

# CALIDAD DE LAS RELACIONES FAMILIARES, SU RELACIÓN CON LA SALUD Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES

## QUALITY OF FAMILY RELATIONS, ITS RELATION TO HEALTH AND AT-RISK BEHAVIOUR IN ADOLESCENTS

*M<sup>a</sup> Cristina Sánchez López\**, *Joaquín Parra Martínez\*\**  
y *Ana Isabel Rosa Alcázar\*\*\**

### RESUMEN

El estudio que presentamos en este artículo tiene como propósito general el análisis de la relación existente **entre la calidad de las relaciones** de los adolescentes con su familia inmediata, la **salud** entendida de dos modos: **salud física** y **salud psicológica**, y el **consumo de sustancias adictivas** para la salud. Para ello los participantes fueron 170 sujetos de ambos géneros con edades comprendidas entre 14 y 20 años. Los resultados muestran que existen relaciones significativas entre los constructos mencionados, las asociaciones entre la calidad de las relaciones percibidas en el contexto familiar y estas dos perspectivas de salud consideradas (física y psicológica) se concretan y matizan en función de variables sociodemográficas, tales como edad, sexo y régimen de escolarización, y en función de las figuras específicas objeto de relación como son el padre, la madre o los hermanos.

**Palabras clave:** adolescentes, calidad de las relaciones, salud.

### ABSTRACT

The general purpose of the research presented in the following article is the analysis of the relation existed between the quality of the relations that teenagers have with their close family, considering

---

\* M<sup>a</sup> Cristina Sánchez López, es Psicopedagoga y diplomada en Magisterio y ha trabajado en líneas de investigación como atribuciones causales y adolescentes y en evaluación de contextos, dentro de lo que es la evaluación psicopedagógica, está acotando teórica y empíricamente las dimensiones del clima familiar en adolescentes.

\*\* Joaquín Parra Martínez, es Profesor Titular del Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en educación de la Universidad de Murcia, imparte docencia de la Asignatura "Diagnóstico en Educación", ha participado en líneas de investigación sobre hábitos de estudio en universitarios, baremación de tests de condición física, intereses vocacionales y evaluación de contextos.

\*\*\* Ana Isabel Rosa Alcázar, es doctora en Psicología, ha impartido docencia en la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia en asignaturas de Psicología Social y Técnicas de Intervención y Tratamiento Psicológico, y ha trabajado en líneas de investigación como Entrenamiento a Padres, Fobia Social y Depresión en Niños y Adolescentes.

health in two different ways: physical health and psychological health, and the consumption of addictive substances for the health. For this reason the sample used has been composed by 170 individuals of both sexes with ages among 14 and 20. The results show that meaningful relations between the previously mentioned terms exist. The associations between the quality of the perceived relations in the context of the family and these two considered ways of health (physics and psychological) are concreted and clarified according not only to social-demographic variables, such as age, sex and way of the boarding school régime, but also to specific figures which are important in the relation, such as the father, the mother or the brothers.

**Key words:** teenagers, quality of the relations, health.

## Introducción

En las investigaciones en torno a las influencias sociales en la salud mental, el apoyo social ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados. Sus repercusiones sobre el bienestar psicológico han sido claramente establecidas, destacando que dicho apoyo es uno de los principales promotores de la salud (Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998; Sarason, 1999). Por apoyo social, entendemos todas aquellas provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales, familiares y amigos íntimos (Lin, Dean y Ensel, 1986).

Durante la adolescencia, etapa en la que se ha centrado nuestra investigación, los proveedores de apoyo en la familia parecen desempeñar un rol único en la vida de estos chicos (Barrera y Li, 1996). En la preadolescencia, las madres son consideradas como la más importante fuente de apoyo emocional (Furman y Buhrmester, 1985). Por otro lado, Aseron, Sarason y Sarason (1992) y Van Aken y Asendorf (1997) encontraron que la relación con el padre y la madre, era considerada por los jóvenes como fuente de apoyo instrumental, afectivo y emocional que correlacionaba con mayores índices de salud mental. Recientemente, Seidman y cols. (1999) señalaron que el apoyo social procedente de los padres se relacionaba negativamente con medidas de internalización de síntomas, problemas de comportamiento, conductas de riesgo para la salud, etc. tanto en chicos como en chicas; mientras que otros autores (eg. Slavin y Rainer, 1990) sólo hallaron relación en el caso de las chicas. Rodríguez Marín (1995) ha podido comprobar a lo largo de todas sus investigaciones que cuanto mayor es el apoyo social que una persona recibe (y percibe) en la forma de relaciones estrechas con los miembros de su familia, parientes, amigos, etc. menor será la probabilidad de que esa persona enferme o lleve a cabo conductas de riesgo para la salud.

Una de dichas conductas de riesgo es el consumo de sustancias adictivas (eg. café, alcohol, marihuana, cocaína, etc.). En nuestro país, últimamente, la situación global de las drogodependencias ha experimentado importantes cambios no sólo en cuanto al aumento de consumidores sino respecto del tipo de sustancia consumida (Rivas, Cruzado y Graña, 1999). Los consumidores actuales no sólo lo son de sustancias como las pastillas o el éxtasis, sino que también incluyen en sus pautas de consumo, otras sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína y los alucinógenos. Es una situación realmente alarmante, sobre todo, si tenemos en cuenta que es en la adolescencia cuando se inician los primeros contactos con las sustancias adictivas, pudiendo, en esta etapa, instaurarse y consolidarse el consumo y abuso de las mismas.

Centrándonos en el estudio de estas sustancias, se ha podido comprobar que son tanto causa como consecuencia de múltiples variables. Como causa, generan fenómenos de alto coste social, familiar y económico en la comunidad, aumentan los índices de enfermedades mentales, las discapacidades crónicas y terminales, las enfermedades asociadas (eg., sida, hepatitis, tuberculosis), así como los niveles de accidentalidad y morbimortalidad; y son inductoras de conductas violentas en los contextos social y familiar. Al ser también consecuencia, es importante limitar y analizar cuáles son los factores de riesgo o variables que inciden en la necesidad de consumir, así pues, es necesario estudiar, entre otras, las variables familiares, psicológicas, escolares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales, las leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, la fácil disponibilidad de esas sustancias, la desorganización del entorno social, los problemas de conducta precoces y persistentes, etc. (Yaria, 1999). La naturaleza multicausal del abuso de sustancias en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de diversos factores de riesgo y protección.

En esta línea de investigación, Kandel y Andrews (1987) encontraron que factores como la ausencia de implicación materna, la ausencia o inconsistencia de la disciplina parental y las bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos precedían el inicio del consumo de drogas. Tasic, Budjanovac y Mejovsek (1997) descubrieron que las relaciones afectivas, el afecto o vínculo paterno-filial positivo correlaciona con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta. Otros autores (eg., Alonso y Del Barrio, 1994; Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999 y Muñoz-Rivas y Graña, 2001), analizaron la influencia de la comunicación familiar, la cohesión familiar o participación en las decisiones familiares y la ausencia de conflicto familiar y encontraron que influían en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias ya que muchos adolescentes han utilizado las drogas como evasión de las riñas familiares y de la falta de atención hacia ellos por parte de sus padres. También se ha sugerido que generalmente el consumo de drogas va precedido de algún tipo de malestar emocional, reduciendo el mismo, tras el consumo (Aneshensel y Huba, 1983; Kaplan, 1985; Shedler y Block, 1990), aunque sus efectos nos son duraderos o eficaces a largo plazo.

Por otro lado, Olson y cols. (1989) identificaron dos dimensiones del funcionamiento familiar que tenían gran influencia en el desarrollo de la familia y en el mayor o menor sentimiento de apoyo: la cohesión y la adaptabilidad familiar. Por cohesión se entiende el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, mientras que la adaptabilidad familiar está relacionada con la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, las relaciones entre los roles y las reglas en respuesta al estrés situacional. Sarason, Pierce, Bannerman y Sarason (1993) descubrieron que, en la adolescencia, el apoyo y la profundidad (o impacto significativo de la relación a lo largo de la vida) de las relaciones familiares estaban bastante relacionados entre sí, siendo independiente la existencia o no de conflictos entre padres e hijos y hallando relación entre estas variables y salud física y psíquica de los sujetos. Timko y Moos (1996) señalan la menor implicación en conductas desviadas y consumo de sustancias en los adolescentes que perciben altos niveles de apoyo de la madre. No obstante, hemos de considerar que cierto nivel de conflicto padres-hijos es normal en esta etapa. Algunos autores han encontrado resultados diferentes; así, han concluido que en este periodo, existen más conflictos con las madres que con los padres (Collins y Russel, 1991; Noller, 1994), que los conflictos se dan al principio de la adolescencia, desapareciendo pos-

teriormente (Baumrind, 1991; Collins y Laursen, 1992), o que no existen diferencias, en cuanto al conflicto, a lo largo de este periodo (Fuhrman y Holmbeck, 1995).

Por otro lado, Wills, Mariani y Filer (1996) plantean la relevancia del apoyo paterno, así como de las competencias sociales y de las estrategias de afrontamiento aprendidas en el contexto familiar y su relación con la mayor resistencia del adolescente a las presiones del grupo de iguales. Son muchos los estudios que señalan que, durante la adolescencia, la asociación con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas por dos motivos esenciales: el efecto de modelado del grupo y la disponibilidad de drogas por parte de esos modelos (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Kandel, Davies y Baydar, 1990).

En cualquier caso, hemos de señalar que la familia ya sea como un factor de riesgo o como un recurso de tratamiento, ejerce una influencia primaria en el abuso de drogas por parte del adolescente.

## Objetivos

El objetivo general de nuestro estudio es analizar la **calidad de las relaciones familiares** (apoyo, conflicto y profundidad) y su asociación con algunos **indicadores de salud física**, con el **bienestar psicológico** (percepción de satisfacción vital, afecto positivo y afecto negativo) y con el **consumo de sustancias adictivas** para la salud, en adolescentes que estudian en un centro escolar que oferta dos regímenes: ordinario e internado.

Este objetivo general se ha concretado en cinco **objetivos específicos**:

1. Observar la forma global en que se concreta el constructo **calidad de las relaciones familiares**, valorando la asociación que existe entre las tres dimensiones que lo definen: *apoyo*, *conflicto* y *profundidad* en la relación.
2. Analizar las tres dimensiones que definen el constructo **calidad de las relaciones**: *apoyo*, *conflicto* y *profundidad*; atendiendo al género, edad y régimen de escolarización y considerando tres figuras específicas de relación (padre, madre y hermanos).
3. Apreciar si existe asociación entre las tres dimensiones que definen el constructo **calidad de las relaciones**: *apoyo*, *conflicto* y *profundidad*, consideradas de forma general y de manera específica (referidas al padre, madre y hermanos), y algunos **indicadores salud física**.
4. Observar si existe relación entre las tres dimensiones que definen el constructo **calidad de las relaciones**: *apoyo*, *conflicto* y *profundidad*, consideradas de forma general y de manera específica (referidas al padre, madre y hermanos), y el **consumo de tabaco, café, alcohol, drogas blandas y drogas duras**.
5. Averiguar si las dimensiones del constructo **calidad de las relaciones**: *apoyo*, *conflicto* y *profundidad*, consideradas de forma general y de manera específica (referidas al padre, madre y hermanos), se relacionan con las dimensiones empleadas para definir el **bienestar psicológico** percibido (satisfacción vital, afecto positivo y afecto negativo).

## Metodología

### Participantes

Los participantes de este estudio son 170 estudiantes de ambos géneros, con edades comprendidas entre 14 y 20 años. Estos sujetos pertenecen a un centro escolar de la Región de Murcia con dos tipos de escolarización: régimen ordinario y régimen de internado.

### Instrumento

El instrumento utilizado es un cuestionario compuesto por **cuatro bloques** con el siguiente contenido:

#### *Bloque I*

Variables sociodemográficas o situacionales: edad, género, nivel, régimen, etc.

#### *Bloque II*

Una adaptación del “Inventario de Calidad de las Relaciones (QRI)” de Sarason (1999), que pretende recoger la **calidad de las relaciones** en contextos específicos. En nuestro caso, la adaptación ha consistido en ampliar el rango de variabilidad en las respuestas pasando de tres a cuatro opciones y la concreción del objeto de sus percepciones: su relación y la interacción con sus padres, madres y hermanos. Este instrumento permite aislar tres dimensiones denominadas *apoyo* (percepción por parte de los sujetos de otra persona como fuente de asistencia en situaciones variadas de la vida), *profundidad* (la intensidad o la medida con la que creen que se da o impacta la relación personal específica, en este caso con padres, madres y hermanos) y *conflicto* (percepción de situaciones de colisión o de desencuentro en la relación con las personas especificadas en la relación).

Originariamente este instrumento ofrecía al autor coeficientes alfa de Crombach que oscilaban entre 0.80 y 0.90. (Sarason, 1999). En nuestro caso, podemos expresar varios tipos de coeficientes: a) cuando consideramos todos los ítemes de todas las subescalas y todas las opciones de concreción de la relación (padre, madre y hermano) obtenemos un coeficiente de 0.86; b) cuando especificamos por subescalas alcanzamos coeficientes alfa de 0.89 para *apoyo*, de 0.94 para la de *profundidad* y para la referida a *conflicto* de 0.87.

#### *Bloque III*

Preguntas referidas al constructo **bienestar psicológico**, de acuerdo a como lo ha expresado Sánchez-Cánovas (1998: 7) y de manera mas concreta (en forma de instrumento de recogida de información) Alsinet, Casas y Rosich (2000): a través de tres subescalas, una de *satisfacción vital* (para la que se utiliza la escala ESVE) y dos escalas más, una de *afecto positivo* y otra de *afecto negativo*. Estos instrumentos han ofrecido coeficientes alfa de fia-

bilidad claramente satisfactorios: respecto a la subescala *satisfacción vital* el coeficiente alfa es 0.85; en cuanto a *afecto positivo* ha sido igual a 0.89; y, por último, el coeficiente alfa de la escala de *afecto negativo* es de 0.88.

#### *Bloque IV*

Seis indicadores referidos al constructo **problemas de salud física** para los que se ha utilizado una escala tipo Lickert con cinco rangos de variabilidad y que nos ofrece un coeficiente alfa de fiabilidad de 0.63; y una lista de control sobre el **consumo de sustancias perjudiciales** para la salud.

#### *Procedimiento*

El cuestionario se administró a los sujetos en horario escolar por un miembro del equipo de este estudio, garantizando de este modo la identidad instruccional a todos los grupos. El tiempo medio de contestación de la totalidad del cuestionario fue de 50 minutos para los bloques I, II y III y de 35 minutos aproximadamente para el bloque IV.

### **Análisis de datos**

Para el análisis descriptivo de los datos recogidos se han realizado: análisis correlacionales para asociar los constructos calidad de las relaciones, problemas de salud y bienestar psicológico subjetivo, y análisis de varianza (ANOVA) para observar si existen diferencias significativas del constructo calidad de las relaciones, problemas de salud y bienestar psicológico percibido en función de las variables situacionales y sociodemográficas. Por otra parte, se han generado tablas de contingencia con el fin de establecer estudios diferenciales, tomando como referencia las variables género, edad y consumo de sustancias no beneficiosas para la salud. El tratamiento y análisis de los datos ha sido efectuado mediante el programa estadístico SPSS, versión 10.0 para Windows.

#### **Objetivo primero**

**Observar la forma global en que se concreta el constructo calidad de las relaciones familiares, valorando la asociación que existe entre las tres dimensiones que lo definen: apoyo, conflicto y profundidad en la relación.**

Como hemos señalado este constructo viene definido por tres escalas denominadas apoyo, profundidad y conflicto y cada una de las tres se ha expuesto a la consideración de los sujetos participantes haciendo concreciones o referencia a tres situaciones de relación específica que fueron las que se dan con el padre, con la madre y con los hermanos.

Estas dimensiones se nos muestran relacionadas entre sí de la manera que se aprecia en la tabla 1.

Habiendo obtenido para cada una de las tres dimensiones una puntuación directa, se observan asociaciones estadísticamente significativas a través de las correlaciones bilaterales

**TABLA 1: Correlaciones entre las dimensiones que definen “Calidad de las relaciones”.**

	APOYO	CONFLICTO	PROFUNDIDAD
APOYO	1,000	-,371**	,802**
CONFLICTO	-,371**	1,000	-,263*
PROFUNDIDAD	,802**	-,263*	1,000

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

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

realizadas entre ellas. Es decir que, en función del sentido de los ítemes y las propias escalas, en aquellos casos en los que se percibe *alto el apoyo* de figuras y situaciones concretas también se da *alta la profundidad* o intensidad de las relaciones y *bajas las relaciones de conflicto* o desencuentro entre ellos.

### Objetivo segundo

**Analizar las tres dimensiones que definen el constructo calidad de las relaciones: apoyo, conflicto y profundidad; atendiendo al género, edad y régimen de escolarización y considerando tres figuras específicas de relación (padre, madre y hermanos).**

#### *Respecto a la escala de Apoyo*

La relación de apoyo se pretende explorar a través de una escala compuesta por siete ítemes, todos ellos con el mismo sentido (Sarason, 1999). Con esta escala pretendemos conocer en qué medida nuestros sujetos perciben a otras personas (como es el caso del padre, la madre y los hermanos) como figuras a las que podría pedir consejo, ayuda, contar con ellas, etc.

Los resultados que hemos obtenido de los análisis de diferencias de medias entre los apoyos percibidos de padre, madre y hermano nos indican que *la figura que es percibida ofreciendo mas apoyos es la madre, seguida del padre y después de los hermanos*. Esta diferencia es, estadísticamente, significativa entre la percepción que los participantes tienen sobre el apoyo que puede dar la madre y el que da el padre, por un lado, y el que da la madre con el apoyo que dan los hermanos. No existe diferencia significativa entre el tipo de apoyo que se percibe en el padre con el que se percibe en los hermanos.

De forma global, es decir, considerando la puntuación directa del apoyo total independiente de la figura que se trate, no se observa diferencia significativa en la forma de sentir nuestros participantes los apoyos en función de las variables situacionales de “género”, “edad” o “régimen de escolarización”.

En cambio, de manera específica, en función de la figura a la que se refieran (padre, madre o hermanos), puede apreciarse alguna diferencia a propósito de las variables “edad” y “régimen de escolarización”, pero no se encuentran diferencias en función de “género”. Así,

respecto a la “**edad**” y *el apoyo que se percibe en la madre*, los participantes se manifiestan como en un ciclo de ida y vuelta: hasta los catorce años, aproximadamente, se reconoce la figura de la madre como susceptible de ofrecer apoyo de manera significativa, en las edades centrales de la adolescencia disminuye esta percepción y se aleja de los sujetos la idea de reconocerla como figura de apoyo, mientras que vuelve a surgir mayor reconocimiento de su apoyo en la adolescencia tardía. En cuanto a la variable “*edad*” y *el apoyo que se percibe en los hermanos*, se puede observar que a medida que aumenta la edad de los sujetos participantes en el estudio va apreciándose y reconociendo mayor frecuencia el apoyo en la figura de los hermanos. Respecto al “**régimen de escolarización**”, se observa de manera estadísticamente significativa que los chicos y chicas que están en “régimen de internado” encuentran en los hermanos una figura de apoyo con mucha más frecuencia que los denominados “externos”.

#### *Respecto a la escala de Conflicto en la relación*

La relación o la existencia de *conflicto* se pretende explorar a través de una escala compuesta por siete ítems, todos ellos con el mismo sentido (Sarason, 1999). Al usarla pretendemos conocer en qué medida nuestros sujetos perciben las relaciones con otras personas (como es el caso del padre, la madre y los hermanos) con situaciones de colisión o de desencuentro.

Con los resultados que hemos obtenido en los análisis de diferencias de medias entre los *conflictos* percibidos con el padre, con la madre y con los hermanos no encontramos diferencias significativas entre ellos. Es decir, no existe una figura con la que los participantes observen un mayor nivel de conflictos que con otra.

De forma global, es decir considerando la puntuación directa total de la escala *conflicto*, hemos encontrado diferencias significativas en función de la variable “**género**”, no ha sido así en función de las variables “*edad*” y “*régimen de escolarización*”. En concreto, las chicas perciben las relaciones que mantienen de forma global con más situaciones de conflicto y desencuentros que los chicos.

De manera más específica, en función de la figura a la que se refieran (padre, madre o hermanos), puede apreciarse alguna diferencia en función de las variables “**género**” y “*régimen de escolarización*”, pero no se encuentran diferencias en función de la “*edad*”. Así, respecto al “**género**”, las chicas encuentran más situaciones de conflicto o de colisión en la relación que los chicos, cuando se trata de la figura de los hermanos o hermanas. Y, respecto al “**régimen de escolarización**”, también se aprecian manifestaciones de conflicto diferentes cuando se trata de la figura de los hermanos: los alumnos externos encuentran en mayor medida situaciones de conflicto, de colisión o desencuentros con sus hermanos que los alumnos internos. Algo coherente con lo señalado a cerca del “*apoyo*” y su forma de percibirlo por los hermanos en régimen de internado.

#### *Respecto a la escala de Profundidad en la relación*

La profundidad en la relación se pretende explorar a través de una escala compuesta por seis ítems, todos ellos con el mismo sentido (Sarason, 1999). Con esta escala pretendemos

conocer en qué medida o con qué importancia o intensidad perciben nuestros sujetos sus relaciones con otras personas como es el caso del padre, la madre y los hermanos.

La *profundidad de la relación entre los sujetos con sus padres, madres o hermanos es similar*, o al menos, no existe una diferencia estadísticamente significativa. Es decir, no existe una figura, frente a las otras, que los sujetos la perciban con una relación de mayor intensidad o profundidad con ellos.

De forma global, es decir, considerando la escala referida a la profundidad en las relaciones y su puntuación total, independiente de la figura que se trate, hemos encontrado diferencias significativas en función de la variable “género”, no ha sido así en función de las variables “edad” y “régimen de escolarización”. En concreto, las chicas perciben sus relaciones con mayor intensidad o profundidad que los chicos.

Si atendemos, mas concretamente, a la figura específica a la que hace referencia la relación (con el padre, madre y hermanos) sigue encontrándose diferencias significativas sólo en función de la variable “**género**”, no apreciando diferencia en base a otras variables como la “edad” o el “régimen de escolarización”. Así, tanto respecto a la profundidad de las relaciones con la madre como a la profundidad que se percibe en la relación con los hermanos, las chicas las consideran más intensa o más profundas que los chicos.

### Objetivo tercero

**Apreciar si existe asociación entre las tres dimensiones que definen el constructo calidad de las relaciones: apoyo, conflicto y profundidad, consideradas de forma general y de manera específica (referidas al padre, madre y hermanos), y algunos indicadores salud física.**

Como se puede apreciar en la tabla 2, una de las escalas que componen el constructo “calidad de las relaciones en el contexto familiar” correlaciona positivamente con algunos indicadores de salud. En este caso, habiendo considerado un conjunto de ítems (con un coeficiente de fiabilidad alpha de Crombach de 0.62) referidos a “*problemas de salud*” tales como dolor de cabeza, de estómago, de espalda, dificultades para dormir, sentirse mareado y dolor de muelas (contemplados ya en otra ocasión por nosotros: Sánchez, Parra y Rosa, 2002), se ha podido apreciar que se da una asociación alta con la escala denominada *conflicto*. Es decir, según el sentido de los ítems, **aquellos participantes que manifiestan tener más situaciones de conflicto** o de colisión en sus relaciones con los miembros de su familia directa **indican también que tiene más problemas de salud** como los que se han señalado. Sin duda, junto con dimensiones del “bienestar psicológico percibido”, en concre-

**TABLA 2: Correlaciones entre “Calidad de las relaciones” e “Indicadores de salud física”.**

	APOYO	CONFLICTO	PROFUNDIDAD
Indicadores de salud física	-,158	,332**	,020

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

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

to la percepción de afecto negativo (como señalábamos en el trabajo mencionado), nos vienen a informar, dicho en términos casi coloquiales, que los malestares y problemas parecen ir siempre acompañados.

#### Objetivo cuarto

**Observar si existe relación entre las tres dimensiones que definen el constructo calidad de las relaciones: apoyo, conflicto y profundidad, consideradas de forma general y de manera específica (referidas al padre, madre y hermanos), y el consumo de tabaco, café, alcohol, drogas blandas y drogas duras.**

Teniendo en cuenta el formato de las variables, se han observado las escalas del cuestionario de calidad de las relaciones (apoyo, conflicto y profundidad) junto con las variables que definen conductas de riesgo para la salud en adolescentes como el consumo de tabaco, café, alcohol, drogas blandas y duras, todo ello con el fin de saber si pueden estar asociadas.

Los resultados, en los que se detecta una significación estadística subrayable, nos permiten afirmar lo siguiente:

- a) Quienes no consumen tabaco manifiestan tener un mayor nivel de apoyo considerado de forma global (tanto de padre, madre y hermanos), y, lógicamente, quienes consumen tabaco indican tener menos apoyo.

Resulta muy significativo al considerar la figura de los hermanos y el consumo de tabaco. Curiosamente quienes manifiestan consumir tabaco obtienen puntuaciones más altas en apoyo de los hermanos y menores puntuaciones en la escala de conflictos con ellos.

- b) Quienes consumen drogas blandas manifiestan tener un nivel mayor de conflicto global respecto al contexto familiar que estamos presentando en nuestro estudio. Cobra relevancia el hecho de que el menor nivel de conflicto con los hermanos lo presentan los participantes que dicen consumir drogas blandas, frente a los que no consumen estas drogas.

#### Objetivo quinto

**Averiguar si las dimensiones del constructo calidad de las relaciones: apoyo, conflicto y profundidad, consideradas de forma general y de manera específica (referidas al padre, madre y hermanos), se relacionan con las dimensiones empleadas para definir el bienestar psicológico percibido (satisfacción vital, afecto positivo y afecto negativo).**

Se ha podido observar unas asociaciones coherentes con lo esperado (y reflejado en la introducción) entre la calidad de las relaciones de los participantes con las figuras de su contexto familiar y las puntuaciones en las escalas de bienestar psicológico percibido.

En primer lugar, se encuentran correlaciones significativas en sentido positivo entre la escala de apoyo considerada de forma global y las escalas de satisfacción vital y afecto positivo y en sentido negativo con la escala de afecto negativo. Es decir, que aquellos partici-

pantes que manifiestan recibir en gran medida apoyos en su contexto familiar se perciben a sí mismos, también, disfrutando ampliamente de una situación de satisfacción vital (estar satisfecho con la vida que llevan, tener la sensación de que le va bien en la vida, etc.) y de afectos positivos (estar ilusionado por algunas cosas, pasarlo bien con otras personas, etc.). Y, al mismo tiempo, estos participantes presentan un bajo nivel de afecto negativo (sentirse ridículo, tener miedo, estar aburrido, etc.).

Algo similar sucede con la escala en la que se aprecian las relaciones de conflicto de los participantes con los miembros de su contexto familiar. Aquellos sujetos que aparecen con puntuaciones *altas* en la escala de *conflicto* con padre, madre y hermanos lo hacen también con puntuaciones *altas* en la utilizada para explorar el *afecto negativo* y *bajas* en las que medían el *bienestar psicológico percibido* y *afecto positivo*. Algo totalmente coherente.

*Y por último, se puede apreciar también una correlación positiva, con significación estadística, entre la profundidad o intensidad de las relaciones en el contexto familiar y la escala de satisfacción vital.*

**TABLA 3: Correlaciones entre “Calidad de las relaciones” y “Bienestar percibido”.**

	AFECTO NEGATIVO	SATISFACCIÓN VITAL	AFECTO POSITIVO
APOYO	-,194*	,338**	,192*
CONFLICTO	,451**	-,461**	-,231*
PROFUNDIDAD	-,167	,321**	,182

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

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

## Discusión y conclusiones

### Calidad de las relaciones familiares y salud física

En este estudio hemos pretendido analizar si la calidad de las relaciones familiares, entendida como percepción subjetiva de apoyo, profundidad en las relaciones y conflicto, está relacionada con ciertos indicadores de salud física (e.g., dolor de cabeza, espalda, estómago dificultades para dormir, etc.), con el bienestar psicológico y con el consumo o no de sustancias adictivas nocivas para la salud.

Hemos podido observar que, al igual que indicaron otros autores (Sarason, Pierce, Banerman y Sarason, 1993), existe una alta correlación positiva entre dos de las dimensiones que constituyen la calidad de las relaciones: percepción de apoyo y profundidad, destacando la figura materna como aquella que más apoyo suscita en el adolescente. Este resultado es coincidente con el alcanzado por Timbo y Moos (1996). Es importante destacar que la sensación de apoyo de la figura materna no va a ser inmutable a lo largo de la adolescencia, sino que variará dependiendo de la edad del sujeto; es decir, hasta los catorce años, la madre es la principal fuente de apoyo; de los catorce a los dieciséis años, la percepción de apoyo materno disminuye para volver a incrementarse a la edad de los diecisiete años. Este resultado es congruente con el proceso evolutivo del adolescente, pasando por etapas de acercamiento y distanciamiento hacia sus figuras parentales.

En cuanto a la percepción de **apoyo** de los hermanos, descubrimos que, a medida que aumenta la edad de los adolescentes, se aprecia y reconoce mayor apoyo de aquellos; siendo, lógicamente, más fuerte esta percepción en el grupo de sujetos internos ya que, por un lado, su grupo familiar se reduce durante la semana a sus hermanos (en el caso de que éstos últimos estén también internos) y, por otro, a medida que se hacen mayores, van estableciendo más relaciones de tipo simétrico y se vuelven más independientes respecto de las figuras de autoridad.

Respecto a la variable **conflicto** entre hermanos, hemos podido observar que las chicas presentan mayores niveles de conflicto que los chicos; de igual modo, los alumnos denominados externos presentan mayor nivel de conflicto con sus hermanos al compararlos con los internos. Este último resultado podría ser explicado en relación con la variable anterior (apoyo) ya que, o bien su grupo familiar, como hemos mencionado anteriormente, se reduce a sus hermanos durante la semana; o bien, si no están viviendo juntos en el internado, los momentos de convivencia suelen ser más intensos y menos conflictivos. Por otro lado, al igual que Fuhrman y Holdbeck (1995), no apreciamos diferencias o variaciones de situaciones de conflicto en los distintos años en los que transcurre la adolescencia.

Centrándonos en la variable **profundidad** en la relación, hemos comprobado que las chicas, al igual que presentan mayor conflicto –ya indicado anteriormente–, también perciben más profundas sus relaciones que los chicos, siendo esta relación más intensa con la madre y los hermanos que con el padre.

Analizando ahora la relación entre las variables que componen el constructo calidad de relaciones y los problemas de salud, hemos observado que, nuestros resultados son coincidentes con los de otros autores (e.g., Rodríguez Marín, 1995; Sarason, Pierce, Bannerman y Sarason, 1993; Seidman y cols., 1999), destacando una alta correlación entre problemas de salud y conflicto familiar. Ello nos lleva a cotejar la posibilidad de que el apoyo familiar pueda influir directamente en la salud física y en la aparición o no de enfermedades.

### **Calidad de las relaciones y consumos de riesgo**

Respecto a la relación entre consumo de sustancias adictivas y calidad de las relaciones, hemos apreciado que, en el caso de consumo de tabaco y otras drogas blandas (e.g., cannabis), existe una relación negativa entre el apoyo considerado globalmente y su consumo; es decir, los adolescentes que menos apoyo encuentran coinciden en ser los que consumen más tabaco y drogas blandas. Este dato también es coincidente con los resultados hallados por otros investigadores (Kandel y Andrews, 1987; Kaplan, 1985; Timbo y Moos, 1996). No obstante, los sujetos que más tabaco y drogas blandas consumen encuentran más apoyo en los hermanos y menor conflicto con los mismos. Esto podría ser explicado porque quizás los hermanos actúen en este caso como grupo de iguales, actuando como modelo, y facilitando e incluso premiando dicho consumo.

En cuanto a la relación entre calidad de relaciones y bienestar psicológico, hemos podido comprobar que a mayor percepción de apoyo, los sujetos sienten mayor bienestar psicológico, mayor afecto positivo y menor afecto negativo. Es decir, se sienten más felices, menos ridículos, con ganas de vivir, no tienen miedo, etc. Por otro lado, a mayor sensación de conflicto en las relaciones, suelen presentar mayores problemas de tipo emocional (desgana, apatía, tristeza, etc.). Finalmente, a mayor profundidad en las relaciones, mayor bie-

nestar psicológico y menor presencia de síntomas negativos (e.g., miedo, aburrimiento, ganas de llorar, soledad, etc.). Estos resultados vienen a indicar, al igual que los hallados por otros autores (e.g., Aseron, Sarason y Sarason, 1992; Seidman y cols., 1999; Van Aken y Asendorf, 1997; etc.) que existe una estrecha relación entre calidad de las relaciones y bienestar psicológico.

Finalmente queremos resumir algunas de las principales conclusiones a las que hemos llegado tras la realización de esta investigación:

1. Existe una alta correlación positiva entre percepción de apoyo familiar y profundidad en las relaciones.
2. La calidad de las relaciones influye de forma significativa en la salud física, de modo que a mayor conflicto relacional se da una mayor internalización de síntomas y problemas relacionados con la salud física (e.g., dolor de cabeza, espalda, etc.).
3. El consumo de drogas blandas y tabaco está relacionado con el nivel de apoyo familiar de forma global; es decir, consumen más los sujetos que globalmente experimentan menos apoyo. En el caso de apoyo de los hermanos, la relación es positiva, a mayor consumo, mayor apoyo.
4. La calidad de las relaciones está íntimamente relacionada con el bienestar psicológico del adolescente. De modo que, a mayor percepción de apoyo y profundidad en las relaciones, mayor bienestar emocional sentirá el individuo.

En cuanto a perspectivas futuras, consideramos que sería importante analizar la relación existente entre causas de internamiento en un centro escolar y calidad de las relaciones, problemas emocionales en los sujetos y consumo de sustancias, grupo de pares y consumo de sustancias, congruencia en la percepción de la calidad de las relaciones por parte de los padres y hermanos y los propios adolescentes, etc. Son algunas de las pistas que hemos ido descubriendo como interesantes a analizar ya que pueden iluminar el estudio del mundo del adolescente.

## Referencias bibliográficas

- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1994). "Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol". *Socidrogalcohol (XXI Jornadas Nacionales)* (pp. 623-627).
- Aneshensel, C. S. y Huba, G.J. (1983). "Depresión, alcohol use, and smoking over one year: A four-wave longitudinal causal model". *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 134-150.
- Aseron, R., Sarason, I. y Sarason, B. (1992). *Social support and conflict: Global and relationships specific aspects*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Washington: D.C.
- Barrera, M. y Li, S. (1996). "The relation of family support to adolescents' psychological distress and behavior problems. En G. Pierce, B. Sarason e I. Sarason (eds.)". *Handbook of social support and the family* (pp. 313-344). Nueva York: Plenum Press.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). "Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social". *Investigaciones Psicológicas*, 8, 197-206.
- Baumrind, D. (1991). Effective parenting during the early adolescent transition. En P. A. Cowan y M. Hetherington (eds.), *Family transitions* (pp. 111-163). Hillsdale, Nueva York: LBA.

- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). "Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes". *Psicothema*, 11 (4), 939-956.
- Collins, W. y Laursen, B. (1992). "Conflict and the transition to adolescence". En C. U. Shantz y W. Hartup (eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp. 216-241). Cambridge: Cambridge University Press.
- Collins, W. y Russel, G. (1991). "Mother-child and father-child relationship in middle childhood and adolescence: a developmental analysis". *Developmental Review*, 11, 99-136.
- Fuhrman, W. y Buhmester, D. (1985). "Children's perceptions of the qualities of the sibling relationships". *Child Development*, 56, 448-461.
- Fuhrman, T. y Holmbeck, G. (1995). "A contextual moderator análisis of emotional autonomy and adjustment in adolescence". *Child Development*, 66, 793-811.
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (2000). "Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes". *Psicología Conductual*, 8 (1), 19-32.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). "Apoyo social, estrés y depresión: Un análisis causal del efecto supresor". *Revista de Psicología de la Salud*, 13, 195-203.
- Kandel, D. B. y Andrews, K. (1987). "Procesos of adolescent socialization by parents and peers". *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
- Kandel, D., Davies, M. y Baydar, N. (1990). "The creation of interpersonal context: Homophily in dyadic relationships in adolescence and young adulthood". En L. Robins y M. Rutter (dirs.), *Stright and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 221-241). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, H. B. (1985;). "Testing a general theory of drug abuse and other deviant adaptations". *Journal of Drug Issues*, 15, 477-492.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L. (2001). "Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes". *Psicothema*, 13, 87-94.
- Noller, P. (1994). "Relationships with parents in adolescence: process and outcome". En R. Montemayor (ed.), *Personal relationships during adolescence* (pp. 37-33). California: SAGE publications.
- Olson, D., McCubbin, H, et al. (1989). *Families, what makes them work*. California: Sage.
- Rivas, M. J., Cruzado, J. A. y Graña, J. L. (1999). "Consumo de drogas en adolescentes de la comunidad de Madrid". *Adicciones*, 11 (4), 311-322.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis Psicológica.
- Sarason, B., Pierce, G., Bannerman, A. y Sarason, I. (1993). "Investigating the antecedents of perceived social support: Parents view of and behavior toward their children". *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1071-1085.
- Sarason, I. (1999). "El papel de las relaciones íntimas en los resultados de salud". En J. Buendía (eds.), *Familia y Psicología de la salud* (pp. 113-131) Madrid: Pirámide.
- Seidman, E. y cols. (1999). "The risk and prospective functions of perceived family and peer microsystems among urban adolescents in poverty". *American Journal of Community Psychology*, 27 (2), 211-237.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). "Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry". *American Psychologist*, 45, 612-630.

- Slavin, L. A. y Rainer, K. L. (1990). "Gender differences in emotional support and depressive symptoms among adolescents: a prospective analysis". *American Journal of Community Psychology*, 18, 407-421.
- Tasic, D., Budjanovac, A. y Mejovsek, M. (1997). "Parent-child communication in behaviorally disordered and normal adolescents". *Psicothema*, 9 (3), 547-554.
- Timko, C. y Moos, R. (1996). "The mutual influence of family support and youth adaptation". En G. Pierce, B. Sarason y I. Sarason (eds.), *Handbook of social support and the family*. Nueva York: Plenum Press.
- Van Aken, M. y Asendorf, J. (1997). "Support by parents, classmates, friends and siblings in preadolescence: Covariation and compensation across relationships". *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 79-95.
- Wills, T., Mariani, J. y Filer, M. (1996). "The role of family and peer relationships in adolescent substance use". En G. Pierce, B. Sarason y I. Sarason (eds.), *Handbook of social support and the family*. Nueva York: Plenum Press.
- Yaria, J. A. (1999). "Las drogas y el fenómeno de la globalización". *Revista Española de Drogodependencias*, 24 (2), 97-101.

**Fecha de recepción: 13-05-02**

**Fecha de revisión: 12-11-03**

**Fecha de aceptación: 12-05-04**