reestructuración cognitiva sobre sus creencias nucleares. Castelló (2001).

### 2.1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL

A lo largo de este apartado, se mencionarán las principales características que presentan las personas con dependencia emocional según el autor Castelló (2001). Las características que posee este constructo son clasificadas en diferentes ámbitos.

En las relaciones interpersonales, se puede decir que las relaciones de pareja son las más representativas dentro de la dependencia emocional, aunque estas se pueden extrapolar a otras. Éstas son principalmente, las características de las relaciones interpersonales, especialmente de pareja, de los dependientes emocionales, según B.Schaeffer (1998):

- Necesitan excesivamente la aprobación de los demás, por lo que, a medida que el vínculo es más relevante la necesidad es mayor, pero también hay cierta preocupación por “caer bien” incluso a desconocidos. Lo excesivo de esta necesidad genera en ocasiones pensamientos obsesivos sobre su aceptación por un determinado grupo, empeños en tener una buena apariencia, o demandas más o menos explícitas de atención y afecto.
- A las personas con dependencia emocional, le gustan de relaciones exclusivas y “parasitarias”. Este punto es uno de los rasgos más molestos en estas personas, puesto que suele ser un motivo frecuente de enfados y rupturas. El dependiente emocional, quiere disponer continuamente de la presencia de la otra persona como si

estuviera “enganchado” a ella, aspecto similar al del apego ansioso. Llamará continuamente a su pareja al trabajo, le pedirá que renuncie a su vida privada para estar más tiempo juntos, demandará de ella atención exclusiva y todavía le parecerá insuficiente, etc. Debemos tener en cuenta que el motivo subyacente no es la posesión o el dominio, sino la enorme necesidad afectiva que tienen estos individuos. En cualquier caso, es comprensible la sensación de agobio que produce en sus parejas.

Su anhelo de tener pareja es tan grande, que se ilusionan y fantasean enormemente al comienzo de una relación o con la simple aparición de una persona interesante. Schaeffer, compara este fenómeno con la intoxicación de los alcohólicos o drogodependientes, puesto que posiblemente, son uno de los pocos momentos verdaderamente felices de sus vidas: cuando empiezan una relación o al menos tienen posibilidades de que esto ocurra. La excesiva euforia que manifiestan se refleja en expectativas irreales de formar pareja con alguien a quien no conocen bien.

- Adoptan posiciones subordinadas en las relaciones, que se pueden calificar de “asimétricas”. Su baja autoestima, y la elección frecuente de parejas explotadoras, generalmente conducen al dependiente emocional a una continua y progresiva degradación. Normalmente, soportan desprecios y humillaciones, no reciben verdadero afecto, y, además, en ocasiones pueden sufrir maltrato emocional y físico.
- Sus relaciones no llenan el vacío emocional que padecen, pero sí lo disminuyen. Las parejas que forman, los dependientes emocionales, suelen ser tan insatisfactorias como enfermizas porque no se produce intercambio recíproco de afecto, a consecuencia del incremento de la autoestima y de la calidad de vida de sus componentes. No obstante, estas personas están tan poco acostumbradas a quererse y a ser queridas que no esperan cariño de su pareja, simplemente se enganchan obsesivamente a ella y persisten en la relación por muy frustrante que ésta sea.
- Presentan cierto déficit de habilidades sociales. La baja autoestima que presentan, así como la constante necesidad de agradar impide

que desarrollen una adecuada asertividad. Además, si su demanda de atención hacia otra persona alcanza ciertos límites, pueden manifestarla sin importarles demasiado la situación o las circunstancias, mostrando así falta de empatía.

#### 2.1.4 ÁREAS DE DEPENDENCIA EMOCIONAL

De acuerdo con las definiciones que se han visto anteriormente sobre la dependencia emocional, podemos decir que se define como una adicción a las relaciones sentimentales; sin embargo, abarca más de una adicción simple, ya que han sido identificadas seis áreas de dependencia emocional (Castelló, 2005, Lynch, Robins y Morse, 2001 y Schaeffer, 1998; Villa & Sirvent, 2008), las cuales son:

1. Ansiedad por separación: es cuando se expresa un terrible miedo al abandono, a la separación o el aislamiento. Esto va a generar las directrices para la dependencia interpersonal, donde la persona se aferra a su pareja. Estas personas consideran necesario tener pareja para ser feliz, puesto que ven a la otra persona como la clave para no sentir la angustia de estar solo. Esta ansiedad de separación puede ser provocada por el aislamiento temporal que implica la vida diaria; o cualquier separación que cree desconfianza de que su pareja no va a volver, lo cual está afín con pensamientos relacionados con la pérdida y la soledad (Castelló, 2005; Schaeffer, 1998).
2. La expresión Afectiva: la persona emocionalmente dependiente tiene una constante sensación de inseguridad y desconfianza en relación con el amor de la otra persona, por lo que estas personas necesitan la garantía constante de que son amados, de esta manera se sentirán seguros. (Lynch, Robins y Morse, 2001). Esto se puede relacionar con dependencia, debido a esa necesidad insaciable de sentirse seguros o amados.
3. Modificación de los planes: estas personas suelen cambiar sus planes o las actividades que pretende llevar a cabo sólo para pasar más tiempo con su pareja. Así que la otra persona se convierte en el centro de su vida y todo lo demás se excluye. Su atención se centra en la

satisfacción de las necesidades de la otra persona, deseos o incluso indulgencias. Hace referencia al deseo de exclusividad por la persona emocionalmente dependiente, igual que el deseo de su pareja se sienta de la misma manera que el mismo (Castelló, 2005).

4. El miedo a la soledad: consiste en el temor por no tener una pareja; necesita una pareja para así sentirse equilibrado y seguro; por el contrario, siente que estar solo es como algo muy aterrador. Esta área de dependencia se podría llegar a confundir con la de Ansiedad por separación, aunque hace referencia a un miedo totalmente diferente.
5. Límite de expresión: La posible ruptura de la relación de una persona emocionalmente dependiente es algo tan catastrófico que en muchos casos conduce a esa persona a cometer acciones y expresar el deseo de hacerse daños a sí mismos, lo cual se relaciona con las características que tiene una persona con trastorno límite de la personalidad. Este comportamiento, puede ser visto como una estrategia para aferrarse a la relación; la persona dependiente es capaz de hacer cualquier cosa, incluso hacerse daño a sí mismos para evitar la ruptura de relación.
6. La búsqueda de atención: la persona dependiente tiene una necesidad psicológica de atención por parte de su pareja, para intentar que su relación se convierta en el centro de sus vidas (Castelló, 2005). La búsqueda de atención puede ser visto como una tendencia histórica que se manifiesta en algunas personas dependientes emocionales.

Cuando hablamos de la diferencia entre géneros, la dependencia emocional estándar se presenta con mayor frecuencia en las mujeres debido a una combinación de factores culturales y biológicos. Las mujeres debido a las convenciones sociales y, posiblemente, debido a su propia naturaleza tienen una tendencia más pronunciada a sentir empatía y tienen lazos afectivos. En cambio, los hombres son más propensos a separarse del afecto hacia los demás y en consecuencia de la hostilidad y el individualismo (Aunque conservando su autoestima, a diferencia del patrón que se manifiesta por la dependencia emocional).

## 2.2 ADOLESCENTES Y ADICCIONES

### 2.2.1 LA ADOLESCENCIA

En primer lugar, cabe decir, que el Plan Integral de atención a la infancia y a la adolescencia de la Generalitat de Catalunya (2014) dice que la mayoría de autores que han estudiado los diferentes cambios que se producen en los seres humanos a lo largo de su ciclo vital, consideran la adolescencia como un período de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Este periodo se inicia con la pubertad, momento en el que se producen una serie de cambios físicos y hormonales en el organismo que a su vez propician toda una serie de cambios psicológicos y sociales.

Por otra parte, en el Diccionario General Ilustrado de la Lengua Española (2001) se define la adolescencia como aquel periodo de vida de una persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.

### 2.2.2 CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LAS ADICCIONES

Los cambios psicológicos y sociales de los que hablábamos anteriormente, es decir, el hecho estar construyendo su personalidad, el querer sentirse aceptado dentro del grupo de iguales...sumado a otros factores, hace que los y las adolescentes sean especialmente vulnerables al consumo de drogas. Las drogas son una vía engañosa que aparentemente se presenta como algo placentero y agradable que resulta ser completamente lo contrario. Previamente de comenzar a hablar de la drogadicción, debemos de tener claros determinados conceptos como: droga, drogodependencia, uso, abuso, dependencia y adicción.

#### A. Droga:

Existen diferentes definiciones del concepto de droga, esto se debe fundamentalmente, a su evolución a lo largo del tiempo. Para simplificar la exposición, nos ajustaremos a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que son comúnmente aceptados en todo el mundo. Para la OMS,

droga es toda sustancia química que, introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y/o químicas de éste. (De la Garza y Vega, 2005, p.11)

A la hora de clasificar las drogas hay diferentes criterios. Esto se debe, por un lado, a que es un tema abordado por muchas disciplinas con puntos de vista distintos; por otro, por la propia dinámica del saber científico, así, nos encontramos con que muchas son parciales o insuficientes. Sobre todo, son los distintos objetivos y criterios, los que hacen que se multipliquen las clasificaciones. A lo largo de la historia se han clasificado según su origen (naturales y sintéticas), atendiendo a su estructura química, según su acción farmacológica, atendiendo a las manifestaciones que se producen en el comportamiento de los sujetos y según consideraciones legales y sociológicas.

La OMS (Kramer y Cameron, 1975), lo hace ateniéndose a su toxicidad y a la rapidez con que causan dependencia, ateniendo a estos factores:

Cuadro (Número 1):

<b>Mayor peligrosidad</b>	<b>Menor peligrosidad</b>
Las que crean dependencia física	Las que crean sólo dependencia psíquica
Las que crean dependencia con mayor rapidez	Las que crean dependencia con menor rapidez
Las que poseen mayor toxicidad	Las que poseen menor toxicidad

Fuente: Elaboración propia, a partir de Kramer y Cameron, 1975.

Según estos factores, La OMS (1975), elaboró la siguiente clasificación:

- Primer grupo: opio y derivados: morfina, heroína, metadona, etc.
- Segundo grupo: barbitúricos y alcohol.

- Tercer grupo: coca-cocaína, anfetaminas y derivados.
- Cuarto grupo: LSD, cannabis y derivados, etc.

Por otro lado, desde el punto de vista jurídico, las drogas se han clasificado en legales e ilegales, lo que ha suscitado grandes diferencias por países: según la prohibición, despenalización o legalización de su elaboración, distribución y consumo y según las sanciones en las que incurren quienes trafican con ellas.

A continuación, centrándonos en la clasificación de un autor, vemos como Shuckit (1989), hizo una clasificación de las drogas separándolas en depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC) (como el alcohol), estimulantes o simpaticomiméticos del SNC (como todos los tipos de cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos inhalantes, drogas para contrarrestar otros efectos y otros (véase en la tabla de a continuación).

Cuadro (Número 2):

<b>TIPO</b>	<b>EJEMPLOS</b>
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiacepinas)
Estimulantes o simpaticomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamida de ácido (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)

Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Fuente: elaboración propia a partir de Shuckit, 1989.

B. Drogodependencia: Para la OMS (2001), “se caracteriza por determinadas reacciones comportamentales o de otro tipo, en particular una fuerte compulsión a tomar la sustancia en cuestión de manera continuada para experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar causado por su carencia” (p.13).

C. Uso, abuso y dependencia: conforme a lo que afirma Becoña (2002), interpretamos por “uso” de una droga al consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica.

Por otro lado, el “abuso” se da cuando hay un consumo continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo.

En cambio, la “dependencia” surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo.

También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo sólo los fines de semana. Los efectos y trastornos físicos y mentales a raíz del consumo de sustancias psicoactivas pueden ser muy diferentes.

El DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) considera que el

consumo de drogas puede producir los siguientes trastornos clínicos: abuso, dependencia, intoxicación, síndrome amnésico, trastorno del estado de ánimo, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno perceptivo, etc. Efectivamente, se pueden dar todos estos efectos y trastornos, aunque van a depender del tipo de sustancia que se consuma.

- 1.2.3 Adicción: Se define como una enfermedad crónica del cerebro, con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas. (National Institute on Drug Abuse, 2008, p. 5)

### 2.2.3 RELACIÓN DE LAS DROGAS Y LA ADOLESCENCIA

Para el desarrollo de este apartado vemos como, el National Institute on Drug Abuse (2008) plantea que las personas que empiezan a consumir lo hacen generalmente para sentirse bien, para sentirse mejor, para rendir mejor, por curiosidad o porque los demás lo hacen. Respecto a este último punto, los/as adolescentes son especialmente vulnerables debido a la influencia que tienen sus iguales sobre ellos, razón por la que es más probable que sean quienes participen en comportamientos transgresores como este.

Esto es un problema ya que el cerebro sigue desarrollándose hasta la edad adulta y sufre cambios bruscos durante la adolescencia ya que es en esa etapa cuando una de las áreas del cerebro, la corteza prefrontal, continúa madurando. Esta parte en concreto, es la que nos permite evaluar situaciones, tomar decisiones y mantener emociones y deseos bajo control, con lo cual el hecho de que esta parte del cerebro adolescente esté sin completar su maduración aumenta el riesgo de tomar decisiones inadecuadas (como probar o abusar de las drogas). Por lo tanto, si se introducen drogas en el cerebro cuando éste aún está desarrollándose puede ocasionar consecuencias profundas y de larga duración.

Por último, vemos como cada vez es mayor el deseo entre los jóvenes de consumir de drogas con la finalidad ya no solo de sentirse bien, sino que además está la necesidad de rendir mejor, con ello surge la nueva moda de los Nootropicos, conocidos también como las drogas inteligentes. Estos son "potenciadores cognitivos" que cada vez son más usados ya no solo entre la población joven, sino que, además, se utiliza en población adulta, puesto que en los ambientes laborales competitivos priman el intelecto por encima de cualquier otra cualidad. En general, estas drogas inteligentes, se utilizan esencialmente por que ayudan a estar en alerta, mantener la concentración, mejorar la memoria e incrementar la creatividad y productividad.

#### 2.2.4 NUEVAS ADICCIONES

A lo largo de este punto hablaremos de manera sencilla y clara acerca de las nuevas adicciones, es decir, de aquellas a las que algunas personas se enganchan de forma compulsiva y a las que todavía hay quien denomina manías, vicios o enfermedades morales. No se trata de sustancias. Son adicciones fundamentalmente psicológicas, cuya "prevalencia continúa creciendo año tras año", Navajits (2001, p. 29).

El aumento de tales adicciones y las razones por las cuales se diagnostican, pueden deberse a diversas causas. Una de ellas es el aumento de las posibilidades diagnósticas de los trastornos mentales. Hoy día se da entre los clínicos la tendencia a designar "casi toda" conducta humana que se desvía de la media con un nuevo epígrafe de trastorno. El diagnóstico, actualmente, se basa en unir grupos de síntomas, pequeños indicadores, mediante lo cual se gana en precisión, pero se pierde en subjetividad, en narrativa del proceso y hasta, cabría añadir, se olvida en ocasiones la historia de la persona.

Desde hace varias décadas encontramos que las modas han venido cambiando en cuanto a la expresión de las adicciones, y que cada una presenta matices, peculiaridades y formas adictivas diferentes. Así, en los años ochenta apareció oficialmente la ludopatía; después las líneas 906; a continuación, las compras, el sexo, el tamagochi y, a partir del 2000, se popularizó la adicción a Internet, a los móviles, a las nuevas tecnologías que,

en suma, se presentaron como vehículos del deseo adictivo. Algunos clínicos esgrimen que los síntomas cambian de envoltura y se desarrollan acordes con cada época. Esto quiere decir que hay algunas personas que presentan nuevas formas conscientes o inconscientes de expresar su malestar. La psicología del ser humano también se adapta y acusa los nuevos tiempos. Inventamos nuestros propios síntomas adaptándolos a las nuevas realidades individuales y socioculturales. Parece claro que cada época tiene sus propios relatos y mitos, que se transforman en rituales y desarrollan sus propios síndromes, dolencias y enfermedades.

## 2.3 DROGODEPENDENCIAS

En primer lugar, cabe decir, que existen numerosos documentos en los que se recogen los conceptos básicos en materia de drogodependencias. Para este apartado tomaremos como referencia principal el Plan Nacional Sobre Drogas (2003), el manual de Drogodependencias de Lorenzo, Madera, Leza, y Lizasoain (2009), el glosario sobre prevención del abuso de drogas de Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez, (2004) y el capítulo sobre conceptos básicos de drogas de Puyol y Tosco (2007). Además, aunque no se tomen como referencia para este apartado, se debe tener en cuenta que el propio marco legislativo existente en materia de drogodependencias también contempla definiciones sobre dicha materia, como son la Ley 5/ 2002 de la Comunidad de Madrid, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos y la Ley Canaria 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.

### 2.2.1 CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

En el año 1969 la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió las drogas como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1969, s.r.f. Lorenzo, Madera, Leza, y Lizasoain, 2009, p. 2).

El concepto de la OMS, también ha sido definido por otros autores como, por ejemplo, Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez (2004) quienes distinguen entre dos usos diferentes de dicho concepto. Por un lado, para la

medicina, es “cualquier sustancia con capacidad para prevenir o curar enfermedades o mejorar el bienestar físico o mental” (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez, I., 2004, p. 64) y para la farmacología es “cualquier agente químico que altera los procesos fisiológicos bioquímicos de tejidos u organismos” (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez, 2004, p. 64).

También la OMS en el año 1982 definió el concepto de drogodependencias como el “estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y la sociedad” (OMS, 1982, s.r.f. Lorenzo, Madera, Leza, y Lizasoain, 2009, p. 5).

Por otro lado, el Plan Nacional Sobre Drogas (2003) define la dependencia cuando “se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes. El consumo de drogas, que quizás empezó como una experiencia esporádica, pasa a ser un eje de la vida del sujeto. Este dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener dinero para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc.” (Plan Nacional Sobre Drogas, 2003, p. 13). Este mismo plan define la tolerancia y que comienza cuando “a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos.” (Plan Nacional Sobre Drogas, 2003, p. 9). Para Puyol y Tosco (2007, p.125) es “el estado de adaptación, caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto. Por lo tanto, la tolerancia es la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de una droga para alcanzar los mismos efectos y sensaciones”.

En cuanto al uso de drogas, este se entiende como “aquella relación con las drogas en la que, tanto por su cantidad, como por su frecuencia y por la propia

situación física, psíquica y social del sujeto, no se producen consecuencias negativas sobre el consumidor ni sobre su entorno". (Plan Nacional Sobre Drogas, 2003, p. 11) Por otra parte, se recoge que el abuso se concibe como "aquella relación con las drogas en la que se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o para su entorno" (Plan Nacional Sobre Drogas, 2003, p. 12). Además, para Puyol y Tosco (2007, p. 125) el abuso es el "uso continuado de una droga. El consumo se prolonga en el tiempo, dando lugar a un deterioro físico, familiar, laboral y social, pero sin llegar a establecer una dependencia".

### 2.2.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS

"En el campo del consumo de drogas existe un buen número de teorías y modelos explicativos, lo que muestra, por una parte, el interés por el tema y, por otra, la dificultad para apresar en toda su extensión este complejo fenómeno" (Becoña y Martín, 2004, p. 99). Estos mismos autores manifiestan que "una teoría resume un conjunto de evidencias empíricas, que puede ser derivada de las hipótesis, explicar leyes o construir modelos" (Becoña y Martín, 2004, p. 99). Por otro lado, Mitchell y Jolley (1992) definen los modelos como "una teoría o un grupo de teorías aplicadas a un área específica o situación (Mitchell y Jolley, 1992, s.r.f. Becoña y Martín, 2004, p. 99).

Por otro lado, Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004, p.29) también manifiestan que "son múltiples las teorías que han surgido en torno a la conducta desviada y muchas de ellas las aplicables a la conducta de consumir drogas" y que "estas teorías pretenden crear un cuerpo explicativo que dé respuesta a la relación que se establece entre determinadas variables y factores, y la conducta que pretenden explicar".

A continuación, se presentan tres clasificaciones en cuanto a los modelos y teorías explicativas del consumo de drogas.

Por un lado, Becoña en 1999 (s.r.f. Becoña y Martín, 2004) realizó una extensa revisión de los modelos y teorías, quien las ha clasificado en tres grandes grupos: 1) Teorías y modelos parciales o basados en pocos componentes que se basan o inciden en su nivel de explicación en los estadios

o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas. 2) Teorías y modelos de estadios evolutivos que se basan o inciden en su nivel de explicación en los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas. 3) Teorías y modelos integrativos y comprensivos que explican la conducta del consumo de sustancias mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática.

Cuadro (número 3)

*Clasificación de las teorías y los modelos explicativos según Becoña y Martín (2000)*

<b>Teorías parciales o basadas en pocos componentes</b>	Teorías y modelos biológicos: la adicción como un trastorno con sustrato biológico y las hipótesis de la automedicación.
	Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia
	Teorías del aprendizaje: condicionamiento clásico, operante y teoría del aprendizaje social.
	Teorías actitud – conducta: teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada.
	Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales: modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. A la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan y modelo basado en la afectividad de Pandina et al.

	Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico
	Modelo social de Peele
	Otros modelos teóricos: modelo de Becker, modelo de Burgess y el modelo de afrontamiento del estrés de Wills.
<b>Teorías de estadios y evolutivas</b>	Modelo evolutivo de Kandel
	Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente
	Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes Kim et al.
	Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie
	Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb
	Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz
	Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Cathlos
	Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.
<b>Teorías integrativas y</b>	Modelo de promoción de la salud
	Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de

<b>comprensivas</b>	Bandura
	Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.
	Teoría interaccional de Thomberry
	Teoría de la conducta de problema de Jessor y Jessor
	Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor
	Modelo integrativo general de la conducta de consumo de drogas de Botvin
	Modelo de estilos de vida y facotres de riesgo que lo condicionan de Calafat et al.
	Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis
	Modelo de autocontrol de Santacreu et al.

Fuente: Becoña y Martín (2004, p. 100).

Por otra parte, encontramos que Herrera (2007) distingue entre seis modelos explicativos diferentes: 1) Modelo jurídico en el que se criminaliza el problema. 2) Modelo de la distribución del consumo que reduce el asunto a un problema de disponibilidad. 3) Modelo médico que medicaliza el problema. 4) Modelo sociológico que estigmatiza a las clases más deprivadas. 5) Modelo psicosocial que individualiza el problema del consumo. 6) Modelo ecológico que pretende superar la visión parcializada de los modelos anteriores.

Por último, Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) clasifican las teorías en cinco diferentes: 1) Teorías cognitivo-afectivas. 2) Teorías del aprendizaje

social. 3) Teorías del apego social. 4) Teorías de las características intrapersonales que juegan un papel esencial y las que integran constructos cognitivo-afectivos. 5) Teorías de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales.

Cuadro (número 4)

*Clasificación de las teorías y modelos explicativos según Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004)*

<b>Teorías cognitivo-afectivas</b>	Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)
	Teoría de la conducta planificada (Ajzen 1985, 1988)
<b>Teorías del aprendizaje social</b>	Teoría del aprendizaje social (Akers et al., 1979)
	Teoría del aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986)
<b>Teorías del apego social</b>	Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989)
	Modelo del desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985)
<b>Teorías en las que las características intrapersonales juegan un</b>	El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)
	Teoría del autodesprecio (Kaplan, Martin y

<b>papel esencial</b>	Robbins, 1982, 1984)
	Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988)
	Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)
<b>Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales</b>	Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)
	Teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986 <sup>a</sup> , 1986b, 1987)
	Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991)
	Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

Fuente: Laespada, Iraurgi y Aróstegi. (2004, p. 30)

### 2.2.3 LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ADICCIÓN A LAS DROGAS

A lo largo de este apartado se tratará de explicar a qué nos referimos cuando hablamos de tratamiento con personas drogodependientes, es decir, a los tipos de tratamientos que hay (centrándonos en el social), cuáles son las fases de toda intervención y cómo se puede prevenir la drogadicción. Para el último punto, se explicará cómo se interviene para prevenir este tipo de adicciones centrándonos mayormente en los adolescentes, siguiendo la metodología que se lleva a cabo en el Servicio Municipal en Prevención de Adicciones del Puerto de la Cruz, y en el Plan Municipal.

En primer lugar, para referirnos al tratamiento con las personas drogodependientes encontramos que, según Martínez, Nieto y del Pueyo (2000, p. 51), “el tratamiento de rehabilitación de las drogodependencias se

articula en sucesivas estrategias de intervención, que se estructuran en programas de atención y que, a su vez, se realizan en centros de tratamiento para drogodependientes. Todas ellas van dirigidas a la consecución de un fin genérico que es la normalización del drogodependiente y su reinserción social”.

En cuanto a los tratamientos que se realizan con las personas drogodependientes, Trinidad y Ureña (2009), hacen referencia a tres tipos de tratamientos que se presentan en personas con un problema de alcoholismo pero que es aplicable a otro tipo de sustancias. Estos son: tratamiento médico, psicológico y social. En referencia a éste último, “se busca conocer la realidad social del o la paciente, estudiar y conocerlos factores sociales que rodean a la persona y su contexto durante el tratamiento y rehabilitación para, o bien proporcionar los recursos oportunos, o bien generar nuevas alternativas construidas conjuntamente, entre los y las agentes intervinientes” (Trinidad y Ureña, 2009, p. 160).

Por otro lado, en lo relativo a la metodología básica para llevar a cabo una intervención social, ésta se articula en varias fases con un orden lógico y que, además, hay una estrecha relación de unas a otras. Castanyer (1998, s.r.f. Gutiérrez, 2007, p. 173) refiere que “este método de avanzar por etapas permite una actuación ordenada y no casual y favorece la profesionalidad de la intervención”. Para Gutiérrez (2007) basándose en Castanyer, las tres fases del proceso metodológico de intervención son las siguientes:

1. Análisis del problema: “(...) se caracteriza por reconocer o identificar las situaciones de consumo problemáticos de drogas a fin de poder intervenir sobre ellas. Esta misma fase, puede ser dividida en dos fases; la recepción de las demandas formuladas por los usuarios/as y una segunda en la que se pasaría a una búsqueda o detección de situaciones-problema o de grupos con factores de riesgo. En esta fase nos encontramos ante un momento muy delicado del proceso, ya que supone el primer contacto para iniciar el tratamiento, pudiéndose convertir en el punto de referencia de este. Se trata de hacer una recogida de datos de la persona usuaria y su problemática, así como de realizar una valoración primaria y motivar para la intervención (...)” (Gutiérrez, 2007, p. 173).

2. Valoración: “se trata del estudio y análisis de las condiciones y características de la persona usuaria, familia y entorno relacionadas con el consumo abusivo de drogas. Esta valoración debe de tener como objetivos fundamentales: establecer los factores de riesgo que los profesionales han de tener en cuenta, reconocer los puntos positivos del entorno, señalar las áreas a trabajar y establecer una evaluación del caso” (Gutiérrez, 2007, p. 173-174).

3. Atención y tratamiento: “a partir de la valoración del caso se diseñará la intervención a realizar por los diferentes profesionales del equipo, ajustándola a las características individuales de la persona a tratar” (Gutiérrez, 2007, p. 174).

Por otro lado, Puyol (2006, s.r.f. Rizo, 2014) constituye un modelo de intervención terapéutica en drogodependencias que consta de las siguientes fases:

Cuadro (número 5)

*Fases de la intervención terapéutica con personas drogodependientes.*

<p><b>1. Acogida</b></p>	<p>El/la trabajador/a social conoce la demanda del paciente, su origen, se informa sobre el tratamiento, se deshacen mitos y se informa del funcionamiento del centro.</p>
<p><b>2. Estudio y análisis de la situación problema</b></p>	<p>Conocer la situación del paciente y su familia para establecer las líneas de actuación, puesto que toda intervención tiene que adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes.</p>
<p><b>3. Diagnóstico</b></p>	<p>Será interdisciplinar biopsicosocial y pretende comprender la situación del/de la usuario/a.</p>
<p><b>4. Plan de actuación</b></p>	<p>Se concretarán los objetivos y las estrategias de actuación.</p>

<p><b>5. Tratamiento</b></p>	<p>El tratamiento tiene varias fases. La primera es la desintoxicación donde se suprime el consumo de la droga y se trata el síndrome de abstinencia y puede ser ambulatoria o intrahospitalaria. La segunda fase es la deshabitación que pretende eliminar la dependencia a la sustancia cambiando el estilo de vida del paciente. Y la última fase es la de mantenimiento y otras situaciones que se suele hacer mediante programas de mantenimiento con metadona para los consumidores de opiáceos.</p>
<p><b>6. Integración Social</b></p>	<p>Se inicia y desarrolla al mismo tiempo que las anteriores fases y se utilizan redes y recursos que favorezcan la normalización y eviten la segregación.</p>
<p><b>7. Evaluación</b></p>	<p>Se debe realizar durante toda la intervención mediante instrumentos de registro y evaluación como: la historia clínica, la ficha de identificación del paciente, los libros de registro, entre otros.</p>

Fuente: Rizo (2014, pp. 15-16).

Por último, en lo referente al Servicio Municipal en Prevención de Adicciones del Puerto de la Cruz, dispone de distintos proyectos en los que se trabaja para interviene con los Adolescentes y los padres/madres de los mismos, generalmente del municipio.

## OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN:

- Conocer si existe dependencia de pareja en los adolescentes y si esto repercute en el consumo de drogas de los mismos, con la finalidad de conocer si existe una codependencia emocional.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Conocer si existe dependencia emocional en los jóvenes.
- Conocer si todos los jóvenes consumidores que tienen pareja, son dependientes de él o ella.
- Conocer si todos los adolescentes que tienen pareja que consume, ellos/ellas también lo hacen.
- Conocer si todos los jóvenes que consumen además tienen pareja consumidora.

## HIPÓTESIS

Previo a la realización de esta investigación se plantearon una serie de hipótesis, las cuales se describen a continuación:

- La mayoría de los/las jóvenes que consumen son dependientes emocionales.
- La mayoría de las personas encuestas que son dependientes emocionales, son chicas.
- Las chicas son más dependientes de sus parejas que los chicos.
- La mayoría de las personas encuestadas consumidoras de drogas, tienen pareja que también las consume.
- Existe relación entre la dependencia de la pareja y el consumo de drogas (codependencia).
- Los chicos consumen más drogas que las chicas.
- Los dependientes emocionales, son más propensos a ser dependientes de sus parejas.
- Las drogas más consumidas en la actualidad entre los jóvenes del municipio del puesto de la Cruz, son tabaco, alcohol, cannabis y cocaína.

## MÉTODO

El presente estudio se realizará en El Puerto de La Cruz. Se trata de un estudio de carácter cuantitativo, aunque integra algunos aspectos cualitativos ya que se pretende conocer, dentro de una muestra de población (jóvenes comprendidos en edades de 16 a 25 años que sean dependientes emocionales) aquellas posibles variables que nos muestren además si son dependientes de su pareja y si son consumidores de drogas.

Para ello se ha empleado como instrumento de recogida de datos un cuestionario (de elaboración propia o ad hoc), que incluye variables relacionadas con la dependencia emocional (si necesitan aprobación de alguien importante para lograr sus objetivos, si necesitan tener siempre a alguien importante en sus vidas que les ayude a afrontar las distintas situaciones que se les presenten, etc.), así como variables para valorar si hay dependencia de pareja y su relación con el consumo de drogas.

Las fuentes de esta investigación son primarias (referidas a los datos obtenidos con los cuestionarios, fruto del trabajo de campo realizado) y también han sido utilizadas las fuentes secundarias, para la elaboración de la parte teórica y conceptual que ha sido volcada en el Marco Teórico.

### 5.1. TIPOS DE DISEÑO

El estudio tiene una amplitud micro, en la que el cuestionario utilizado y aplicado a la muestra ha sido parte fundamental de la misma.

El grado de experimentación de esta investigación podemos definirlo como pre-experimental, ya que las unidades de análisis sólo serán observadas y descritas, aunque se hayan seleccionado dentro de una muestra con parámetros básicos. Han sido encuestados un total de 238 jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y los 25 años de edad.

Por otro lado, el objetivo que plantea esta investigación es de carácter explicativo dado que se pretende conocer si hay alguna relación causa - efecto entre la dependencia de sus parejas y consumo de drogas de la muestra seleccionada, pero de manera colateral, la investigación también contiene

objetivos de carácter descriptivo, pues nos aportará información sobre la realidad de la muestra, referidos a la dependencia emocional en general que presentan.

### 5.1.1 INSTRUMENTO

El instrumento de obtención de datos que hemos utilizado para este estudio es el cuestionario semi - estructurado que se incluye en el Anexo, el cual se ha aplicado a un total de 238 jóvenes todos ellos/ellas estudiantes de los tres institutos del Puerto de la Cruz, validado previamente ante mi tutor de este proyecto, y que, además, contendrá información en cuatro bloques diferenciados. El primero de ellos incluirá preguntas relacionadas con los datos demográficos de la persona encuestada (edad, sexo, y curso). El segundo bloque incluirá un conjunto de preguntas destinadas a indagar sobre si son dependientes emocionales de manera general (como bien se explica anteriormente). El tercer bloque, va dirigido a determinar si existe dependencia de pareja. Y, por último, el cuarto bloque, va destinado para saber si el/la encuestado consume drogas y si existe codependencia sabiendo si la pareja también consume drogas. Los informantes han tardado entre 5 y 10 minutos en responderlas.

El cuestionario tiene un total de 20 preguntas con sus respectivas opciones. La escala de medición será nominal, dónde se expondrá un máximo de 12 indicadores a seleccionar para las preguntas potencialmente posibles, así como una escala de preguntas cerradas (si/no) en las adecuadas. Además, se utilizará escala de valores ordinales (a veces) y un baremo de respuestas en el que podrán elegir la opción que más se adapte a su opinión o añadir la suya propia en el caso de que fuera diferente a las que están expuestas.

### 5.1.2 SUJETOS: DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En relación a la muestra, se ha realizado un muestreo no probabilístico por cuotas, conformado por un total de 238 personas, todas ellas estudiantes en los tres institutos que están el Puerto de la Cruz de la isla de Tenerife. Se pretende conocer si existe alguna variación que determine que la decencia hacia sus parejas, también afecta en el consumo de drogas, tanto de las

personas encuestadas como en sus respectivas parejas, en el caso de que las tuvieran.

Más concretamente, se han definido como criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres comprendidos en edades desde los 16 a los 25 años de edad. (Se ha comprendido que esta es la franja de edad más adecuada para realizar la investigación)
- Estudiantes en uno de los tres institutos del Municipio del Puerto de la Cruz.
- Residentes en Tenerife.

Por otro lado, los criterios de exclusión son los siguientes:

- Menores de 16 y mayores de 25 años de edad.
- No estudiantes en ninguno de los tres centros del municipio del Puerto de la Cruz.
- Residentes fuera de la isla de Tenerife

## 5.2 PROCEDIMIENTO LLEVADO A CABO

Tras los cuestionamientos personales que motivaron la realización del estudio, ya expuestos en los primeros apartados de este trabajo, comenzamos a buscar información y bibliografía sobre el tema en cuestión y a redactar la parte del Marco Teórico, mientras se realizaba el cuestionario que se incluye en el Anexo I.

Posteriormente, se contactó con los tres institutos pertenecientes al municipio del Puerto de la Cruz (IES. Puerto de la Cruz; IES. María Pérez Trujillo y IES. Betancourt) a través de una carta informativa para que facilitaran el acceso y así poder pasar los cuestionarios in situ.

Después de tener una muestra adecuada, se procedió al vaciado y tratamiento de datos para posteriormente llevar a cabo su análisis. Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el programa Microsoft Word Excel 2016, cuyos resultados obtenidos se expondrán en el apartado siguiente.

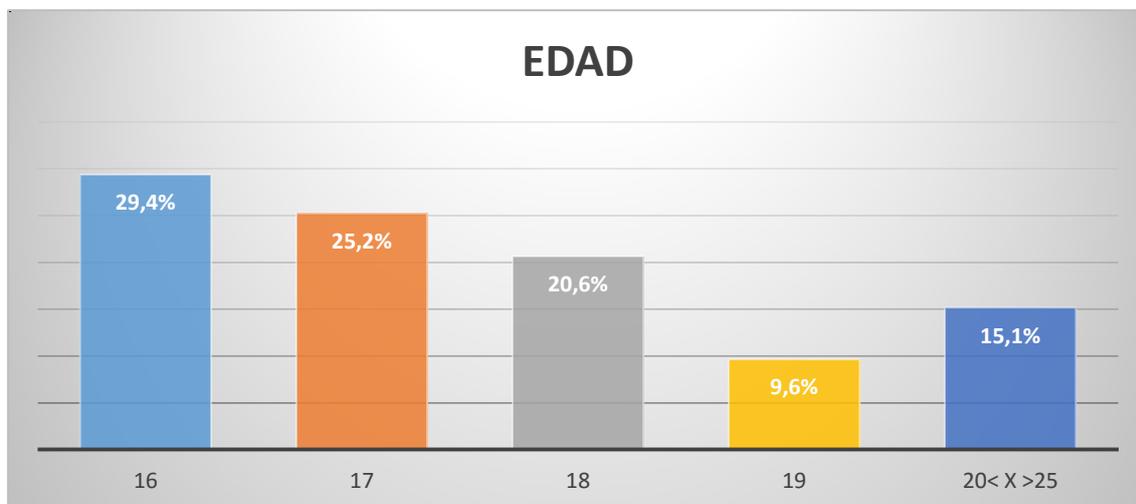
## RESULTADOS

En este apartado se desglosan los resultados obtenidos en cada uno de los cuatro bloques diferenciados del cuestionario aplicado.

En primer lugar, se incluirá preguntas relacionadas con los datos demográficos de la persona encuestada. El segundo bloque incluirá un conjunto de preguntas destinadas a indagar sobre si son dependientes emocionales de manera general. El tercer bloque, va dirigido a determinar si existe dependencia de pareja. Y, por último, el cuarto bloque, va destinado para saber si el/la encuestado consume drogas y si existe codependencia sabiendo si la pareja también consume drogas.

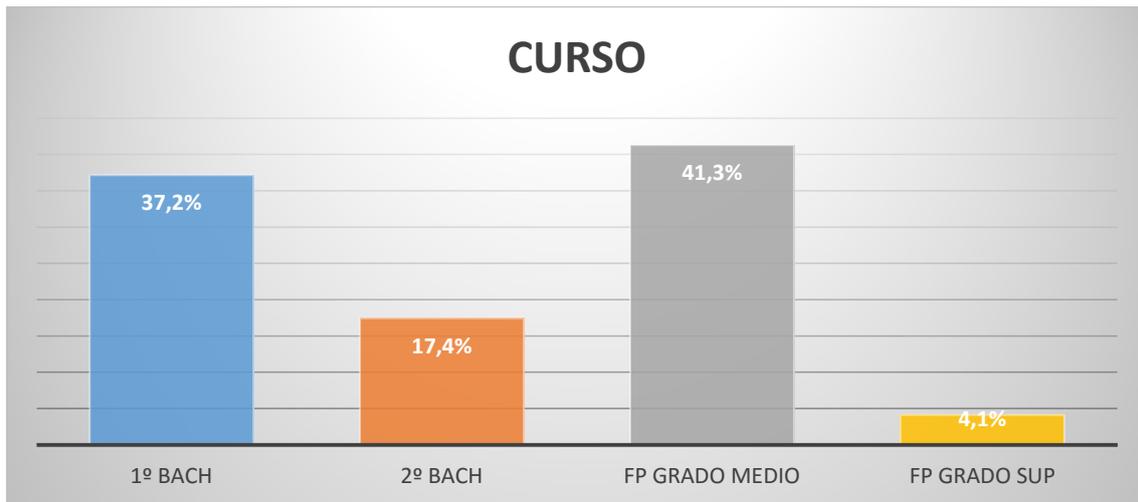
### 6.1 RESULTADOS DEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS:

- Gráfico 1: PORCENTAJE DE PERSONAS PARTICIPANTES SEGÚN SU EDAD:



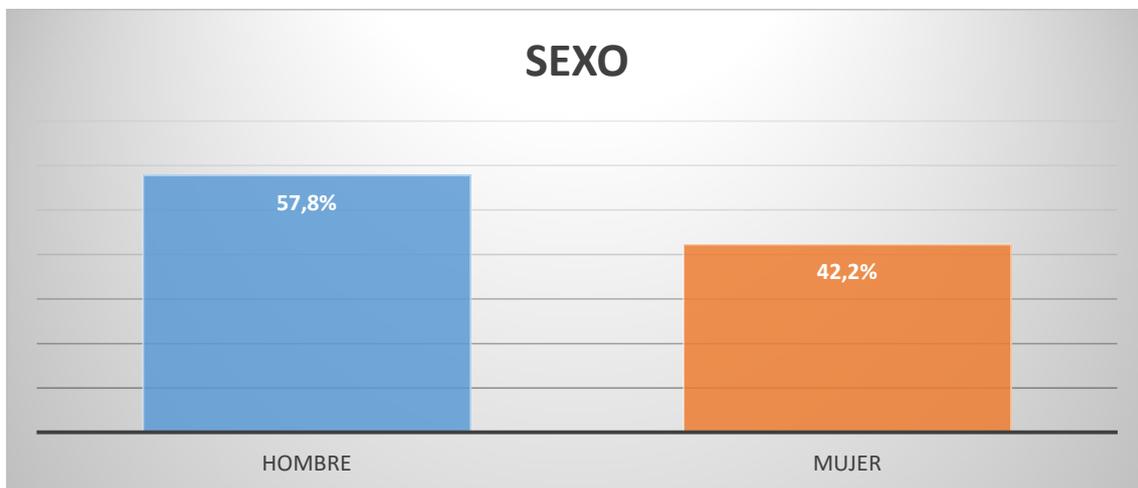
Comentario: Tal y como se muestra en la gráfica nº 1, el rango de edad de los participantes, es el ya descrito, cuya distribución quedó dividida en 29,4% de 16 años; 25,2% de 17 años; 20,6% de 18 años; 9,6% de 19 años y por último, 15,1% de entre 20 y 25 años (ambos inclusive).

- Gráfico 2: NIVEL EDUCATIVO:



Comentario: Como podemos observar en la gráfica nº2, están los cursos en los que os participantes quedan divididos, siendo un 37,2% perteneciente a 1º de Bachiller; un 17,4% a 2º de Bachiller; un 41,3% de FP de Grado Medio; y, por último, un 4,1% de FP de Grado Superior.

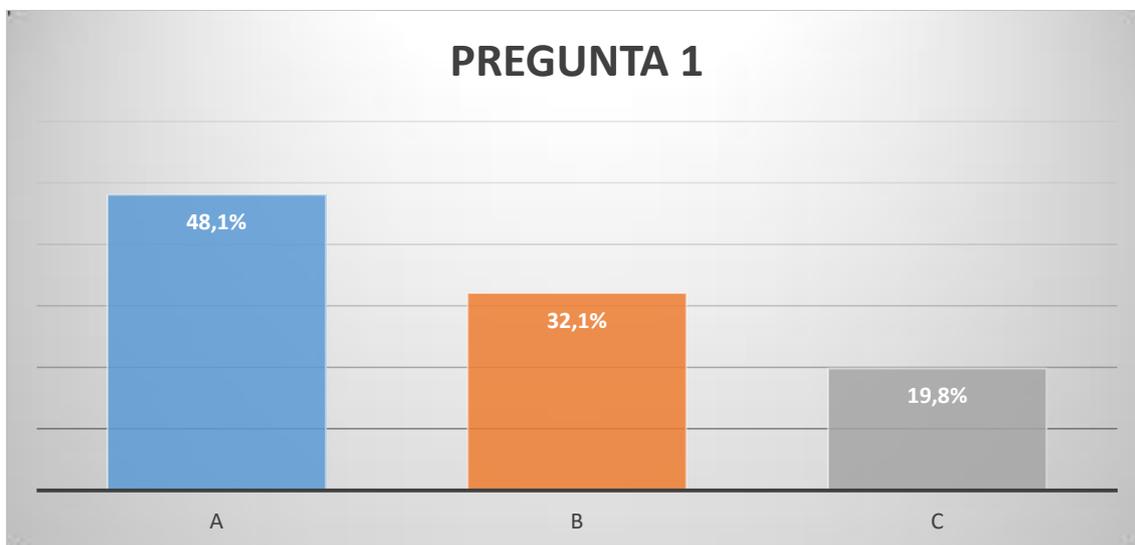
- Gráfico 3: DISTRIBUCIÓN DE LOS/LAS PARTICIPANTES SEGÚN SU GÉNERO



Comentario: Tal y como podemos ver en este gráfico nº3 el 57,8% de las personas encuestadas son hombres, y un 42,2% son mujeres.

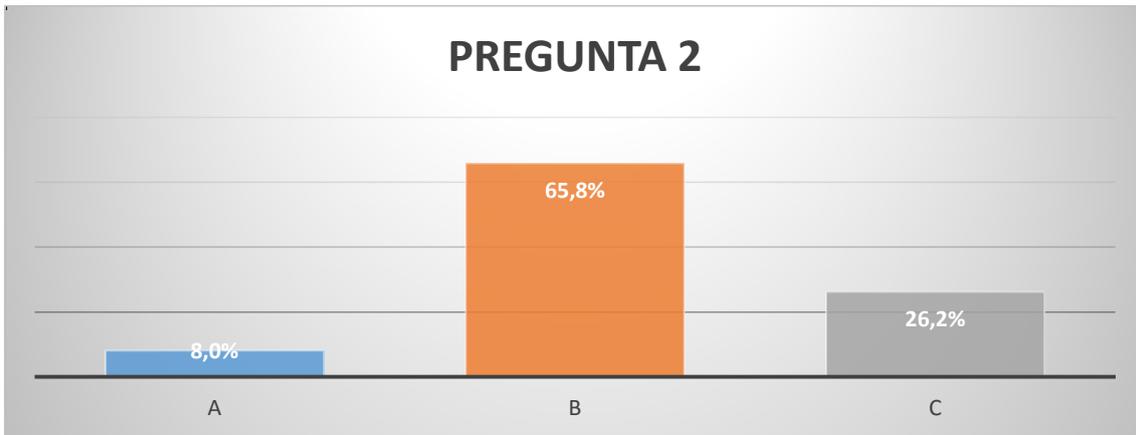
## 6.2 RESULTADOS SOBRE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL (EN TÉRMINOS GENERALES)

- Gráfico 4: NECESIDAD DE REFUERZO POSITIVO DE OTRAS PERSONAS:



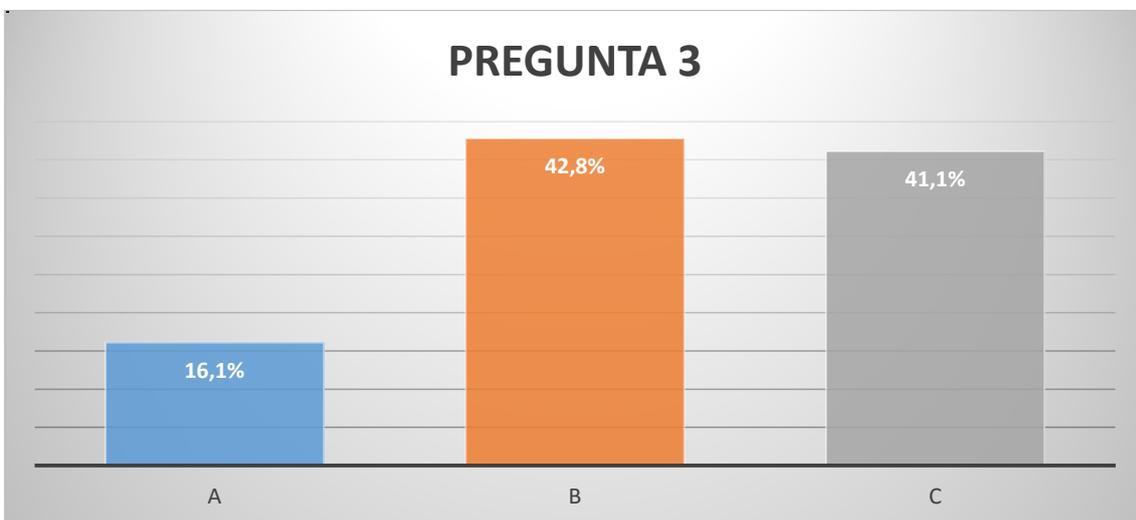
Comentario: Observamos en la gráfica nº 6, que un 48,1% prefieren que las personas importantes para ellos/ellas estén de acuerdo, pero si no lo están siguen adelante (opción A); un 32,1%, necesitan que las personas importantes para ellos/ellas les animen y estén de acuerdo con ellos/ellas (opción B); y, por último, un 19,8%, necesitan que las personas importantes para ellos/ellas les animen a pesar de que no estén de acuerdo con ellos/ellas (opción C).

- Gráfico 5: GRADO DE DEPENDENCIA PARA AFRONTAR LOS DIFERENTES CONTEXTOS:



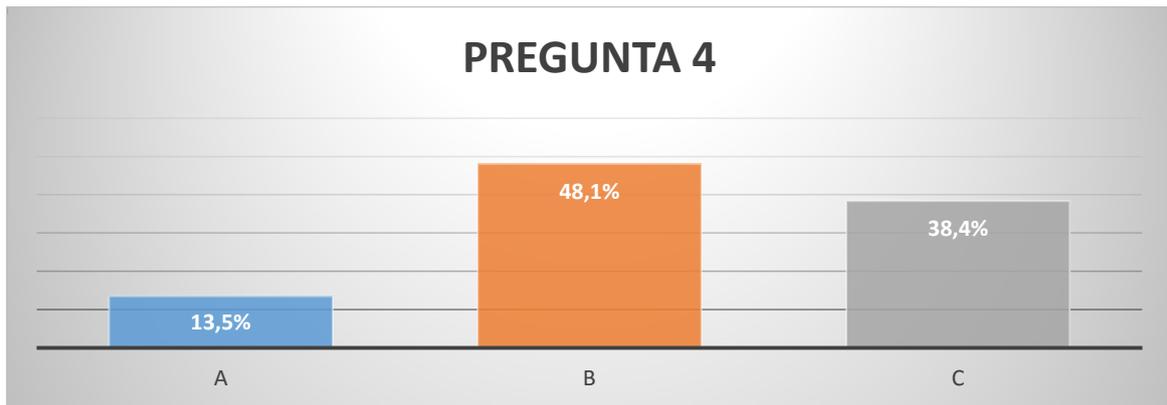
Comentario: Tal y como se expone en la gráfica nº5, observamos que para un 8% es indispensable en su vida (opción A); para un 65,8% viene bien, pero con quien tienen que contar es consigo mismos/mismas (opción B); y para finalizar, un 26,2% es importante, pero no indispensable en sus vidas (opción C)

- Gráfico 6: DEPENDENCIA EMOCIONAL EN LAS RELACIONES PERSONALES



Comentario: Como podemos ver en la gráfica nº 6, un 16,1% no se siente bien (opción A); un 42, 8%, prefiere encontrarla, pero si no la tiene también está bien (opción B); y un 41,1% se encuentra bien si le va bien (opción C).

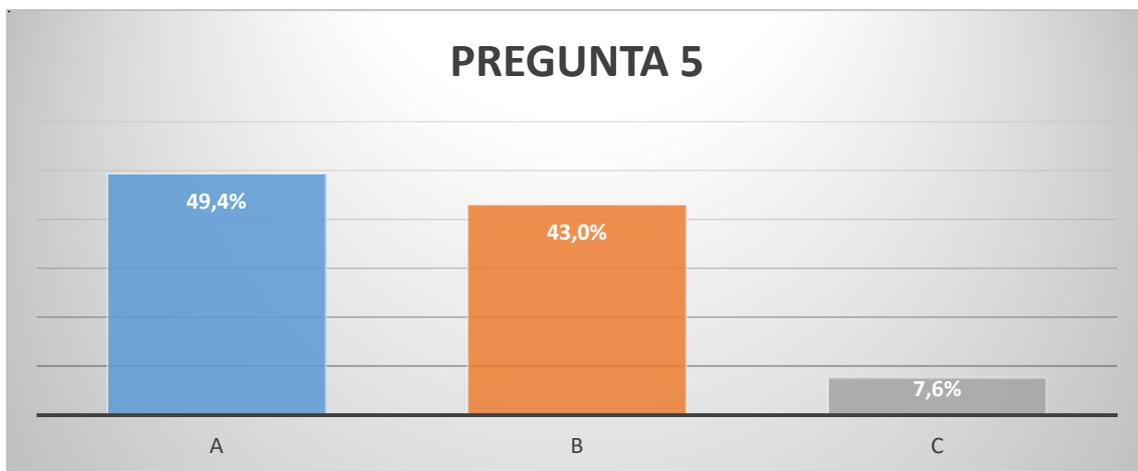
- Gráfico 7: GRADO DE TOLERANCIA A LA SOLEDAD



Comentario: Tal y como se expone en la gráfica nº7, un 13,5% “frecuentemente” (opción A); un 48,1% “a veces” (opción B); y un 34,4% “casi nunca” (opción C).

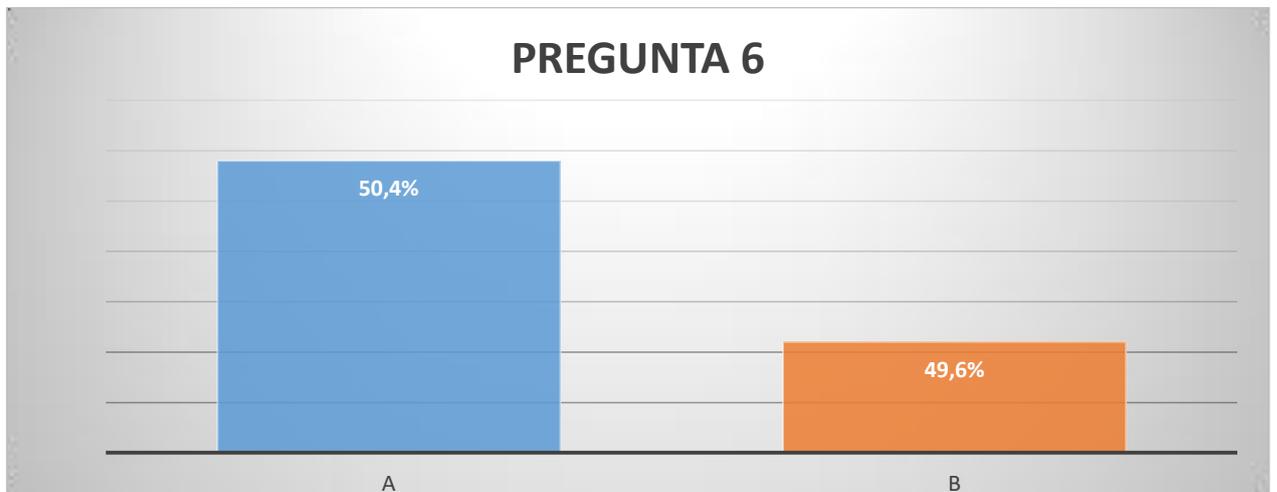
### 6.3 RESULTADOS SOBRE LA DEPENDENCIA DE PAREJA

- Gráfico 8: SITUACIÓN SENTIMENTAL



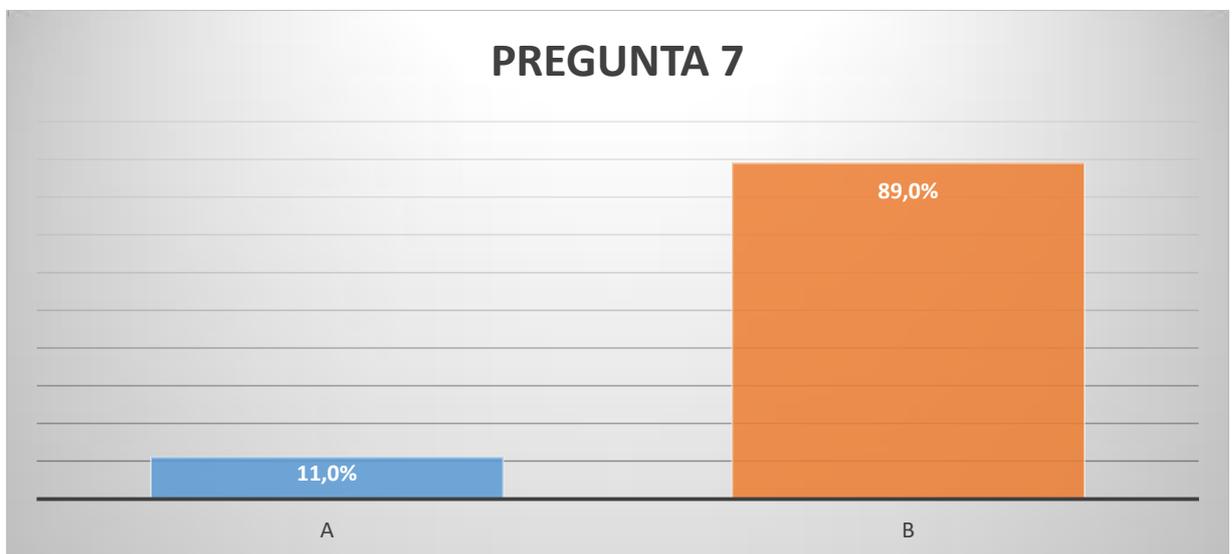
Comentario: Como podemos ver en la gráfica nº8, un 49,4% tiene pareja (opción A); un 43% no tiene pareja (opción B); y un 7,6%, no tiene pareja actualmente, pero la ha tenido (opción C).

- Gráfico 9: DISTRIBUCIÓN DE LAS PAREJAS DE LOS/LAS PARTICIPANTES SEGÚN SU GÉNERO:



Comentario: Tal y como podemos observar en la gráfica nº 9, un 50,4% de las parejas son hombre (opción A); y un 49,6% son mujeres (opción B).

- Gráfico 10: NIVEL DE CONTROL SOBRE LAS REDES SOCIALES:



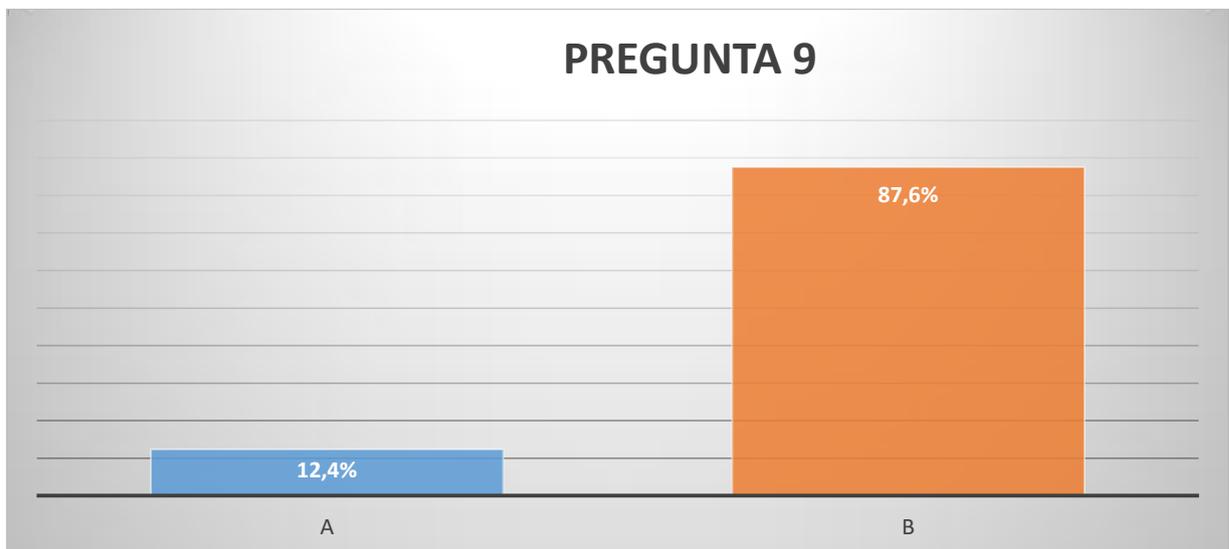
Comentario: Como podemos ver reflejado en la gráfica nº 10, un 11% contesta que “sí” (opción A); y un 89% contesta “no” (opción B).

- Gráfico 11: GRADO DE SUPERVISIÓN DEL TIEMPO INVERTIDO EN TERCERAS PERSONAS:



Comentario: Como podemos ver en la gráfica nº 11 un 12,5% de las personas encuestadas contestan que "sí" (opción A); y un 87,5% contestan que "no" (opción B).

- Gráfico 12: GRADO DE VIGILANCIA DEL TIEMPO LIBRE:



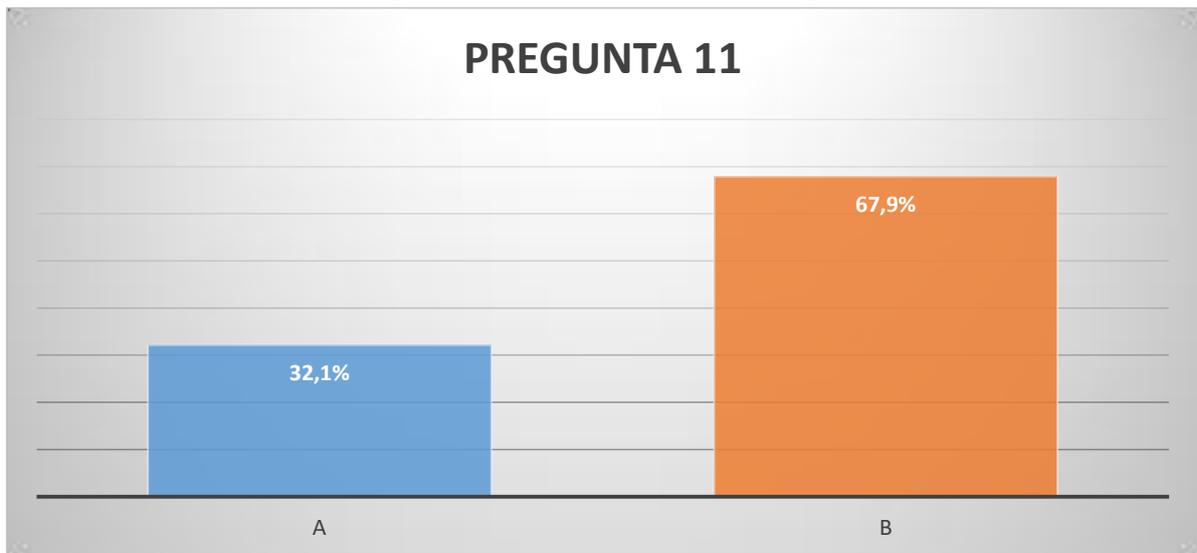
Comentario: Tal y como vemos reflejado en la gráfica nº 12, un 12,4% contestó que "sí" (opción A); y un 87,6% contestó que "no" (opción B).

- Gráfico 13: NIVEL DE CONTROL SOBRE LA VESTIMENTA:



Comentario: Como se observa en la gráfica nº 13, un 3,6% contestó que “sí” (opción A); y un 96,4% contestó que “no” (opción B).

- Gráfico 14: GRADO DE SUMISIÓN EN SITUACIONES DE ENFADO CON LA PAREJA



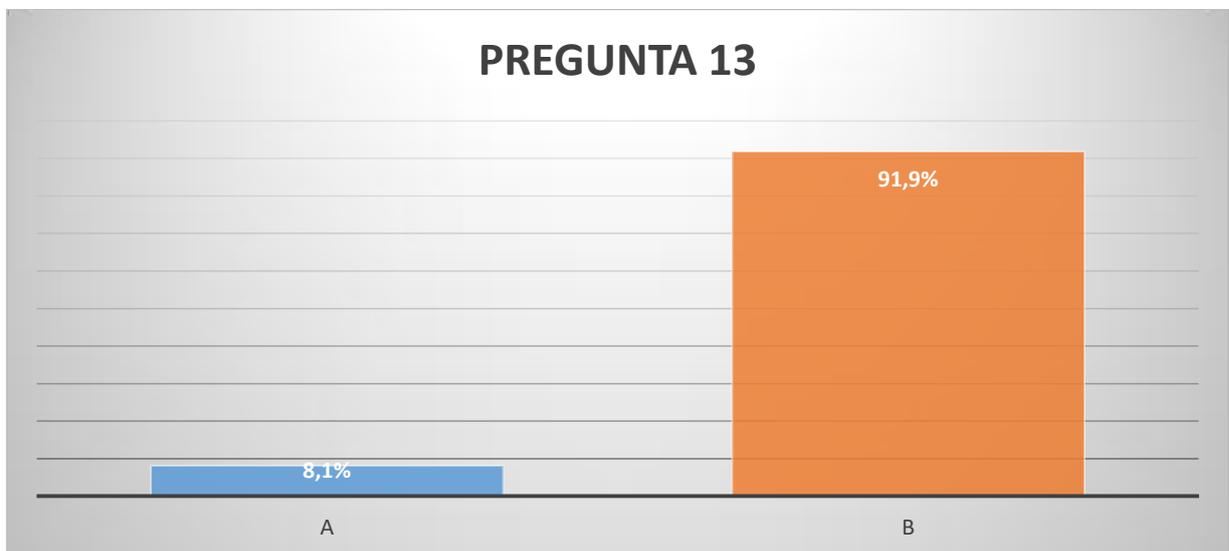
Comentario: Tal y como podemos ver reflejado en la gráfica nº 14, un 32,1% contestó que “sí” (opción A); y un 67,9% contestó que “no” (opción B).

- Gráfico 15: GRADO DE NECESIDAD DE APROBACIÓN DE LA PAREJA



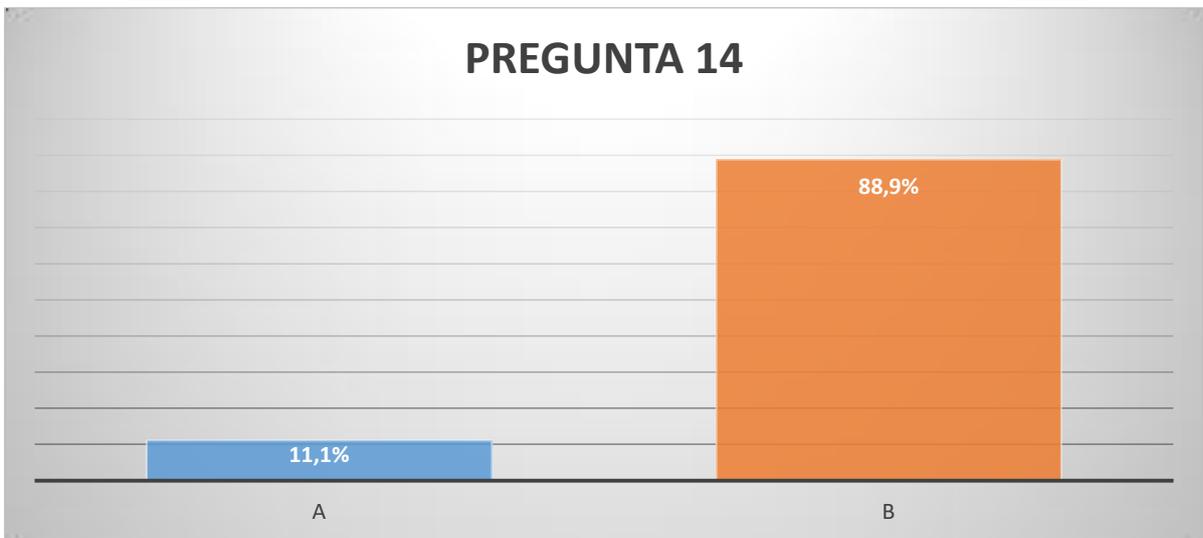
Comentario: Como podemos comprobar en la gráfica nº 15, un 13,2% contestó que “sí” (opción A); y un 86,8% contestó que “no” (opción B).

- Gráfico 16: PORCENTAJE DE LOS CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD CUANDO TIENEN PAREJA



Comentario: Tal y como podemos observar en la gráfica nº 16, un 8,1% contestó que “sí” (opción A); y un 91,9% contestó “no” (opción B).

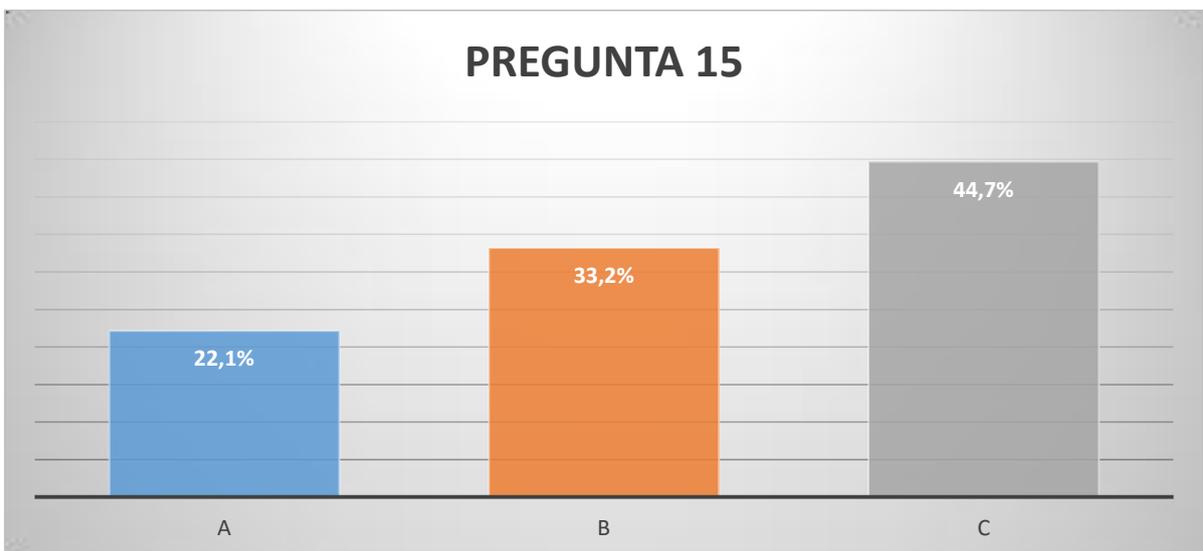
- Gráfico 17: NIVEL DE TRATO PATERNAL O MATERNAL



Comentario: Como podemos ver reflejado en la gráfica nº 17, un 11,1% contestó que “sí” (opción A); y un 88,9% contestó “no” (opción B).

#### 6.4 RESULTADOS SOBRE SI CONSUME DROGAS Y EXISTE CODEPENDENCIA

- Gráfico 18: NÚMERO DE ENCUESTADOS/AS QUE CONSUMEN DROGAS



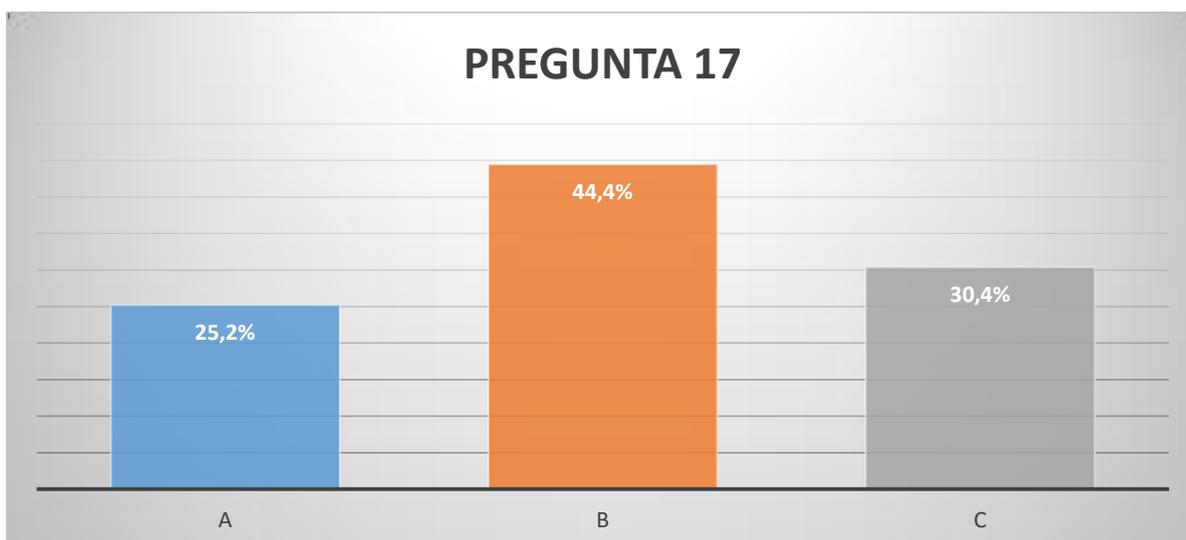
Comentario: Tal y como vemos en la gráfica nº 18, un 22,1% contestó “sí” (opción A); un 33,2% contestó “no” (opción B); y, por último, un 44,7% contestó “a veces” (opción C).

- Gráfico 19: TIPOS DE DROGAS QUE CONSUMEN



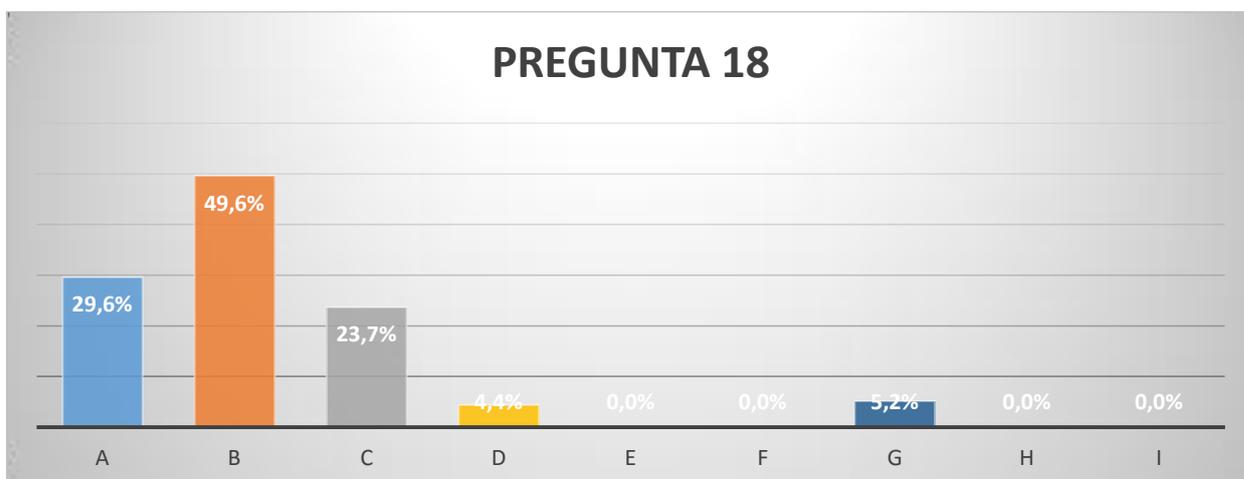
Comentario: Como podemos comprobar en la gráfica nº 19, un 34,5% contestó “tabaco” (opción A); un 62,2% “alcohol” (opción B); 22,3% contestó “cannabis” (opción C); un 5% contestó “cocaína” (opción D); 0% contestó “heroína” (opción E); un 0,4% contestó “psicofármacos” (opción F); un 2,1% contestó “drogas de síntesis” (opción G); un 0% contestó “disolventes”; y, por último, un 0,4% contestó “Nootropicos” (opción I).

- Gráfico 20: PORCENTAJE DE PAREJAS DE LOS/LAS ENCUESTADOS/AS QUE CONSUMEN DROGAS



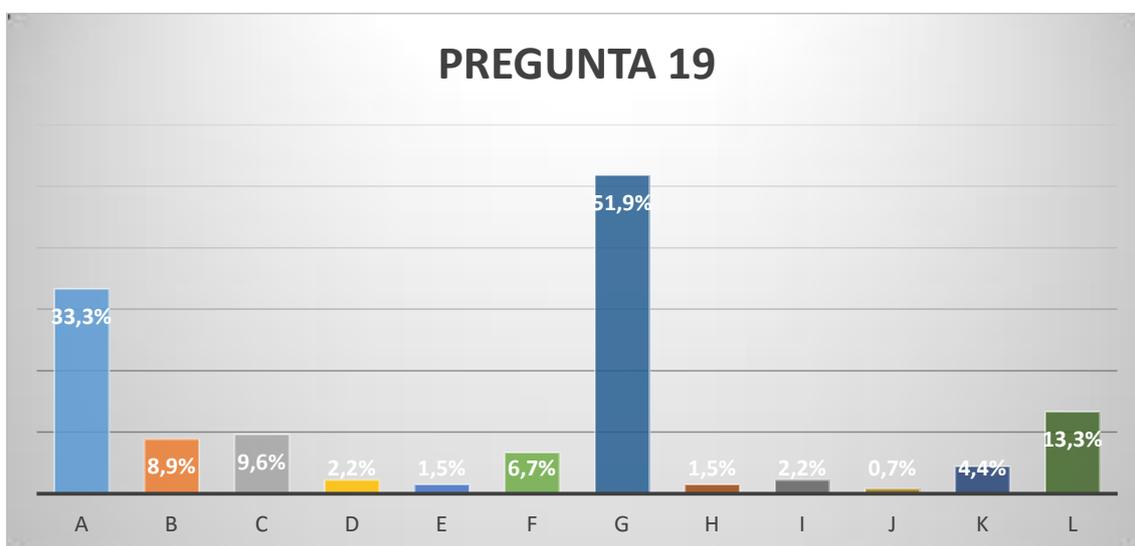
Comentario: Tal y como vemos en la gráfica nº 20, un 25,2% contestó “sí” (opción A); un 44,4% contestó “no”; y finalmente un 30,4% contestó “a veces” (opción C).

- Gráfico 21: TIPOS DE DROGAS QUE CONSUMEN SUS PAREJAS



Comentario: Como podemos comprobar en la gráfica nº 21, un 29,6% contestó “tabaco” (opción A); un 49,6% “alcohol” (opción B); 23,7% contestó “cannabis” (opción C); un 4,4% contestó “cocaína” (opción D); 0% contestó “heroína” (opción E); un 0% contestó “psicofármacos” (opción F); un 5,2% contestó “drogas de síntesis” (opción G); un 0% contestó “disolventes”; y, por último, un 0% contestó “Nootropicos” (opción I).

- Gráfico 22: GRADO DE CONFIANZA PARA CONSUMIR EN PAREJA:



Comentario: Tal y como se ve reflejado en la gráfica nº 22, un 33,3% contestó “Sí” (opción A); un 8,9% contestó “Sí, porque, ella/él también lo hace no tengo ningún problema, es más me incita hacerlo a mí también, y así

pasamos un buen rato juntos” (opción B); un 9,6% contestó “Sí, porque, ella/él no lo hace, pero no le importa que yo lo haga mientras estoy con él/ella” (opción C); un 2,2% contestó “Sí, ya que empecé a consumir con él/ella” (opción D); un 1,5% contestó “Sí, aunque a él/ella le molesta, yo lo sigo haciendo, es algo que me gusta y nadie podrá cambiar” (opción E); un 6,7% contestó “Otros motivos” (opción F); un 51,9% contestó “No” (opción G); un 1,5% contestó “No, porque ella/él no lo hacen por lo que se enfada si me ve consumir drogas a mí” (opción H); un 2,2% contestó “No, porque quiere que deje de consumir” (opción I); un 0,7% contestó “No, porque no sabe qué consumo, le miento” (opción J); un 4,4% contestó “No, porque es algo que solo hago con mis amigos/as” (opción K); y por último un 13,3% contestó “Otros motivos” (opción L).

## ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN

Una vez expuestos los resultados en sus respectivas gráficas y el consiguiente resumen de cada una de las características analizadas, se aclaran y se contrastan los resultados obtenidos tanto con los antecedentes teóricos como con los objetivos propuestos para la investigación, comparando además entre los cuatro bloques en los que se divide el cuestionario de la investigación.

En primer lugar, como hemos podido comprobar en la representación de los resultados, la mayoría de las personas participantes son hombres siendo un 57,8%, mientras que mujeres fueron un 42,2%. De todos ellos, la mayoría tienen 16 años, es decir, un 29,4% de los participantes, seguido de 17 y 18 años, con un 25,2% y un 20,6% respectivamente. Asimismo, la mayoría con un 41,3%, está cursando FP Grado Medio, seguido de 1º Bachiller con un 37,2%.

En segundo lugar, si analizamos las cuestiones referentes a la dependencia emocional, vemos que, la mayoría de los/las participantes reflejan la opinión de que presentan una clara dependencia emocional. En la pregunta 1 (Gráfica nº4), vemos que el porcentaje de la respuesta B es un 32,1% y C un 19,8%, con lo cual la suma del porcentaje de ambas cuestiones es 51,9%, con lo cual, la mayoría responden que tienen dependencia emocional, ya que son ambas cuestiones la que lo determinan, mientras que un 48,1% del resto contesta claramente que no.

Lo mismo ocurre con las tres siguientes cuestiones, ya que en las preguntas 2, 3 y 4, la mayoría responden A y B, siendo éstas las respuestas que muestran la dependencia emocional. En la pregunta 2, la suma de A y B, corresponde a un porcentaje de un 73,8%, mientras que C, que es la respuesta de independencia emocional, es un 26,2%. Por otro lado, en la pregunta 3, la suma de A y B, muestra un porcentaje de un 58,9%, mientras que C, la cual es la respuesta de independencia emocional, refleja un 41,1% de los participantes. Y, por último, en la pregunta 4, en la suma de A y B, vemos un porcentaje de un 61,6%, en cambio, en la respuesta C de independencia emocional vemos un 38,4%.

En tercer lugar, con respecto las preguntas del bloque 3, para saber si las personas participantes dependen de su pareja, hemos observado que la mayoría tienen pareja actualmente siendo un 49,4%, o la han tenido en algún momento siendo un 7,6%, siendo la suma de ambos un 57%, mientras que un porcentaje correspondiente a un 43% nunca ha tenido pareja. Del porcentaje total de personas que han tenido pareja o tienen actualmente, es decir, el 57% de los/las encuestadas, presentan pareja con sexo masculino el 50,4% mientras que un 49,6% tienen pareja con sexo femenino.

Por otra parte, dentro del mismo bloque, tal como hemos podido comprobar en las gráficas de los resultados, la mayoría son independientes de su pareja, aunque presentan ciertos rasgos de dependencia de sus parejas. Las preguntas específicamente expuestas para determinar la dependencia de pareja van desde la 7 a la 14. En primer lugar, cabe destacar, la pregunta con respuesta de mayor porcentaje de dependencia de pareja, la cual es la pregunta 11 (Cuando se han enfadado, ¿la mayoría de las veces cedes tú aun teniendo la razón porque si no podría estar días sin hablarte o haciéndote el vacío?), que muestra un porcentaje de un 32,1% de "sí". En segundo lugar, la pregunta que presenta mayor porcentaje de dependencia de pareja es la pregunta 12 (¿Sientes que necesitas su aprobación en cada cosa que haces, o incluso piensas?), que muestra un porcentaje de un 13,2% de respuesta "sí". Y, por último, en tercer lugar, las preguntas con mayor porcentaje de dependencia de pareja son la pregunta 8 (¿Se enfada si inviertes más tiempo libre en tus amistades o familiares del que considera necesario?) y la pregunta 9 (¿Organiza tu tiempo libre? ¿Sientes que en los ratos de ocio tienes que consultarle lo que hacer?), las cuales presentan prácticamente el mismo porcentaje, con un 12,5% y un 12,4% respectivamente.

En cuarto y último lugar, si analizamos las preguntas del bloque 4, las cuales son referentes al el consumo de drogas y la codependencia, podemos observar en primera instancia, que la mayoría consumen drogas, ya que un 22,1% contestó "Sí" y un 44,7% contestó "a veces", siendo la suma de ambas un 66,8% de consumidores/as, frente a un 33,2% que no consumen.

Los cuatro tipos de drogas que más se consumen entre las personas participantes son: en primer lugar, alcohol con un 62,2%; en segundo lugar, tabaco con un 34,5%; en tercer lugar, cannabis con un 22,3%; y en cuarto lugar, cocaína con un 5%.

Por otra parte, del 57% de las personas encuestadas que tienen o han tenido pareja en algún momento, un 25,2% ha contestado que su pareja “sí” consume drogas, y un 30,4% ha contestado que su pareja consume drogas “a veces”, con lo que la suma de ambos corresponde a un 55,6%, lo cual sería la mayoría de las parejas de las personas encuestadas consumen drogas.

Los cuatro tipos de drogas que más se consumen entre las parejas de las personas participantes se encuentran: en primer lugar, alcohol siendo un 49,6%; en segundo lugar, tabaco siendo un 29,6%; en tercer lugar, 23,7%; y, en cuarto lugar, cocaína con un 4,4%.

Para finalizar, en cuanto a los resultados expuestos de la pregunta 19 (¿Consumes drogas cuando estás con tu pareja?), hemos observado que la mayoría de las personas encuestadas con pareja han respondido que “no” siendo un 51,9%, dejando más específicamente que la razón por la que no consumen con su pareja es por otros motivos diferentes a los expuestos en el cuestionario de la investigación, siendo este porcentaje un 13,3% de ellos/ellas. Por el contrario, un 33,3% han contestado que “sí” consumen cuando están con su pareja, presentando como motivos con mayor porcentaje las repuestas B y C, siendo 8,9% y 9,6% respectivamente.

## CONCLUSIONES

De acuerdo con análisis al que hemos sometido los resultados del estudio y algunos aspectos recogidos del marco teórico, hemos determinado las siguientes conclusiones.

En primer lugar, podemos decir, que la mayoría de los/las adolescentes del Puerto de la Cruz que han participado en la realización de los cuestionarios son dependientes emocionales, hablando en términos generales, con lo cual, tienen la gran necesidad de siempre contar con el apoyo incondicional de alguna persona significativa en sus vidas.

En segundo lugar, podemos confirmar que la mayoría de los/las participantes, consumen drogas habitualmente o la consumen de vez en cuando. Más concretamente podemos afirmar que los chicos consumen más que las chicas.

En tercer lugar, logramos corroborar que el mayor porcentaje de encuestados/as, afirman que tienen pareja actualmente o la han tenido en algún momento, con lo que podemos afirmar, además que existe esa necesidad de contar con alguien significativo, como bien decíamos anteriormente.

En cuarto lugar, hemos podido reconocer que un alto porcentaje de personas consumidoras que tienen pareja, son consumidores de drogas, y además sus parejas también lo son, llegando, además, prácticamente a consumir lo mismo que su compañero/a sentimental.

Y en último lugar, podemos afirmar que a pesar de que la gran mayoría de los/las participantes consumen drogas y tienen pareja que consume, los momentos en los que consumen no los suelen compartir con ellos/ellas por diversos motivos.

Con los resultados obtenidos, así como estas conclusiones puntuales a las que hemos llegado con la realización de la investigación, si observamos las hipótesis que tenemos desarrolladas inicialmente, podemos corroborar que todas se cumplen en su totalidad, puesto que se ve completamente reflejado en los resultados que:

- La mayoría de los/las jóvenes que consumen son dependientes emocionales.
- La mayoría de las personas encuestas que son dependientes emocionales, son chicas.
- Las chicas son más dependientes de sus parejas que los chicos.
- La mayoría de las personas encuestas consumidoras de drogas, tienen pareja que también las consume.
- Existe relación entre la dependencia de la pareja y el consumo de drogas (codependencia).
- Los chicos consumen más drogas que las chicas.
- Los dependientes emocionales, son más propensos a ser dependientes de sus parejas.
- Las drogas más consumidas en la actualidad entre los jóvenes del municipio del puesto de la Cruz, son tabaco, alcohol, cannabis y cocaína.

Para finalizar, podemos concluir argumentando que la realización de este trabajo ha aportado a quien lo suscribe, una comprensión más profunda acerca de la dependencia emocional, puesto que hemos visto claramente como existe en el ser humano la necesidad impune de contar con una persona significativa, ya sea una pareja, un familiar, un amigo/a, etc. Así como unos conocimientos más íntegros acerca de todo lo que tiene que ver con las adicciones y las drogas.

A lo largo de la carrera, se aprende que ante todo un Trabajador/a Social no está para quedarse conforme acerca de estos temas, sino que por el contrario debemos trabajar para fortalecer aquellas debilidades que existen en los/las jóvenes de la actualidad, para que éstos sean más independientes en todos los sentidos, y así no necesiten “engancharse” a nadie ni a nada, para estar bien consigo mismos/as o incluso solucionar sus problemas.

## PROPUESTAS DE MEJORA

De acuerdo con las conclusiones a las que hemos llegado con el desarrollo de esta investigación, quien suscribe el trabajo ha sugerido distintas propuestas de mejora que se podrían aplicar en el municipio del Puerto de la Cruz, para así mejorar aquellos proyectos vigentes y tomar medidas en los planes, programas y proyectos que se traten en el futuro. Estas medidas son las siguientes, conforme al III Plan Municipal en Drogodependencias y otras Adicciones, por el cual se rige el Servicio Municipal en Prevención de Adicciones del Puerto de la Cruz:

- La suscriptora de este trabajo, realizaría un proyecto específico para tratar la dependencia emocional en los institutos del municipio, puesto que como hemos visto en los resultados repercute tanto en el consumo de drogas como en la dependencia en general de tener a alguien significativo, por lo que podríamos afirmar que es una adicción más y un tema muy importante a tratar.
- Además, propone la posibilidad de realizar talleres en los que se trate por separado con los/las adolescentes, para trabajar sobre cómo podrían ser más independientes. Esto, por un lado, podría llevar a mejorar el tema del consumo de drogas, ya que no tendría que consumir ninguna sustancia para evadir realidades, sentirse bien, sentirse aceptados, etc. Y, por otro lado, se trataría sobre tema de la dependencia emocional, para que cuando no cuentan con esa persona significativa, que les apoya en todo, etc. No les afecte tanto como para aferrarse a que no son capaces de salir solos hacia delante.
- Para finalizar, plantea el desarrollo de actividades con los padres y madres de dichos adolescentes, para abordar temas sobre la educación que les están aportando a sus hijos/as, ya que, indirectamente es lo que les hace que ellos/ellas sean tan dependientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castelló Blasco, J. (2001). ANÁLISIS DEL CONCEPTO "DEPENDENCIA EMOCIONAL". *I Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado el 26 de febrero de 2016 de:  
[http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm)
- Congost, S. (2011). Manual de dependencia emocional afectiva. Recuperado el 26 de febrero de 2016 de:  
<file:///C:/Users/estefania/Downloads/23127-88099-1-PB.pdf>
- Cid, A. (2009). *La dependencia emocional: una visión integradora* (Doctoral dissertation, Tesis de la Escuela Española de desarrollo transpersonal).
- Sannuti, A. (2006). La dependencia emocional. *Criterio*.
- Plou, P. M. (2006). Relaciones de dependencia: ¿cómo llenar un vacío existencial? *Revista de psicoterapia*, 17(68), 66.
- Galindo, S., & Bohórquez, S. (2013). *Relación entre estilos de personalidad y dependencia emocional en estudiantes universitarios* (Doctoral dissertation, Tesis inédita de pregrado), UPTC, Tunja, Colombia).
- Muñoz, A. (2014). La dependencia emocional. *España, tomado de:*  
<http://motivacion.about.com/od/psicologia/a/La-Dependencia-Emocional.htm>
- Schaeffer, B. (1998) *¿Es amor o es adicción?* Barcelona: Apóstrofe.
- Adès, J., & Lejoyeux, M. (2003). *Las nuevas adicciones: internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*. Editorial Kairós.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=fCihGc3bB5cC&oi=fnd&pg=PA11&dq=adicciones&ots=YoMqwaq\\_sv&sig=uUG4eNE4DbUAuEeFD1fJCqKEUrs#v=onepage&q=adicciones&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=fCihGc3bB5cC&oi=fnd&pg=PA11&dq=adicciones&ots=YoMqwaq_sv&sig=uUG4eNE4DbUAuEeFD1fJCqKEUrs#v=onepage&q=adicciones&f=false)
- Fernández, F. A. (2003). *Las nuevas adicciones*. TEA Ediciones.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HXzu\\_8pmXUsC&oi=fnd&pg=PA13&dq=adicciones&ots=sHjhn-ETaK&sig=8gUBn38OQSWeqHk-jA4-EqL6o6k#v=onepage&q=adicciones&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HXzu_8pmXUsC&oi=fnd&pg=PA13&dq=adicciones&ots=sHjhn-ETaK&sig=8gUBn38OQSWeqHk-jA4-EqL6o6k#v=onepage&q=adicciones&f=false)

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Autor.
- Battaner et al. (2001). VOX: Diccionario general ilustrado de la Lengua Española. Barcelona: CREDSA
- De la Garza, F. y Vega, A. (2005). La juventud y las drogas. Guía para jóvenes, padres y maestros. Sevilla: Eduforma.
- Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). Guía sobre drogas. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Guía sobre drogas. Madrid: Autor.
- National Institute on Drug Abuse (2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. Estados Unidos: Autor. Disponible en: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2001). Recopilación de términos y definiciones. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77613/2/sinb3id1.pdf>
- Pérez, F. & Martín, I. (2007) *Nuevas adicciones: ¿adicciones nuevas?* (pp. 29-36) España, Guadalajara: Intermedio Ediciones
- Alonso, C., Salvador, T., Suelves, J., Jiménez, R. y Martínez, I. (2004). Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Recuperado el 31 de mayo de 2015 de: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/diccionario\\_preencion.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/diccionario_preencion.pdf)
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). Las teorías y los modelos explicativos del consumo de drogas. *Manual de intervención en drogodependencias*. (pp. 99-109). Madrid: Editorial síntesis.
- Fernández, J. y Secades, R. (2010). Ética y prevención del consumo de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (19) ,4-20. Recuperado el 2 de abril de 2015 de: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n1\\_1.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n1_1.pdf)
- García, F. y Segura, M. (2005). Salud y drogas. *Revista del Instituto de Investigación de Drogodependencias* 5 (1), 35-55. Recuperado el 26 de marzo de 2015 de:

- <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/126/122>
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y trabajo social*. Madrid: Ediciones académicas.
  - Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto. Recuperado el 19 de marzo de 2015 de:  
[http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txostena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena14.pdf](http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf)
  - Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, 8 de julio de 2002, núm. 160 y *Boletín Oficial del Estado*, 24 de Julio de 2002, núm. 176.
  - Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias. *Boletín Oficial de Canarias*, 28 de julio de 1998, núm. 94 y *Boletín Oficial del Estado*, 19 de agosto de 1998, núm. 198.
  - Lorenzo, P., Madera, J., Leza, J. y Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias*. Madrid: Médica Panamericana S.A
  - Martínez, I., Nieto, M. y del Pueyo, B. (2000). Medios de comunicación y drogodependencias. Plan Nacional Sobre Drogas. Recuperado el 17 de junio de 2015 de:  
[www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/medios.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/medios.pdf)
  - Mayor, J. (1995). Las drogodependencias como objeto del trabajo social. *Servicio de publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid*, (8), pp. 213-239. Recuperado el 27 de junio de 2015 de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119444&orden=1&info=link>
  - Peñafiel, E. (2009). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. España: Universidad de Alcalá. Recuperado el 27 de marzo de 2015 de:  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mQ5ezJ1\\_IHoJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mQ5ezJ1_IHoJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)

- Plan Nacional Sobre Drogas (2003). Recuperado el 22 de abril de 2015 de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/dir.pdf>
- Rizo, C. (2014). El proceso de acogida en la atención de personas drogodependientes desde las Unidades de Atención a las Drogodependencias. Recuperado el 25 de junio de 2015 de: <http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/181/EI%20proceso%20de%200acogida%20en%20la%20atencion%20de%20personas%20drogodependientes%20desde%20las%20Unidades%20de%20Atencion%20a%20las%20Drogodependencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Roldán, G. (2008). El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención. *Revista Española de Drogodependencias*, 33 (3), 302-320. Recuperado el 16 de junio de 2015 de: [www.aesed.com/descargas/revistas/v33n3\\_4.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v33n3_4.pdf)
- Trinidad, C. y Ureña, A. (2009). Tratamiento social. En López, A., González, M., Stretti, S., Sánchez, S., Pascual, F., Trinidad, C., Ureña, A., Pastor, A., Bombín, A., Martín, M., Moya, M. y Álvarez, V. (Eds), *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo* (pp. 155-177). Valencia: FARE. Recuperado el 23 de junio de 2015 de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/MonografiaFARE.pdf>

## ANEXOS

### 11.1 CUESTIONARIO:

#### CUESTIONARIO PARA ANALIZAR LA DEPENDENCIA DE LAS RELACIONES DE PAREJA EN LOS/LAS ADOLESCENTES DEL PUERTO DE LA CRUZ:

Este cuestionario es anónimo. Con el pretendemos conocer tu opinión acerca de los siguientes apartados. Lee atentamente y contesta con sinceridad, recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas. GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

EDAD:

SEXO:

CURSO:

MUJER

HOMBRE

**1. la hora de tomar una decisión...**

- A. Prefiero que las personas importantes para mí estén de acuerdo, pero si no lo están sigo adelante.
- B. Necesito que las personas importantes para mí me animen y estén de acuerdo conmigo.
- C. Necesito que las personas importantes para mí me animen a pesar de que no estén de acuerdo conmigo.

**2. Tener al lado a una persona más fuerte que yo para afrontar diferentes situaciones...**

- A. Es indispensable en mi vida
- B. Viene bien, pero con quien tengo que contar es conmigo mismo/a
- C. Es importante, pero no indispensable en mi vida

**3. Cuando no tengo pareja o persona muy cercana (por ejemplo, un mejor amigo/a):**

- A. No me siento bien
- B. Prefiero encontrarla, pero si no la tengo también estoy bien
- C. Me encuentro bien si me va bien

**4. ¿Con qué frecuencia sientes malestar (miedo, tristeza) cuando no tienes personas importantes para ti?**

- A. Frecuentemente
- B. A veces
- C. Casi nunca
-

5. ¿Tienes pareja? En caso de que tu respuesta sea No, pasa a la pregunta 15.
- A. Si
- B. No
- C. No, pero la he tenido
6. Sexo de tu pareja:
- A. Hombre
- B. Mujer
7. ¿Controla tu móvil y tus redes sociales?
- A. Si
- B. No
8. ¿Se enfada si inviertes más tiempo libre en tus amistades o familiares del que considera necesario?
- A. Si
- B. No
9. ¿Organiza tu tiempo libre? ¿Sientes que en los ratos de ocio tienes que consultarle lo que hacer?
- A. Si
- B. No
10. ¿Te dice cómo tienes que vestirte? ¿Prefieres vestirte como él/ella dice, para evitar discusiones?
- A. Si
- B. No
11. Cuando se han enfadado, ¿la mayoría de las veces cedes tú aun teniendo la razón porque si no podría estar días sin hablarte o haciéndote el vacío?
- A. Si
- B. No
12. ¿Sientes que necesitas su aprobación en cada cosa que haces, o incluso piensas?
- A. Si
- B. No
13. ¿Sientes que no puedes ser tú mismo/a cuando estás con tu pareja?
- A. Si
- B. No
14. ¿Te trata como si fuera tu padre/madre en lugar de tu pareja?
- A. Si
- B. No
- 
15. ¿Consumes drogas?
- A. Si
- B. No

- C. A veces
- 16. ¿Cuál/ cuáles de los tipos de drogas de a continuación consumes? Márcala/s.**
- A. TABACO
- B. ALCOHOL
- C. CANNABIS
- D. COCAÍNA
- E. HEROÍNA
- F. PSICOFÁRMACOS
- G. DROGAS DE SÍNTESIS (ÉXTASIS, MDMA, LSD...)
- H. DISOLVENTES Y SUSTANCIAS VOLATILES (PINTURA, GASOLINA...)
- I. NOOTROPICOS (Drogas inteligentes)

**EN CASO DE NO TENER PAREJA, EL CUESTIONARIO PARA TI, HA FINALIZADO, GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.**

- 17. ¿Tu pareja consume?**
- A. Si
- B. No
- C. A veces
- 18. ¿Cuál/ cuáles de los tipos de drogas de a continuación consume tu pareja? Márcala/s.**
- A. TABACO
- B. ALCOHOL
- C. CANNABIS
- D. COCAÍNA
- E. HEROÍNA
- F. PSICOFÁRMACOS
- G. DROGAS DE SÍNTESIS (ÉXTASIS, MDMA, LSD...)
- H. DISOLVENTES Y SUSTANCIAS VOLATILES (PINTURA, GASOLINA...)
- I. NOOTROPICOS (Drogas inteligentes)

- 19. ¿Consumes drogas cuando estas con tu pareja? Elige la respuesta que más se adapte a ti o escribe si hay algún motivo diferente:**
- A. SI
- B. Sí, porque, ella/él también lo hace no tengo ningún problema, es más me incita hacerlo a mí también, y así pasamos un buen rato juntos.
- C. Sí, porque, ella/él no lo hace, pero no le importa que yo lo haga mientras estoy
-

con él/ella.

D. Sí, ya que empecé a consumir con él/ella.

E. Sí, aunque a él/ella le molesta, yo lo sigo haciendo, es algo que me gusta y

nadie podrá cambiar.

F. Otros motivos.....

G. NO

H. No, porque ella/él no lo hacen por lo que se enfada si me ve consumir drogas a mí.

I. No, porque quiere que deje de consumir.

J. No, porque no sabe qué consumo, le miento.

K. No, porque  es algo que solo hago con mis amigos/as.

L. Otros  motivos.....

**EL CUESTIONARIO HA FINALIZADO.**

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.**

## 11.2 Tablas de resultados de los cuestionarios:

- TABLA DE GRÁFICO 1:

-	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	64	29,4%
17	55	25,2%
18	45	20,6%
19	21	9,6%
20<X>25	33	15,1%
TOTAL	218	100%

- TABLA DE GRÁFICO 2:

CURSO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1º BACHILLER	81	37,2%
2º BACHILLER	38	17,4%
FP GRADO MEDIO	90	41,3%
FP GRADO SUERIOR	9	4,1%
TOTAL	218	100%

- TABLA DE GRÁFICO 3:

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRE	134	57,8%
MUJER	98	42,2%
TOTAL	232	100%

- TABLA DE GRÁFICO 4:

PREGUNTA 1	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	114	48,1%
B	76	32,1%
C	47	19,8%
TOTAL	237	100%

- TABLA DE GRÁFICO 5:

PREGUNTA 2	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	19	8,0%
B	156	65,8%

C	62	26,2%
TOTAL	237	100%

- TABLA DE GRÁFICO 6:

PREGUNTA 3	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	38	16,1%
B	101	42,8%
C	97	41,1%
TOTAL	236	100%

- TABLA DE GRÁFICO 7:

PREGUNTA 4	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	32	13,5%
B	114	48,1%
C	91	38,4%
TOTAL	237	100%

- TABLA DE GRÁFICO 8:

PREGUNTA 5	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	117	49,4%
B	102	43,0%
C	18	7,6%
TOTAL	237	100%

- TABLA DE GRÁFICO 9:

PREGUNTA 6	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	70	50,4%
B	69	49,6%
TOTAL	139	100%

- TABLA DE GRÁFICO 10:

PREGUNTA 7	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	15	11,0%
B	121	89,0%

TOTAL	136	100%
-------	-----	------

- TABLA DE GRÁFICO 11:

PREGUNTA 8	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	17	12,5%
B	119	87,5%
TOTAL	136	100%

- TABLA DE GRÁFICO 12:

PREGUNTA 9	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	17	12,4%
B	120	87,6%
TOTAL	137	100%

- TABLA DE GRÁFICO 13:

PREGUNTA 10	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	5	3,6%
B	132	96,4%

TOTAL	137	100%
-------	-----	------

- TABLA DE GRÁFICO 14:

PREGUNTA 11	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	44	32,1%
B	93	67,9%
TOTAL	137	100%

- TABLA DE GRÁFICO 15:

PREGUNTA 12	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	18	13,2%
B	118	86,8%
TOTAL	136	100%

- TABLA DE GRÁFICO 16:

PREGUNTA 13	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	11	8,1%
B	124	91,9%

TOTAL	135	100%
-------	-----	------

- TABLA DE GRÁFICO 17:

PREGUNTA 14	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	15	11,1%
B	120	88,9%
TOTAL	135	100%

- TABLA DE GRÁFICO 18:

PREGUNTA 15	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	52	22,1%
B	78	33,2%
C	105	44,7%
TOTAL	235	100%

- TABLA DE GRÁFICO 19:

PREGUNTA 16	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	82	34,5%
B	148	62,2%
C	53	22,3%
D	12	5,0%
E	0	0,0%
F	1	0,4%
G	5	2,1%
H	0	0,0%
I	1	0,4%
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS	238	100%

- TABLA DE GRÁFICO 20:

PREGUNTA 17	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-------------	------------	------------

A	34	25,2%
B	60	44,4%
C	41	30,4%
TOTAL	135	100%

- TABLA DE GRÁFICO 21:

PREGUNTA 18	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	40	29,6%
B	67	49,6%
C	32	23,7%
D	6	4,4%
E	0	0,0%
F	0	0,0%
G	7	5,2%
H	0	0,0%
I	0	0,0%
TOTAL PERSONAS ENCUESTADAS	135	100%

- TABLA DE GRÁFICO 22:

PREGUNTA 19	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	45	33,3%
B	12	8,9%
C	13	9,6%
D	3	2,2%
E	2	1,5%
F	9	6,7%
G	70	51,9%
H	2	1,5%
I	3	2,2%
J	1	0,7%
K	6	4,4%
L	18	13,3%

TOTAL DE PERSONAS ENCUESTADAS	238	100%
-------------------------------	-----	------