

“Estilos educativos y drogodependencias”



TRABAJO DE FIN DE GRADO - GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Alumna: Kabilia Ghomara Medina Brito
Tutora: Berta Puyol Lerga
Fecha de presentación: 20 de Julio de 2015

Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación de la Universidad de La Laguna

ULL

Universidad
de La Laguna

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. FUNDAMENTACIÓN	5
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS	8
2.1. LA FAMILIA	8
2.1.1 CONCEPTO DE FAMILIA.....	8
2.1.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA	9
2.1.3 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN RELACIÓN CON LA FAMILIA.....	12
2.1.4 LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LA FAMILIA	13
2.2 ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES	15
2.2.1 CONCEPTO DE ESTILO EDUCATIVO PARENTAL	15
2.2.2 TIPOS DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES	15
2.2.3 ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y CONSECUENCIAS EDUCATIVAS SOBRE LA SOCIALIZACIÓN DE LOS HIJOS.....	19
2.2.4 EFECTOS DEL ESTILO EDUCATIVO PARENTAL EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS	20
2.3 DROGODEPENDENCIAS	22
2.3.1 CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS.....	22
2.3.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS	23
2.3.3 LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ADICCIÓN A LAS DROGAS	27
3. OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVOS GENERALES.....	33
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33

4. MÉTODO	33
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES	33
4.2 VARIABLES	36
4.3 POBLACIÓN, ESPACIO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO	36
4.4 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	37
4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	37
5. RESULTADOS	37
5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES Y MADRES QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN	37
5.3 PERFIL DE LOS ESTILOS EDUCATIVOS DE LOS PADRES Y MADRES QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN	46
6. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN	49
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	61
ANEXO I: CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS.....	61
ANEXO II: PLANTILLA DE CORRECCIÓN	67
ANEXO III: PLANTILLA DE PUNTUACIONES	68
ANEXO IV: INTERPRETACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ESTILOS EDUCATIVOS.....	68

INTRODUCCIÓN

El presente documento presenta el Trabajo de Fin de Grado de Trabajo Social. Se trata de una investigación de tipo cuantitativa en la que se pretende conocer cuáles son los estilos educativos de los padres y las madres de las personas usuarias del Centro de Día “Cercado del Marqués” y de las diferentes Unidades de Atención a las Drogodependencias de la “Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones” y qué relación existe entre dichos estilos educativos y el desarrollo de una conducta adictiva. Además, mediante una serie de datos sociodemográficos sobre las personas que participan en la investigación se establece un perfil de las mismas.

La Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel es una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro, de carácter privado y subvencionada en su totalidad por la Dirección General de Salud Pública del Gobierno Autónomo de Canarias. Tiene como finalidad prioritaria la problemática juvenil en todos sus aspectos, destacando el marco de la inadaptación social y drogodependencias. Se encuentra ubicada en la provincia de Santa Cruz de Tenerife (España), la Asociación de Cooperación Juvenil “San Miguel”, que cuenta, para proveerse de recursos, con la colaboración de la sociedad canaria en general, así como el apoyo de distintos organismos públicos, privados e instituciones. Sus principales áreas de intervención a través de los diferentes se centran en la prevención, asistencia e incorporación social de las drogodependencias, desarrollando su intervención dentro de las acciones propuestas por el Plan Nacional y Canario de Atención a las Drogodependencias.

El documento está estructurado en ocho apartados: en primer lugar, en la justificación se exponen los motivos o razones que hacen necesaria e importante la investigación. En el marco teórico se realiza un análisis general de la familia, los estilos educativos y las drogodependencias, temas directamente relacionados con la investigación en sí misma. Además, se presentan los objetivos, tanto el general como los específicos y el método propuesto para la investigación, donde se concretan las variables y las técnicas utilizadas en la investigación. Por último, se presentan los datos obtenidos, mediante tablas y gráficos para poder reflexionar y posteriormente, establecer tanto la discusión como las conclusiones de la investigación.

Para finalizar, cabe mencionar que la importancia del estudio reside en que se puede llegar a conocer si existe relación o no entre ciertos estilos educativos que son más influyentes que otros a la hora de desarrollar una conducta adictiva. Los resultados de la presente investigación demuestran que sí existe relación, por lo que se debe de trabajar con los padres y las madres, facilitándoles las herramientas y habilidades más adecuadas y necesarias que eviten que sus hijos/as en un futuro puedan desarrollar una conducta adictiva. Por lo tanto, se trata de trabajar esta problemática de un modo preventivo, en la que los padres y las madres deben evitar exponer a sus hijos/as en situaciones de riesgo por los estilos educativos que están empleando. Además, en todo el proceso de prevención desde la familia centrada en los estilos educativos, debe de estar presente la figura del trabajador/a social, ya que éstos son un agente importante para la prevención de las drogodependencias y deben desarrollar acciones con y para las familias.

1. FUNDAMENTACIÓN

La principal razón para la realización de esta investigación viene motivada por la propia experiencia personal de quien investiga, al realizar las prácticas de tercero y cuarto del Grado de Trabajo Social en el ámbito de las drogodependencias, en la “Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones”- Centro de Día “Cercado del Marqués”. Tras la incorporación al campo de prácticas y a medida que pasaba el tiempo en la intervención con las personas usuarias, sobre todo en las primeras entrevistas con las mismas, se pudo observar que entre otras muchas de las causas que están asociadas al consumo de sustancias (nivel individual, social, comunitario, etc.), tenían especial importancia los factores relacionados con la familia. Muchas de las personas usuarias afirmaban cosas como: “yo mi primera raya me la tiré con mi padre”, “me acuerdo que de pequeño fui a la nevera y me bebí sin querer un bote de metadona de mi padre pensando que era jugo”, “mi madre era la que me compraba la droga”, “nacé con síndrome de abstinencia porque mi madre era adicta” y así un sinfín de ellas. Por todo ello, empezó a surgir la duda de hasta qué punto los padres pueden influenciar a los hijos de forma negativa en todos los ámbitos de su vida y especialmente en lo referente al consumo de sustancias. Cuesta entender como los padres que se supone que deben de ejercer funciones de educación, protección, prevención, etc. sobre sus hijos de una forma adecuada (familia como factor protector) estas hacen todo lo contrario y exponen a sus hijos/as a situaciones de riesgo (familia como factor de riesgo). Es aquí cuando comenzó a cuestionarse si la familia es un factor de riesgo o un factor protector y si esto tendría que ver a su vez, con los estilos educativos que los padres y las madres de las personas usuarias del Centro de Día habían ejercido sobre sus hijos/as y si determinados estilos educativos favorecerían o protegerían para que las personas desarrollaran una conducta adictiva a sustancias.

Por lo tanto, “cuando hablamos de las conductas adictivas hablamos de una problemática multicausal, ya que en ella resulta de una múltiple concurrencia de factores individuales, sociales y culturales y nunca se llega al abuso o la dependencia por la influencia de un solo factor. Para que una persona incurra en una conducta adictiva deben concluir simultáneamente 3 grupos de factores a saber: factores vinculados al individuo, factores vinculados al contexto (familia, escuela, sociedad,...) y factores vinculados a las sustancias, a los objetos y a los actos” (Fabían, 2007, p. 83).

Además, Según Roldán (2008, p. 303), refiere que “la drogodependencia es una problemática multicausal, en la que intervienen aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares, que algunos autores lo describen como una enfermedad bio-psicosocial. Cada drogodependiente es un sujeto único con una historia y sus particularidades”.

En lo referente a los estilos educativos en relación con la familia, Mielgo, Lorigados, Calleja, y Cachero (2010, p. 7) señalan que “los factores de riesgo y de protección en el uso de consumo de drogas están, en mayor o menos medida, relacionados con los comportamientos familiares, así como de los grupos de amigos, parientes y, en resumen, el contexto social en el que se desarrollan los sujetos”. Como vemos, estos autores afirman que los factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas están relacionados entre otros muchos, directamente con los comportamientos familiares.

Por otro lado, se puede establecer una distinción entre las familias que actuarían como factor protector y las que por el contrario, actuarían como un factor de riesgo en el consumo de sustancias. La familia como factor protector son aquellas familias que “mantienen unas relaciones armoniosas y gratificantes entre sus miembros y con el exterior, que establecen límites adecuados además de regirse por valores y tener normas y pautas de funcionamiento claras contribuirían a crear factores de protección. Asimismo en estas familias se participa activamente en las tareas familiares y en actividades sociales, brindándose ayuda y apoyo y teniendo confianza entre sí y en el exterior” (Meana, Reno y Batista, 2010, s.r.f. Secades, 2012, p. 26). Y actuarían como factor de riesgo cuando en ellas “existe excesiva permisividad, donde no existe disciplina o control sobre los hijos (...). Además ligado a esto se encuentran otros factores como: la sobreprotección o la falta o inconsistencia de límites y normas educativas”. (...) Un estilo educativo excesivamente rígido, donde los hijos se encuentren sometidos a un régimen demasiado autoritario puede fomentar el consumo de drogas, que las encontrarán como una vía de escape” (Meana, Reno y Batista, 2010, s.r.f. Secades, 2012, p. 26).

Además, Elisardo Becoña también afirma que “la inconsistencia en la aplicación de los principios del reforzamiento, la ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, la inconsistencia de la disciplina parental y las bajas aspiraciones de los

padres, son factores que facilitan el consumo de drogas o, al menos, el inicio en las mismas” (Becoña, 2001, p. 211).

Por lo tanto, parece que puede ser igual de perjudicial el estilo autoritario que un estilo sobreprotector. Un punto medio, un estilo que funciona y que proporciona más beneficios a los hijos sería el estilo democrático. Esto se debe, según Oliva, Hidalgo, Martín, Parra, Ríos y Vallejo (2007) a que las relaciones entre los progenitores y sus hijos son cálidas y afectuosas, apoyan el crecimiento y la independencia, existe el respeto mutuo y se fomentan habilidades como la empatía. Todo ello permite a los hijos/as ir creciendo de forma independiente, al mismo tiempo que son supervisados y guiados por sus padres.

Por otra parte, existen diversos estudios que relacionan la influencia de los estilos educativos parentales, con las conductas de riesgo para el consumo de drogas y la importancia del comportamiento de los padres en la prevención del consumo de alcohol y drogas entre adolescentes. En un estudio realizado en por García y Segura (2005) en Valencia, afirma que “los que los jóvenes presentan carencias en el aprendizaje de valores relacionados con la responsabilidad, en este caso, en la falta de actuaciones responsables frente al consumo de drogas, para la protección de su salud y la evitación de conductas de riesgo. Además, se indica que las familias mantienen una posición permisiva respecto al consumo de drogas, lo que facilita que las primeras tomas de contacto con las sustancias, actúen a modo de refuerzo para que se consolide un consumo habitual” (García y Segura, 2005, pp. 51-52).

Por último, otro estudio realizado en el año 2006 por Valenzuela, establece que de “todas las variables familiares que predicen conductas de riesgo se destaca, especialmente, el impacto que tiene el control parental bajo la forma de padres efectivamente involucrados en el comportamiento de sus hijos” (Valenzuela, 2006, p. 147). Como vemos, la familia es la fuente principal para la educación/socialización de los hijos/as pero muchas veces los progenitores influyen negativamente en los mismos, conllevándoles en muchos casos, a desarrollar una conducta adictiva a sustancias. Según Moncada (1997) “los padres no deben tener un déficit o un exceso de disciplina, tampoco una excesiva implicación por parte de uno de los progenitores y el disentimiento o permisividad del otro ya que esto está relacionado con el uso indebido de drogas. En estos padres también existe una baja comunicación familiar,

inconsistencia en las normas, límites poco claros y expectativas de sus hijos poco realistas y también las bajas expectativas académicas de los padres hacia sus hijos. Por otro lado, la supervisión parental, el autocontrol y la toma de decisiones por parte de los hijos son factores de protección” (Moncada, 1997, s.r.f. Peñafiel, 2009, p. 157).

2. ANTECEDENTES TEÓRICOS

A continuación, se hará una revisión de los antecedentes teóricos existentes en referencia al tema objeto de estudio entre los que se encuentran: la familia, las drogodependencias y los estilos educativos parentales.

2.1 LA FAMILIA

La familia juega un papel muy importante en el desarrollo de los hijos/as ya que en la encargada de la educación y socialización de los mismos, en la que se garantiza la supervivencia física y donde se obtienen los aprendizajes básicos. A continuación se expondrá el concepto y las funciones de familia, los factores de riesgo y de protección relacionados con la dependencia a las drogas y la familia y por último, cuál es el papel de la familia en la prevención de las drogodependencias.

2.1.1 CONCEPTO DE FAMILIA

Son diversas las definiciones que se han establecido sobre la familia, existiendo en todas ellas una dificultad para llegar a un concepto consensuado, debido a la multitud de modalidades de organización y composición de la misma.

Para Iglesias de Ussel, la familia “es la más universal de las instituciones sociales. La familia designa a un grupo social constituido por personas vinculadas por la sangre, el matrimonio o la adopción, caracterizado por una residencia común, cooperación económica, reproducción y cuidado de la descendencia” (Ussel, 1998, s.r.f. Puyol y Tosco, 2007, p. 438).

Según Palacios y Rodrigo “la familia está constituida por la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso

personal entre sus miembros y se establece intensas relaciones íntimas, reciprocidad y dependencia” (Palacios y Rodrigo, 1998, s.r.f. Peraza y Martín, 2007, p.311).

En el anteproyecto de Ley de la Familia de la Comunidad Autónoma de Madrid se define la familia como: “la unidad básica de articulación social, escuela de valores, lugar privilegiado para la transmisión del patrimonio cultural, agente de cohesión e integración social, factor clave de la solidaridad intergeneracional y espacio vital para el desarrollo y bienestar de sus miembros” (Puyol y Tosco, 2007, p. 439).

Alberdi define la familia como “la institución que conecta a los individuos y a la sociedad desde el comienzo de la vida y que cumple con una función esencial para ambos: a la sociedad le ofrece apoyo fundamental socializando a cada ser individual y a cada uno de éstos, les abre el camino hacia aquélla con el proceso básico de socialización, por lo tanto, la familia es una institución social. Una estructura cultural de normas y valores organizados por la sociedad para regular la acción colectiva en torno a ciertas necesidades básicas, como podrían ser la procreación, el sexo, la aceptación, la seguridad afectiva entre personas, la educación de los recién nacidos e, incluso, la reproducción y el consumo de bienes económicos” (Alberdi, 2004, s.r.f. Fernández y Ponce, 2011, p. 29).

De todas las definiciones anteriores podríamos concluir que la familia: está compuesta por un grupo de personas unidas por diferentes lazos donde se construye la identidad individual y social de las personas. Es la más universal de las instituciones sociales y su objetivo es conectar a los individuos y a la sociedad. Es donde se da la socialización como configuración inicial. Por lo tanto, es la escuela de valores, de transmisión del patrimonio cultural y un agente de cohesión e integración social en el que los miembros que la componen también deben de realizar una cooperación económica y de reproducción así como el cuidado y mantenimiento físico de los mismos. Y por último, es un espacio vital para el desarrollo y bienestar de sus miembros y de solidaridad intergeneracional.

2.1.2 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Antes de establecer cuáles son las funciones de la familia es necesario tener en cuenta una serie de premisas como son: las funciones varían según la cultura, el momento

histórico y el tipo de familia; una de las funciones esenciales de la familia es la socializadora y en especial la del cuidado y crianza de los niños dentro de su seno. Hoy en día existen otras instituciones que participan junto a la familia en esta función, por ejemplo, la escuela y existen nuevas realidades socio-demográficas que afectan a la familia española (Puyol y Tosco, 2007). Por lo tanto, teniendo en cuenta estas premisas podríamos establecer como funciones principales de la familia las siguientes:

Para Rodrigo y Palacio las funciones de la familia son las siguientes: un agente de crianza y socialización de los hijos, lo que significa ser padre y madre donde se trata de “poner en marcha un proyecto vital y educativo, un largo proceso que comienza con la transición a la paternidad y la maternidad y que continúa con las actividades de crianza y socialización de los hijos” (Rodrigo y Palacios, 1998, s.r.f. Navarro, Misitu y Herrero, 2008, p. 19); un “escenario donde se construyen personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí misma, y que experimentan un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes (...). Además es un escenario de preparación para afrontar retos, así como asumir responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos e integrada en el medio social (...) y además, se considera a la familia como una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el adulto: búsqueda de pareja, trabajo, vivienda, nuevas relaciones, jubilación, etc.”(Rodrigo y Palacios, 1998, s.r.f. Navarro, Misitu y Herrero, 2009, p.20). Por último, estos mismos autores establecen una serie de funciones básicas de la familia en relación con los hijos donde los progenitores deben “asegurar la supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización además de aportar a los hijos un clima de afecto y apoyo (...). También se aporta a los hijos la estimulación necesaria para que sean seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social (...), tomando decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación de los hijos. La familia actúa como llave que abre las puertas de otros contextos socializadores complementarios” (Rodrigo y Palacios, 1998, s.r.f. Navarro, Misitu y Herrero, 2009, p.20).

Por otro lado, para Puyol y Tosco (2007) las funciones de las familias son las siguientes: En primer lugar realizan una función socializadora-educativa donde

mediante el proceso de socialización se transfieren al niño costumbres, creencias, rituales y comportamientos. Esta función ha sufrido cambios a lo largo de la historia, ya que se ha perdido la excelencia de la familia como institución socializadora y han apareciendo otras instituciones socializadoras, como por ejemplo, la escuela. En segundo lugar, efectúan una función de apoyo socioafectivo-emocional en la que la familia ofrece grandes oportunidades para desarrollar las capacidades socioafectivo-emocionales de los sujetos y por lo tanto, es un espacio de crecimiento, que permite explorar el mundo desde pequeños, para luego ser capaces de actuar en él y por último, ejercen la función preventiva donde la familia se caracteriza por el apoyo entre sus miembros, por ser uno de los principales agentes de socialización y por crear los pilares necesarios para el desarrollo futuro de la personalidad de los niños, por lo que la familia será el primer ámbito de prevención y el primer espacio de intervención, donde los padres deben: potenciar la comunicación personal de forma habitual; favorecer la cohesión familiar; aprovechar los gustos e intereses comunes; compartir derechos y deberes asumiendo roles y funciones en igualdad; etc.,

Finalmente, Rodrigo y Palacios (1998) también establecen una serie de funciones que deben ser ejercidas por la familia tales como: “construir personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido del sí mismo, que les permita experimentar un cierto nivel de bienestar psicológico en la vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes; ser el escenario donde se preparen para aprender a afrontar retos, asuman responsabilidades y compromisos que orientes a los adultos hacia una dimensión productiva, plena de realizaciones y proyectos e integrada en el medio social en el que se desarrolla; constituir el escenario de encuentro intergeneracional donde los adultos amplían su horizonte vital entre el pasado (...) y el futuro (...) y a la vez de ser una red de apoyo social para el adulto cuando tiene que tomar decisiones vitales como: búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc.” (Rodrigo y Palacios, 1998, s.r.f. Peraza, y Martín, 2007, p. 312).

Además, la familia cumple otras funciones en relación con los hijos según Peraza y Martín (2007) como son: “asegurar la supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización; crear un clima afectivo y de apoyo que permita un desarrollo psicológico sano; estimular a los hijos para que sean seres capaces de relacionarse adecuadamente en su entorno físico y social, respondiendo de forma adaptada a las demandas y exigencias

planteadas en el medio que le toca vivir y también les permite ésta la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir la tarea de educar a sus hijos” (Peraza y Martín, 2007, p. 312).

2.1.3 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN RELACIONADOS CON EL LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS Y LA FAMILIA

Según Luengo y otros (1999) los factores de riesgo son “una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno” (Luengo y otros, 1999, s.r.f. Laespada, Iraurgi, Aróstegi 2004, p.16). Y por otro lado, Pérez-Gómez y Mejía Motta (1998) definen los factores protectores como “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Pérez-Gómez y Mejía Motta, 1998, s.r.f. Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004 p. 27). En cuanto a los factores de riesgo y de protección en relación con la familia, existen los siguientes:

Cuadro 1

Factores de riesgo y protección en relación con la familia.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Estilos educativos extremos.	Estilo educativo democrático.
Escasas normas o incoherencias.	Establecer normas y límites.
Clima familiar muy exigente.	Asignar responsabilidades
Clima familiar muy conflictivo o violento.	Valorar los pequeños esfuerzos, no sólo los resultados.
Escasas expresiones de afecto.	Demostrar afecto.
Baja cohesión familiar.	Implicación familiar en la educación.
Escaso apego a la crianza de los hijos/as.	Disfrutar de las actividades de ocio compartidas.
Escasas relaciones sociales.	Interesarse por las actividades y problemas de los hijos/as.
Escasa participación comunitaria.	Desarrollar habilidades de comunicación.
Actitudes consumistas.	Hacer partícipe a los hijos/as del afrontamiento y solución de problemas.
Escasas habilidades de comunicación.	Permitir tiempo libre para ejercitar actividades al aire libre y para las de socialización.

Poca calidad en la relación padres-hijos/as.	Desarrollar actitudes de promoción de la salud.
Desconexión o desconocimiento de las dificultades o entorno de los hijos/as.	Transmitir valores positivos.
Sobrecarga en el tiempo libre con actividades.	No responder a la inmediatez de las exigencias (demorar las recompensas).
Satisfacción inmediata de las peticiones.	Dedicar tiempo (en calidad) a los hijos/as.
Uso extendido y bien visto de algunas actividades.	Estimular y reforzar la singularidad.
Modelos de escaso autocontrol.	Ofrecer modelos de autocontrol.
Escasez de actividades compartidas.	Enseñarles autodisciplina.
Escasa transmisión de valores y excesiva importancia del dinero.	No enfrentarse por cuestión de gustos.
	Contribuir a tener metas e ilusiones.

Fuente: Martín y Alameda (2007, p. 458).

2.1.4 LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LA FAMILIA

Antes de centrarnos en la prevención de las drogodependencias en la familia, es necesario definir que entendemos por prevención.

Por un lado, La Ley autonómica de la Comunidad de Madrid 5/2002, de 27 de junio, sobre *Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos* define la prevención como el “conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, se retrase su inicio, o bien, que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social” (p.27228), por otro lado, para Gordón (1987) “la prevención consiste en el análisis y manipulación de los factores de riesgo y protección que afectan a la aparición de una patología o trastorno dado, con el fin de que el mismo no se genere o desarrolle en un sujeto, grupo o población” (Gordón, 1987, s.r.f. Fernández y Secades, 2010. p. 7). La idea principal de estas dos definiciones es que se debe realizar un análisis y definición de cuáles son los factores de riesgo y de protección que posee una persona y una vez éstos han sido analizados/definidos, se deben realizar una serie de actuaciones sobre los mismos para eliminar/modificar los factores de riesgo y fomentar los factores de protección. Todo ello con el fin de que una patología/trastorno o conducta adictiva no se produzca, se retrase su inicio o que no se convierta en un problema.

Concretamente, la familia tiene un peso importante en la prevención de las drogodependencias, ya que es en ésta en la que la persona se socializa, aprende y adquiere las creencias, actitudes, normas, valores y conductas. Además, la familia ejerce una función preventiva que en relación a las drogas, debe realizarse desde que el niño nace, ya que la educación y la prevención de la drogadicción son dos conceptos que han de estar estrechamente unidos. “Prevenir carece de sentido sin la participación de la familia” (García-Rodríguez, 2000, s.r.f. García, y Segura, 2005, p.36).

Por lo tanto, la familia debe de actuar desde el medio familiar de una determinada manera en materia de prevención, fomentando determinados valores desde la misma. Para ello, existen una serie actitudes educativas a potenciar y a evitar, además de eliminar/modificar los factores de riesgo y fomentar los factores de protección mencionados anteriormente.

Cuadro 2

Actitudes educativas a potenciar y a evitar para la prevención de las drogodependencias en la familia.

ACTITUDES EDUCATIVAS	
POTENCIAR	EVITAR
✓ Anticiparse e informarse	✗ Negar el problema
✓ Tener ideas claras, válidas y realistas	✗ Infundir miedo
✓ Actitud de firme oposición al consumo de drogas o al abuso de actividades adictivas	✗ Advertencias del tipo “si consumes y/o haces esto te sientes muy mal” (al principio los efectos son placenteros.
✓ Hablar con los hijos y conocer lo que ellos piensan, ayudándoles a evaluar los riesgos	✗ Hipervalorar determinadas actividades como medio para estar controlados y/o pasárselo bien.
✓ Dar mensajes que exalten su capacidad para tomar sus propias decisiones y el sentido de la responsabilidad	✗ Dejarse arrastrar por el consumismo y “lo que hace todo el mundo.”
✓ Estar alerta, pero no preocupados en exceso	
✓ Entender que si apareciera es un problema manejable por los padres	
✓ Actuar con firmeza	
✓ Fomentar las relaciones sociales	

Fuente: Martín y Alameda (2000, p. 462).

2.2 ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES

Los estilos educativos parentales han sido definidos por varios autores y según diferentes perspectivas. A continuación se presenta un apartado referido a el concepto de los estilos educativos y sus tipos, así como las consecuencias de los mismos en la socialización de los hijos/as y los efectos del estilo educativo parental relacionados con el consumo de sustancias.

2.2.1 CONCEPTO DE ESTILO EDUCATIVO PARENTAL

Según Darling y Steinberg (1993) el estilo parental puede ser entendido como “una constelación de actitudes acerca del niño, que le son comunicadas y que, en conjunto, crean un clima emocional en el que se ponen de manifiesto los comportamientos de los padres. Estos comportamientos incluyen tanto las conductas a través de las cuales los padres desarrollan sus propios deberes de paternidad (prácticas parentales) como cualquier otro tipo de comportamientos como gestos, cambios en el tono de voz, expresiones espontáneas de afecto, etc.” (Darling y Steinberg, 1993, s.r.f. Raya, 2008, p 12). Por otro lado, Coloma se refiere a los mismos como “esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones, que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar” (Coloma, 1993, s.r.f. Torío, Peña y Rodríguez, 2008, p. 156). Además, este último autor establece las variables (enmarcadas en dos polos opuestos) a partir de las cuales se configura un estilo educativo parental. Éstas son: control firme contraposición a control laxo; cuidado y empatía en contraposición a rechazo e indiferencia; calor afectivo en contraposición a frialdad-hostilidad; disponibilidad de los padres a responder a las señales de los hijos en contraposición a la no disponibilidad; comunicación paternofilial bidireccional frente a una comunicación paternofilial unidireccional; comunicación paternofilial abierta frente a la cerrada, etc.

2.2.2 TIPOS DE ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES.

No existen modelos educativos puros, sino que todos ellos se solapan entre sí y suelen ser mixtos. Varían con el desarrollo del niño y son inestables a lo largo del tiempo ya

que pueden cambiar según algunas variables como son: el sexo, edad, lugar que ocupa entre hermanos, etc. (Torío, Peña y Rodríguez, 2008).

Según Rich Harris (2002) “...los padres no tienen un estilo educativo fijo. El modo como se comporta un padre respecto de un niño en particular depende de la edad del niño, de su apariencia física, de su conducta habitual, de su conducta pasada, su inteligencia y su estado de salud. Los padres confeccionan su estilo educativo a medida de cada niño” (Harris, 2002, s.r.f. Torío, Peña y Rodríguez, 2008, p. 156). Además, hay que destacar que el sistema las relaciones de padres-hijos es bidireccional, quedando este definido como “un sistema organizado de actuaciones, creencias y actitudes que implican conductas diversas” (Torres, Alvira, Blanco y Sandi, 1994, s.r.f. Torío, Peña y Rodríguez, 2008, p. 156).

A continuación se presenta una tabla sobre los principales tipos de estilos educativos parentales que existen:

Cuadro 3

Tipos de estilos educativos parentales.

TIPOLOGÍA DE SOCIALIZACIÓN FAMILIAR.	RASGOS DE CONDUCTA PARENTAL
<i>Democrático</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Afecto manifiesto - Sensibilidad ante las necesidades del niño: responsabilidad - Explicaciones - Promoción de la conducta deseable - Disciplina inductiva o técnicas punitivas razonadas (privaciones, reprimendas) Promueven el intercambio y la comunicación abierta - Hogar con calor afectivo y clima democrático
<i>Autoritario</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Normas minuciosas y rígidas - Recurren a los castigos y muy poco a las alabanzas - No responsabilidad paterna - Comunicación cerrada o unidireccional (ausencia de diálogo) - Afirmación de poder - Hogar caracterizado por un clima autocrático
<i>Negligente</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas - Responden y atienden las necesidades de los niños

	<ul style="list-style-type: none"> - Permisividad - Pasividad - Evitan la afirmación de autoridad y la imposición de restricciones - Escaso uso de castigos, toleran todos los impulsos de los niños - Especial flexibilidad en el establecimiento de reglas - Acceden fácilmente a los deseos de los hijos
<i>Indulgente</i>	<ul style="list-style-type: none"> - No implicación afectiva en los asuntos de los hijos - Dimisión en la tarea educativa, invierten en los hijos el menor tiempo posible - Escasa motivación y capacidad de esfuerzo - Inmadurez - Alegres y vitales

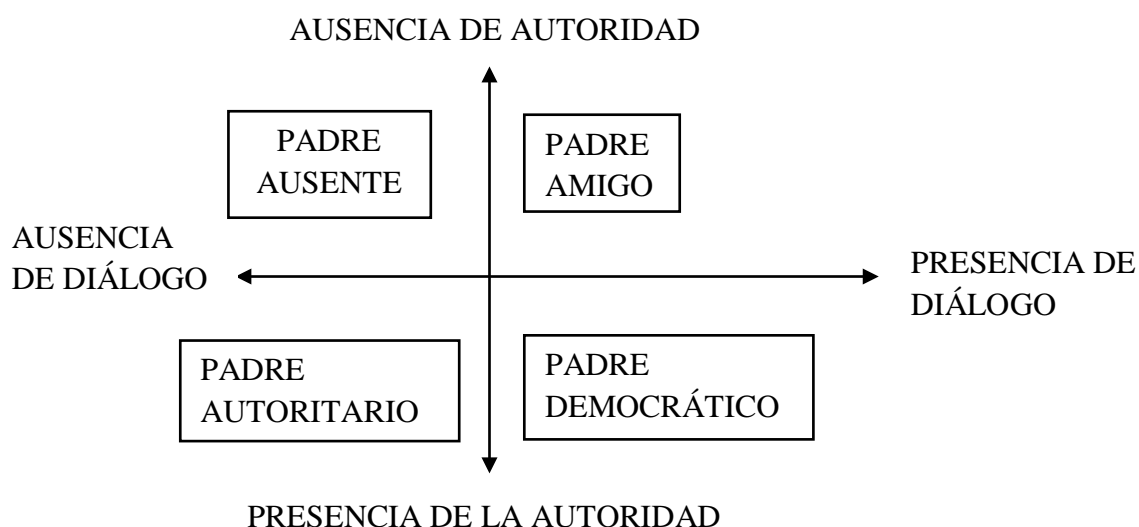
Fuente: Torío, Peña y Rodríguez (2008, pp. 164 -165).

Por otro lado, para Conde (2007) existen cuatro espacios para el desarrollo de los modelos educativos que él propone y serían los siguientes:

1. “Padre autoritario”: espacio marcado por el refuerzo de la autoridad, por la autoridad incontestada y arbitraria, tópicamente asociada con la ausencia de diálogo.
2. “Padre democrático”: espacio marcado por el ejercicio de la autoridad y la presencia simultánea del diálogo.
3. “Padre amigo”: espacio marcado por una relajación de la autoridad y la presencia del diálogo.
4. “Padre ausente”: marcado por la relajación de la autoridad y la ausencia del diálogo y comunicación con los hijos, por la propia ausencia y falta de atención, de tiempo de los padres.

Gráfico 1

Posicionamientos estructurales de las distintas figuras discursivas de la autoridad



Fuente: Conde (2007, p. 77).

Por último, Magaz y García (2001) clasifican los estilos educativos paternos basándose en lo que los padres piensan acerca del comportamiento de sus hijos, como se sienten y cómo actúan frente a la responsabilidad que tienen ante sus hijos/as. Estos autores distinguen entre cuatro estilos educativos diferentes: sobreprotector, punitivo, inhibicionista y asertivo.

En cuanto a los estilos educativos propuestos por Magaz y García, Velilla (2010 p. 4) señala como características de cada uno de ellos las siguientes: En cuanto al estilo educativo sobreprotector, “los padres no permiten a los hijos “ensayar” diversos tipos de comportamientos y piensan que el deber de los padres es evitar todo malestar o sufrimiento a sus hijos. Predomina la hiperresponsabilidad y la culpabilización”. En el inhibicionista, “los padres ignoran, no prestan atención, ni ofrecen guía y apoyo a los hijos, cuando éstos ensayan diversos tipos de comportamiento y piensan que cada uno debe aprender por sí mismo y que la vida es la mejor escuela. Se caracteriza por la hiporesponsabilidad y la desculpabilización”. En el punitivo: “los padres única o principalmente, se fijan en los comportamientos inadecuados de sus hijos, castigándolos, mientras ignoran los adecuados y piensan que los niños tienen el deber de comportarse del modo adecuado. Destaca por la incomprensión, intolerancia y exigencias ejercidas” y en el asertivo: “los padres permiten y facilitan a los hijos

ensayar diversos tipos de comportamiento, excepto aquellos que pudieran producir un daño excesivo o un perjuicio irreparable y piensan que los niños necesitan guía y supervisión, pero tienen que aprender por las consecuencias de sus actos. Sus bases son la tolerancia, comprensión y la conducta razonable”.

2.2.3 ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y CONSECUENCIAS EDUCATIVAS SOBRE LA SOCIALIZACIÓN DE LOS HIJOS

Cada uno de los estilos educativos mencionados anteriormente, ejercen unas determinadas influencias el proceso de educación/socialización de los hijos. El siguiente cuadro especifica las consecuencias educativas sobre los hijos en función de la tipología de socialización familiar.

Cuadro 4

Consecuencias educativas sobre los hijos en función de la tipología de socialización familiar

TIPOLOGÍA DE SOCIALIZACIÓN FAMILIAR.	CONSECUENCIAS EDUCATIVAS SOBRE LOS HIJOS
<i>Democrático</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia social • Autocontrol • Motivación • Iniciativa • Moral autónoma • Alta autoestima • Alegres y espontáneos • Autoconcepto realista • Responsabilidad y fidelidad a compromisos personales • Prosocialidad dentro y fuera de la casa (altruismo, solidaridad) • Elevado motivo de logro • Disminución en frecuencia e intensidad de conflictos padres-hijos
<i>Autoritario</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autonomía y autoconfianza • Baja autonomía personal y creatividad • Escasa competencia social • Agresividad e impulsividad • Moral heterónoma (evitación de castigos)

	<ul style="list-style-type: none"> • Menos alegres y espontáneos
<i>Negligente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Baja competencia social • Pobre autocontrol y heterocontrol • Escasa motivación • Escaso respeto a normas y personas • Baja autoestima, inseguridad • Inestabilidad emocional • Debilidad en la propia identidad • Autoconcepto negativo • Graves carencias en autoconfianza y autorresponsabilidad • Bajos logros escolares
<i>Indulgente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa competencia social • Bajo control de impulsos y agresividad • Escasa motivación y capacidad de esfuerzo • Inmadurez • Alegres y vitales

Fuente: Torío, Peña y Rodríguez (2008, p.164 -165).

2.2.4 EFECTOS DEL ESTILO EDUCATIVO PARENTAL EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

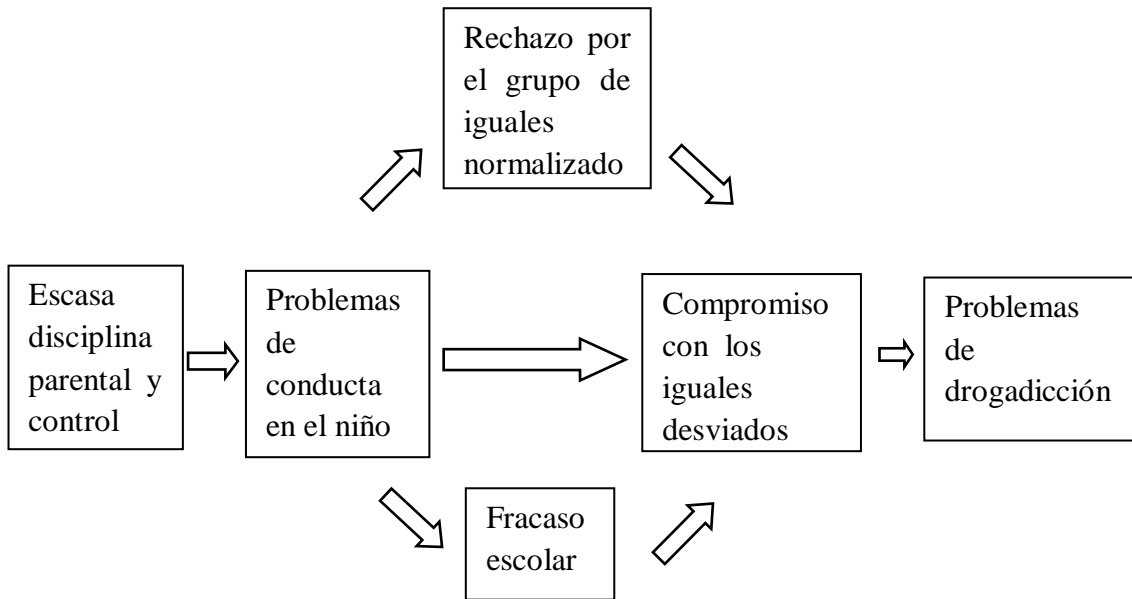
Para que una persona pueda llegar a tener un problema de drogodependencias, tienen que darse uno o varios factores de riesgo (Peraza y Martín, 2007). Los de índole personal (ansiedad, depresión, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, conducta antisocial,..), a nivel educativo (bajo rendimiento escolar y abandono de los estudios, el modelo educativo, influencia del grupo de iguales,..) y a nivel social (facilidad de acceso la droga e influencia de la publicidad).

Concretamente, en el nivel educativo se menciona como factor de riesgo el modelo educativo. En relación a esto, Petterson, Debaryshe y Ramsey (1989, s.r.f. Raya, 2008, pp. 47-48) plantearon un modelo de desarrollo de la conducta adictiva basado en pautas educativas inadecuadas. En este modelo, se parte de un estilo parental caracterizado por “una escasa disciplina y control sobre la conducta del niño en las primeras edades que acaba desembocando en determinados problemas de conducta que, durante la infancia media, provocan rechazo por parte del grupo de iguales y fracaso en distintos entornos como el escolar, que a su vez provocan la aparición de más conductas desviadas. La consecuencia de lo anterior, ya en la infancia tardía y la adolescencia, es que el niño,

que se ve envuelto en esta espiral de inadaptación y rechazo, se relaciona con los iguales que presentan los mismos problemas de inadaptación social, siendo el consumo de drogas una de las más frecuentes conductas inadaptadas que pueden darse en este entorno”.

Gráfico 2

Modelo de desarrollo de la conducta adictiva de Petterson et al. (1989)



Fuente: Raya (2008, p.48).

Por último, Triana y Rodrigo (1998) indican que “en lo referente a los efectos del estatus socioeconómico sobre el consumo de sustancias moderado por el estilo parental, tradicionalmente se ha pensando que los bajos niveles de bienestar físico y poca preparación para enfrentarse al mundo social y profesional propios de estatus socioeconómicos bajos han propiciado el desarrollo de conductas inadaptadas como el consumo de determinadas sustancias. No obstante, los padres de estatus socioeconómico medio y alto, en su afán por conseguir éxito social y profesional en sus hijos, pueden infravalorar aspectos importantes del desarrollo como son la formación personal y afectiva y enfrentarlos a niveles de exigencia excesivos, avocándolos al fracaso y a la aparición de conductas inadecuadas como el consumo de sustancias” (Triana y Rodrigo, 1998, s.r.f. Raya, 2008, p. 48).

2.3 DROGODEPENDENCIAS

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.

2.3.1 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). Este concepto 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) y el abuso 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”.

2.3.2 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 quedé 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 y 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 5

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

<p>Teorías parciales o basadas en pocos componentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Teorías de estadios y evolutivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 <i>et al.</i>
<p>Teorías integrativas y comprensivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de promoción de la salud - Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura - Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins <i>et al.</i> - 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 <i>et al.</i> - Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis - Modelo de autocontrol de Santacreu <i>et al.</i>

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

Por otro lado, Laespada, Iraurgi y Aróstegi (2004) clasifican las teorías en cinco diferentes: la cognitivo-afectivas, las del aprendizaje social, las del apego social, las de características intrapersonales que juegan un papel esencial y las que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales.

Cuadro 6

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

Teorías cognitivo-afectivas	- Teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975) - Teoría de la conducta planificada (Ajzen 1985, 1988)
Teorías del aprendizaje social	- Teoría del aprendizaje social (Akers et al., 1979) - Teoría del aprendizaje social/cognitiva social (Bandura, 1986)
Teorías del apego social	- Teoría del control social (Elliot et al., 1985, 1989) - Modelo del desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985)
Teorías en las que las características intrapersonales juegan un papel esencial	- El modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991) - Teoría del autodesprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984) - Modelo de varias etapas de aprendizaje social (Simons et al., 1988) - Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)
Teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales	- Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) - Teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986 ^a , 1986b, 1987) - Modelo de vulnerabilidad de Sher (1991) - Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

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

Por último, encontramos que Herrera (2007) distingue 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 y 6) modelo ecológico que pretende superar la visión parcializada de los modelos anteriores.

2.3.4 LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ADICCIÓN A LAS DROGAS

En este apartado se tratará de explicar a qué nos referimos cuando hablamos de tratamiento con personas drogodependientes, los tipos de tratamientos que hay (centrándonos en el social) y cuáles son las fases de toda intervención. Además, se explicará cómo se interviene con las personas drogodependientes desde la “Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones” tomando como referencia principal para ello el Plan de Acción de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones (2014).

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, ajuntándola a las características individuales de la persona a tratar” (Gutiérrez, 2007, p. 174).

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

Cuadro 7

Fases de la intervención terapéutica con personas drogodependientes.

1. Acogida	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.
2. Estudio y análisis de la situación problema	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.
3. Diagnóstico	Será interdisciplinar biopsicosocial y pretende comprender la situación del/de la usuario/a.
4. Plan de actuación	Se concretarán los objetivos y las estrategias de actuación.

5. Tratamiento	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 deshabituación 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.
6. Integración social	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.
7. Evaluación	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.

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

Por último, en lo referente la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones, la misma dispone de un área de tratamiento e integración social que se organiza para dar respuesta a la demanda generada por la población drogodependiente y garantiza al usuario la asistencia integral biopsicosocial a través de los programas terapéuticos que se realizan en sus centros distribuidos en el área metropolitana de Santa Cruz de Tenerife.

Por un lado, el área de tratamiento es llevado a cabo en las diferentes Unidades de Atención a las Drogodependencias (UADs) y cuenta con los siguientes programas: Programa Libre de Drogas (PLD); Laboratorio y Farmacia; Programa de Adicciones no tóxicas; Programa de Sanciones Administrativas (PSA); Programa de Sustitutivos de Opiáceos (PSO); Proyecto Fénix y por último, el Programa de Adolescentes. Por otro lado, el área de integración está formado por los siguientes programas y proyectos: Programa de Estancia de Día (PED), “Cercado del Marqués”; Proyecto SOL (Servicio de Orientación laboral) y el Programa de Trabajo en beneficio de la Comunidad (TBC).

En cuanto al área de tratamiento, la problemática de las adicciones se contempla como un fenómeno que perturba y limita el bienestar de los individuos y de la comunidad en

la que está inserto. Por ello, dentro de las acciones o medidas que se desarrollan en la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones en relación a las drogodependencias, un aspecto que requiere un importante apartado lo constituye el área de tratamiento. Por lo tanto, la finalidad de la asistencia, es tratar al individuo afectado para que recupere las condiciones físicas, psíquicas y sociales que le capaciten para retomar actividades cotidianas normalizadas y para participar adecuadamente en su entorno social, laboral, familiar, etc. Es decir, se trata de abordar la dependencia, tratar la patología asociada y reincorporarle a la sociedad como miembro útil de la misma.

Para ello, el proceso terapéutico estaría compuesto por una serie de etapas: acogida, valoración y diagnóstico, desintoxicación, deshabituación, incorporación social y seguimiento.

Las funciones que realiza la Trabajadora Social desde los diferentes programas dentro del área de tratamiento son:

1. Programa libre de drogas: registro de contactos, acogida, trámite de la Hoja de Notificación de Admisión a Tratamiento por consumo de Sustancias del Observatorio Español sobre Drogas (OED), entrevista social, seguimiento, derivación a recursos sociales, concertar citas con el resto del equipo terapéutico y firma de contratos.

2. Proyecto Fénix: acogida, que consta de la firma del contrato terapéutico, la lectura y conformidad de la Normativa Específica del Proyecto, firma por parte de la persona usuaria del consentimiento según la Ley de Protección de datos, análisis y valoración de la demanda, preparación de la persona usuaria y su familia en relación a la motivación, eliminación de falsas creencias y reacciones poco útiles para el proceso, proporcionar información sobre el tratamiento y el circuito terapéutico a seguir, cumplimentar la Hoja de Notificación de Admisión a Tratamiento y la cumplimentar la ficha individual de datos personales de la persona drogodependiente.

3. Programa de Sanciones Administrativas: firma de remisión, pautas de determinaciones de drogas de abuso en orina, semanales o quincenales, pauta de consultas individuales para seguimiento, realización de informes mensuales de evolución, alta o baja de la persona usuaria cuando procesa y además se derivará por el

procedimiento habitual al “Centro de Día Cercado del Marqués”, donde recibirán el programa específico y estructura para sanciones administrativas.

4. Programa de adicciones no tóxicas: información sobre la dinámica asistencial, cumplimentación del protocolo de historia social, firma del contrato terapéutico general, información del recurso, evaluación social del paciente, información del circuito terapéutico, derivación a otros recursos si procediese, concertar próxima cita

Por otro lado, en el área de integración social se encuentra el Programa de Estancia de Día que está destinado a usuarios/as con problemas de drogodependencias y se puede acceder a él una vez superada la fase de desintoxicación derivados por las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UADs) de referencia de los diferentes municipios de la isla asociados a San Miguel Adicciones. El programa acoge a todas aquellas personas que, voluntariamente, quieran formar parte de dicho programa, mayores de edad o menores acompañados y tutelados por un responsable legal, con capacidad física y psíquica para valerse por sí mismos, con posibilidad de asumir un proceso terapéutico, tanto en la desintoxicación como en la deshabituación y con o sin apoyo social estructurado.

El objetivo principal del programa es aumentar la calidad asistencial de los usuarios, a la vez que flexibilizar y adecuar las iniciativas de tratamiento que se ofrecen desde la red específica de atención a las drogodependencias, contrastando modelos de atención más eficientes en el tratamiento integral de las drogodependencias a nivel autónomo e insular. A esto se le añade un objetivo final para todo el proceso que será la integración social del drogodependiente.

La atención a las personas con adicción a las drogodependencias en el Centro de Día contempla cinco áreas de intervención: psicosocial, psicológica, social, actividades saludables, educativos de animación y tiempo libre y de incorporación social. De estas cinco áreas, se ve claramente representada la figura de la trabajadora social tanto en el área I como en la III, en las que realiza diferentes funciones como veremos a continuación.

En el área de intervención psicosocial se establece la intervención psicológica y social que debe realizar cada paciente desde el momento de su ingreso en el programa de tratamiento. Desde esta área se realizará el diagnóstico psicológico y social, se diseñan

los objetivos terapéuticos, se planifica la intervención a lograr por cada paciente, se elaboran los informes de valoración y evolución y se realiza la coordinación con el resto de áreas de intervención. Ésta intervención se realiza a tres niveles: intervención individual-personal en la que se incluyen las actividades de acogida; entrevista diagnóstica; entrevista de valoración, diseño y negociación de los objetivos terapéuticos; planificación del tratamiento y actividades a desarrollar según los perfiles y necesidades de las personas usuarias. Por otro lado, se interviene a nivel grupal ofreciendo nuevos marcos de referencia para normalizar conductas, facilitando los procesos de aprendizaje y de mantenimiento de cambios, así como potenciando el aprendizaje basado en el intercambio de experiencias, expresión emocional y pautas para la modificación cognitivo-conductual y por último, existe la intervención familiar en la que se priorizará la intervención con familias tanto en la atención y seguimiento unifamiliar, terapia grupal unifamiliar y multifamiliar. El objetivo es facilitar a las familias el aprendizaje de nuevas pautas educativas, comunicativas y de expresión emocional.

Por último, en el área de intervención social se interviene en todas las fases del proceso terapéutico en coordinación con el equipo interdisciplinar, gestionando recursos personales, familiares y sociales para promover el cambio y el éxito terapéutico con el objetivo de la plena integración social y familiar. Ésta intervención se realiza a tres niveles: intervención individual que consta de las entrevistas de acogida; de diagnóstico social; de apoyo y prevención; clarificación de expectativas sobre el tratamiento; motivación y factores de riesgo; ocio y tiempo libre; aumentar la implicación familiar; gestiones para mejorar el acceso a los recursos sociales y económicos que permitan una mayor calidad de vida. En cuanto a la intervención grupal se realizan dinámicas grupales de aumento de la cohesión grupal, la comunicación, de información y orientación, etc. y por último la intervención familiar en la que se contemplan las acciones preventivas, formativas, dinámicas terapéuticas, escuela de padres para conocer papel y responsabilidad de cada miembro, actitudes, amistades, grupos de autoayuda, conocimiento de los recursos, pautas y condiciones del hábitat, etc.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GENERALES

- Conocer los estilos educativos utilizados por los padres y madres de las personas usuarias del Centro de Día “Cercado Del Marqués y las diferentes Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD) de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar de manera concreta las ideas, creencias, actitudes, valores y/o hábitos correspondientes a cada uno de los estilos educativos que tiene cada uno de los padres/madres.

- Conocer si existe diferencia entre los estilos educativos adoptados por madres respecto a los padres.

- Observar la relación entre el estilo educativo adoptado por los padres/madres y el consumo de sustancia en sus hijos/as.

- Conocer la intensidad de ideas, creencias, actitudes y valores de naturaleza “punitiva”, “inhibicionista”, “asertiva” y “sobreprotectora”.

4. MÉTODO

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES.

En método utilizado en la presente investigación es de tipo cuantitativo en el que el instrumento para la recogida de datos es un cuestionario sobre el Perfil de Estilos Educativos (PEE) de Magaz y García (2001) (VER ANEXO 1). Los cuestionarios han contestados por padres y madres de los usuarios/as que se encuentran en el Centro de Día “Cercado Del Marqués y en las diferentes UADs de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones.

El PEE es un cuestionario anónimo en forma de escala dicotómica, en el cual se ofrecen al sujeto una serie de 48 frases que expresan de manera afirmativa unas ideas, creencias, actitudes y emociones -asociadas a valores- sobre la educación de hijos/as. Las frases no

están ordenadas y se presentan de manera aleatoria divididas en bloques de 12 preguntas en función de los diferentes Perfiles de Estilos Educativos.

Cuadro 8

Clasificación de las frases del cuestionario según el Perfil de Estilo Educativo.

PERFIL DE ESTILO EDUCATIVO	Nº DE FRASE
Sobreprotector	1, 5, 7, 10, 12, 16, 18, 20, 24, 26, 29 y 36
Inhibicionista	4, 6, 11, 15, 21, 27, 34, 37, 39, 41, 43 y 45
Punitivo	3, 9, 14, 19, 23, 31, 35, 38, 40, 44, 46 y 48
Asertivo	2, 8, 13, 17, 22, 25, 28, 30, 32, 33, 42 y 47

Fuente: Elaboración propia.

Además, se han añadido al cuestionario de Perfil de Estilos educativos una serie de datos sociodemográficos acerca de la persona que contesta el cuestionario para poder establecer un perfil.

La persona responde todas las frases, indicando si, de manera general, está o no, de acuerdo con el contenido de cada una de ellas. Debe contestar a todas las frases para poder realizar un análisis comprensivo de los resultados del instrumento. El análisis del instrumento se ha realizado mediante la corrección del cuestionario con una plantilla (VER ANEXO 2). En la plantilla cada una de las columnas (1, 2 y 3) incluye la identificación de los elementos del cuestionario que corresponden a la evaluación de un estilo educativo concreto, además se debe marcar cuáles son las afirmaciones que han sido contestadas con un sí o un no. A continuación, todas las respuestas que hayan sido afirmativas se han de marcar en la plantilla de puntuaciones (VER ANEXO 3) para posteriormente sumarlos horizontalmente y escribir el total en la última casilla. Una vez obtenida la puntuación total de las respuestas afirmativas, se marcará con una equis la puntuación total obtenida en los estilos educativos sobreprotector “S”, inhibicionista “I”, punitivo “P” y asertivo “A” sobre las líneas representadas al final del cuestionario. Finalmente, se unirán los cuatro puntos con una línea quebrada que nos proporcionará el PEE del sujeto en estudio (VER ANEXO 1).

Por último, se realiza una interpretación de los resultados obtenidos siguiendo el manual propuesto por los propios autores del cuestionario y así como la interpretación propuesta por Cuartero (s/f), psicólogo especialista universitario en asesoramiento

didáctico e intervención educativa con máster en psicopedagogía clínica y experto en análisis transaccional (educación) (VER ANEXO 4).

Obviamente, no es admisible una puntuación alta en estilo sobreprotector y otra alta en inhibicionista, ya que ambos son conceptualmente opuestos. Lo mismo puede decirse de los estilos Asertivo y Punitivo. No obstante, es razonable obtener una combinación de puntuaciones: altas, medias, bajas en los cuatro estilos, ya que las personas no disponemos de sistemas cognitivos puros, sino combinados.

Este cuestionario ha sido utilizado en estudios anteriores como por ejemplo, un estudio de Raya (2008) sobre “Estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia” y un estudio de Gandarias (2013) “Estilos Educativos Familiares y sus efectos en el desarrollo de hábitos y habilidades de autonomía”, entre otros.

Por último, cabe destacar que el estudio ha logrado alcanzar la totalidad de los objetivos que se han propuesto para la investigación. Todo ello, gracias a la colaboración de los 25 padres/madres que han participado contestando el cuestionario de “Perfil de Estilos Educativos” y a las Trabajadoras Sociales que trabajan tanto en el Centro de Día “Cercado del Marqués” como en las diferentes Unidades de Atención a las Drogodependencias, que son los han establecido el contacto con los participantes para poder pasarles el cuestionario. Gracias a la participación y colaboración de los mismos, se ha podido conocer cuáles son los estilos educativos los progenitores han empleado en la educación de sus hijos/as. Asimismo, se ha podido analizar la relación entre el estilo educativo que poseen los padres y las madres y el consumo de sustancias en sus hijos/as debido a que los mismos presentan un problema de consumo de drogas y están acudiendo a tratamiento a los diferentes recursos que posee la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones.

La única cuestión que ha presentado mayores problemas para realizar la investigación es en lo referente a obtener una muestra más amplia, en este caso, ha sido sólo de 25 padres/madres debido a varias razones:

- Las personas usuarias no mantienen relación con sus progenitores o son relaciones muy deterioradas.

- Los progenitores de algunas de las personas usuarias son personas mayores.
- Es rara la ocasión en la que los progenitores acompañan a sus hijo/s e hija/s al recurso correspondiente, por lo que tampoco se convierten en el familiar responsable de los mismos.

4.2 VARIABLES.

Las variables utilizadas en el cuestionario de Perfil de Estilos Educativos se dividen en dos bloques:

Bloque I: datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, tipo de familia, número de hijos/hijas y edad de los/as mismos/as, estudios terminados, la situación laboral, si el padre o la madre es familiar responsable y la droga principal por la que su hijo/s e hija/s demandan tratamiento.

Bloque II: perfil de estilos educativos: se corresponde con las 48 frases acerca de las ideas, creencias, actitudes y emociones de los estilos educativos sobreprotector, punitivo, inhibicionista y asertivo.

4.3 POBLACIÓN, ESPACIO TEMPORAL Y ÁMBITO GEOGRÁFICO.

La población objeto de investigación son los padres y las madres de los usuarios/as del Centro de Día “Cercado del Marqués” y de las diferentes UADs de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones. Los cuestionarios han sido realizados las tres últimas semanas de mayo y la primera de junio. Los padres/ madres que tuvieron la facilidad para desplazarse hasta el Centro de Día y a las UADs, realizaron el cuestionario en los mismos recursos, en el caso contrario la persona investigadora se desplazó a un lugar cercano para poder proporcionarles el cuestionario y que lo realizaran. Todo ello guardando siempre la confidencialidad y propiciando un clima adecuado para su realización. El Centro de Día “Cercado del Marqués” Municipio de San Cristóbal de La Laguna y las diferentes UADs de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel se encuentran, una en el municipio de San Cristóbal de La Laguna y las otras tres en el municipio de Santa Cruz.

4.4 TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.

Cuestionario de Perfil de Estilos Educativos. (VER ANEXO 1).

4.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS.

Para analizar los datos se utilizará la plantilla de corrección del PEE, la plantilla para sumar las puntuaciones, la plantilla para la interpretación de los resultados y el programa informático Microsoft Excel 2007 para sacar y representar la frecuencia y porcentaje de los datos sociodemográficos.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación en forma de tabla y en algunos casos con gráficas. Asimismo los resultados se encuentran fragmentados en dos bloques siguiendo el mismo orden que el cuestionario, por un lado, los datos socio demográficos y por otro, los estilos educativos.

5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES Y MADRES QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN

Tabla 1

Padres y madres según sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Hombre	9	36
Mujer	16	64
TOTAL	25	100

Del total de los padres y madres participantes en la investigación un 36% son hombres y un 64% son mujeres.

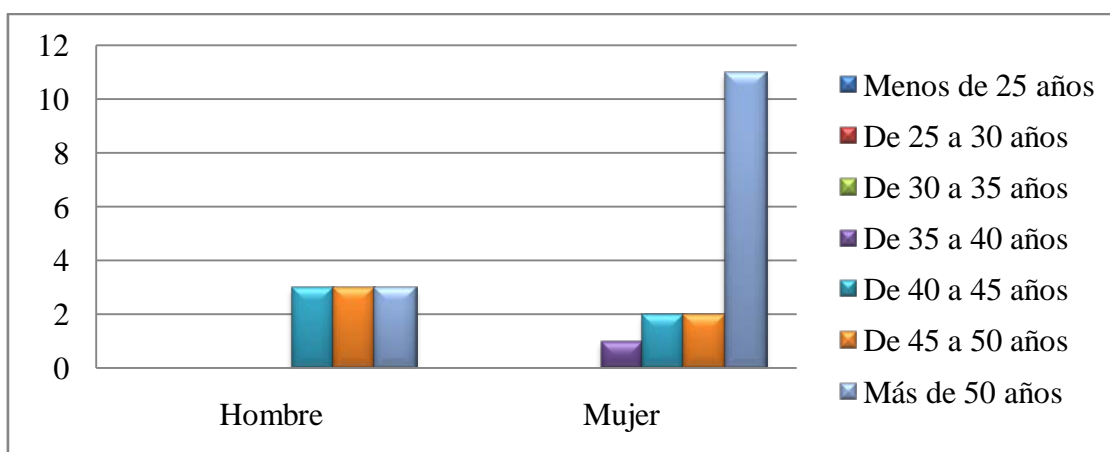
Tabla 2

Padres y madres según edad.

Intervalo de edad	Hombres	%	Mujeres	%	TOTAL	%
Menos de 25 años	-	-	-	-	-	-
De 25 a 30 años	-	-	-	-	-	-
De 30 a 35 años	-	-	-	-	-	-
De 35 a 40 años	-	-	1	6,25	1	4
De 40 a 45 años	3	33,33	2	12,5	5	20
De 45 a 50 años	3	33,33	2	12,5	5	20
Más de 50 años	3	33,33	11	68,75	14	56
TOTAL	9	100%	16	100%	25	100

Gráfico 1

Padres y madres según edad.



Del total de los hombres los intervalos que presentan igual porcentaje (33,33) son los de edades comprendidas entre los 40 y 45 años, 45 y 50 años y más de 50 años. Por otro lado, del total de las mujeres se encuentran en edades desde 35 a 40 años (6,25%), de 40 a 45 años (12,5%), de 45 a 50 años (12,5%) y más de 50 años (68,75%), siendo esta última la franja de edad que más porcentaje presenta.

Del total de los padres y las madres, la mayoría tienen más de 50 años (56%). Le siguen igualados en porcentajes los que tienen de 40 a 45 años (20%) y los de 45 a 50 años (20%). Por último, sólo un 4% tiene de 35 a 40 años.

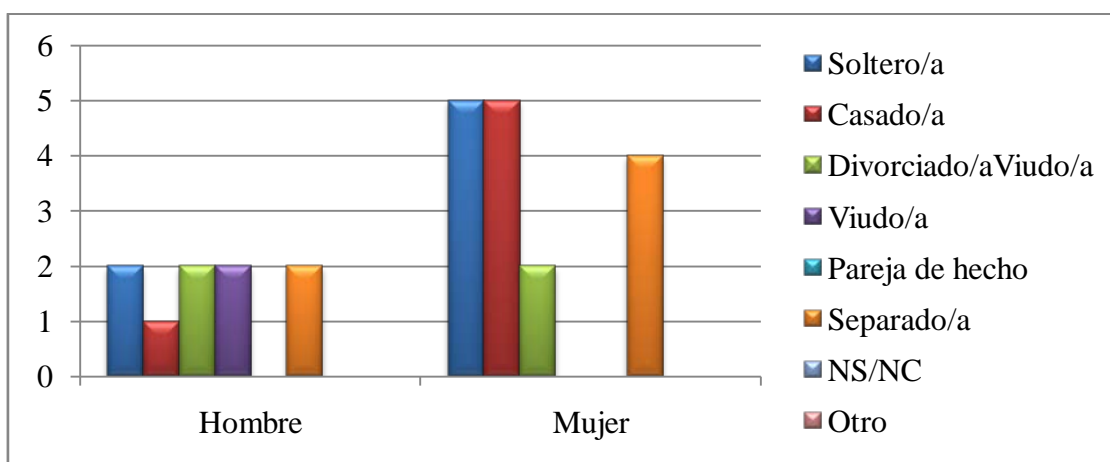
Tabla 3

Padres y madres según estado civil.

Estado civil	Hombre	%	Mujer	%	TOTAL	%
Soltero/a	2	22,22	-	-	2	8
Casado/a	1	11,11	5	31,25	6	24
Divorciado/a	2	22,22	5	31,25	7	28
Viudo/a	2	22,22	2	12,5	4	16
Pareja de hecho	-	-	-	-	-	-
Separado/a	2	22,22	4	25%	6	24
NS/NC	-	-	-	-	-	-
Otro	-	-	-	-	-	-
TOTAL	9	100	16	100	25	100

Gráfico 2

Padres y madres según estado civil.



En cuanto al estado civil de los padres y las madres, en los hombres se igualan los porcentajes de soltero, divorciado, viudo y separado con un 22,22 en cada uno de ellos, mientras que casado sólo tiene un 11,11%. Del total de mujeres, los mayores porcentajes se concentran en el estado civil casada (31,25%) y divorciada (31,25%), seguido de separadas (25%) y por último viudas (12,5%).

Del total de los padres y las madres, la mayoría se encuentran divorciados/as (28%). Igualados en porcentajes le siguen los que se encuentran casados/as (24%) o separados/as (24%). Le siguen los viudos/as (16%) y por último los solteros/as (8%).

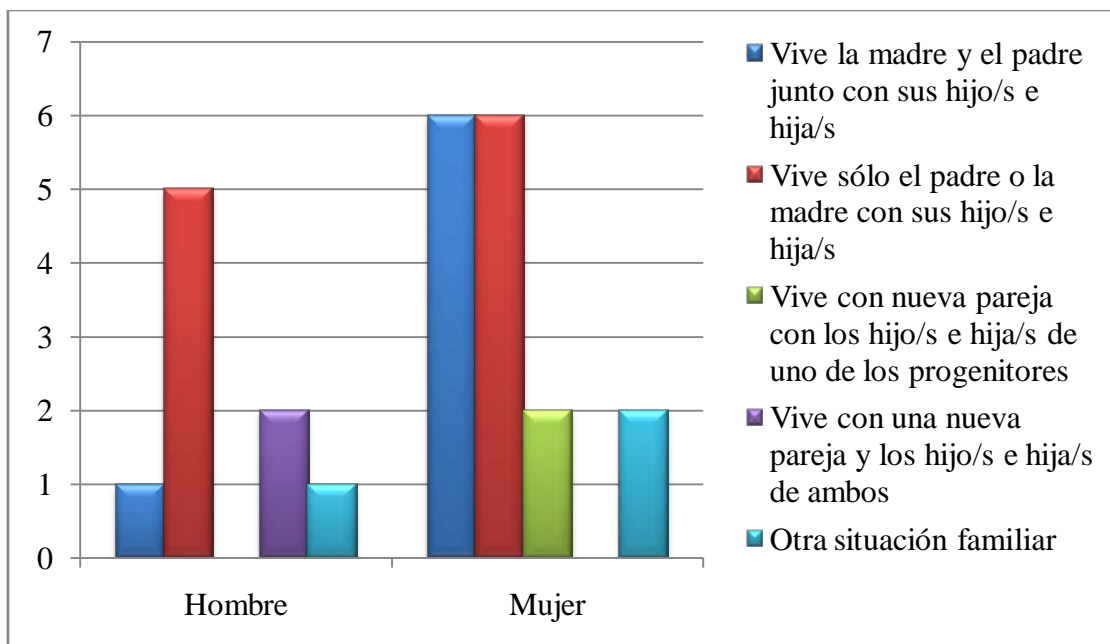
Tabla 4

Padres y madres según el tipo de familia.

Tipo de familia	Hombre	%	Mujer	%	TOTAL	%
Vive la madre y el padre junto con sus hijo/s e hija/s	1	11,11	6	37,5	7	28
Vive sólo el padre o la madre con sus hijo/s e hija/s	5	55,56	6	37,5	11	44
Vive con nueva pareja con los hijo/s e hija/s de uno de los progenitores	-	-	2	12,5	2	8
Vive con una nueva pareja y los hijo/s e hija/s de ambos	2	22,22	-	-	2	8
Otra situación familiar	1	11,11	2	12,5	3	12
*Vive con otra pareja sin sus hijo/s e hija/s	1	-	-	-	1	-
* Vive la madre con sus hijo/s e hija/s y sus abuelos	-	-	1	-	1	-
* Vive sólo la madre sin los hijo/s e hija/s	-	-	1	-	1	-
TOTAL	9	100	16	100	25	100

Gráfico 3

Padres y madres según el tipo de familia.



La mayoría de los hombres se encuentran viviendo sólo el padre con sus hijos/s e hija/s (55,56%), seguido de los hombres que viven con una nueva pareja y los hijos/s e hija/s de ambos (22,22%) y por último, sólo uno de ellos (11,11%) se encuentra viviendo él y la madre junto con sus hijos/s e hija/s. Además, otro de ellos (11,11%) se encuentra en otra situación familiar, manifestando que vive con su nueva pareja sin sus hijos/s e hija/s. Por otro lado, las mujeres, se encuentran en su mayoría viviendo ella y el padre junto con sus hijos/s e hija/s (37,5%) y viviendo ellas con sus hijos/s e hija/s sin el padre (37,5%). Por último, dos de ellas (12,5%) viven con nueva pareja con los hijos/s e hija/s de uno de los progenitores. También, encontramos otras situaciones familiares en las que, una se encuentra viviendo con sus hijos/s e hija/s y los abuelos (6,25%) y otra que vive ella sola sin sus hijos/s e hija/s (6,25%).

Del total de padres y madres, la mayoría vive sólo el padre o la madre con sus hijos/s e hija/s (44%).

Tabla 5

Padres y madres según el número de hijos/as.

Nº de hijo/s e hija/s	Frecuencia	%
1	7	28
2	9	36
3	4	16
4	3	12
5	2	8
TOTAL	25	100

Respecto al número de hijos/as que tienen los padres y las madres, la mayoría tienen 2 hijos/as (36%) o 1 hijo/a (28%). Le siguen los que tienen 3 hijos/as (16%) y los que tienen 4 hijos/as (12%). Por último, sólo un 8% tiene 5 hijos/as.

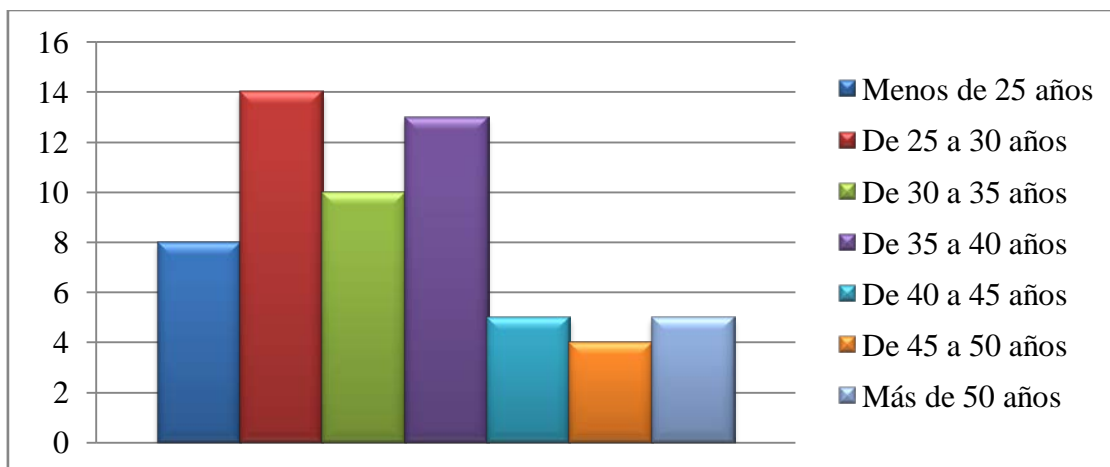
Tabla 6

Padres y madres según la edad de sus hijo/s e hija/s

Intervalo de edad	Frecuencia	%
Menos de 25 años	8	13,56
De 25 a 30 años	14	23,73
De 30 a 35 años	10	16,95
De 35 a 40 años	13	22,03
De 40 a 45 años	5	8,47
De 45 a 50 años	4	6,78
Más de 50 años	5	8,47
TOTAL	59	100%

Gráfico 4

Padres y madres según la edad de sus hijo/as e hija/s



En cuanto a la edad de los hijo/s e hija/s, la mayoría tienen de 25 a 30 años (23,73%) y de 35 a 40 años (22,03%). Le siguen los que tienen de 30 a 35 años (16,95%) y los que tienen menos de 25 años (13,56%). En porcentajes inferiores, encontramos igualados en porcentaje los que tienen de 40 a 45 años (8,47%) y los de más de 50 años (8,47%) y por último, los que tienen de 45 a 50 años (6,78%).

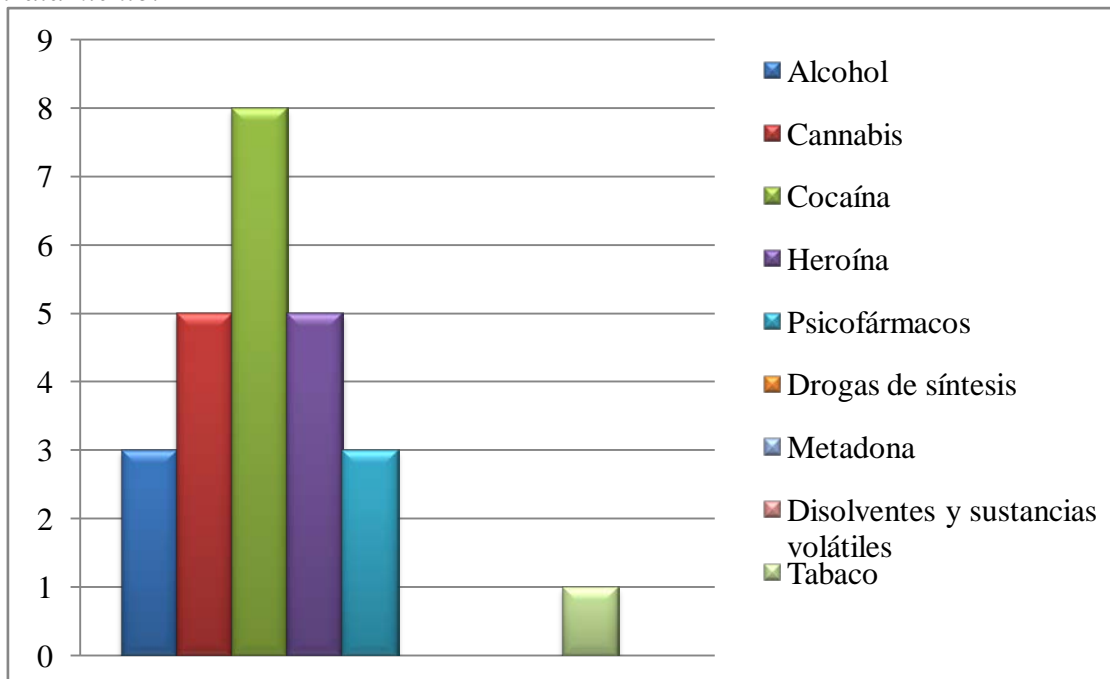
Tabla 7

Padres y madres según la droga principal por la que el hijo/s e hija/s acude a tratamiento.

Droga principal	Frecuencia absoluta	%
Alcohol	3	12
Cannabis	5	20
Cocaína	8	32
Heroína	5	20
Psicofármacos	3	12
Drogas de síntesis	-	-
Metadona	-	-
Disolventes y sustancias volátiles	-	-
Tabaco	1	4
Otra	-	-
TOTAL	25	100

Gráfico 5

Padres y madres según la droga principal por la que el hijo/s e hija/s acuden a tratamiento.



La mayoría de los hijo/s e hija/s que acuden a tratamiento, tienen como droga principal la cocaína (32%). Le siguen el cannabis (20%) y la heroína (20%) igualados en porcentajes. También se igualan en porcentajes el alcohol (12%) y los psicofármacos (12%). Por último, sólo un 4% acude por el tabaco.

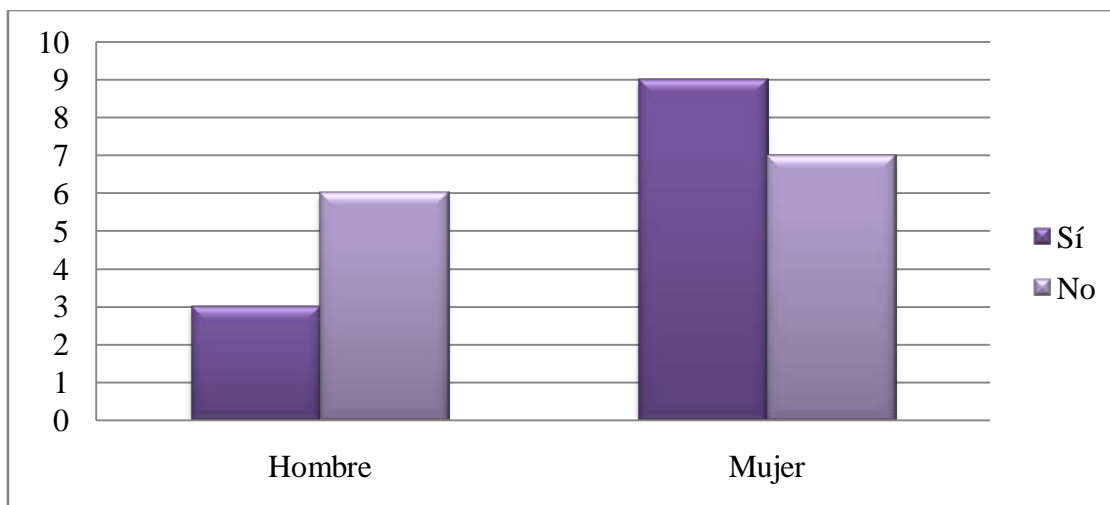
Tabla 8

Familiar responsable según el sexo del mismo

Familiar responsable	Hombre	%	Mujer	%	TOTAL	TOTAL
Sí	3	33,33	9	56,25	12	48
No	6	66,67	7	43,75	13	52
TOTAL	9	100	16	100	25	100

Gráfico 6

Familiar responsable según el sexo del mismo



Del total de los hombres (36%), un 24% no son familiar responsable y un 12% sí y por otro lado, del total de las mujeres (64%), un 36% si son familiar responsable y un 28% no.

Del total de los padres y las madres según sean el familiar responsable o no del hijo/s e hija/s que se encuentra en tratamiento, un 48% sí lo es y un 52% no.

A través de los datos expuestos anteriormente se obtiene como perfil de los padres y las madres que cumplimentaron el instrumento el siguiente:

- Sexo: son más las mujeres (64%) que los hombres (36%) las que han participado en esta investigación.
- Edad: Los hombres tienen una edad superior a 40 años mientras que las mujeres tienen una edad de superior a los 50 años.
- Estado civil: del total de los hombres se igualan porcentajes en soltero, divorciado, viudo y separado con un 22,22%, mientras que las mujeres se encuentran en su mayoría, también igualadas en porcentaje con un 31,25% casadas y divorciadas.
- Tipo de familia: del total de hombres, la mayoría de ellos se encuentran viviendo sólo él, con sus hijo/s e hija/s (55,56%) mientras que del total de mujeres, en su

mayoría e igualadas en porcentajes con un 37,5%, viven ella y el padre junto con sus hijo/s e hija/s y ellas con sus hijo/s e hija/s sin el padre.

- N° de hijo/s e hija/s y edad de los mismos: la mayoría de los padres y las madres tiene dos hijos/as (36%). En cuanto a la edad de los mismos, en su mayoría se encuentran en las edades comprendidas entre los 25 y los 30 años (23,73%) y los 35 y 40 años (22,03%).
- Droga principal por la que el hijo/s e hija/s acude a tratamiento: La mayoría acude por cocaína (32%). Por debajo, le siguen en igualdad de porcentajes (20%) el cannabis y la heroína.
- Familiar responsable: del total de los hombres un 33,33% sí es familiar responsable frente a un 56,25% del total de las mujeres. Por lo tanto, las mujeres están obteniendo mayor porcentaje como familiar responsable y han firmado el contrato terapéutico junto con sus hijo/s e hija/s.

5. 2 PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS DE LOS PADRES Y MADRES QUE PARTICIPAN EN LA INVESTIGACIÓN

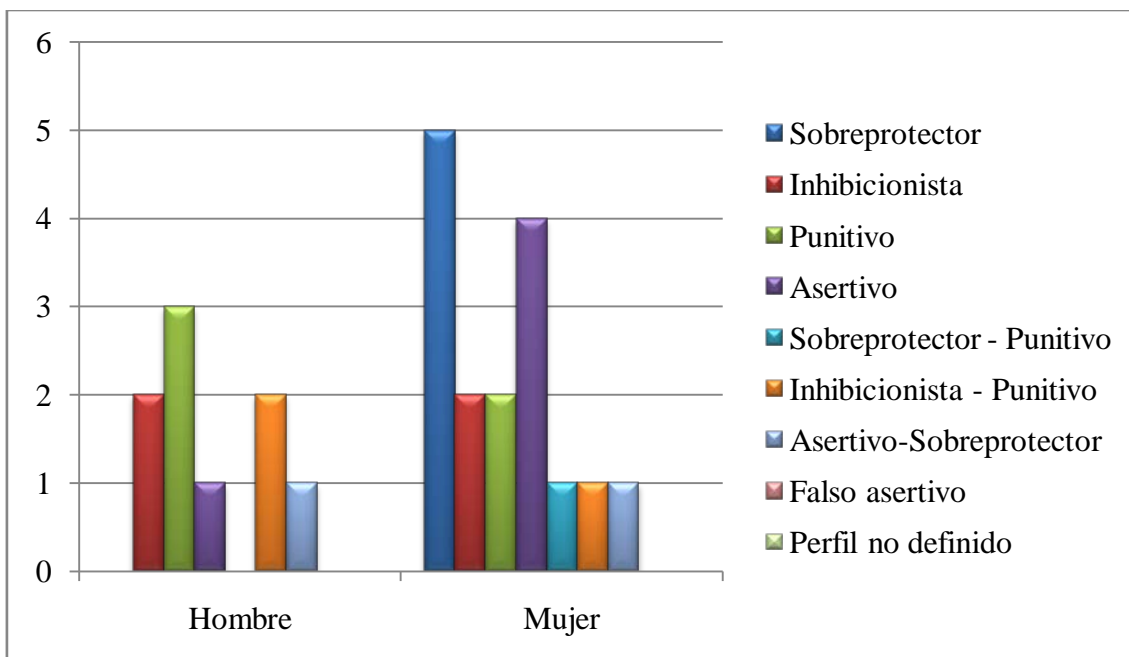
Tabla 9

Padres y madres según perfil de estilo educativo.

Perfil de estilo educativo	Hombre	%	Mujer	%	TOTAL	%
Sopreprotector	-	-	5	31,25	5	20
Inhibicionista	2	22,22	2	12,5	4	16
Punitivo	3	33,33	2	12,5	5	20
Asertivo	1	11,11	4	25	5	20
Sobreprotector - Punitivo	-	-	1	6,25	1	4
Inhibicionista - Punitivo	2	22,22	1	6,25	3	12
Asertivo- Sobreprotector	1	11,11	1	6,25	2	8
Falso asertivo	-	-	-	-	-	-
Perfil no definido	-	-	-	-	-	-
TOTAL	9	100%	16	100%	25	100%

Gráfico 7

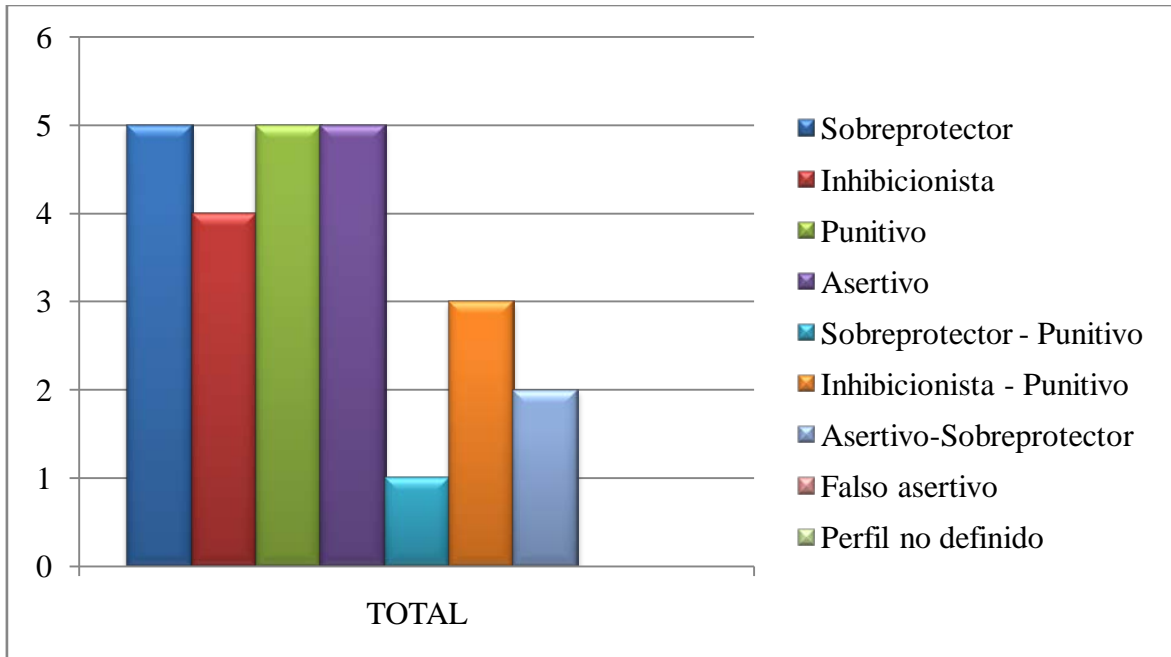
Padres y madres según perfil de estilo educativo.



Del total de los hombres, la mayoría de ellos han utilizado un estilo educativo punitivo (33,33%). Igualados en porcentajes se encuentran el estilo educativo “inhibicionista” (22,22%) y el “inhibicionista-punitivo” (22,22%). En menor porcentaje, aunque también igualados se encuentran el estilo educativo asertivo (11,11%) y el asertivo-“sobreprotector” (11,11%). Del total de mujeres (100%), la mayoría han utilizado un estilo educativo “sobreprotector” (31,25%) y asertivo (25%). Igualados en porcentajes se encuentran el estilo educativo “inhibicionista” (12,5%) y “punitivo” (12,5%). En una minoría, se encuentran también igualados en porcentajes, el estilo educativo “sobreprotector-punitivo” (6,25%), “inhibicionista-punitivo” (6,25%) y el “asertivo-sobreprotector” (6,25%).

Gráfico 8

Total de padres y madres según perfil de estilo educativo.



Del total de los padres y las madres, se igualan en porcentajes los que han utilizado un perfil de estilo educativo “sobreprotector” (20%), “punitivo” (20%) y “asertivo” (20%). Le sigue el estilo educativo “inhibicionista” (16%) y el “inhibicionista- punitivo” (12%). Por último, se encuentran el estilo educativo “asertivo-sobreprotector” (8%) y el “sobreprotector-punitivo” (4%).

6. ANALISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN

Una vez expuestos los resultados 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.

En cuanto a los datos sociodemográficos, y en lo referente al sexo, se ha podido comprobar que son más mujeres que hombres las que han participado en la investigación. Esto puede deberse a los roles de género asignados, a ser hombre o mujer. A las mujeres siempre se les ha otorgado un papel de “cuidadora” y por lo tanto, tienen mayor implicación en la educación/socialización de los/as hijos/as, que los padres. Además, las mujeres obtienen un mayor porcentaje (36%) frente a los hombres en cuanto a ser el familiar responsable del hijo/s e hija/s que acuden a tratamiento. En relación a ello, Valdez, Díaz y Pérez (2005, s.r.f. Aguilar, Valdez, González y González, p. 209) afirman que “las mujeres, hasta hoy, han sido educadas sobre todo para las labores domésticas y el cuidado y la educación de los hijos, en comparación con los hombres, que lo han sido para ser los proveedores y protectores del hogar”.

Por otro lado y en cuanto a los estilos educativos de los padres y las madres, cabe destacar lo siguiente:

- Aunque hay autores como Torío, Peña y Rodríguez (2008) que afirman que las personas no solemos tener un estilo educativo puro sino que se solapan unos con otros y que poseemos una combinación de varios de ellos, en los datos obtenidos de la investigación, encontramos padres y madres que se definen con un estilo educativo puro. Por lo tanto, se demuestra que hay progenitores que tienen estilos educativos muy afianzados, con ideas, creencias, actitudes y valores acentuados hacia un modelo concreto y puramente único.

- En la investigación realizada sólo un 20% del total de los padres y madres son “asertivos”. Un porcentaje bajo si tenemos en cuenta que éste es el estilo educativo más adecuado y por lo tanto, un modelo imitar que deben internalizar y afianzar los progenitores. Además, en este estilo educativo las mujeres obtienen un mayor porcentaje (25%) respecto a los hombres. En cuanto a este estilo educativo, Magaz y García (2001, p. 26), señala como consecuencias del mismo las siguientes: “el elogio y el reconocimiento por el educador de las realizaciones del educando, refuerza y

consolida los comportamientos adecuados, constituyéndose en hábitos; el elogio a unos comportamientos y la ausencia de elogio a otros facilita la discriminación y generalización de los aprendizajes; el individuo crece y se desarrolla con seguridad en sí mismo; autonomía personal e interés por alcanzar metas mayores; las mayores «dosis de elogio» permiten «tolerar» las recriminaciones y castigos, sin efectos nocivos para el desarrollo personal; toma decisiones en función de las consecuencias que espera obtener; progresa en competencia, bajo su propia iniciativa; aprecia y respeta a su educador y por último, los elogios y la constatación de los éxitos favorecen la adquisición de un excelente auto-concepto. Así como también las pruebas de aceptación por parte de los demás hacen posible el desarrollo de una auto-estima máxima”. Como puede apreciarse, todas las consecuencias de este estilo educativo son positivas, en las que no hay niveles de estrés ni ansiedad por parte de los hijos/as, existe un buen autoconcepto por parte de los mismos, los hijos/as no dependen exclusivamente de los padres, no presentan déficit en cuanto a la autonomía personal, etc. Situaciones que como veremos a continuación, en muchos de los casos hace que los hijos/as recurran al consumo de sustancias para hacerles frente. De ahí que Rodríguez, Carballal y Arce (2013, p. 232) afirmen que el estilo educativo asertivo “es sin duda, es el que mejor conjuga la preocupación por los hijos, la proporción de afecto, seguridad y cuidados a los mismos, junto con la promoción de la autonomía y el adecuado desarrollo de los menores”.

- Se debe recalcar y hacer mención al estilo educativo “inhibicionista” en el que del total de hombres y mujeres obtiene un 16%. Aunque no es autoritario ni democrático, es un estilo educativo que puede tener una influencia negativa en el consumo de sustancias ya que, los padres dejan a sus hijos/as aprendiendo solos y consideran que “todo niño tiene capacidad para desarrollarse plenamente con normalidad y que si resuelven sus problemas les estás impidiendo que aprenda, lo que provoca en los hijos/as la aparición de frecuentes niveles de ansiedad por inseguridad personal” (Magaz y García, 2001, pp. 17-18). Esto puede llevar a calmar dichos niveles de ansiedad y a encubrir la inseguridad personal acudiendo al consumo de sustancias y más aún, cuando no existe supervisión ni control por parte de los padres sobre sus hijos/as. Además, del total de hombres y de mujeres, un 12% de los mismos han utilizado un estilo educativo “inhibicionista-punitivo”, por lo que, además de lo comentado anteriormente sobre el estilo educativo inhibicionista, los padres y las madres castigan a sus hijos/as, lo que

también puede provocar “estados de ansiedad crónica y generalizada, lo que constituye un factor predisponente para la aparición de fobias u otros trastornos de ansiedad” (Magaz y García, 2001, pp. 21), que también podrían ser igualmente calmados y encubiertos con el consumo de sustancias.

- Del estilo educativo “asertivo-sobreprotector” representa un 8% del total de hombres y de mujeres consultados en la investigación. En este estilo educativo, los padres y las madres son asertivos pero con una cierta tendencia a la sobreprotección de sus hijos/as. A modo personal, esto puede deberse a que han contestado el cuestionario basándose en el presente. Puede ser una causa que el hijo/a presente en la actualidad un problema de consumo de sustancias y sus padres se sienten más en la “obligatoriedad” de estar encima de ellos para asegurar que no les pase nada y puedan mejorar su situación respecto al consumo. Esto es lo que les puede llevar a que, a la vez que son asertivos tiendan a proteger pero no en un término medio, sino en un extremo de sobreprotegerlos.

- El estilo educativo “punitivo”, alcanza un 20% del total de hombres y mujeres y obtiene mayor porcentaje en los hombres (33,33%). En este estilo educativo según Magaz y García (2001, p.19), los progenitores “fijan su atención en el comportamiento inadecuado, en las imperfecciones errores y equivocaciones, castigan de todas las maneras posibles cualquier desviación, con castigos aleatorios y muchas amenazas previas, solamente elogian el comportamiento excepcional e ignoran el comportamiento normal”. Por lo tanto, este estilo educativo puede provocar el desarrollo de un concepto de sí mismo negativo, rechazo hacia el educador, frecuentes conductas de «evitación o justificación», expectativas reducidas y se hace probable la aparición de estados de ansiedad crónica y generalizada, lo que constituye un factor predisponente para la aparición de fobias u otros trastornos de ansiedad (Magaz y García, 2001). Igual que en los estilos comentados anteriormente, podemos encontrar como este estilo educativo también es predisponente para desarrollar una conducta adictiva, recurriendo al consumo para la evitación, para una mejor aceptación de sí mismo, para calmar los estados de ansiedad, etc.

- El estilo educativo “sobreprotector” obtiene un 20% del total de padres y madres que han participado en la investigación, en el que las mujeres obtienen un mayor porcentaje (31,35%). Según Magaz y García (2001), los progenitores “tienden a dárselo todo

hecho al niño/a, menudo, castigan verbal y gestualmente los intentos de actuar bajo iniciativa y autonomía personal, fijan su atención en las imperfecciones y los errores del niño/a; reafirmando así las propias creencias en su inexperiencia e incapacidad para actuar solo/a (...). Entre las consecuencias de este estilo educativo encontramos al igual que en las anteriores, “el desarrollo de un concepto del sí mismo deficiente, se presentan retrasos en el aprendizaje de habilidades de autocuidado personal y otras habilidades sociales, se desarrollan con miedo a la autonomía, buscando constantemente seguridad en otros (...)”. (Magaz y García, 2001). Por lo tanto, la búsqueda de seguridad en otros, el hacer frente a las carencias personales que presenta, la espera de que sean otros los que le resuelvan sus problemas, el desarrollo de una baja tolerancia a la frustración, es lo que puede hacer que este estilo educativo también este directamente relacionado con el consumo de sustancias, recurriendo una vez más al consumo para hacer frente a dichas situaciones.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Como conclusiones del trabajo, podemos afirmar lo siguiente:

- Las mujeres están más implicadas tanto en el proceso de educación/socialización de sus hijos/as, como en el tratamiento que reciben sus hijos/as en la actualidad debido a que presentan un problemática de consumo de sustancias.
- Las mujeres son más sobreprotectoras y asertivas.
- Los hombres son más autoritarios.
- Las mujeres se definen con estilos educativos puros frente a los hombres que obtienen mayor porcentaje en los estilos educativos mixtos.
- Los estilos educativos que obtienen mayor porcentaje del total de hombres y mujeres son los estilos educativos “asertivo”, “sobreprotector” y “punitivo”.
- El estilo educativo “asertivo” presenta un porcentaje bajo teniendo en cuenta que es el modelo más adecuado para educar/socializar a los hijos/as.
- Todos los padres y madres que han participado en la investigación, se han definido con un perfil de estilo educativo puro o mixto, por lo que hay ausencia del estilo

educativo “falso asertivo”, en el que los padres hubieran respondido al cuestionario con una alta deseabilidad social y del “perfil no definido”, que se presenta cuando no se han entendido las cuestiones planteadas, no se quiere informar de sus creencias o se busca dar una impresión de equilibrio.

Por otro lado, en lo que a la investigación en sí misma se refiere, se debe destacar que la misma ha permitido conocer cuáles son los estilos educativos que los padres y las madres de las personas usuarias del Centro de Día “Cercado del Marqués” y las diferentes Unidades de atención a las drogodependencias han empleado con sus hijos e hijas. Con ello, se podría abrir una línea de investigación más amplia en un futuro mediante la obtención de una muestra mucho más representativa de la que se ha podido obtener para este trabajo y servirnos de los resultados que se obtengan de la misma, para que los y las trabajadores/as sociales actuemos como un agente preventivo junto con la familia. Por lo tanto, el o la trabajador/a social en el ámbito de las drogodependencias puede desarrollar funciones de prevención. En referencia a ello, Gutiérrez (2007, p. 192) establece como funciones/competencias del trabajador/a social desde el ámbito de la prevención las siguientes funciones: recogida y análisis de datos sobre la problemática de consumo y cuáles son las variables socioeconómicas y culturales en la etiología de la drogodependencia. Por otro lado, deben de elaborar materiales preventivos mediante planes, programas y proyectos, así como informar sobre medidas relacionadas con la imitación y la oferta de drogas, sensibilizando y contribuyendo a la modificación del discurso social y la imagen de las drogas y de los usuarios de las mismas. Además, deben de poner en marcha acciones para en defensa de los usuarios de drogas y de acciones preventivas con grupos de población concretos (mujeres, reclusos, inmigrantes, etc.).

Asimismo, se considera que la figura del trabajador/a social obtiene un papel importante cuando ésta actúa como un agente preventivo en el que debe eliminar o modificar los factores de riesgo y fomentar los factores de protección frente al consumo de drogas con la finalidad de “evitar la aparición de un problema, que se retrase su inicio o que no se convierta en un problema para la persona o una comunidad” (Gutiérrez, 2007, p. 192). Por lo tanto, prevenir desde el Trabajo Social en drogodependencias reduciendo los factores de riesgo “implica actuar sobre los sujetos, sobre la droga y sobre los contextos ambientales, tomando en cuenta todas las variables biológicas, psicológicas y

psicosociales, disponibilidad de la droga, contextos físico- ambientales, familiares, grupales y macro-contextos socioculturales” (Mayor, 1995, p. 232).

Por todo ello, mediante un trabajo conjunto entre el/la trabajador/a social y la familia comenzando por una prevención desde las mismas mediante el fortalecimiento los factores protectores que posee e incidiendo en los estilos educativos que los padres y madres utilizan en la educación con los hijos/as, se pueden prevenir conductas de consumo de drogas en el futuro. Así pues, se trata de trabajar diferentes aspectos que inciden en la educación de los hijos, entre los que se encuentran los estilos educativos, de un modo preventivo. Conociendo cuál es el estilo educativo más favorable y por lo tanto, las actitudes, pensamientos, valores y consecuencias que él mismo conlleva, los progenitores podrán ponerlo en práctica y así prevenir la aparición de conductas problemáticas en sus hijos/as. Como consecuencia de todo ello y como profesionales del Trabajo Social estaríamos “educando al educador” y educar es prevenir.

Por último, decir que el trabajo de fin de grado ha cumplido con las expectativas iniciales y se ha logrado poner en práctica e investigar sobre un tema que a la investigadora le llama mucho la atención desde hace tiempo. Además, se ha tenido la oportunidad de establecer contacto con algunos padres/madres de las personas usuarias de los diferentes recursos de la “Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones”. Con las prácticas realizadas en la carrera de Trabajo Social siempre se había estado en contacto con los usuarios/as, pero con la realización de esta investigación y por la temática elegida se ha conocido otra perspectiva que también está inmersa en la problemática de las drogodependencias, como es la familia, además de proporcionar un mayor conocimiento de esta realidad social en concreto. Por tanto, puede considerarse que el presente trabajo ha sido satisfactorio, lo que también ha sido posible gracias a la supervisión y tutorización de Berta Puyol Lerga, quien ha ayudado a sentar las bases necesarias para la realización de la investigación. De la misma manera, esta investigación ha servido como motivación para seguir indagando en el fenómeno de las drogodependencias y en el papel fundamental que posee la familia en este ámbito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, Y., Valdez, J., González, N. y González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Revista de Enseñanza e investigación en psicología*, 18 (2), 207- 225. Recuperado el 25 de junio de 2015 de: www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_18_2/207.pdf
- 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_prevenccion.pdf
- Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel (2014). Plan de Acción de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones. Recuperado el 6 de abril de 2015 de: <http://www.sanmigueladicciones.org/wp-content/uploads/2014/03/PLAN-DE-ACCION.-PROYECTO-TECNICO-2014.pdf>
- Becoña, E. (2001) Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. (pp. 117-137). Madrid: Plan Nacional de Drogas. Recuperado el 27 de marzo de 2015 de: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/intervencion_familiar.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.
- Conde, F. (2007). *Los estilos educativos de las familias españolas y el consumo de droga en la adolescencia*. CEAPA: Madrid. Recuperado el 2 de abril de 2015 de: <http://www.ceapa.es/sites/default/files/Documentos/LOS%20ESTILOS%20EDUCATIVOS%20DE%20LAS%20FAMILIAS%20ESPA%20C3%91OLAS%20Y%20EL%20CONSUMO%20DE%20DROGAS%20EN%20LA%20ADOLESCENCIA.pdf>

- Cuartero, N. (s/f.). Estilos educativos. Sentirse bien en el aula y en el centro. Recuperado el 8 de Abril de 2015 de: [http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/Estilos_educativos_perfil\(Cuartero\)6p.pdf](http://www.deciencias.net/convivir/1.documentacion/D.habilidades/Estilos_educativos_perfil(Cuartero)6p.pdf)

- Fabián, R. (2007). La importancia de la actividad física en el tratamiento de deshabituación a las drogas. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 14 (2), 82-89. Recuperado el 20 de mayo de 2015 de: http://alcmeon.com.ar/14/54/10_Biondi.pdf

- Fernández, T. y Ponce, L. (2011). *Trabajo social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.

- 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

- Gandarias, A. (2013). *Estilos Educativos Familiares y sus efectos en el desarrollo de hábitos y habilidades de autonomía*. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Recuperado el 28 de junio de 2015 de: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4206/1/17%20versi%C3%B3n%20COOREGIDA%20ENTREGADA%20110314.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.

- Herrera, J. (2007). Una historia sobre las drogas, modelos explicativos y respuestas. En Martín, L. y Peraza, M. (Coords), La familia ante el problema de las drogodependencias (pp. 59-64). Tenerife: Instituto Insular de Atención Sociosanitaria.

- 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

- 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

- Magaz, A. y García, E. (2001). *Perfil de Estilos Educativos: Manual de referencia*. Madrid.

- Martín, R. y Alameda, S. (2007). Dinámica familiar en situaciones de riesgo. En Martín, L. y Peraza, M. (Coords), La familia ante el problema de las drogodependencias (pp. 453-458). Tenerife: Instituto Insular de Atención Sociosanitaria.

- 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

- 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>

- Mielgo, S., Lorigados, D., Calleja, A. y Cachero, P. (2010). Factores de riesgo familiar en el consumo de drogas. *Psicología en las Adicciones*, 1, 25-28. Recuperado el 2 de abril de 2015 de: <http://www.unioviado.es/gca/uploads/pdf/Psicologia%20de%20las%20Adicciones.%20vol.1.%202012.pdf>

- Navarro, I., Misisu, G. y Herrero, J. (2008). *Familias y problemas. Un programa especializado de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.

- Oliva, A., Hidalgo, V., Martín, D., Parra, Á., Ríos, M. y Vallejo, R. (2007). *Estilos educativos*. Sevilla. Recuperado el 2 de abril de 2015 de: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vid_a_sana/adolescencia/programa_apoyo_padres_adolescentes/03y04_estilos_educativos.pdf

- 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_lHoJ:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es

- Peraza, M. y Martín, L. (2007). La familia, pieza clave en la drogodependencia. En Martín, L. y Peraza, M. (Coords), *La familia ante el problema de las drogodependencias* (pp. 311-327). Tenerife: Instituto Insular de Atención Sociosanitaria.

- Plan Nacional Sobre Drogas (2003). Recuperado el 22 de abril de 2015 de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/dir.pdf>

- Puyol, B. y Tosco, P. (2007). Conceptos básicos sobre las drogas. En Martín, L. y Peraza, M. (Coords), *La familia ante el problema de las drogodependencias* (pp. 123-131). Tenerife: Instituto Insular de Atención Sociosanitaria.

- Puyol, B. y Tosco, P. (2007). Funciones de la familia de hoy. En Martín, L. y Peraza, M. (Coords), *La familia ante el problema de las drogodependencias* (pp. 437-450). Tenerife: Instituto Insular de Atención Sociosanitaria.

- Raya, A. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia*. (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba. Córdoba.

- 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/El%20proceso%20de%20acogida%20en%20la%20atencion%20de%20personas%20drogodependientes%20desde%20las%20Unidades%20de%20Atencion%20a%20las%20Drogodependencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rodríguez, M., Carballal, A. y Arce, R. (2013). Habilidades parentales en procesos de separación: desarrollo evolutivo de los menores y perfiles educativos. *Revista Galego-portuguesa de psicoloxía e educación*, 10 (8), pp. 229-241. Recuperado el 27 de junio de 2015 de: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/6991/1/RGP_10-22.pdf

- 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

- Secades, R. (2012). Factores de riesgo familiares e inicio en el uso de drogas. *Revista de Psicología de las Adicciones* 1, 25-28. Recuperado el 10 de abril de 2015 de:
<http://www.unioviedo.es/gca/uploads/pdf/Psicologia%20de%20las%20Adicciones,%20vol.1,%202012.pdf>

- Torío, S., Peña, J., y Rodríguez, M. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Revista Interuniversitaria* 20, 151-178. Recuperado el 25 de marzo de 2015 de:
http://rca.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/view/988

- 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>

- Valenzuela, E. (2006). Padres involucrados y uso de drogas: un análisis empírico. *Centro de estudios públicos de chile* 101, 147-164. Recuperado el 27 de marzo de 2015de:
http://www.cepchile.cl/dms/archivo_3740_1933/r101_valenzuela_padres.pdf

- Velilla, C. (2010). Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario de evaluación sobre los estilos de socialización parental. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Recuperado el 1 de junio de 2015 de:
http://www.unizar.es/abarrasa/tea/200910_25906/velilla2010.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS



CUESTIONARIO

PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS

- El presente cuestionario es **ANÓNIMO** y pretende conocer los estilos educativos que usted ha empleado en la educación de sus hijos/as. A continuación leerá algunas afirmaciones sobre cómo piensan, sienten o actúan los padres con la relación con sus hijos e hijas. En cada frase, si está de acuerdo con lo que en ella se dice, ponga una **X** en la columna correspondiente al **SÍ**, y si no está de acuerdo con tal afirmación póngala en la columna correspondiente al **NO**. Si no está muy seguro/a de contestar **SÍ** o **NO**, señale la opción que más se aproxime a lo que usted piensa en la actualidad. Por favor, conteste a todas las frases. Tenga en cuenta que no hay respuestas **BUENAS** ni **MALAS**. **Todas** las respuestas son **CORRECTAS**.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

- UAD OFRA
- UAD SANTA CRUZ
- UAD DE LA LAGUNA
- UAD AÑAZA
- CENTRO DE DÍA “CERCADO DEL MARQUÉS”

BLOQUE I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo	Estado Civil
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/> Otro. Especificar _____
Edad	Tipo de familia
Menos de 25 años <input type="checkbox"/> De 25 a 30 años <input type="checkbox"/> De 30 a 35 años <input type="checkbox"/> De 35 a 40 años <input type="checkbox"/> De 40 a 45 años <input type="checkbox"/> De 45 a 50 años <input type="checkbox"/> Más de 50 años <input type="checkbox"/>	Vive la madre y el padre junto con sus hijo/s e hija/as <input type="checkbox"/> Vive sólo el padre o la madre con sus hijo/s e hija/as <input type="checkbox"/> Vive con nueva pareja con los hijo/s e hija/s de uno de los progenitores <input type="checkbox"/> Vive con una nueva pareja y los hijo/s e hija/s de ambos <input type="checkbox"/> Otra situación familiar. <input type="checkbox"/> Especificar: _____
	Número de hijos/hijas y edad de los mismos. _____ _____
¿Es usted el familiar responsable? (Ha firmando el contrato terapéutico junto a su hijo/a). Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál es la droga principal por la que su hijo/s e hija/s ha demandado tratamiento? <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Psicofármacos <input type="checkbox"/> Drogas de síntesis <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Disolventes y sustancias volátiles <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Otra. Especificar: _____

Estudios terminados (marca el nivel más alto que hayas obtenido).

Sin estudios o estudios primarios incompletos	<input type="checkbox"/>
Estudios primarios completos: 6º EGB aprobado, Certificado de Escolaridad, 6 o más años de primaria aprobados	<input type="checkbox"/>
Estudios secundarios 1ª etapa: 8ºEGB aprobado, Graduado Escolar, Bachillerato Elemental, Formación Profesional de 1º Grado o Ciclos Formativos de Grado Medio aprobados, E.S.O aprobada, 4 años o cursos de secundaria aprobados.	<input type="checkbox"/>
Estudios secundarios 2ª etapa: BUP, Bachillerato Superior, Bachillerato LOGSE, COU, Preu, Formación Profesional 2º Grado o Ciclos Formativos de Grado Superior, 5 o más años o cursos de secundaria aprobados.	<input type="checkbox"/>
Estudios universitarios medios (diplomatura, magisterio, arquitectura, ingeniería técnica o grado)	<input type="checkbox"/>
Estudios universitarios superiores (licenciatura, arquitectura o ingeniería superior, doctorado, máster y experto)	<input type="checkbox"/>
NS/NC	<input type="checkbox"/>

Situación laboral

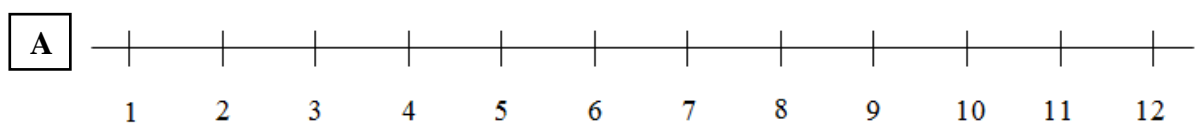
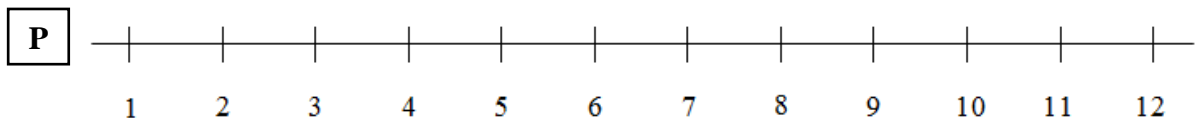
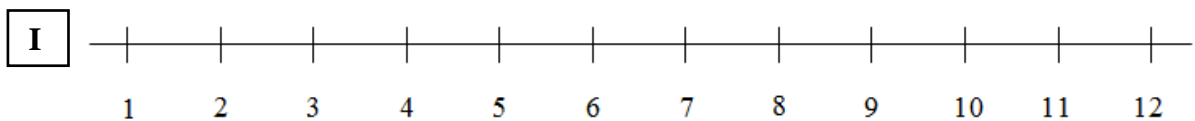
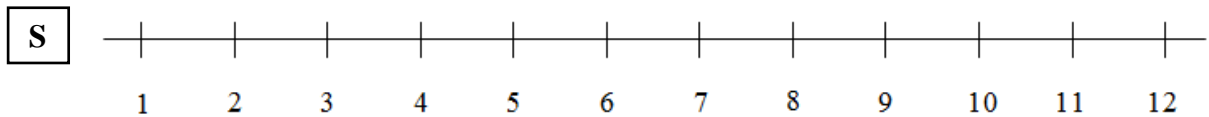
<input type="checkbox"/> Trabaja <input type="checkbox"/> Jubilado/a o pensionista (anteriormente ha trabajado) <input type="checkbox"/> Pensionista (anteriormente no ha trabajado) <input type="checkbox"/> Parado/a y ha trabajado antes <input type="checkbox"/> Parado/a y busca su primer empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado <input type="checkbox"/> Otra situación. Especificar: _____
¿Desde cuando se encuentra en esa situación? <input type="checkbox"/> Menos de un mes <input type="checkbox"/> De 1 a 4 meses <input type="checkbox"/> De 4 a 8 meses <input type="checkbox"/> De 8 a 12 meses o más

BLOQUE II: PERFIL DE ESTILOS EDUCATIVOS

Los padres tenemos la obligación de educar a nuestros hijos evitándoles cualquier tipo de malestar o incomodidad	SÍ NO
Para que mis hijos progresen en la vida tengo que enseñarles y luego permitirles que practiquen lo que les he enseñado	SÍ NO
La clave para educar bien a los hijos consiste, esencialmente, en castigarlos cada vez que se porten mal	SÍ NO
Me molesta que alguno de mis hijos me pida ayuda para hacer algo; creo que debería intentar hacerlo solo/a	SÍ NO
Me pongo nervioso/a cuando veo que alguno de mis hijos quiere hacer algo sin mi ayuda o supervisión	SÍ NO
Los hijos saben cuidarse solos; los padres no tenemos por qué estar constantemente preocupándonos por ellos	SÍ NO
Frecuentemente estoy preocupado/a por la posibilidad de que mis hijos sufran algún daño	SÍ NO
Me agrada que mis hijos tengan iniciativa para hacer cosas, aunque cometan errores	SÍ NO
Los padres debemos exigir a nuestros hijos que, en cualquier ocasión, hagan las cosas lo mejor posible	SÍ NO
Me siento mal, cuando alguno de mis hijos rechaza mi ayuda para hacer algo	SÍ NO
Creo que los padres tenemos que dejar a los hijos "a su aire" para que aprendan por su cuenta	SÍ NO
Me angustio, cuando pienso que, tal vez, no esté educando bien a mis hijos	SÍ NO
Me agrada enseñar a mis hijos cosas nuevas	SÍ NO
Para que los niños maduren y se hagan responsables se les debe castigar por su mala conducta	SÍ NO
La educación de los hijos puede llevarse a cabo perfectamente sin recompensas ni castigos	SÍ NO
Cuando alguno de mis hijos está enfermo, me asusto mucho	SÍ NO
En mi opinión, es normal que mis hijos cometan errores mientras están aprendiendo	SÍ NO
Noto tensión o nerviosismo cuando alguno de mis hijos está fuera de casa	SÍ NO
Pienso que los hijos no se merecen premios o elogios por comportarse como deben	SÍ NO
Me preocupo mucho, cuando pienso que algún día mis hijos tendrán que cuidar de sí mismos	SÍ NO

Cuando alguno de mis hijos se pone enfermo, lo primero que pienso es que es algo propio de su edad o de la época y que se le pasará pronto	SÍ NO
Los padres tenemos la obligación de enseñar poco a poco a nuestros hijos a tomar sus propias decisiones	SÍ NO
Lo mejor es que los hijos aprendan por los daños que sufren en su vida	SÍ NO
Los padres somos responsables de todo lo malo que les pueda ocurrir a nuestros hijos	SÍ NO
Cuando mis hijos aprenden algo nuevo, compruebo que es correcto y adecuado para ellos	SÍ NO
Me gustaría ayudar a mis hijos en todo	SÍ NO
Creo que la vida es la mejor escuela, sin que sea necesario estar dando constantemente consejos a los hijos	SÍ NO
Pienso que lo padres debemos supervisar el desarrollo de nuestros hijos, sin angustiarlos	SÍ NO
Me siento mal, cuando pienso en todas las contrariedades que mis hijos tendrán en la vida	SÍ NO
Los padres no podemos evitar todos los daños que les puedan ocurrir a nuestros hijos	SÍ NO
Me irrito, cuando veo que alguno de mis hijos no hace las cosas exactamente como yo he dicho que las haga	SÍ NO
Cuando alguno de mis hijos está enfermo, acudo al pediatra, tranquilo/a, sin preocuparme en exceso	SÍ NO
Por lo general, cuando alguno de mis hijos hace algo mal y sufre por ello, procuro consolarlo y ayudarlo a ver en qué se equivocó	SÍ NO
Los padres deben dejar que sus hijos se desarrollen sin limitarlos con normas o prohibiciones	SÍ NO
Cuando a alguno de mis hijos le pasa algo desagradable por no haberme hecho caso, le recrimino por ello	SÍ NO
Para que los hijos progresen, los padres tenemos que ayudarles casi constantemente	SÍ NO
Los padres debemos llevar una vida normal, sin preocuparnos demasiado por el desarrollo de los hijos	SÍ NO
Los castigos enseñan a los hijos a respetar a los padres	SÍ NO

Los padres no tenemos la culpa de las cosas que les pueda ocurrir a nuestros hijos	SÍ NO
Los padres tienen la obligación de establecer normas severas de comportamiento para sus hijos	SÍ NO
Cuando los hijos se quejan por algo, la mayoría de las veces exageran	SÍ NO
Cuando veo que alguno de mis hijos va a cometer un error, por lo general, le dejo que lo haga para que aprenda	SÍ NO
Creo que mis hijos pueden aprender a cuidar de sí mismos por su cuenta	SÍ NO
Los padres tenemos que utilizar frecuentemente los castigos para prevenir problemas futuros	SÍ NO
Me pongo nervioso/a, cuando oigo a alguien que dice que los padres debemos ayudar a los hijos a resolver sus problemas	SÍ NO
Cuando un hijo va a salir solo/a, los padres deben enseñarle todo lo que necesita saber para cuidar de sí	SÍ NO
Cuando los hijos están enfermos, hay que atenderles, pero seguir castigándolos, igual que si estuvieran bien	SÍ NO



ANEXO 2: PLANTILLA DE CORRECCIÓN.

1		
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2		
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

3		
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
A	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Perfil de Estilos Educativos

ANEXO 3: PLANTILLA DE PUNTUACIONES

S	1	5	7	10	12	16	18	20	24	26	29	36	
I	4	6	11	15	21	27	34	37	39	41	43	45	
P	3	9	14	19	23	31	35	38	40	44	46	48	
A	2	8	13	17	22	25	28	30	32	33	42	47	

ANEXO 4: INTERPRETACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ESTILOS EDUCATIVOS

	Muy baja		Baja		Moderada				Alta		Muy alta	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(En este caso, las áreas coloreadas se corresponderían con un Estilo Educativo Asertivo)

SOBREPROTECTOR	
<i>Sobreprotector</i>	Alta – Muy alta
<i>Inhibicionista</i>	Muy Baja - Baja
<i>Punitivo</i>	Moderada - Alta
<i>Asertivo</i>	Moderada - Alta

INHIBICIONISTA	
Sobreprotector	Muy baja - Baja
Inhibicionista	Alta – Muy alta
Punitivo	Muy baja - Baja
Asertivo	Moderada - Alta

PUNITIVO	
<i>Sobreprotector</i>	Muy baja - Baja
<i>Inhibicionista</i>	Moderada - Alta
<i>Punitivo</i>	Alta – Muy alta
<i>Asertivo</i>	Moderada - Alta

ASERTIVO	
<i>Sobreprotector</i>	Muy baja - Baja
<i>Inhibicionista</i>	Muy baja - Baja
<i>Punitivo</i>	Moderada
<i>Asertivo</i>	Alta – Muy alta

INHIBICIONISTA - PUNITIVO	
<i>Sobreprotector</i>	Muy baja - Baja
<i>Inhibicionista</i>	Alta – Muy alta
<i>Punitivo</i>	Alta – Muy alta
<i>Asertivo</i>	Baja - Moderada

SOBREPROTECTOR- PUNITIVO	
<i>Sobreprotector</i>	Alta – Muy alta
<i>Inhibicionista</i>	Muy Baja - Baja
<i>Punitivo</i>	Alta – Muy alta
<i>Asertivo</i>	Moderada - Alta

ASERTIVO- SOBREPROTECTOR	
<i>Sobreprotector</i>	Alta – Muy alta
<i>Inhibicionista</i>	Muy baja- Baja
<i>Punitivo</i>	Muy baja - Baja
<i>Asertivo</i>	Alta- Muy alta

FALSO ASERTIVO	
<i>Sobreprotector</i>	Baja - Moderada
<i>Inhibicionista</i>	Muy baja - Baja
<i>Punitivo</i>	Alta – Muy alta
<i>Asertivo</i>	Alta – Muy alta

PERFIL EDUCATIVO NO DEFINIDO	
<i>Sobreprotector</i>	Moderada
<i>Inhibicionista</i>	Baja
<i>Punitivo</i>	Moderada
<i>Asertivo</i>	Moderada