

Estrategias de intervención en el ámbito familiar

Guía para promover la implicación
y la participación de la familia en
los programas preventivos



**Diputació
Barcelona**

Esta publicación, elaborada en el marco de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias, pretende ser una herramienta útil para los profesionales que trabajan en la prevención local de las drogodependencias y que necesiten profundizar en las estrategias de intervención en el ámbito familiar.

Autores:

Roberto Secades Villa, José Ramón Fernández Hermida, Gloria García Fernández, Susana Al-Halabi Díaz.

Grupo de Conductas Adictivas. Universidad de Oviedo

Esta guía ha sido elaborada gracias a la colaboración de los miembros de la comisión de trabajo: Montserrat Artés, Ayuntamiento de Sabadell; Judith Carmona, Diputación de Barcelona; Lluís Camino, Mancomunidad Font Santa; Montserrat Custodio, Diputación de Barcelona; Sílvia del Fresno, Ayuntamiento de Sant Sadurní d'Anoia; Núria Garcia, Diputación de Barcelona; Amparo Junquero, Diputación de Barcelona; Assumpta Lluch, Ayuntamiento de Mataró; Rosaura Martín, Diputación de Barcelona; Anna Novell, Ayuntamiento de Mollet del Vallès; Enric Pelaez, PDS (Promoció i Desenvolupament Social); Norma Prat, Diputación de Barcelona; Sílvia Rovira, Ayuntamiento de Roda de Ter; Pilar Sánchez, Diputación de Barcelona; David Sanitjas. Mancomunidad de la Vall del Tenes, y Maribel Serra, Diputación de Barcelona.



**Diputació
Barcelona**

**Àrea d'Atenció
a les Persones**

www.diba.cat

© Diputació de Barcelona

Noviembre 2011

Diseño y producción: Dirección de Comunicación de la Diputación de Barcelona

Depósito Legal B.40759-2011

Índice

| | |
|---|-----------|
| Presentación | 6 |
| I. Introducción. Revisión y situación actual de la prevención familiar | 7 |
| La extensión del consumo. La prevención como vía preferente de control | 7 |
| La relevancia de la familia en la prevención | 8 |
| Datos de estudios transversales..... | 8 |
| Datos de estudios longitudinales | 8 |
| La efectividad de los programas familiares..... | 9 |
| Conclusiones..... | 12 |
| II. La función preventiva de la familia y su impacto como factor de protección frente a factor de riesgo | 14 |
| Introducción..... | 14 |
| Los factores de riesgo familiares para el uso y abuso de drogas | 14 |
| Consumo de drogas y actitudes hacia su consumo por parte de la familia .. | 16 |
| Estilo educativo..... | 17 |
| Conflicto y desorganización familiar..... | 18 |
| Falta de apego o relaciones pobres entre padres e hijos..... | 19 |
| Trastornos de conducta en los padres o en los hijos | 19 |
| Situaciones de abandono, maltrato o abuso..... | 20 |
| Factores protectores familiares | 20 |
| Conclusiones. Implicaciones para la prevención..... | 21 |
| III. Los nuevos modelos familiares..... | 23 |
| Introducción..... | 22 |
| Nuevas dinámicas de la familia nuclear..... | 23 |
| Nuevos modelos familiares..... | 24 |
| Familias monoparentales..... | 25 |
| Familias reconstituidas o combinadas | 25 |
| Familias homoparentales..... | 25 |

| | |
|---|-----------|
| Claves y estrategias de intervención en el ámbito de los nuevos modelos familiares..... | 25 |
| Conclusiones y recomendaciones | 27 |
| IV. Población emigrante y prevención | 28 |
| Introducción..... | 28 |
| Particularidades del fenómeno migratorio y el consumo de drogas | 28 |
| Factores propios del proceso migratorio | 28 |
| Diversidad y pluralidad del colectivo inmigrante | 29 |
| Menores extranjeros no acompañados (MENA) | 30 |
| Claves y estrategias de intervención ante la diversidad y la pluralidad | 31 |
| Conclusiones y recomendaciones generales..... | 32 |
| V. Objetivos y características de los programas y acciones preventivas dirigidas a la familia..... | 34 |
| Los niveles y ámbitos de la prevención..... | 34 |
| Los niveles de la prevención..... | 34 |
| Los ámbitos de la prevención..... | 34 |
| Tipos de prevención familiar | 35 |
| Objetivos de la prevención familiar..... | 36 |
| Técnicas y aproximaciones o enfoques en prevención familiar..... | 38 |
| Técnicas en la prevención familiar | 38 |
| Aproximaciones o enfoques en la prevención familiar..... | 39 |
| Factores relacionados con el éxito de las intervenciones familiares | 41 |
| Características del programa y sus componentes..... | 42 |
| Captación y retención familias | 44 |
| Sesiones de recuerdo..... | 45 |
| VI. Estrategias para captar, motivar e incentivar la colaboración y la participación en los programas preventivos centrados en la familia..... | 47 |
| Introducción: ¿Cuál es el problema?..... | 47 |
| Estrategias de reclutamiento | 49 |
| Posibles alternativas | 54 |
| El papel de los incentivos..... | 54 |
| La importancia del centro escolar | 56 |
| Conclusiones..... | 58 |

| | |
|---|----|
| VII. Conclusión: principios y técnicas de la prevención familiar eficaz | 61 |
| Introducción..... | 61 |
| Algunas cuestiones previas | 62 |
| Hipótesis básicas de la intervención familiar | 62 |
| Principios básicos de los programas de prevención efectivos | 62 |
| Principios básicos de los programas de prevención familiar | 63 |
| Estrategias de prevención familiar | 64 |
| Cómo implantar un programa de prevención familiar..... | 65 |
| Evaluación de un programa de prevención familiar | 66 |
| Dimensiones básicas de la evaluación de la planificación..... | 67 |
| Dimensiones básicas de la evaluación de proceso..... | 67 |
| Dimensiones básicas de la evaluación de resultados | 67 |
| El programa «Familias que Funcionan» | 68 |
| Referencias | 75 |
| Webgrafía | 82 |
| Anexos | 83 |
| Anexo I. Programas de prevención familiar incluidos en el NREPP clasificados según las categorías del IOM..... | 83 |
| Anexo II. Técnicas de modificación de conducta: conceptos básicos | 89 |

Presentación

Me complace presentarles la *GUÍA SOBRE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR* que ha sido elaborada por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo.

La Guía ha sido discutida y analizada por un grupo de profesionales que trabajan en el ámbito de la prevención de las drogodependencias en el ámbito local y del centro SPOTT del Área de atención a las personas de la Diputación de Barcelona. El grupo ha constituido una de las comisiones de trabajo de la Red Local de Prevención de las drogodependencias creada en el año 2006 y que actualmente agrupa a 202 municipios de la provincia de Barcelona.

La familia es un elemento clave en la prevención de las drogodependencias, sin embargo una reflexión que reiteradamente nos plantean los municipios es la escasa implicación y participación de los padres y madres en las intervenciones preventivas dirigidas y centradas en la familia, esta falta de respuesta resulta preocupante si consideramos el papel tan importante que desempeñan en el desarrollo y socialización de los hijos. Entendemos que no es posible una autentica prevención en el ámbito de las drogas sin la participación real del núcleo familiar.

La Guía nace de la necesidad de recoger estrategias de intervención para trabajar con padres y madres y poder ser de utilidad para orientar a los profesionales que elaboran, coordinan e implementan planes locales de prevención de drogo-dependencias.

El Objetivo principal es aportar elementos prácticos y metodológicos que permitan dar **claves y estrategias** para aumentar y promover la participación e implicación de los padres y madres en el desarrollo de acciones preventivas y aportar **recomendaciones** para una política preventiva eficaz a nivel familiar.

Algunos de los temas tratados en la guía son la definición de los objetivos, características generales, niveles de intervención, estrategias y recursos que se deben incluir en los programas preventivos dirigidos a las familias. Estos temas, incluidos en la guía, pretenden reforzar y dar protagonismo a los padres como agentes educativos para conseguir su implicación, colaboración y participación en el diseño y ejecución de proyectos preventivos.

Deseo que el documento ayude a reflexionar y avanzar para trabajar en el ámbito familiar desde los planes locales de prevención de drogas.

Josep Oliva i Santiveri
Diputado delegado de Igualdad,
Ciudadanía y Bienestar Social
de la Diputación de Barcelona

I. Introducción. Revisión y situación actual de la prevención familiar

1. La extensión del consumo. La prevención como vía preferente de control

El consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes españoles y europeos es lo suficientemente amplio como para que constituya uno de las principales preocupaciones en las políticas europeas de salud.

Aunque la última encuesta escolar europea sobre alcohol y otras drogas (ESPAD) (Hibell *et al.*, 2009) correspondiente al año 2007 y llevada a cabo en 35 países europeos, indica una ligera mejoría en relación a la tendencia creciente que se venía observando en el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes de 15 a 16 años desde 1995, las prevalencias de consumo se mantienen altas. Esta ligera desaceleración observada en las series de datos recogidos desde 1995 hasta el 2007 relativos al consumo en jóvenes en Europa no se reparte por igual en todas las sustancias. En el caso del tabaco, los resultados que indican reducción son muy claros tanto en los chicos como en las chicas, mientras que en lo que se refiere al alcohol, los resultados son de un claro estancamiento o, incluso en algún caso, de ligero repunte. Así, las prevalencias de consumo en los últimos 30 días y el de consumo abusivo de alcohol en el último mes se encuentran en el entorno al 60% y el 43%, respectivamente, mostrando cifras iguales, en el primer caso, o superiores, en el segundo, a las recogidas en el año 2003. El uso de drogas ilícitas, entre las que se encuentra el cannabis, no varía mucho a la baja, con una prevalencia global media para todas ellas del 21%. En España la situación no es mejor.

La prevención del consumo de drogas en jóvenes es la estrategia preferida para abordar este importante problema de salud pública y otros problemas asociados (violencia, delincuencia, problemas escolares, etc.) que forman un importante cluster. Una multitud de factores de riesgo y protección condicionan la probabilidad futura o la vulnerabilidad de presentar diversos comportamientos de riesgo y antisociales, entre los que se encuentra el consumo o abuso de sustancias legales o ilegales.

El ámbito familiar agrupa a un importante grupo de estos factores de riesgo y protección, y por ello, se ha convertido en un campo de aplicación prioritario para la prevención. Efectivamente, existen pruebas crecientes de que la familia juega un papel relevante tanto en la prevención como en el tratamiento del consumo de drogas en jóvenes, bien mediante la reducción del riesgo, bien mediante el incremento de la protección o la resiliencia (Velleman, Templeton, y Copello, 2005). Estas pruebas vienen por dos caminos. Por un lado, los estudios correlacionales de los factores de riesgo, tanto transversales (Secades Villa, Fernández Hermida, Vallejo Seco, y Martín González, 2005) como longitudinales (Arteaga, Chen, y Reynolds, 2010; Fallu, Janosz, Brière, Descheneaux, Vitaro, y Tremblay, 2010), han mostrado el relevante papel que juegan las variables familiares en la probabilidad de que aparezcan conductas de consumo o abuso de drogas en los adolescentes. Por otra parte, las investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones familiares suelen corroborar la relevancia de las intervenciones familiares para reducir o retrasar el consumo de drogas en los jóvenes, sobre todo cuando tienen un formato comprensivo y tocan múltiples factores de riesgo y protección, con la intensidad acorde a la gravedad de cada caso (Kumpfer, Alvarado, y Whiteside, 2003).

2. La relevancia de la familia en prevención

Los factores familiares que afectan al consumo de drogas de los jóvenes pueden resumirse en cinco grandes apartados: *apoyo familiar, vínculo padres-hijos, actitudes parentales, estilos educativos y relaciones familiares*. Aunque en capítulo 2 se abordarán con detalle los factores de riesgo y protección familiares, aquí se expondrán brevemente algunos de los factores que hacen que la familia sea relevante en la prevención del consumo de drogas en los jóvenes.

2.1. Datos de estudios transversales

En un amplio estudio realizado en España y publicado en el año 2002 (Secades Villa y Fernández Hermida, 2002), sobre una muestra compuesta por 2.126 jóvenes escolarizados, distribuidos por casi todas las Comunidades Autónomas, en el que se analizaba la influencia de las variables familiares en el consumo de drogas de los jóvenes, se encontró que:

El consumo de drogas estaba relacionado (era más probable) con el hecho de no convivir con ambos padres, presentar un mayor grado de conflicto entre los padres y/o entre los padres y los hijos, la poca realización de actividades conjuntas entre padres-hijos, un estilo educativo parental inadecuado, un consumo de drogas en padres y familiares, una actitud más favorable hacia las drogas legales e ilegales por parte de los padres, y una historia de abuso y/o maltrato familiar.

Las familias de los no consumidores podrían ser descritas, frente a las de los consumidores, con una menor tasa de conflicto, con normas claras que se hacen cumplir, con mejores relaciones padres-hijos y donde se realizan más actividades conjuntamente. Así mismo, en esas familias de no consumidores habría una actitud más beligerante contra las drogas legales y menos maltrato físico y psíquico percibido hacia los hijos.

La capacidad predictiva de las variables familiares sobre el consumo de drogas alcanza casi el 78% de la varianza, siendo las más importantes en orden decreciente: las actitudes de la familia ante las drogas legales, el consumo de drogas de la familia, la calidad de la relación familiar, las actitudes de la familia ante las drogas ilegales, la realización de actividades conjuntas y el conflicto familiar.

2.2. Datos de estudios longitudinales

Los estudios longitudinales tienen más capacidad que los estudios transversales para deducir relaciones de causalidad o efectos predictores entre los factores de riesgo y protección, y el consumo de drogas y otras medidas asociadas (presencia de abuso o dependencia, edad de inicio, tiempo de consumo, problemas asociados al consumo, etc.), ya que permiten analizar las relaciones a lo largo del tiempo, permitiendo conocer qué es lo que sucede primero y qué es lo que viene después, y por esto son esenciales a la hora de analizar la relevancia de los factores de riesgo familiar sobre el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes.

En un primer estudio (Arteaga et al., 2010), realizado con 1.208 participantes y sus familias, se siguió a un grupo de niños pertenecientes a familias de grupos étnicos minoritarios y con bajos ingresos desde el momento en que se encontraban en preescolar hasta que alcanzaron la edad de 26 años. En este trabajo se analizó la influencia de diversas variables (características sociodemográficas y aspectos familiares, escolares y del grupo de los iguales) en diversas etapas (infancia temprana, infancia, adolescencia) sobre las variables de resultados, todas ellas relacionadas con el uso de sustancias en el

momento que cumplen 26 años (edad de primer uso de cada sustancia, abuso y dependencia de sustancias, tiempo que transcurre desde que se empieza a usar hasta que se produce la dependencia).

Los resultados obtenidos indican que las variables familiares tienen una gran importancia para explicar el uso de sustancias. Así, el uso de servicios de protección a la infancia junto con la presencia de conflicto familiar tuvieron un papel clave a la hora de predecir el uso temprano de las sustancias y la presencia de síntomas de dependencia. También se encontró que las variables familiares podían dar cuenta de los resultados obtenidos por otros factores predictivos, tales como la vinculación del joven a otros amigos conflictivos o la movilidad escolar, que tienen influencia a la hora de determinar la prevalencia futura en el consumo de drogas. Por último se encontró que las expectativas de la familia, evaluadas por los profesores, sobre el éxito académico de los hijos en la infancia predecía la prevalencia de consumo de drogas en la edad adulta.

En sentido contrario, se obtuvo que la reducción de estrés familiar producido por la pobreza, la promoción de prácticas parentales positivas (educativas y de control), la reducción del conflicto familiar y la evitación del maltrato infantil funcionaron como factores de protección.

En el segundo estudio (Fallu *et al.*, 2010), se investigó si la supervisión o el control parental durante la infancia condicionaba la prevalencia de consumo en la adolescencia, si se reforzaba con el nivel de apego padre-hijo, y si dicha supervisión paterna podía mediar en otros factores como la exposición a amigos no consumidores. La muestra de este estudio se compuso de 1.037 escolares canadienses de 6 años de edad pertenecientes a familias con bajo nivel económico. Los resultados de consumo de drogas se obtuvieron a la edad de 14-15 años. Los resultados indicaron claramente que la supervisión familiar tuvo un efecto directo sobre el uso de sustancias, reduciendo la probabilidad de consumo en aquellos adolescentes con más riesgo de consumo, y un efecto indirecto en otras variables relevantes como la selección de compañeros o amigos. Así mismo, se confirmó que la supervisión paterna adecuada influye en la presencia de otros factores de riesgo, reduciendo la exposición del joven a la presencia de otros compañeros consumidores o con conductas disruptivas. Parece claro que la familia no ejerce sólo una influencia directa sobre la conducta de riesgo de los jóvenes, castigando, premiando o modelando los comportamientos, sino también tienen un efecto modulador sobre otros factores de riesgo, supervisando la idoneidad de los amigos o del entorno escolar.

3. La efectividad de los programas familiares

Los estudios sobre la efectividad de los programas de prevención familiar dan pie a un moderado optimismo, ya que aunque los efectos encontrados no son muy grandes, resultan significativos y muy relevantes tanto desde el punto de vista clínico como económico.

En una serie de trabajos empíricos de evaluación desarrollados sobre el *Iowa Strengthening Families Program (ISFP)* y el *Preparing for Drug Free Years Program (PDFY – Ahora denominado Guiding Good Choices)* que abarcan desde el año 2001 hasta el 2006 (Spoth, Redmond, Shin, y Azevedo, 2004; Spoth, Shin, Guyll, Redmond, y Azevedo, 2006; Spoth, Guyll, y Day, 2002; Spoth, Redmond, y Shin, 2001), se indica que:

1. Ambos programas son efectivos ya que producen diferencias significativas con el grupo control tanto en la iniciación como en el consumo actual de tabaco, alcohol y marihuana en los jóvenes.

2. Son eficientes ya que tienen una alta ratio de beneficios por cada dólar invertido, debido a que evitan muchos gastos asociados al consumo de drogas en jóvenes. En el caso del ISFP es de 9,60\$ por 1\$ invertido, y en el del PDFY es de 5,85\$ por cada dólar.
3. Los resultados de intervenciones tan breves se mantienen en el tiempo. Así, ha podido probarse que se mantienen diferencias significativas entre el grupo control y los de tratamiento a los seis años de seguimiento. Los grupos de tratamiento presentan menos consumo de alcohol, tabaco y marihuana que el grupo control.
4. Los beneficios de las intervenciones preventivas se producen sin guardar relación con el riesgo inicial de la familia, con lo que se justifica la amplia utilidad de estas intervenciones de prevención universal.

En otra serie de trabajos (Spoth, Randall, Shin, y Redmond, 2005; Spoth, Clair, Shin, y Redmond, 2006; Spoth, Randall, Trudeau, Shin, y Redmond, 2008; Spoth, Redmond, Trudeau, y Shin, 2002) se analizaron los efectos de una intervención combinada de prevención familiar (*Strengthening Families Program* para chicos entre 10 y 14 años, SFP 10-14) y escolar (*Life Skills Training – LST*) sobre la iniciación y prevalencia de consumo de drogas (alcohol, tabaco y marihuana) en jóvenes. Los estudios indicaron que:

1. Al año de seguimiento, la intervención combinada (SFP + LST) produjo mejores resultados que el programa de prevención escolar sólo (LST), comparando los resultados con los obtenidos por un grupo de control.
2. A los dos años y medio de seguimiento, se produjeron incrementos del consumo tanto en el grupo control como en los experimentales, pero se mantuvieron las diferencias en el índice de iniciación. Se encontraron también diferencias positivas en las borracheras semanales, pero no en el uso regular del alcohol.
3. A los cinco años y medio de seguimiento, la prevalencia de consumo de meta-anfetaminas era significativamente menor tanto en el grupo de tratamiento combinado como en el de prevención escolar sólo. También se encontraron diferencias significativas en el índice de iniciación, frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y borracheras, y consumo mensual y frecuente de varias sustancias.

Por otra parte, en un estudio español (Orte, Touza, Ballester, y March, 2008), con 93 familias en las que uno de los padres era toxicómano en tratamiento, se compararon los resultados de dos grupos, uno experimental en el que se aplicó el SFP y otro de control. Los resultados en los apartados de relaciones familiares (implicación parental, comunicación, vínculos y cohesión), habilidades parentales positivas, práctica de supervisión parental, habilidades adaptativas de los hijos en la escuela y las habilidades sociales de los hijos, probaron la efectividad del SFP en este tipo de población selectiva e indicada. Se observaron también un aumento en la autoestima de los hijos y un descenso de su agresividad, hiperactividad, timidez y depresión.

En una exigente revisión *Cochrane* (Gates, McCambridge, Smith, y Foxcroft, 2006) sobre los efectos de los programas preventivos no escolares, que tenían como objetivo reducir o retrasar el consumo de drogas en los jóvenes, se concluyó que los programas más efectivos eran los programas familiares. En la investigación se incluyeron 17 estudios, todos ellos ensayos controlados aleatorizados que evaluaban cuatro tipos de intervenciones: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento en habilidades, programas familiares e intervenciones en la comunidad con componentes múltiples. Sólo uno de los estudios con entrevistas motivacionales y los

programas familiares (*Focus on Families, Iowa Strengthening Families Program y Preparing for the Drug Free Years*) tuvieron efecto sobre el consumo de cannabis en los jóvenes. Entre estos programas familiares, el ISFP obtuvo cierta ventaja en las medidas de prevalencia media y del último año (auto-informadas) de consumo de cannabis obtenidas en un seguimiento de seis años.

Todos los programas de prevención familiar no son igualmente efectivos. En una revisión realizada por Kumpfer y Alvarado (2003), se extrajeron los siguientes principios que influyen en la efectividad de la prevención familiar:

1. Son multicomponente y comprehensivos.
2. Están más centrados en la familia que en padres o hijos únicamente.
3. Mejoran la relación familiar, la comunicación y la supervisión parental.
4. Producen cambios cognitivos, afectivos y conductuales en la dinámica familiar.
5. Dan una intervención más extensa e intensa a las familias de riesgo.
6. Son evolutivamente apropiados.
7. Se ajustan al momento más receptivo al cambio de los destinatarios.
8. Son más prematuros en el caso de casos muy disfuncionales.
9. Se ajustan mejor a las tradiciones culturales, mejorando el reclutamiento, la retención y, a veces, los resultados.
10. Usan incentivos para mejorar el reclutamiento.
11. Se aplican por personal capacitado (con empatía, calidez, humor, auto-confianza, capacidad para estructurar las sesiones y directivo).
12. Utilizan métodos de enseñanza interactivos.
13. Desarrollan procesos colaborativos para que los padres identifiquen sus propias soluciones. Puede ser importante para reducir el abandono de los padres.

Un segundo es el informe publicado por el *Federal Centre for Health Education* de Alemania (Bühler y Kröger, 2008). Las conclusiones que se derivan de la valoración de los trabajos que evalúan la efectividad de los programas de prevención familiar son las siguientes:

1. Las intervenciones de carácter comprehensivo son útiles para reducir o retrasar el consumo de los hijos (especialmente de alcohol).
2. Las intervenciones mono-componente (formación parental) tienen efectos sobre los factores de riesgo pero no sobre el consumo.
3. Las medidas preventivas orientadas a la familia son particularmente efectivas con los no consumidores (especialmente en alcohol).
4. Las medidas más efectivas tienen las siguientes características:
 - Promocionar la interacción positiva de padres e hijos, formar a los padres en los principios de la aproximación del reforzamiento social y en la aplicación de la disciplina constructiva.
 - Utilizar métodos de formación interactiva.
 - Tener una base teórica confirmada empíricamente.

- La formación de mediadores.
 - Disponer de evaluación.
 - Ser intervenciones comprensivas que comienzan temprano, siguen a través de la vida, tratan numerosos factores de riesgo y protección y se generalizan a diversos ámbitos.
 - Tienen un material ajustado a los diferentes estadios de desarrollo
 - Atienden al contexto comunitario y cultural
 - Tienen una cantidad de tratamiento y seguimiento suficientes.
5. El impacto sobre las conductas de consumo y los factores de riesgo es retardado (efectos durmientes).
 6. Las medidas para alcanzar a las familias de riesgo tienen éxito.
 7. Los efectos negativos sobre los factores de riesgo no puede ser excluidos
 8. Las medidas preventivas para los pre-escolares (3-5 años) deberían ser principalmente de carácter familiar.

Como puede observarse no se han producido modificaciones esenciales entre las dos series de principios generadas en este intervalo de 5 años. Así, parece ser que los principios están bien consolidados y que los parámetros de la eficacia de los programas han sido inventariados y son conocidos.

4. Conclusiones

Existe un consenso generalizado acerca que la familia es un factor importante para la prevención, y que los programas de prevención familiar han demostrado cierto grado de efectividad en la reducción de los factores de riesgo que llevan a los jóvenes a iniciarse o a mantenerse en el consumo de drogas, sean legales o no.

Lamentablemente, en nuestro país la prevención familiar no se ha extendido como práctica preventiva bien aplicada y sistematizada. No existen fuentes de información fiables sobre el uso de programas preventivos en España. Sin embargo, y desde un punto de vista anecdótico, los autores han podido comprobar, en un estudio de evaluación realizado por los autores sobre el Plan sobre drogas de Asturias, que no se ha publicado, la nula implantación de este tipo de intervenciones. Es muy posible que estos resultados no sean muy diferentes a los que se puedan obtener en el resto del país, aunque esto es algo que debería estudiarse empíricamente.

La baja implantación de los programas de prevención choca con las conclusiones que se pueden obtener de la lectura de las revisiones y estudios sobre la importancia de la prevención familiar. Estas conclusiones, de forma resumida, son las siguientes:

1. La familia juega un importante papel en la prevención de las conductas de consumo de drogas en los jóvenes.
2. Estos efectos de la familia se producen de forma directa, mediante el cambio de la relación entre sus miembros y la educación y el control de los padres sobre los hijos, o bien de forma indirecta, a través de la influencia que el control familiar ejerce sobre otros factores de riesgo como los compañeros, el barrio o la escuela.
3. Hay múltiples estudios que indican la efectividad de los programas de intervención familiar. Los programas estudiados abarcan diversos tipos de poblaciones

(universal, selectiva o indicada) y utilizan diversos tipos de enfoques y técnicas. En algún caso, cuando se compara la intervención familiar con otros programas preventivos no escolares, los programas familiares parecen tener un efecto superior al resto.

4. Informes recientes parecen establecer una serie de principios y condiciones básicas que deben reunir los programas de prevención familiar para alcanzar una mayor efectividad.

II. La función preventiva de la familia y su impacto como factor de protección frente a factor de riesgo

1. Introducción

Las causas que operan sobre el consumo de drogas, en cualquiera de las fases que constituyen el proceso adictivo, son de naturaleza diversa y su dinámica interactiva, por lo que no es extraño que los programas de tratamiento tengan un rendimiento que, en muchos casos, es más pobre de lo que se desea.

Por lo tanto, en este ámbito de las drogodependencias como en otros de la Sanidad Pública, se ha venido a considerar que la prevención es una faceta de intervención prioritaria con la mejor relación coste/beneficio. Sin embargo, una premisa esencial para que esta consideración pueda ser tomada en cuenta seriamente es que la prevención se base en sólidos fundamentos y se encuentre respaldada por la investigación científica.

Numerosos estudios realizados durante las dos últimas décadas han identificado varios tipos de factores que diferencian a los consumidores de drogas de los no consumidores.

Se entiende por **factores de riesgo** aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. Los **factores de protección** se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas.

El estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo y que precisan intervenciones específicas.

Los factores de riesgo y protección se han organizado atendiendo a diferentes criterios. La clasificación más tradicional divide estos factores en dos categorías básicas: individuales y contextuales o sociales.

Los factores individuales se refieren a las características de los individuos que determinan una mayor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas. Dentro de los factores sociales, se diferencia el nivel macro-social y el micro-social. El primer nivel agrupa los factores de riesgo externos al individuo que operan a una escala extensa y alejada del consumo. Se trata de factores de carácter estructural, social, económico y cultural. El nivel micro-social se refiere a los contextos ambientales más inmediatos en los que el sujeto se desenvuelve y participa directamente, sobre todo, la escuela, el grupo de iguales y la familia.

En los trabajos de Hawkins, Catalano y Miller (1992) Petterson, Hawkins y Catalano (1992) y Moncada (1997) se pueden encontrar revisiones amplias acerca de estos factores.

2. Los factores de riesgo familiares para el uso y abuso de drogas

La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocida ampliamente por los especialistas (Becoña, 2002). La familia es el ambiente social básico del niño y el

adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia. No quiere decir esto que se establezca una relación causal necesaria y suficiente entre la familia y el uso de drogas de los hijos, pero es innegable que las prácticas de crianza son centrales en el desarrollo del riesgo del consumo de drogas (Dishion, 1998).

Se desconoce la existencia de una fórmula magistral que determine cuál es el estilo de crianza ideal, independientemente de las condiciones del sujeto y de la familia. Los datos de investigación apuntan a la existencia de múltiples factores que influyen en la génesis de los problemas de conducta en los hijos, dependiendo de la cultura, el contexto comunitario y el tipo de familia (Dishion, 1998). Sin embargo, a pesar de esa complejidad, se han podido identificar determinadas características familiares específicas y no específicas (Merikangas, Dierker y Fenton, 1998) que guardan una cierta relación con la probabilidad de desarrollar un comportamiento adictivo en los hijos, por lo que las estrategias preventivas se han centrado en su modificación.

Merikangas et al. (1998) hablan de dos tipos de factores: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Estos factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia. Básicamente, se refieren a aspectos relacionados con la estructuración familiar (tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo familiares (adaptado de Merikangas, Dierker y Fenton, 1998)

| | |
|-------------------------|---|
| Factores específicos | <ul style="list-style-type: none"> - Exposición a las drogas - Exposición directa (modelados negativos de uso de drogas de los padres) - Actitudes de los padres ante las drogas |
| Factores no específicos | <ul style="list-style-type: none"> - Conflicto familiar - Estilo educativo - Exposición a estrés - Psicopatología - Negligencia - Abuso |

Por su parte, Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998) resumen el estado de la cuestión proponiendo el siguiente listado de correlatos familiares del abuso de drogas en los adolescentes:

- Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo: modelos de valores antisociales y de consumo de drogas (padres o hermanos), actitudes favorables hacia el uso de drogas, psicopatología o conducta criminal de los padres.

- Prácticas pobres de socialización, incluyendo fallos para promover un desarrollo moral positivo, negligencia para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores prosociales y actitudes desfavorables al uso de drogas en los jóvenes.
- Supervisión ineficaz de las actividades, compañías, etc. de los hijos.
- Disciplina ineficaz: laxa, inconsistente o excesivamente severa. Expectativas y demandas excesivas o no realistas y castigo físico severo.
- Relaciones pobres entre padres e hijos: ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos e interacciones desadaptadas.
- Conflicto familiar excesivo, con abusos verbales, físicos o sexuales.
- Desorganización familiar y estrés (con frecuencia provocados por la ausencia de habilidades de manejo familiar eficaces).
- Problemas de salud mental (p.ej. depresión) que pueden causar puntos de vista negativos sobre las conductas de los hijos, hostilidad hacia estos o disciplina demasiado severa.
- Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares en el grado de culturización o pérdida de control de los padres sobre el adolescente debido a un menor grado de culturización.

En resumen, la investigación parece corroborar que existen seis grupos de factores o apartados imprescindibles cuando nos referimos a los estudios que vinculan a la familia con el desarrollo de conductas relacionadas con las drogas en los hijos. Se describen a continuación.

2.1. Consumo de drogas y actitudes hacia su consumo por parte de la familia.

El uso de alcohol y drogas por parte de los padres parece tener una clara relación con el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, favoreciendo su aparición más temprana e incrementando la cantidad que se consume.

Dejando a un lado los factores genéticos, el mecanismo psicológico más probable que intermedia esta relación es el aprendizaje vicario o modelado. Los hijos aprenden por imitación a afrontar los problemas o las situaciones utilizando las drogas. Nada hay de extraño en este hallazgo. La adquisición de hábitos y valores por medio de la imitación o del simple moldeamiento es posible no sólo para los comportamientos adaptados sino también para los desadaptados. Cierta tipo de consumo de drogas (se excluye el consumo «adecuado» de drogas legales) se encuadra dentro de éstos últimos. Pero, además, se ha señalado que la presencia del consumo de drogas en los padres facilita la presencia de otros factores de riesgo como el conflicto familiar y el manejo inadecuado de la crianza (Becoña, 2001), por lo que resultaría sorprendente que tal comportamiento paterno hubiera sido indiferente para los hijos.

Junto al aprendizaje por modelado, se encuentra también la transmisión de valores y actitudes hacia el consumo de drogas. Este aspecto es muy importante, ya que se ha podido comprobar que la influencia de los padres sobre el consumo de drogas de los hijos no debe ser visto como un mero proceso mecánico de imitación, sino que las actitudes de los padres hacia el consumo de sustancias pueden ser más importantes que el consumo real (Becoña, 2001).

2.2. Estilo educativo

Un segundo apartado de especial relieve en la literatura que vincula a la familia con la probabilidad de consumo de drogas en los hijos es el del estilo educativo o «**manejo familiar**» (*family management*). De difícil traducción al castellano, este concepto hace referencia a las *distintas habilidades que tienen que desplegar los padres para el control de la conducta del hijo, mediante la supervisión, el establecimiento de normas y límites, la construcción de relaciones entre los miembros de la familia, y la aplicación de la disciplina a través de la negociación, el refuerzo positivo y el castigo* (Hawkins et al, 1992). Se ha podido demostrar que el desconocimiento de las actividades del hijo, la ausencia de normas claras en el funcionamiento familiar y la ausencia o imposición extrema o irracional de la disciplina supone un riesgo incrementado de comportamiento desviado y por ende, de consumo de drogas.

La presencia de este factor puede ser debida o bien a la incapacidad psicológica (rigidez, prejuicios, inmadurez, etc.) de los padres para adaptarse convenientemente a las nuevas demandas que promueven los adolescentes (más autonomía, más oposicionismo, más probabilidad de desarrollar conductas de riesgo, etc.), o bien a las creencias erróneas sobre las estrategias educativas (p. ej.: «hay que dejar que el niño se desarrolle sin interferencias») o por la incapacidad objetiva (por circunstancias estructurales) de poder brindar el cuidado adaptado a las circunstancias que generan los hijos.

Para algunos, la llamada «ausencia de monitorización o supervisión» es el vínculo clave entre las prácticas parentales y el uso de sustancias en los hijos (Lochman, 2000). La **monitorización** se define como el *adecuado conocimiento y supervisión de la conducta de los hijos, estén o no presentes físicamente los padres*. Altos niveles de supervisión podrían impedir o dificultar el contacto de los hijos con las drogas y su posterior uso, así como evitar la aparición de otras conductas antisociales. Esta acción puede realizarse directamente, impidiendo el uso experimental de las drogas o favoreciendo la reversión de su uso en las fases iniciales, o bien indirectamente, controlando y dificultando la influencia de los compañeros ya consumidores. El otro concepto clave es el de la «calidez», entendida como una forma cariñosa y respetuosa, pero firme, de establecer límites consistentes a la conducta de los hijos.

Se han postulado tres **déficits parentales** que se encuentran en la base de la presencia de conductas disruptivas infantiles (Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2001). El primero sería el *déficit de supervisión*, que resulta de la incapacidad paterna de conocer en cada momento dónde se encuentra su hijo y cuál será su conducta previsible (hora de llegada a casa, qué está haciendo, con quién está, etc.). El segundo es un *déficit en las habilidades de mando o del ejercicio de la autoridad*, que se describe como la incompetencia paterna para establecer normas de comportamiento que puedan ser convenientemente interiorizadas, reaccionar adecuadamente ante los incumplimientos de las mismas o exigir un comportamiento correcto. El tercero es un *déficit en la habilidad para recompensar o castigar adecuadamente la conducta infantil o adolescente*, eliminando o reduciendo el comportamiento disruptivo y promoviendo el adaptado de acuerdo con las leyes del comportamiento.

Estos tres déficits señalan la carencia de unas habilidades que se encuentran en el núcleo de lo que se ha definido como estilos educativos. Una posible clasificación de los distintos estilos encuadra a los padres en tres categorías: el estilo autoritario, democrático y permisivo (Becoña, 2001). Una breve descripción de estos tres estilos educativos aparece en la tabla 2.

Tabla 2. Estilos de manejo familiar

| | | Estilo permisivo | Estilo autoritario | Estilo democrático |
|---------------------|----------------------------|---|---|--------------------------------------|
| Disciplina | <i>Normas</i> | Escasas y variables | Numerosas y arbitrarias | Suficientes y razonables |
| | <i>Actitud</i> | «Blandura» | Intransigencia | Firmeza |
| | <i>Tendencia emocional</i> | Ansiedad | Ira | Autocontrol |
| Afecto | | Excesivo (sobrepotección e indulgencia) | Deficitario (hostilidad y rechazo) | Adecuado (comprensión y apoyo) |
| Comunicación | | Excesiva (irregular e inconsistente) | Deficitaria (unilateral y problemática) | Adecuada (recíproca y participativa) |

En el caso del **estilo permisivo**, la característica básica es la ausencia de supervisión y control por parte de los padres, siendo el propio hijo el que autorregula su comportamiento. El resultado de esta pauta indulgente y sobreprotectora es un adolescente con baja tolerancia a la frustración, impulsivo, dependiente y que no asume responsabilidades.

En el **estilo autoritario**, el control mediante las órdenes y normas se hace de forma unilateral, sin tener en cuenta las opiniones del hijo, fundamentalmente a través del castigo. Los padres suelen fijar normas rígidas sin apenas participación del joven. El resultado de esta pauta intransigente y hostil es un adolescente retraído, sumiso, pasivo y con baja autoestima, o bien un adolescente rebelde, agresivo y que no respeta los derechos de los demás.

El **estilo democrático** sería un punto de equilibrio entre ambos, con normas que se ajustan en cada caso a las necesidades específicas del adolescente, dejando un margen a la autonomía pero manteniendo un control externo exigente. Los padres establecen reglas de conducta, y se muestran firmes y consistentes en la disciplina. Ejercen adecuadamente su papel de figuras de autoridad, respetando al mismo tiempo los derechos del hijo. Promueven la conducta madura, fomentando la iniciativa y el autocontrol. El resultado de esta pauta firme y comprensiva es un adolescente independiente, socialmente responsable y colaborador, y con una buena autoestima.

2.3. Conflicto y desorganización familiar

Se hace referencia aquí a que la presencia de peleas y disputas frecuentes en la pareja, así como al desapego emocional bien entre los padres o bien en la relación con el hijo, incrementan el riesgo de consumo de drogas en los adolescentes.

La función educativa y de control que ejercen los padres sobre los hijos puede realizarse en peores condiciones si hay conflicto en el seno de la familia o si, como consecuencia del mismo, alguno de los padres desaparece o abandona su rol en la familia. El conflicto puede alterar las relaciones familiares de tal forma que los padres cambien su relación con los hijos, pasando de prestarles cuidado y apoyo, o de ejercer supervisión y control, a

utilizarlos como aliados para resolver los problemas internos. De hecho, se ha podido comprobar que el conflicto parental puede llegar ser un factor de riesgo más relevante para el consumo de drogas en los hijos, que la propia ausencia de los padres (Farrington, 1991). La desorganización familiar, esté o no causada por un conflicto, puede también operar como un factor que dificulta el ejercicio de las funciones parentales, bien elevando la intensidad y frecuencia de las relaciones disfuncionales en la familia con el efecto inducido que pueda tener sobre el uso de drogas en los padres e hijos, o bien a través de un descenso en el control de los hijos.

2.4. Falta de apego o relaciones pobres entre padres e hijos

La ascendencia de los padres sobre los hijos es un factor muy importante a la hora de determinar su conducta, tanto directa como indirectamente y, en consecuencia, tiene una gran influencia sobre la probabilidad de que consuman drogas, desatendiendo así los deseos de los padres y las normas familiares.

El apego o la vinculación de los hijos hacia los padres parece estar determinado por la calidez y cercanía emocional y física en la relación, el apoyo y soporte material y personal de las necesidades de los hijos, así como por la ausencia de conflictos en la relación paterno-filial. Estas características se relacionan con otras como el tiempo que pasan juntos, la comunicación y la implicación de los padres en los asuntos del hijo.

La forma en la que el apego actúa previniendo el consumo de drogas en los adolescentes puede atribuirse a los siguientes mecanismos psicológicos (Brook, Brook, Richter, Whiteman, 2006): (1) la calidez en el trato parental puede hacer innecesarias formas más severas y drásticas de disciplina, primando más la ascendencia que la coerción; (2) la ausencia y disminución de conflicto familiar dará como resultado menor frustración, agresión y conductas rebeldes por parte del joven, siendo todas ellas precursoras comunes del consumo de drogas; y (3) la mejor relación padres – hijos favorecerá la asimilación por parte de éstos de los valores y conductas de aquéllos.

2.5. Trastornos de conducta en los padres o en los hijos

Las relaciones entre padres e hijos tienen un carácter bidireccional. Los rasgos de personalidad y los trastornos de comportamiento de los padres pueden afectar a los hijos. Dejando a un lado los mecanismos genéticos, es posible suponer que la presencia de este tipo de alteraciones en los padres dificulten sus funciones educativas, bien porque se constituyen en modelos inadecuados, bien porque carecen de las características idóneas para que los adolescentes se identifiquen con ellos.

Sin embargo, la presencia de trastornos del comportamiento en los hijos también puede influir en la conducta de los padres, facilitando la aparición de patrones de comportamiento que luego pueden ser vistos como inapropiados o disfuncionales. La presencia de niños irritables, que se distraen fácilmente, o con rasgos iniciales de conducta antisocial pueden despertar en los padres estrategias de control excesivamente rígidas y agresivas, o de retirada y abandono, así como incrementar la probabilidad de conflicto y desorganización familiares. En estos casos, las conductas precursoras tenderán a mantenerse y el consumo de drogas puede aparecer posteriormente como una simple consecuencia de la actividad anti-social u opositora del joven.

2.6. Situaciones de abandono, maltrato o abuso

La presencia de situaciones de abandono, maltrato y abuso tienen una conocida influencia en la génesis del riesgo para la aparición de diversos trastornos de conducta y psicopatológicos, entre los que se encuentra el consumo de drogas.

El abandono produce un déficit en todos aquellos aspectos de la conducta parental que pueden considerarse positivos para que el adolescente siga los patrones de comportamiento normativos (Lochman, 2000). En este sentido, no resulta extraño que el abandono se asocie no sólo con el consumo de drogas, sino también con la presencia de conducta antisocial así como la aparición de fenómenos como la depresión o los trastornos de ansiedad. En ambos casos, se trata de conductas que incrementan el riesgo de consumo de sustancias.

3. Factores protectores familiares

La presencia de factores protectores modula la influencia de los factores de riesgo, amortiguando su impacto sobre la conducta de los hijos. La vulnerabilidad, que es la resultante de la interacción entre los factores de riesgo y protección, puede considerarse como la medida más adecuada para determinar la probabilidad del consumo temprano o abusivo de drogas en un adolescente concreto.

Los factores protectores son un elemento fundamental en la conformación de lo que en prevención se ha venido a denominar «resilience», de difícil traducción al español por lo que se ha adoptado el neologismo de «**resiliencia**», y que puede definirse como el *proceso o capacidad del individuo que le permite alcanzar un comportamiento adaptado, a pesar de la adversidad y los diferentes factores de riesgo*. La resiliencia explicaría por qué un joven presenta una baja vulnerabilidad al consumo de drogas, a pesar de que recaigan sobre él múltiples factores de riesgo (Velleman et al., 2005).

La resiliencia emerge de la interacción entre el individuo, los sucesos, y el entorno o ambiente donde se producen, incluyendo en el ambiente a la familia y la comunidad. Dicha interacción es bidireccional entre las distintas variables que entran en la ecuación. Por ejemplo, los padres influyen en los hijos, de la misma manera que éstos influyen, a su vez, en los padres. Los factores protectores que ayudan a conformar la resiliencia tienen la misma modalidad que los factores de riesgo, siendo de procedencia individual, escolar, familiar y comunitaria. En una revisión de diversos estudios que analizan los factores protectores que se dan en diversas situaciones y contextos de riesgo (Masten, 1994), se han entresacado los 10 más importantes, que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Principales factores protectores (Masten, 1994)

1. Ejercicio efectivo de la función parental
2. Conexión con otros adultos competentes
3. Resultar atractivo a otra gente, particularmente adultos
4. Buenas habilidades intelectuales
5. Tener áreas de talento o destreza apreciadas por el mismo y los otros
6. Presentar una buena auto-eficacia, auto-valoración y talante optimista
7. Fe o afiliación religiosa
8. Ventajas socio-económicas
9. Buenas escuelas y otros recursos comunitarios
10. Buena suerte

Muchos de estos factores de protección no están directamente relacionados con la familia, aunque sí de forma indirecta. El primero, referido al ejercicio efectivo de la acción parental es el más citado y el único que se vincula de forma directa con la familia. Sin embargo, muchos de los otros factores, tales como las posibilidades económicas, el buen entorno escolar, la vinculación con otras figuras adultas positivas, la adopción de una religión, y la buena auto-valoración y auto-eficacia, guardan relación con el entorno familiar y la actuación de los padres. Más aún, la investigación sobre la resiliencia sugiere que el principal factor familiar que la conforma es el apoyo parental para ayudar a los hijos a desarrollar sus sueños, metas y propósito en la vida (Kumpfer y Alvarado, 2003).

4. Conclusiones: implicaciones para la prevención

Una sistematización de los conocimientos expuestos hasta este punto podría tener implicaciones para la prevención. Con ese propósito, en este último apartado, y a modo de resumen, haremos unas últimas consideraciones.

1. Existen factores familiares que influyen en la probabilidad de inicio y de mantenimiento del consumo de drogas en los hijos. Estos factores pueden agruparse mayoritariamente en seis apartados: consumo de drogas y actitudes hacia su consumo por parte de la familia, estilo educativo, conflicto y desorganización familiar, falta de apego o relaciones pobres entre padres e hijos, trastornos de conducta en los padres o en los hijos, situaciones de abandono, maltrato o abuso.
2. Existen factores no son independientes entre sí. La presencia de conflictos familiares puede desencadenar problemas en el control o manejo familiar. El consumo de drogas en los padres puede estar relacionado con la existencia de conflicto familiar y/o con dificultades de manejo, etc. Esta interdependencia puede simplificar la intervención y multiplicar la eficiencia de las intervenciones.
3. Los factores de riesgo familiares ejercen su influencia en conjunción con otro tipo de factores interpersonales y contextuales que tienen mayor o igual importancia, sobre todo en la adolescencia. Por esta razón, puede considerarse extraordina-

riamente conveniente la integración de estrategias preventivas escolares, comunitarias y familiares.

4. Las intervenciones preventivas familiares se dirigen, en gran medida, pero no exclusivamente, a reducir la presencia de estos factores de riesgo familiar mediante la modificación de la conducta y de las actitudes de los padres, fundamentalmente, a través de procedimientos educativos o, incluso, terapéuticos. Estos objetivos se encuentran fuera del alcance del simple aumento de la información.
5. No existe una única forma de intervención familiar, sino que se precisa un amplio repertorio de estrategias preventivas en función de la población destinataria, de los objetivos y del contexto en donde se lleve a cabo la intervención.
6. Los programas de prevención familiar maximizarán su éxito si consiguen de los padres colaboración más que participación a través del ajuste de los objetivos a sus carencias y necesidades. Deben, además, establecerse claramente los objetivos y las estrategias para alcanzarlos, de acuerdo a sólidos principios teóricos y metodológicos.
7. Aumentar la motivación de los padres para colaborar en los programas de prevención es un objetivo esencial a conseguir. Esto es más cierto en el caso de los programas dirigidos específicamente a familias de alto riesgo.
8. Todos los programas de prevención deberían proceder a evaluar sus resultados.

A partir de todo lo visto hasta aquí, puede afirmarse que la prevención del consumo de drogas, sea familiar o de cualquier otro tipo, es una tarea compleja, en la que intervienen multitud de factores psicológicos y sociales. No es posible elaborar un algoritmo que permita conseguir una intervención con éxito sea cual sea el medio y el momento en el que se desarrolle. Pero hacer caso de lo que ya se sabe puede ser una forma de acercarse a un resultado satisfactorio.

III. Los nuevos modelos familiares

1. Introducción

El panorama familiar en nuestra sociedad ha cambiado y actualmente podemos encontrar gran diversidad de modelos de familia. El cambio de roles de hombres y de mujeres, el descenso de la natalidad, el retraso en contraer matrimonio y tener hijos, y la aparición de la ley del divorcio y las legislaciones en materia de reproducción asistida y de adopción durante los años 80, así como la legislación sobre matrimonio que ha regulado la relación de parejas de gays y lesbianas, han funcionado en nuestra sociedad como motores de cambio causando profundas transformaciones en los modelos familiares (González, 2009; Pérez Testor, 2010). Así, han surgido nuevas dinámicas y nuevos patrones de familia que veremos en los siguientes apartados. Asimismo, los roles y las dinámicas dentro de la familia han cambiado de un modo notable; hombres y mujeres están dotados de iguales derechos y responsabilidades entre ellos y con sus hijos, y los roles en el desempeño de las tareas productivas y reproductivas son cada vez más similares. Por tanto, en palabras de González (2009), «hemos pasado de la familia modelo a los modelos de familia» (p. 382) y «la diversidad familiar debe ser entendida como una fuente de riqueza para una sociedad, que cuenta así con una pluralidad de recursos y referentes para organizar la vida social» (p. 383).

2. Nuevas dinámicas de la familia nuclear

La aprobación de las leyes del divorcio, de las parejas de hecho y del matrimonio de parejas del mismo sexo, las bajas tasas de fecundidad que hacen peligrar el relevo generacional, la situación económica de los jóvenes, que a veces obliga a vivir con su pareja en la casa paterna, y el aumento de la edad media de la nupcialidad, han motivado el incremento de nuevas formas de convivencia. Si se analizan las nuevas dinámicas que afectan a la familia nuclear se reconocen las parejas de doble carrera o de doble ingreso, los denominados matrimonios de fin de semana, la cohabitación, los hogares unipersonales y las familias tardías.

Las parejas de doble carrera o de doble ingreso son una variación de la familia nuclear en la que ambos miembros obtienen ingresos procedentes de vidas laborales separadas en la que no existe un único sustentador.

Los matrimonios de fin de semana son un fenómeno reciente en el que sus miembros viven separados la mayor parte de la semana por tener trabajo en lugares alejados que no les permite convivir en el mismo hogar cotidianamente. En esta nueva dinámica familiar destaca el elevado nivel de compromiso laboral y la existencia de un vínculo familiar que se mantiene en la distancia (García Galvente, Ayuso Sánchez, Gala Durán, Manzano Silva y Ruiz Garijo, 2010).

La cohabitación se define como una estrategia que proporciona ventajas frente al matrimonio en determinados momentos del ciclo vital. Se considera una opción entre los jóvenes que prefieren convivir juntos sin casarse (y que finaliza frecuentemente cuando se plantean tener hijos) o también entre personas anteriormente casadas.

Finalmente las **familias tardías**, aquellas que están formadas por padres mayores e hijos muy pequeños para la edad que tienen sus progenitores, han ido en aumento. Estos grupos crean un desfase generacional entre padres e hijos y es preciso investigar cuáles son sus necesidades específicas.

Por lo tanto, dadas las nuevas dinámicas familiares, es importante identificar un mapa de necesidades de estas nuevas formas de interacción familiar para que los programas de prevención familiar de drogas tengan en cuenta sus particularidades a la hora de plantearse las actuaciones preventivas.

3. Nuevos modelos familiares

3.1. Familias monoparentales

Las familias monoparentales están constituidas por la madre o el padre y los hijos que conviven con una u otro. En este caso, la existencia de un único progenitor puede disminuir en algunos casos el nivel de rentas y los recursos para llevar a cabo las tareas de cuidado y de educación (Hernández Corrochano, 2009). Los motivos por los que las familias se caracterizan por ser monoparentales son variados: madres solteras con hijos a su cargo, madres/padres divorciados con hijos a su cargo donde uno de los progenitores no vive en la residencia familiar pero comparte responsabilidades de tipo económico o afectivo, o viudos y viudas con hijos a su cargo.

Las madres solteras solas se señalan como el colectivo más deprivado económicamente, constituyendo un importante factor de riesgo de exclusión social, a excepción de las madres solas por propia decisión que tienen mejores condiciones laborales y económicas (González, Jiménez-Lagares, Morgado y Díez, 2008). La monomarentalidad en muchas situaciones supone un conjunto de estresores cotidianos que se relacionan con problemas de salud mental, especialmente con depresión. Una mayor vulnerabilidad de las madres solteras a problemas sociales o psicológicos, puede relacionarse con más dificultades evolutivas para sus hijos, sin embargo estas dificultades podrían estar asociadas no a la estructura monoparental en sí, sino a las condiciones que con frecuencia la rodean, como el mayor estrés de las madres, la ausencia de apoyos o las más frecuentes dificultades económicas, que influyen en la salud mental de estas madres y en sus prácticas educativas (González et al., 2008).

La relación entre la monoparentalidad y el riesgo específico para el consumo de drogas se ha investigado en numerosos estudios, que en general apuntan que vivir con un solo progenitor se relaciona con un mayor riesgo de inicio en el consumo de drogas en comparación con familias constituidas por ambos progenitores (Hoffman, 2002). No obstante, existe un menor número de estudios en los que la monoparentalidad no funciona como un factor predictor del consumo de sustancias de los menores.

En síntesis, numerosos estudios han encontrado que las familias monoparentales se relacionan con un incremento del riesgo para el consumo de sustancias (Hemovich y Crano, 2009), aunque se requieren más investigaciones que exploren las distintas clases de familias monoparentales existentes en la actualidad e identifiquen las circunstancias específicas y los factores concretos que moderan el aumento del riesgo para el consumo de drogas entre los jóvenes (Oman, Vesely, Tolma y Aspy, 2007), que probablemente esté vinculado a la calidad de las relaciones familiares y no a la estructura de las mismas. Existe gran heterogeneidad entre las familias con este tipo de estructura familiar, y los factores a considerar son muy diversos: la estructura de la familia (madre-sola o padre-solo), la dinámica y la calidad de las relaciones familiares, la presencia de otros miembros de la familia extensa, la presencia de una historia previa de separación o divorcio, el estatus socioeconómico u otras variables culturales (Hemovich y Crano, 2009).

3.2. Familias reconstituidas o combinadas

En este tipo de familias existe al menos un hijo de una relación anterior y dos adultos que forman pareja, y su origen puede ser la ruptura de un matrimonio o pareja de hecho anterior, o el matrimonio de un viudo o viuda con hijos. Este tipo de familia ha sido poco estudiada y parece necesario tenerlo en cuenta a la hora de prever medidas de atención a la infancia ya que las relaciones pueden ser más complejas que en otro tipo de modelos familiares (García Galvente *et al.*, 2010).

En el ámbito de la prevención de las drogodependencias se han realizado pocas investigaciones en torno al riesgo para el consumo de drogas de jóvenes de este tipo de familias ya que la literatura se ha centrado más en la investigación de las relaciones en familiares nucleares y en familias monoparentales. Algunos estudios previos relacionan un mayor riesgo de consumo de sustancias de adolescentes que viven con padrastros o madrastras en comparación con aquellos adolescentes que conviven con sus padres biológicos (Wagner, Ritt-Olson, Soto y Unger, 2008).

3.3. Familias homoparentales

Las nuevas formas de familia homoparentales plantean nuevas preguntas. El aspecto más debatido es la posible incidencia sobre el desarrollo de niños y niñas. Se han llevado a cabo estudios fuera de España (Tasker, 2005) encontrando que los chicos y chicas que crecen con padres gays o lesbianas no parecen presentar problemas significativos y específicos por el hecho de vivir en ese contexto familiar. En esta línea, la Asociación de Psicología Americana tiene disponible en su página web (www.apa.org/pi/parent.html) un resumen de estudios sobre el tema en los que de forma general no se identifican desventajas en el desarrollo de niños y niñas de parejas homosexuales.

En un estudio llevado a cabo en España para explorar cómo es el desarrollo y ajuste psicológico de los hijos en estas familias (González, Chacón, Gómez, Sánchez y Morcillo, 2003) se concluyó que:

1. Al igual que en estudios europeos, los chicos y chicas que crecen en familias homoparentales muestran un desarrollo sano y armónico y no difieren significativamente de otros de similar realidad sociocultural.
2. Se encontraron diferencias que indican que estos chicos y chicas son más flexibles en los roles de género y muestran una menor tipificación en su concepción de los roles de género que los hijos de heterosexuales.
3. Se requiere continuar investigando con muestras más amplias y también con chicos y chicas de otras edades para generalizar los resultados.

Una revisión más exhaustiva de González (2005) concluye que los hijos e hijas de padres y madres homosexuales tienen las mismas condiciones de salud, ajuste y desarrollo que los hijos de heterosexuales, y resalta que lo importante de un hogar es su grado de compromiso vital con los niños, su capacidad para generar vínculos estrechos y crear entornos cálidos y estables.

4. Claves y estrategias de intervención en el ámbito de los nuevos modelos familiares

La diversidad en la realidad familiar obliga a los profesionales del ámbito de la prevención familiar de las drogodependencias a analizar y aportar elementos desde la asunción de distintos modelos familiares para mejorar y promover intervenciones eficaces. En la tabla

4 y la tabla 5 se describen claves y estrategias de actuación para fomentar la integración de la diversidad familiar.

Tabla 4. Cambios en los enfoques teóricos y metodológicos en la intervención familiar (adaptado de González, 2009)

- Revisar los métodos y técnicas de estudio para evitar los sesgos y los prejuicios en torno a los modelos familiares.
- Analizar los posibles prejuicios para niños y niñas de crecer en un hogar no convencional, y focalizar la atención sobre sus posibles beneficios para potenciar los efectos favorables.
- Ser considerados con los distintos modelos familiares existentes y no otorgar a la familia nuclear un estatus de primacía sobre los demás.
- La clave para favorecer un desarrollo sano y armónico no se encuentra en la estructura del hogar sino en la calidad de vida familiar.
- Se han de utilizar enfoques que profundicen en los procesos y no en los productos. Resultan de mayor utilidad los enfoques que identifican los factores relevantes en el desarrollo infantil y los procesos para configurar un hogar capaz de afrontar los retos.
- En el caso de las familias monoparentales se deriva la necesidad de recursos formales de ayuda que hagan más sencillas sus circunstancias, tales como ayudas económicas específicas, medidas que faciliten la conciliación familiar y laboral o medidas de integración laboral.
- Lo importante de una familia no es su estructura, sino la dinámica de sus relaciones. Se han de promover actitudes de aceptación hacia todas las formas familiares sin percibir las como incompletas o supuestamente conflictivas.

Tabla 5. Claves ante la diversidad familiar (adaptado de González, 2009)

- La diversidad familiar en los programas familiares de prevención de drogas no se ha de obviar.
- Se ha de cuidar la forma de las comunicaciones comunitarias y los materiales de prevención.
- Conviene reflexionar sobre la percepción de primacía de la familia convencional sobre los demás modelos familiares: se han de evitar las visiones prejuiciosas, promover la formación permanente de los profesionales del ámbito de la prevención de drogas, y revisar sus ideas de partida con respecto a la diversidad familiar.
- Los programas de prevención familiar han de reflejar y reconocer la diversidad familiar.
- Los centros de la Red Local han de ser lugares en los que todas las familias se sientan acogidas, respetadas y apreciadas. Los protocolos han de ser abiertos para que cada familia pueda manifestar qué personas la componen y qué relación hay entre ellas.
- Los documentos dirigidos a las familias pueden ser adaptados utilizando un

lenguaje inclusivo (por ejemplo, familias ó padres o madres en lugar de padres y madres). También los carteles y los trípticos informativos pueden representar distintos modelos familiares.

- Se ha de responder con naturalidad a las preguntas o los comentarios de extrañeza que efectúan niños y niñas acerca de determinados modelos familiares y responder con firmeza a los episodios de burla o rechazo por razón de pertenencia a un tipo u otro de familia.

5. Conclusiones y recomendaciones

Las nuevas dinámicas y modelos familiares generan nuevas realidades que han de tenerse en cuenta en el campo de la prevención de las drogodependencias para poder dar respuesta a sus necesidades. Su reciente aparición justificaría la escasez de literatura que aborde este tema de forma específica. A continuación se resumirán las principales conclusiones y recomendaciones para la prevención familiar del consumo de drogas en el contexto de las **nuevas realidades familiares**:

1. Todas las formas de familia tienen el mismo valor, respeto, protección y reconocimiento. Es importante que se revise el tratamiento que se da a los distintos modelos familiares.
2. Una mayor presencia de problemas relacionados con el consumo de drogas o de otras conductas problemáticas pueden estar asociados no a la estructura familiar en sí, sino a las condiciones que la rodean (por ejemplo, las dificultades económicas, el mayor estrés de las madres monoparentales o la ausencia de apoyos). La clave del éxito en la prevención se encuentra en la calidad de vida familiar.
3. Parece importante que las acciones públicas aporten los recursos necesarios para que las personas con responsabilidades familiares puedan desempeñar en las mejores condiciones posibles las tareas y actividades parentales para disminuir los factores de riesgo del consumo de drogas u otras conductas desadaptativas.
4. Las acciones preventivas han de tener en cuenta los períodos de mayor riesgo para el abuso de drogas entre los jóvenes, sobre todo los períodos vulnerables o de cambio, como transiciones en el desarrollo físico (la pubertad) o situaciones sociales (mudarse o divorcio de los padres).
5. Finalmente, los nuevos patrones familiares nos obligan a plantearnos qué se está haciendo en las acciones preventivas dirigidas a la familia, cuáles son las estrategias más adecuadas para captar, motivar e incentivar la participación en los programas preventivos y, sobre todo, qué hacer ante la diversidad familiar. Las intervenciones han de ser precoces (antes de la adolescencia), multicomponentes y basadas en los principios de eficacia.

IV. Población inmigrante y prevención

1. Introducción

En los últimos años la población inmigrante ha experimentado un aumento considerable en España y el fenómeno migratorio ha adquirido una gran importancia. El ámbito de la prevención de las drogodependencias no queda ajeno a este fenómeno, y en un corto y reciente intervalo temporal, han surgido distintas guías de interés que abordan el fenómeno migratorio y la prevención del consumo de drogas (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008; Fundación Atenea, 2009; Fundación Salud y Comunidad, 2003; Jiménez, Puerta, Balsalobre, Martínez y Villar, 2008). Para lograr una prevención eficaz en el ámbito de las drogodependencias, la acción preventiva ha de ser flexible y adaptable a los diferentes contextos sociales y culturales. Es necesario abordar las expectativas y las percepciones del consumo de drogas ligadas a los valores culturales, las pautas de consumo de sustancias y los factores de riesgo y de protección asociados a la diversidad cultural. Además, aún quedan muchos retos por delante en este campo de actuación: se requiere una mayor adaptación de los programas de prevención a los cambios sociales y culturales actuales, la evaluación sistemática de las acciones de prevención, el incremento de la formación de los profesionales y más investigaciones que ahonden en la relación entre inmigración y abuso de sustancias. (Fernández Hermida y Secades Villa, 2002).

2. Particularidades del fenómeno migratorio y el consumo de drogas

La relación entre la población inmigrante y el consumo de drogas resulta especialmente de interés debido a dos grupos de factores. Por un lado, existen factores propios del proceso migratorio, ligados al abandono del país de origen y a la adaptación en el país de acogida, que pueden influir en la vulnerabilidad para la exclusión social y en el inicio del consumo de drogas. Por otro lado, se identifican factores relacionados con las pautas de consumo determinadas por la cultura de origen. Estos factores funcionan como variables moderadoras del consumo de sustancias y en la prevención de las drogodependencias.

La relación entre población inmigrante y el consumo de drogas no se puede simplificar y tratar como una relación causa-efecto. El hecho de ser inmigrante no se trata de un factor de riesgo que por sí solo precipite el consumo de drogas, y resulta imposible realizar generalizaciones en torno al consumo de sustancias, dado que cada colectivo de inmigrantes presenta características propias, lo cual deben valorarse de cara a plantear las actividades preventivas (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008).

2.1. Factores propios del proceso migratorio

El proyecto migratorio se relaciona con estrés postmigratorio debido a un proceso de adaptación cultural y familiar. En una compilación exhaustiva y muy didáctica de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas (Becoña, 2002) se indica que este proceso de aculturación produce estrés postmigratorio. En palabras de Becoña (2002) «La persona en ella puede integrarse, pasar por un proceso de marginalidad o también pasar por un proceso de resistencia y asimilación. Si, aparte, el idioma es distinto, el proceso se hace aún más complejo. Por ello, la aculturación se ha considerado como un factor de riesgo para el consumo de drogas, aunque en el sentido de conflictos causados por la aculturación, estrés de la aculturación, percepción de discriminación, más que la aculturación en sí misma» (pp. 219).

En la tabla 1 se sintetizan los posibles factores de riesgo y de protección tanto generales como específicos del contexto familiar de la población inmigrante.

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección familiar en población inmigrante (adaptado de Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008)

| | Generales | Específicos |
|-------------------------------|--|--|
| <i>Factores de riesgo</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Pautas educativas inadecuadas - Pobre supervisión familiar - Disfuncionalidad familiar | <ul style="list-style-type: none"> - Ruptura de vínculos familiares |
| <i>Factores de protección</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Modelos adecuados en resolución de conflictos - Alta supervisión familiar - Comunicación asertiva y escucha activa | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación con la familia |

Parece que además de los factores familiares que afectan a la población en general, la ruptura de vínculos es un factor de riesgo específico del hecho migratorio que ha de amortiguarse con otros factores de protección tal como el establecimiento de una comunicación frecuente con la familia o el fomento de nuevas relaciones sociales en el país de acogida. En general la desestabilización laboral, el desconocimiento del idioma, la ruptura de las redes familiares y sociales, la ausencia de redes en el país de acogida y el choque cultural pueden funcionar como factores de riesgo sobre los que se ha de intervenir precozmente para disminuir los riesgos y aumentar la protección frente al desarrollo de conductas de consumo de sustancias (Fundación Atenea, 2009).

En síntesis, el proceso migratorio no es una causa que directamente se vincule al consumo de drogas, pero puede influir en el inicio de procesos de exclusión social y en el consumo de alcohol y otras drogas.

2.2. Diversidad y pluralidad del colectivo inmigrante

El segundo grupo de factores de riesgo para el consumo de drogas en el colectivo inmigrante se relaciona con las peculiaridades del consumo de drogas en los distintos países de origen y han de tenerse en cuenta en los programas de prevención de los países de acogida.

En un estudio reciente (Fundación Atenea, 2009) se indagó sobre la percepción de los significados, las normas y las preferencias del consumo de drogas de inmigrantes procedentes de países latinoamericanos, Marruecos y Rumanía. En esta investigación se concluyó que las variables que modulaban las creencias sobre el consumo de distintas drogas eran la producción de las distintas sustancias en el propio país de origen, el grado de accesibilidad (cercanía y coste económico), la percepción de las sustancias como «naturales o saludables», y otros factores como el elemento cultural de identidad, la

situación político-económica del país de origen y la multiplicidad de acontecimientos socialmente aceptados para el consumo de las distintas sustancias.

A continuación, en la tabla 2, se puede consultar un resumen extraído de este estudio en el que se presentan los factores de riesgo, los factores de protección y las variables que pueden incidir en el modelo de consumo en relación al país de origen.

Tabla 2. Factores asociados al consumo de drogas en población inmigrante (Fundación Atenea, 2009)

| | <i>Países latinoamericanos</i> | <i>Marruecos</i> | <i>Rumanía</i> |
|-------------------------------|---|---|--|
| <i>Factores de protección</i> | – Presencia de redes familiares y sociales | – Influencia de la cultura occidental | – Situación política |
| <i>Factores de riesgo</i> | – Deseo de ascenso en rango social – Falta de alternativas lúdicas – Multiplicidad de momentos de consumo | – Influencia de la cultura occidental – Pérdida de miedo ante las sanciones legales | – Bajas temperaturas – Multiplicidad de momentos de consumo |
| <i>Variables mediadoras</i> | – Localización – Estereotipo de países productores – Salario semanal – Existencia de licorerías | – Localización – Locales dedicados al turismo (hoteles, bares, etc.) en los que se vende alcohol | – Localización – Existencia de licorerías |

2.3. Menores extranjeros no acompañados (MENA)

Un colectivo especialmente vulnerable ante las drogas son los Menores extranjeros no acompañados (MENA). Se trata de menores que llevan a cabo el proceso migratorio sin acompañamiento familiar y que viven en centros de tutela de acogida en nuestro país.

La vulnerabilidad de esta población se asocia al proceso migratorio, el choque de expectativas y la realidad que se encuentran, su condición de adolescentes, la ausencia de referentes afectivos, el contraste con la situación de los adolescentes autóctonos o las dificultades idiomáticas y culturales, planteando la necesidad de un abordaje precoz con medidas socio-sanitarias eficaces (Markez y Pastor, 2009). En general, las sustancias con mayor incidencia de consumo son el tabaco, el hachís, los inhalantes y el alcohol. Markez y Pastor (2009) señalan posibles líneas de actuación para contrarrestar los factores de riesgo de estos jóvenes en relación a las drogas. Algunas de sus propuestas de actuación se resumen en la tabla 3.

Tabla 3. MENA: medidas de prevención para el consumo de drogas (adaptado de Márquez y Pastor, 2010)

- Favorecer las relaciones entre el niño y la familia facilitando la comunicación a través del teléfono, correo o las nuevas tecnologías.
 - Organizar actividades para el tiempo libre que les permitan entrenar habilidades e integrarse con menores autóctonos.
 - En caso de detección puntual de consumo de drogas, activar un protocolo de actuación inmediato haciendo uso de todos los recursos comunitarios disponibles.
 - En los pisos y centros de tutela es importante crear un ambiente normalizado en el que los menores se sientan protegidos.
 - Apoyar cualquier medida e iniciativa encaminada a favorecer el éxito escolar, el desarrollo laboral y social de esta población joven.
 - Los profesionales del ámbito sociosanitario han de desarrollar las habilidades necesarias para contextualizar las demandas y las respuestas en un marco cultural (competencia cultural).
-

3. Claves y estrategias para la prevención familiar del consumo de drogas en la población inmigrante

A continuación, en la tabla 4, se detallan los principios de aplicación de los programas de prevención que tienen especial relevancia para la población inmigrante. Asimismo se indican aspectos preventivos que requieren mayor investigación en la prevención del consumo en este colectivo.

Tabla 4. Principios para programas de prevención (adaptado de Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2008)

Principios de aplicación:

- Cuanto más vulnerable es un colectivo, las intervenciones han de ser más intensivas y más tempranas.
 - Algunas intervenciones deben realizarse en la población general y no sólo en los grupos de riesgo para evitar la estigmatización de estos grupos.
 - Los programas familiares serán más eficaces si ayudan a las familias provenientes de otros países y culturas diferentes a integrarse en la comunidad de destino. Se ha de favorecer la comprensión de las pautas culturales del país de origen y del país de acogida.
 - En los programas de prevención se han de incluir actividades alternativas al consumo de drogas que permitan desarrollar habilidades sociales y personales e integrarse con la población autóctona. Esta medida resulta de especial interés sobre todo en jóvenes de ambientes de alto riesgo que no tienen acceso a tales opciones.
-

Objetivos de las futuras líneas de investigación:

- Profundizar en cómo favorecer la captación y la mayor accesibilidad e idoneidad de los recursos a las familias y los jóvenes en riesgo.
 - Analizar la pertinencia o no de adaptar los programas preventivos a los distintos grupos culturales y étnicos.
 - Conocer la relación funcional que se establece entre las características de los sujetos y las características de los programas.
 - Incrementar la implicación de la comunidad y, sobre todo, de la familia.
 - Investigar sobre los factores de riesgo y como éstos varían en relación a procesos temporales y poblacionales.
-

En otro de los estudios mencionados anteriormente (Fundación Atenea, 2009) se señalaron diversas propuestas para la prevención de las drogodependencias en el colectivo inmigrante. A continuación en la tabla 5 se reproducen algunas de ellas.

Tabla 5. Propuestas para la prevención de las drogodependencias en el colectivo inmigrante (adaptado de Fundación Atenea, 2009)

- Difundir los recursos sociales de los que pueden beneficiarse las personas inmigrantes (servicios sociales, etc.) y dar a conocer las asociaciones y recursos específicos destinados para ellos.
 - Incluir en las asociaciones de inmigrantes actividades relacionadas con la prevención familiar del consumo de drogas.
 - Realizar frecuentemente campañas publicitarias de prevención de consumo de drogas.
 - Facilitar recursos de ocio saludable para integrar a las personas extranjeras en actividades habituales de población autóctona.
 - Informar de la confidencialidad y del anonimato al realizar uso de los servicios sociosanitarios.
 - Dirigir estrategias para minimizar los factores de riesgo propios del proceso migratorio; facilitar el acceso al empleo, el aprendizaje del idioma, las vías de comunicación con la familia de origen y la creación de un entorno social favorable en el país de acogida.
 - Resaltar la importancia de las asociaciones de inmigrantes como herramienta de prevención para favorecer la integración y amortiguar los efectos negativos del proceso migratorio.
-

4. Conclusiones y recomendaciones generales

La relación entre población inmigrante y el consumo de drogas no es una relación causa-efecto. El proceso migratorio debe valorarse como un factor de riesgo dentro de un modelo biopsicosocial más amplio. A continuación se describen las conclusiones generales acerca de la prevención familiar del consumo de drogas en este colectivo.

1. Se ha de adecuar la percepción social de los jóvenes inmigrantes como jóvenes con mayor vulnerabilidad para el consumo de drogas pero no como un colectivo

problemático. Dicha vulnerabilidad es debida a variables relacionadas con la aculturación y la integración en el país de acogida pero no deben hacerse prejuicios sobre el consumo de drogas.

2. La prevención del consumo de drogas ha de basarse en una atención completa que facilite la integración en el país de llegada (empleo, idioma, red de apoyo social y familiar). Las intervenciones irán dirigidas a evitar los factores de riesgo para la exclusión social en general y el consumo de drogas en particular.
3. Es importante que los técnicos conozcan la legislación vigente, los recursos disponibles y los trámites necesarios para orientar a este colectivo para que puedan beneficiarse de medidas de integración e inclusión social.
4. Las actuaciones preventivas han de ser integradoras y cuando resulte necesario se han de desarrollar estrategias selectivas específicas, valorando cuándo se han de utilizar programas generales para evitar la estigmatización de este colectivo.
5. En los programas preventivos se han de considerar las distintas percepciones respecto al consumo de drogas determinadas por la cultura de origen. Es importante intervenir sobre la correcta interpretación de las propiedades beneficiosas y dañinas de las drogas.
6. El conocimiento del idioma y de los códigos de comportamiento culturales es clave. La colaboración de mediadores culturales en muchos casos puede resultar de interés para la aplicación de los programas de prevención en familias de riesgo (Visiers Würth, 2008).
7. Para favorecer la participación de las familias en las acciones preventivas es necesario implicarles en el diseño y desarrollo de los programas, utilizar estrategias de captación y realizar adaptaciones.
8. Uno de los factores de protección familiar frente al hecho migratorio es la comunicación del colectivo inmigrante con su familia de origen. Se han de potenciar y facilitar las vías de comunicación con la familia de origen en aquellos casos en los que la familia no se haya desplazado y favorecer la creación de una red social en el país de acogida.
9. Estudios previos en nuestro país subrayan la importancia de los medios de comunicación y las asociaciones de inmigrantes como vías potenciales de prevención.

V. Objetivos y características de los programas y acciones preventivas dirigidas a la familia

1. Niveles y ámbitos de prevención

El consumo de drogas en adolescentes y jóvenes alcanza cifras preocupantes, tanto en España como en Europa. Como respuesta a esa preocupación, tanto en nuestro país como en el ámbito europeo, las autoridades políticas y sanitarias han desarrollado planes de atención a los drogodependientes que palien las consecuencias dañinas producidas por las altas prevalencias de consumo en la población, y han señalado la importancia de la prevención en la reducción del creciente coste personal y social asociado al consumo de drogas.

1.1. Los niveles de la prevención

El concepto de prevención puede tener múltiples significados. Según la definición de Caplan (1964), que ha tenido gran predicamento en el ámbito sanitario, la prevención puede entenderse como el conjunto de actividades dirigidas a reducir los problemas ocasionados por las enfermedades o trastornos en el individuo mediante la intervención precoz en cada una de las fases de evolución del problema de salud. Así habría una prevención primaria que intentaría evitar la aparición del problema, una prevención secundaria que buscaría reducir su impacto negativo mediante la intervención temprana y, por último, una prevención terciaria que reduciría las secuelas ocasionadas por lo que desea prevenir, introduciendo de forma temprana las medidas rehabilitadoras. En consecuencia, para los que utilizan este tipo de clasificación, la prevención no es sólo impedir que se produzca una enfermedad o trastorno (prevención primaria), sino que también puede significar que si se instaura una enfermedad o trastorno debemos intervenir cuanto antes para que sus consecuencias se reduzcan tanto como sea posible, o bien mejorar la reinserción de los enfermos en su entorno natural y evitar los peligros de la cronicación (prevención terciaria).

Un enfoque de este tipo resulta confuso, ya que no separa claramente lo que es prevención, en sentido estricto, de lo que es tratamiento y rehabilitación. Esta confusión fue advertida por el Institute of Medicine (IOM) que consideró que solo podría denominarse prevención aquella que va dirigida a impedir que se instaure el trastorno o la enfermedad, es decir, sólo es prevención si es prevención primaria. Para el IOM (National Research Council and Institute of Medicine, 2009), los distintos tipos de prevención se configuran de acuerdo con el tipo de población a la que se dirigen (universal, selectiva e indicada). Esta población se diferencia en función del nivel de riesgo, menor en el caso de la prevención universal, más alto en el caso de la prevención indicada. Así, la prevención universal tiene como destinataria a la población general, sin tener en cuenta el nivel de riesgo de los individuos; la prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos que presentan un riesgo más elevado que el promedio, y por último, la prevención indicada tiene como destinatarios a los individuos de alto riesgo que presentan una mayor probabilidad de adquirir el trastorno, problema o enfermedad que se quiere prevenir, en función de una evaluación individualizada.

1.2. Los ámbitos de la prevención

Se entiende por ámbitos, aquellos espacios o contextos donde se desenvuelve la vida de los individuos y que tienen relevancia en la conformación de los factores de riesgo y

prevención. El desarrollo psicosocial de las personas se realiza en distintos contextos anidados unos en otros, en donde el anillo más exterior lo conforman la comunidad con sus valores y normas, y el más interior el individuo, con sus características biológicas y psicológicas. Esos anillos o contextos influyen a los individuos de forma variable a lo largo del desarrollo individual, pero todos tienen la suficiente importancia para que se hayan desarrollado estrategias preventivas que tengan en cuenta las condiciones particulares que se establecen entre el individuo y cada uno de ellos. Esas condiciones particulares generan un conjunto característico de factores de riesgo y protección que los programas de prevención deben atender. Así, se han desarrollado programas de prevención de ámbito comunitario, escolar o laboral, familiar, e individual, que pueden en casi todos los casos subdividirse después en los distintos niveles antes mencionados.

El contexto familiar tiene una gran importancia, debido a que la familia es un agente socializador de primer orden. En las etapas más tempranas del individuo, su desarrollo es altamente dependiente de que la familia le provea del oportuno soporte físico y psicológico. Posteriormente, la familia es un agente de gran importancia en modular la presencia de otros factores de riesgo, dada la influencia que puede ejercer sobre los otros contextos en donde se desarrolla la vida del joven (escuela, trabajo, amigos, comunidad, etc.). Este capítulo hará una revisión de los distintos tipos de prevención familiar, sus objetivos y las características más importantes que tienen que tener los programas para alcanzar dichas metas.

2. Tipos de prevención familiar

Es posible clasificar la prevención familiar atendiendo al nivel de riesgo de las familias diana. En este caso, nos encontraríamos con **prevención familiar universal, selectiva e indicada**. Estos tres niveles de prevención deberían conllevar cambios objetivos en los programas, siendo los que se dedican a prevención universal menos extensos e intensos, mientras que los que se dirigen a población selectiva e indicada tendrían un mayor número de sesiones y un trabajo más exhaustivo sobre los factores de riesgo y protección. No siempre esto es así ya que, tal y como puede verse en el Anexo I, algunos programas figuran en los tres niveles. En estos casos, puede entenderse que nada impediría que, en los niveles selectivo e indicado, el programa de prevención fuese aplicado de forma más intensa o extensa (p. ej.: extendiendo o repitiendo las sesiones), o bien se concibiera como un complemento en compañía de otras intervenciones que refuerzan su impacto.

De acuerdo con esta clasificación, se ha hecho una somera revisión de los programas existentes en la base de datos del Registro Nacional de Prácticas y Programas Preventivos (NREPP) basados en pruebas empíricas, perteneciente a la Administración de los Servicios de Abuso de Sustancias y de Salud Mental de Estados Unidos (siglas en inglés SAMHSA), que puede verse en el Anexo I. No se han considerado como programas de prevención familiar, aquéllos de otros ámbitos de prevención (escolares, laborales o comunitarios) o con un componente familiar con poco peso en el conjunto de la intervención. Todos estos programas tienen algún tipo de refrendo empírico que indica que son efectivos, ya que han sido revisados y evaluados por revisores independientes. Pueden existir programas efectivos que no estén consignados en el NREPP ya que la inscripción del programa en dicho registro es voluntaria.

De acuerdo con la fase evolutiva a la que van dirigida, los programas pueden focalizar su atención en familias que tengan hijos en las siguientes etapas:

1. Embarazo y desarrollo temprano (hasta 1 año)

2. Primera infancia (0-5 años)
3. Infancia (6-12 años)
4. Adolescencia temprana (13-14 años)
5. Adolescencia (15-17 años)
6. Adultos jóvenes (18 en adelante)

Cada fase evolutiva puede exigir contenidos diferentes del programa. En las primeras etapas se incluyen actividades dirigidas a mejorar las habilidades de crianza, dar información sobre aspectos esenciales de cuidado, o mejorar el acceso de la familia a recursos sociales. En las fases más avanzadas, las actividades van también dirigidas a que los padres mejoren sus conocimientos de las características asociadas a la adolescencia, sus posibilidades de éxito en el control de la conducta de los hijos fuera del hogar, tanto en la escuela como en la relación con los iguales, o el manejo del conflicto familiar.

3. Objetivos de la prevención familiar

Desde un punto de vista genérico, puede decirse que el objetivo de los programas de prevención familiar es modificar la presencia de factores de riesgo y protección en las familias, reduciendo o eliminando los primeros e incrementando los segundos. Sin embargo, también puede afirmarse que los factores de riesgo y protección son muy variados, por lo que es más correcto hablar de objetivos en plural, que serán tantos como factores diferentes se pretendan modificar. Los factores de riesgo y protección podrían dividirse en dos grandes apartados: los llamados factores estructurales, que hacen referencia esencialmente a la composición, constitución y estatus de la familia, y los factores funcionales o relacionales, que se refieren al campo de las relaciones entre los distintos miembros de la unidad familiar (Velleman *et al.*, 2005).

En el primer caso se han estudiado variables como la monoparentalidad, la composición y el tamaño de la familia, el orden de nacimiento, la clase social, y otras variables que hacen referencia a características constitutivas de la familia y/o sus miembros.

En el segundo caso, las variables relacionales más comunes han sido las habilidades relacionadas con el cuidado de los hijos, el conocimiento y uso de los recursos sociales, el vínculo padres-hijos, la cohesión familiar, las pautas de comunicación, la gestión familiar, las habilidades educativas, el modelado de conductas, o la influencia de los padres y otros miembros de la familia sobre el consumo de los jóvenes.

Los factores estructurales o bien son de difícil o imposible modificación, o bien se encuentran fuera de la esfera legítima de acción de los programas de prevención. Por ejemplo, carece de sentido que un programa de prevención familiar se marque como objetivo modificar la clase social o cambiar la composición de una familia. Esto hace que este tipo de factores no se objetivos de los programas de prevención familiar, lo que no debe entenderse en absoluto como un problema, pero sí pueden ser indicadores útiles en la selección de la población para la prevención selectiva.

Las variables relacionales familiares, que los modelos teóricos ligan con la probabilidad de consumo en los jóvenes de acuerdo con diversos autores, son los que se han señalado con más detenimiento en el capítulo 2 de esta guía (apoyo familiar, actitudes familiares, vinculación familiar, habilidades parentales y relaciones familiares). Estas variables o factores relacionales dan lugar a determinadas áreas de intervención que presentan unos objetivos definidos, tal y como puede verse en la tabla 1.

Tabla 1. Áreas de intervención según los distintos factores relacionales

| Factores | Área de intervención | Objetivo de la intervención |
|---|---------------------------------|---|
| – Apoyo familiar | Cuidados físicos | <ul style="list-style-type: none"> • Proveer un entorno adecuado y facilitar la alimentación, el uso de pañales, la seguridad, etc. según las necesidades evolutivas. |
| – Actitudes familiares | Desarrollo infantil | <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a los padres sobre desarrollo y conducta infantiles. • Potenciar el desarrollo emocional positivo de los niños (mejorar la autoestima, estimular, etc.). |
| – Vinculación familiar – Habilidades parentales | Interacciones con los hijos | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la importancia de las interacciones positivas y no solamente las disciplinarias. • Usar habilidades para promover este tipo de interacciones, como demostrar entusiasmo, interesarse por lo que interesa a los hijos u ofrecer opciones recreacionales apropiadas. |
| – Vinculación familiar – Habilidades parentales | Crianza | <ul style="list-style-type: none"> • Responder con sensibilidad a las necesidades emocionales y psicológicas del niño. • Dar el contacto físico y el afecto que sea adecuado evolutivamente. |
| – Habilidades parentales – Relaciones familiares | Comunicación emocional | <ul style="list-style-type: none"> • Usar habilidades de comunicación (por ejemplo, escucha activa) que ayuden a los hijos a identificar y a comunicar sus emociones. |
| – Habilidades parentales | Comunicación disciplinaria | <ul style="list-style-type: none"> • Dar instrucciones claras y evolutivamente apropiadas, establecer límites y reglas, así como expectativas y consecuencias conductuales. |
| – Habilidades parentales | Disciplina y manejo de conducta | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer o modificar las estrategias disciplinarias. • Conocer o modificar las atribuciones acerca del mal comportamiento en los hijos. • Conocer o modificar las prácticas de supervisión. |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y saber utilizar el reforzamiento específico y las técnicas de castigo (extinción, reforzamiento positivo, tiempo fuera, etc. Véase Anexo II). • Conocer y saber utilizar la resolución de problemas con las conductas de los hijos. • Conocer la importancia de la respuesta consistente o generalización. |
| – Habilidades parentales | Habilidades prosociales de los hijos | <ul style="list-style-type: none"> • Formar a los padres para que enseñen a sus hijos a compartir, cooperar y usar buenos modales con compañeros y adultos. • Enseñar habilidades para resistir la oferta de drogas por parte de los amigos. • Enseñar habilidades de resolución de problemas y manejo de conflictos. |
| – Habilidades parentales | Habilidades cognitivas y académicas de los hijos | <ul style="list-style-type: none"> • Usar la enseñanza incidental: potenciar el lenguaje o el desarrollo de la lectura y escritura en los hijos e incrementar la buena disposición de los hijos hacia la escuela. |
| – Relaciones familiares | Relación intrafamiliar | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer habilidades de comunicación y técnicas de resolución de conflictos. |

4. Técnicas y aproximaciones o enfoques en prevención familiar

Los objetivos que se mencionan en la tabla 1 son alcanzados con programas de intervención que surgen, principalmente, de dos tipos de modelos teóricos, *los modelos de déficit y los modelos de disfunción*. Según los primeros los programas de prevención tienen que tratar de mejorar o implantar una serie de habilidades de las que se carece en la familia. Según los segundos, la conducta de consumo en los hijos no es más que el producto de una serie de interacciones disfuncionales en la familia. En algunos programas pueden verse combinadas intervenciones que provienen de ambas perspectivas teóricas.

4.1. Técnicas en la prevención familiar

Un resumen de las distintas técnicas de los programas de prevención familiar aparece recogido en tabla 2, de acuerdo con la clasificación de Kaminski, Valle, Filene, y Boyle (2008).

Tabla 2. Formas de aplicación de los contenidos de los programas de prevención familiar

- **Curriculum o manual:** desarrollo de un curso, a través de un manual o de un programa de formación, en el que se enseña a los padres un conjunto de conocimientos y habilidades, o se favorece el desarrollo de ciertas actitudes. Este tipo de formación se estructura en lecciones o módulos que se enseñan preferentemente siguiendo un formato interactivo, idealmente de carácter audiovisual, que busca la participación activa de los padres.

- **Modelado:** presentación de modelos en vivo o grabados que desarrollan el papel de padres, y que permiten adquirir, de forma vicaria, habilidades que sirvan para afrontar las diversas tareas a las que deben enfrentarse.

- **Deberes para casa:** asignaciones escritas, verbales o conductuales a completar entre sesiones.

- **Ensayo, *role-playing*:** prácticas con otros padres, con el instructor o con el propio hijo.

- **Instrucción separada de los hijos:** enseñanza de habilidades conductuales a los hijos en sesiones separadas.

- **Servicios auxiliares:** recursos adicionales a las habilidades parentales (p. ej. salud mental, tratamiento de drogodependencias, apoyo social y escolar, manejo del estrés, etc.).

La protocolización de los procedimientos y un cierto ajuste a las necesidades individuales es una característica distintiva de la forma en la que se aplican los procedimientos de prevención.

4.2. Aproximaciones o enfoques en la prevención familiar

Las aproximaciones de prevención familiar se pueden dividir en, al menos, cuatro grupos (Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer y Johnson, 2007), de acuerdo con la población a la que se dirigen (tabla 3)

Tabla 3. Tipos de aproximaciones a la prevención familiar

- **Apoyo familiar domiciliario:** Son intervenciones preferentemente dirigidas a padres con alto nivel de riesgo (prevención selectiva o indicada) y con hijos menores de cinco años. Se realizan en el hogar. Se dirigen inicialmente a familias en crisis. Su objetivo primordial es satisfacer las necesidades básicas familiares y tratar la crisis. Este tipo de intervenciones suponen la movilización de recursos sociales o sanitarios al domicilio familiar o el traslado de un gestor de caso a una familia en crisis o en una situación de alto riesgo, con el fin de que facilite la utilización de los servicios que permitan afrontar dicha situación. Las principales ventajas de este sistema es su bajo coste y la mayor facilidad para que los padres puedan implicarse en el programa. Si tenemos en cuenta que el principal problema de los programas de prevención se encuentra en la captación de las familias que más lo necesitan, este tipo de programas pueden ser una opción aceptable para llegar a familias que, de otra forma, no podrían ser abordadas.
- **Formación parental:** Son intervenciones de carácter cognitivo conductual que están dirigidas a mejorar las habilidades educativas y comunicativas de los padres. Pueden utilizarse en la prevención tanto selectiva como indicada de familias con hijos de 6 a 11 años. Pueden ser individuales o grupales, pero siempre de carácter interactivo. Las técnicas que se utilizan son todas las relacionadas con el entrenamiento en habilidades, tales como el rol-playing, el modelado por observación en vivo o por medio de sistemas audio-visuales, la práctica directa, la asignación de tareas para casa, la observación y la elaboración de registros, etc. No se trata, por tanto, de una simple «escuela de padres» en las que los conferenciantes disertan sobre lo que es correcto o equivocado en el ejercicio de una eficaz función paterna, sino que se busca que los padres adquieran habilidades específicas, de las que carecen, por lo que se deben combinar métodos que transmitan información con otros más activos, en los que se modelen las conductas deseadas. El componente de entrenamiento en habilidades parentales no tiene un programa específicamente dirigido a reducir el consumo de drogas, sino que su propósito es conseguir que los padres ejerzan su función educativa y de control con más eficacia. Por lo tanto, los resultados que se pueden esperar de su correcta aplicación son una mejor supervisión y comunicación con los hijos, un mayor dominio de las técnicas más efectivas de disciplina, un mejor cumplimiento de las normas paternas, junto con la consiguiente reducción de todo tipo de conductas disruptivas por parte de los hijos. El éxito de su aplicación es tiempo-dependiente. Para que sea eficaz debe abarcar un mínimo de entre 31 a 100 horas, dependiendo de la cantidad de riesgo familiar.
- **Formación en habilidades familiares:** Son intervenciones de carácter multicomponente que se dirigen no sólo a los padres, sino también a los hijos y la relación que mantienen entre ellos. Se utilizan en los tres tipos de prevención, tanto universal como selectiva e indicada. Su población destinataria son familias con hijos entre 6 y 14 años. Sus objetivos son cambiar y mejorar el funcionamiento familiar, enseñando, por ejemplo, habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas a padres e hijos, habilidades educativas o de manejo familiar a los padres, o estrategias de afrontamiento de los problemas o conflictos familiares. Este tipo de programas no focalizan su actuación sólo sobre los padres sino también con los hijos a través de técnicas para mejorar sus habilidades de afrontamiento y comunicativas, o su actitud hacia las drogas, entre otros objetivos.

- **Terapia familiar:** Este tipo de intervención se produce cuando se identifica riesgo en un adolescente que ya está siendo tratado por presentar algún problema (trastorno de conducta, problema académico) que suele ser un precursor o estar asociado al consumo de sustancias. Su aplicación es de carácter indicado, aunque su estructura, por sesiones terapéuticas, está más cerca del tratamiento que de una aplicación preventiva estricta. La terapia familiar cuenta con tres formatos concretos en el campo de la prevención selectiva del abuso de drogas: la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Funcional Familiar y la Terapia Multidimensional Familiar.
-

La utilización de la prevención familiar como un ingrediente de un programa más amplio es bastante frecuente ya que la familia es una agente socializador de primera magnitud no sólo por su acción directa sobre los jóvenes, sino también por su influencia directa en otros contextos de intervención. Desde esta perspectiva, tienen una amplia tradición las intervenciones familiares asociadas a programas de prevención escolar. Existe una revisión (Terzian y Fraser, 2005) que estudia los programas de intervención familiar de carácter universal que optimizan la aplicación de la prevención realizada en la escuela. Este tipo de programas se dirigen a las familias desde una perspectiva radicalmente escolar, es decir, se aplican en la escuela no solo por ser el sitio donde es más fácil captar a las familias, sino también porque implementan estrategias o técnicas que buscan vincular a los padres con la acción educativa del colegio.

La parte familiar de estos programas tiene como objetivo incrementar la implicación de los padres en las tareas escolares, reforzando la relación familia – escuela, y mejorando así la gestión familiar. Las técnicas que se utilizan son similares a las que se describen en el cuadro anterior, a excepción del énfasis que se pone en fomentar la relación padres – escuela con sesiones que animan las relaciones profesores – padres y promueven el éxito en la escuela de los hijos.

5. Factores relacionados con el éxito de las intervenciones familiares

Antes de entrar a pormenorizar las características que identifican a los programas de prevención que funcionan, es conveniente indicar que cuando se analizan las condiciones que determinan el éxito de un programa se debe partir siempre de la idea de que la efectividad no está únicamente determinada por las características del mismo o por la calidad de la aplicación. No todo lo que explica el éxito del programa está dentro del mismo, ni en la forma en la que se aplica. Los programas comunitarios, entre los que se encuentran los de prevención familiar, están íntimamente interconectados y la utilización coordinada y planificada de intervenciones preventivas en diversos ámbitos puede tener efectos sinérgicos positivos en los resultados. Dicho de otra forma, la programación preventiva y de promoción de la salud que tiene éxito debe adoptar una perspectiva multi-factor, multi-sistema, multi-nivel que atienda las múltiples influencias y vías de desarrollo (Bond y Hauf, 2004).

Es posible entonces que un mismo programa aplicado de la misma forma a poblaciones aparentemente idénticas, pero en contextos diferentes, produzca resultados distintos. Esto hace extremadamente difícil la evaluación de programas y justifica una cierta dispersión de resultados, no siempre debida a problemas metodológicos. El análisis ecológico es muy difícil pero es probablemente el único posible.

5.1. Características del programa y sus componentes

De acuerdo con la última revisión de estudios sobre la efectividad de los programas de prevención familiar (Small, Cooney, y O'Connor, 2009), los principios que incrementan la efectividad (calidad e impacto) de los programas de prevención primaria, entre ellos los familiares, son los que se pueden ver en la tabla 4.

Tabla 4. Principios de la efectividad de un programa de prevención

| Área | Principio | Explicación |
|---------------------------|---|--|
| Diseño y contenido | Basarse en teorías bien establecidas con apoyo empírico | Los programas de prevención familiar deben estar contruidos, aplicados y evaluados de acuerdo con una teoría subyacente que esté bien establecida. Los «programas» que no están articulados teóricamente rinden peores resultados. |
| | Aplicarse con una intensidad suficiente | El tiempo e intensidad del programa debe relacionarse con la gravedad del problema que trata, y debe ser suficientes para generar cambios duraderos. |
| | Ser comprensivo | Dada la naturaleza multifactorial de los problemas que afrontan los programas de prevención familiar, no es extraño que los programas multicomponente que influyen en el conjunto familiar sean normalmente más efectivos. |
| | Utilizar técnicas de aprendizaje activo | El uso de técnicas de aprendizaje que impliquen la actividad participativa de los padres da mejores resultados que la simple recepción pasiva de la información. Las técnicas activas permiten que los participantes las practiquen. |
| Relevancia | Ser evolutivamente apropiado | Las habilidades que se enseñan a los padres y a los hijos, deben ajustarse al nivel de desarrollo evolutivo de éstos. No tiene sentido enseñar técnicas que serán útiles muchos años después o sobre conductas que ya no están presentes en los hijos. |
| | Aplicarse en momentos adecuados | Los programas deben aplicarse cuando los miembros de la familia son más receptivos al cambio (p.ej. etapas de transición o crisis). |

| | | |
|--|---|---|
| | Ser socioculturalmente relevante | El contenido del programa debe ajustarse a las condiciones sociales y culturales de la población a la que se dirige. |
| Implementación | Aplicarse por personal cualificado y bien entrenado | La efectividad del programa está relacionada con la experiencia, la formación, el compromiso y la confianza que inspira quien lo aplica. |
| | Fomentar las relaciones positivas | Los programas efectivos fomentan las relaciones sinceras y seguras entre los participantes y quien lo aplica. |
| Evaluación y control de calidad | Estar bien documentado | El programa debe contar con un manual que especifique objetivos, componentes y descripciones de las actividades y procedimientos de implementación. |
| | Tener un protocolo de evaluación y mejora | El personal que aplica el programa tiene que tener procedimientos de control, evaluación y mejora claramente establecidos. |

Estos principios hablan de las características del programa en su conjunto (cómo se diseña, cuál es su relevancia, cómo se aplica y evalúa), pero también dicen algo en relación a sus componentes, exigiendo que tengan un enfoque amplio y se centren en fomentar relaciones positivas, aplicar procedimientos de aprendizaje activo o que sean evolutivamente apropiados.

En un estudio meta-analítico (Kaminski, *et al.*, 2008) en el que se analizaron 77 evaluaciones publicadas de programas de entrenamiento parental, se hizo un análisis de los componentes que contribuyen de una forma más decisiva al éxito de esos programas. Los resultados indicaron que los programas más eficaces tienen componentes que incrementan las habilidades de comunicación emocional y las interacciones positivas padres - hijos, enseñan a los padres habilidades educativas como el uso del tiempo fuera (véase Anexo 2), enseñan la importancia de la consistencia en la acción parental y de la interacción con sus hijos, aprendiendo nuevas habilidades durante la realización de las sesiones del programa. Los componentes de los programas que menos efecto alcanzaron fueron la formación de los padres en resolución de problemas, la promoción de habilidades cognitivas, académicas o sociales de los hijos, y los que aportan servicios adicionales.

Aunque no figura entre las conclusiones del anterior estudio meta-analítico, se menciona frecuentemente que el *timing* de la aplicación es esencial (Small *et al.*, 2009). Con esto se quiere decir que uno de los factores esenciales que condiciona la efectividad de un programa es que se aplique en el momento adecuado, tal y como se indica en la tabla 4. Una de las posibles razones es que las familias estarán más receptivas en tiempos de cambios o crisis. No obstante y asociado también con el concepto de *timing* de aplicación, también es frecuente que se mencione que los programas tendrán tanto más efecto cuanto primero se actúe sobre los factores de riesgo y de protección. Eso sí, en cada

momento es necesario utilizar los contenidos de prevención que se ajusten al momento evolutivo, tanto del hijo como de la familia (Bühler y Kröger, 2008).

Un factor muy importante que modula la efectividad del programa es el sexo de los adolescentes que lo reciben. Así, en un estudio con un largo seguimiento de once años de 429 familias que recibieron el programa PDFY (*Preparing for the Drug Free Years*), se encontró que sólo se redujo el abuso de alcohol entre las adolescentes a través de la mejora de las habilidades prosociales, mientras que en los varones no tuvo ese efecto (Mason *et al.*, 2009). Este dato se repitió en diversas revisiones (Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer y Johnson, 2007).

En otro sentido se orientan los resultados de una investigación (Haggerty, Skinner, Fleming, Gainey, y Catalano, 2008) que midió la efectividad de un programa «Focus on Families» (ahora llamado *Families Facing the Future*) aplicado a una muestra de pacientes que recibían tratamiento con metadona. En este trabajo, 130 familias de pacientes que recibían tratamiento en dos clínicas de metadona fueron asignadas aleatoriamente bien al grupo experimental donde se les aplicó la intervención preventiva, bien al grupo control, donde se les aplicó el tratamiento usual. Los resultados obtenidos tras un período de seguimiento promedio de 13,79 años, apuntaron a una reducción significativa de la probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de sustancias entre los hijos varones del grupo experimental, pero no sucedió lo mismo entre las mujeres.

Por último, en un extenso análisis de los programas de formación de padres (Lundahl, Risser, y Lovejoy, 2006), en el que se pretendía conocer el efecto que ejercen sobre la conducta disruptiva de los hijos, se pudo comprobar que este tipo de intervención funciona peor con las familias que tienen menos recursos, en cuyo caso la metodología que obtiene mejores resultados es el abordaje individual frente al grupal.

5.2. Captación y retención de familias

Este punto se desarrollará con más detenimiento en el siguiente capítulo, no obstante haremos un sucinto apunte en este apartado.

La captación de las familias es el mayor talón de Aquiles de la aplicación de los programas de prevención familiar universal (Al-Halabí, Secades, Errasti, Fernández-Hermida, García y Crespo, 2006). No es posible hacer prevención tal y como se han diseñado los programas si las familias no aceptan participar en las sesiones de intervención. Pero además de ser imposible la realización de los programas en el contexto comunitario, tampoco es posible obtener una idea clara de su efectividad o eficiencia, ya que las dificultades de captación pueden ir aparejadas a un notable sesgo en las familias que acuden voluntariamente a los programas, con la consiguiente distorsión de los resultados. En un estudio reciente (Hill, Goates, y Rosenman, 2010) se ha podido comprobar que el SFP 10-14, un programa de prevención familiar universal, produce un claro efecto de autoselección en las familias que participan voluntariamente en el programa. Esta autoselección puede producir efectos favorables al programa o desfavorables, dependiendo en este caso, de la edad de los jóvenes participantes. Las familias de los chicos y chicas de menor edad que acuden al programa es más probable que tengan hijas y que sean de raza blanca (¿estatus social, laboral y educativo más alto?), mientras que entre las familias de los jóvenes de más edad (13-16 años) predominaban las que tenían más problemas de funcionamiento familiar, menor consumo de drogas en los jóvenes y pertenencia a una minoría étnica. En todo caso, en ambos casos las familias que asisten no parecen representar a aquellas que pueden tener más problemas con hijos consumidores de drogas, y ese es un grave problema para un

programa que está dirigido a reducir los factores de riesgo que conducen a los jóvenes a consumir drogas.

En un trabajo publicado en el año 2001 (Bauman, Ennett, Foshee, Pemberton, y Hicks, 2001), se examinaron las variables o correlatos que condicionaban la participación de los padres en un programa de prevención familiar de baja exigencia (*Family Matters Program*). En el análisis de regresión se encontró que las variables que más influían eran la raza (mayor participación de blancos no hispanos), el nivel educativo de la madre (a más nivel educativo más participación), el sexo del adolescente (más probable la participación si es mujer), la convivencia con los dos padres (menos participación si es hogar monoparental), la expectativa de consumo de tabaco en los hijos (a más expectativa más probable la participación), la creencia en el consumo actual (más participación si se pensaba que el hijo no fumaba), el consumo de los padres (más participación si los padres no fumaban) y el vínculo familiar (más participación si el adolescente se sentía fuertemente vinculado a sus padres).

En un estudio español publicado en el año 2006 (Al-Halabí et al., 2006), las variables que más influencia tuvieron en la captación de las familias fueron el número de hijos, el nivel educativo de los padres, el uso de drogas por parte de los hijos, la presencia de conflicto familiar, el estilo de crianza, las relaciones padres – hijos y el patrón de comunicación familiar. De ese mismo año hay un estudio australiano (Beatty y Cross, 2006) que investigó cuáles serían las condiciones que debe tener un programa para facilitar la participación. Los padres identificaron numerosas dificultades, e indicaron que los programas que quisieran eliminar barreras deberían poder ser aplicados en casa, no ponerles en entredicho, ser fáciles de leer, poder realizarse en poco tiempo, ser fáciles de utilizar, divertidos e interactivos. Esos programas deberían además tratar temas como las habilidades básicas de comunicación con los hijos, y reportar algún tipo de pequeñas recompensas para los jóvenes que participen.

Dado el factor crítico que supone la captación y la retención de las familias para el éxito del programa, se ha propuesto que además de los principios de efectividad mencionados más arriba, es necesario e imprescindible incorporar procedimientos que permitan mejorar la participación (Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer y Johnson, 2007). Entre otros se encuentran: el fomento de las relaciones entre los padres y la cohesión del grupo, el fomento de las relaciones de colaboración con las familias, las invitaciones personales y el uso de incentivos (suministro de comidas, cuidado de los niños, pago del transporte, pago a las familias por su tiempo, etc). Además, se deben ofertar las siguientes condiciones (Lochman y Van den Steenhoven, 2002): utilizar un lugar que sea conocido por las familias como sitio de reunión y ofrecer «buenos programas»

5.3. Sesiones de recuerdo

Los efectos de las intervenciones familiares sobre los factores de riesgo, y su posterior traslado a los objetivos preventivos, como la reducción de las prevalencias de consumo en los jóvenes, están modulados por el paso del tiempo. Hay resultados muy diversos que indican que en algunos casos los efectos se mantienen, mientras que en otros se difuminan o desaparecen. De ahí la importancia de que los estudios que analizan la efectividad de los programas cuenten con tiempos de seguimiento post-intervención suficientemente largos, que permitan juzgar adecuadamente el efecto sobre conductas que se van a extender por períodos de tiempo relativamente largos (por ejemplo desde los 12-13 años hasta los 22-23).

Las intervenciones preventivas son muy limitadas en el tiempo y se pretende que sus efectos alcancen un período temporal muy dilatado. No es extraño que se haya pensado

que las sesiones de recuerdo o de potenciación de los efectos, podrían ser una solución para garantizar resultados más estables a medio y largo plazo. Esa es precisamente la idea que subyace cuando se programan este tipo de sesiones en el *Strengthening Families Program 10-14*.

En un estudio reciente (Tolan, Gorman-Smith, Henry y Schoeny, 2009), se quiso poner a prueba experimentalmente la utilidad de estas sesiones. La intervención utilizada fue el programa SAFE Children de carácter selectivo, con un componente dirigido a familias que viven en comunidades con altos niveles de pobreza y bajos recursos económicos y sociales. Se compararon los resultados obtenidos, a lo largo del seguimiento, en dos grupos, uno con una sola aplicación, y otro en el que se hicieron dos aplicaciones, la segunda tres años después, del programa. Hay que señalar que este trabajo es uno de los pocos en los que se utiliza asignación aleatoria de las familias al grupo control y al experimental (con sesiones de recuerdo). De acuerdo con los resultados se observan efectos muy modestos en algunos indicadores, con tamaños del efecto siempre por debajo de 0,31. Así, en lo que se refiere al ámbito de la conducta infantil y la competencia social, las sesiones de recuerdos fueron útiles (con una $p \leq 0,05$, pero un tamaño del efecto – d de Cohen – de -0,29) para el apartado de impulsividad, y con un menor nivel de significación, para la agresión, la concentración y la adaptabilidad. Sin embargo no tuvieron ningún efecto en hiperactividad, habilidades sociales y liderazgo. No hubo tampoco diferencias significativas en las prácticas parentales, ni en las relaciones familiares. No se evaluó el consumo de drogas.

VI. Estrategias para captar, motivar e incentivar la colaboración y la participación en los programas preventivos centrados en la familia

1. Introducción: ¿cuál es el problema?

Uno de los mayores retos a los que se enfrenta el campo de la prevención familiar es comprometer a los padres en dichas intervenciones. Como ya se ha comentado en el capítulo anterior, se han numerosos obstáculos en el reclutamiento y la participación recogida por la mayoría de los programas es muy modesta. La falta de participantes en estos programas de prevención es preocupante especialmente si tenemos en cuenta que, a diferencia de los programas de tratamiento, este tipo de intervenciones confían casi exclusivamente en el reclutamiento de los participantes para obtener la población necesaria para sus intervenciones.

A este respecto, ya en la década de los 90, Spoth, Redmond, Hockaday, y Shin (1996) llevaron a cabo un estudio en el que examinaban las principales barreras que impedían la participación de los padres en intervenciones familiares, identificando 28 barreras importantes relacionadas con la valoración de la intervención propuesta, las creencias y actitudes acerca de este tipo de intervenciones, y especialmente con los factores relacionados con la disponibilidad de tiempo, los requerimientos logísticos de la investigación y las influencias de los miembros de la familia.

En otro estudio muy citado, Cohen y Linton (1995) encontraron que, mientras que la respuesta de los padres a los cuestionarios de evaluación enviados a través de sus hijos junto con la invitación a participar en un programa de prevención fue alta (65%), la asistencia real al programa resultó muy baja (10%). Además, ocurrió que los padres que respondieron a la encuesta y participaron en el programa fueron los que tenían menor déficit en habilidades de gestión familiar y los que mantenían las mejores relaciones con sus hijos, comparados con aquellos padres que respondieron a los cuestionarios pero luego no participaron. En esta investigación, los autores también analizaron los factores que contribuyeron a la baja participación de los padres en el programa y encontraron que entre ellos destacaban los siguientes: (1) la negación del problema por parte de los padres, (2) el alto consumo paterno de alcohol y tabaco informado por los hijos, –que puede provocar que los padres se sientan intimidados o piensen que van a ser criticados – (3) la falta de familiaridad con la escuela, (4) la situación marital, –los padres solteros participan menos–, y (5) el sexo del hijo, –los padres de las chicas participan en mayor medida que los de los chicos. Por último, Cohen y Linton (1995) comentaron un aspecto de gran interés en el estudio del reclutamiento de los padres en intervenciones preventivas: la intención de los padres de asistir a un programa no es un predictor fiable de su asistencia real al mismo. Muy pocos de los padres que comunican su disposición a participar en la intervención llegan a hacerlo realmente. Este hallazgo se repitió en un segundo estudio publicado por Cohen y Rice (1995) y en otros estudios de nuestro país que han evaluado la disposición de los padres para integrarse junto a los educadores en las labores preventivas (Durán, Peris-Miró, y Selles, 1996; Pallarés Hurtado, y Llopis Llacer, 1993).

Los resultados de esas experiencias indican que los padres manifiestan, en general, una buena disposición para involucrarse en las labores preventivas pero, de hecho, su participación real en las acciones propuestas es muy escasa, así como también lo es su

nivel de utilización de recursos comunitarios como las AMPAS o las asociaciones de vecinos. También es un dato comprobado que el padre se muestra mucho menos dispuesto a participar que la madre. De hecho, en nuestra sociedad, la educación de los hijos es una tarea que se delega principalmente en las madres, que constituyen la inmensa mayoría de los asistentes a las actividades preventivas, llegando a una proporción de más del 90% de los casos (Pinazo y Pons, 2002). Es necesario destacar aquí la necesidad de implicar a los padres (hombres) en esta tarea. Probablemente habría que utilizar convocatorias específicas para ellos, en la medida en que puede ocurrir que no se sientan involucrados en estas tareas o que no acudan por temor a sentirse «en minoría». También sería recomendable sensibilizarles sobre la importante labor que pueden desempeñara en la educación de los hijos y en la riqueza que pueden aportar a los programas de prevención familiar. En todo caso, para obtener los mayores beneficios posibles de las intervenciones familiares, es muy necesaria la convergencia de estrategias educativas por parte del padre y de la madre. En la medida en que sus actuaciones sean consistentes y coherentes entre sí, existirá mayor probabilidad de tener éxito como educadores, al tiempo que se reduce el conflicto y mejora la calidad de las relaciones familiares.

En relación con esto, Pinazo y Pons (2002) realizaron un estudio en nuestro país con el objetivo principal de conocer la opinión de los padres y madres respecto a su implicación e intereses hacia la prevención del consumo de drogas en los alumnos de enseñanzas básicas y medias. Estos autores preguntaron a los padres sobre su implicación en las actividades escolares de tipo preventivo y encontraron que cerca de un 90% afirmaba que participaría en tales actividades, lo que indicaba una disponibilidad importante. Sobre la preferencia de métodos didácticos empleados en estas actividades preventivas, los datos reflejaron que cerca de la mitad se decantaron por el procedimiento de la charla informativa, y casi el 30% lo hicieron por el método del vídeo. Menos de una quinta parte de los padres prefirió que las actividades preventivas consintieran en cursillos. Obviamente los efectos preventivos de las charlas son mucho menores, pues no puede pretenderse dotar a los padres de los conocimientos, actitudes y comportamientos necesarios para actuar como agentes preventivos con una simple charla informativa o con un simple vídeo. Por otro lado, las razones por las que los padres dejarían de asistir a estas actividades resultaron ser muy variadas, aunque destacaban aquéllas relacionadas con el trabajo, es decir, el principal motivo por el que un padre no asistiría a estas acciones preventivas en la escuela de sus hijos sería por estar trabajando en ese momento. Pero mucho más interesante consideraron los autores el estudio del tiempo que un padre dedicaría o estaría dispuesto a invertir en este tipo de procedimientos educativos. Tan solo un 15% de los padres dedicaría más de una hora y media semanal a actividades escolares relacionadas con la prevención y la mitad de la muestra dedicaría semanalmente un máximo de una hora. Los autores consideran que este nivel de implicación propuesto por los padres es escaso. Ahora bien, aunque las charlas informativas tengan una potencia muy limitada y sean claramente insuficientes como estrategia de prevención familiar, sí pueden utilizarse como método de captación o «puerta de entrada» para ofertar el programa, o para «despertar» a los padres y a las familias en relación a la necesidad de mejorar la calidad de sus relaciones familiares. También pueden ser útiles para detectar familias en riesgo y orientar o derivar a otros recursos o intervenciones preventivas. En todo caso, son una buena oportunidad para generar una reflexión en la familia sobre los procesos de la adolescencia y los cambios o mejoras que pueden establecerse entre padres e hijos, y aumentar así la probabilidad de que asistan a programas de prevención familiares que posteriormente se oferten en contextos similares.

2. Estrategias de reclutamiento

Es de vital importancia que los programas de prevención familiares dediquen los recursos necesarios para lograr tasas de participación satisfactorias, ya que lo contrario genera problemas importantes tanto en el ámbito clínico como en el de investigación.

En primer lugar, porque tasas pobres de captación suponen que un número sustancial de familias no reciba los beneficios de las intervenciones preventivas, y que por lo tanto muchas familias desatendidas experimenten disfunciones psicosociales que precisamente estos servicios están destinados a atajar. En segundo lugar, un reclutamiento pobre genera sesgos en la selección de la muestra que recibe estos servicios. Estos sesgos pueden causar una evaluación imprecisa de las verdaderas relaciones entre las variables que se estudien en una determinada investigación, lo que representa una seria amenaza a la validez interna y externa de estos estudios. Finalmente, disponer de procedimientos potentes de captación de muestra es un requisito indispensable para compilar datos de cara a realizar seguimientos a largo plazo en las muestras seleccionadas para las intervenciones preventivas (Stout, Brown, Longabaugh, y Noel, 1996). No obstante, a pesar de las dificultades previamente mencionadas, diversos autores han ofrecido estrategias de diverso alcance entre las que podríamos destacar las siguientes (Prinz y Miller, 1996; Springer, Wright, y McCall, 1997):

- Los esfuerzos de captación de familias son significativamente más rentables en aquellos programas que mantienen una colaboración estrecha con las actividades de la comunidad y con otras organizaciones locales ya que tienen mayor notoriedad y aceptación social.
- Esta aceptación puede ser aumentada ofreciendo intervenciones congruentes desde un punto de vista cultural, contratando personal que esté vinculado a la comunidad e involucrando a antiguos participantes y a otros padres que recomienden el programa.
- El personal dedicado al reclutamiento debe estar especialmente entrenado para ello y dedicar una parte significativa de su tiempo a la tarea de la captación de participantes.
- Los incentivos por participar y la provisión de fondos para contrarrestar las barreras para la participación (transporte, cuidado de niños...) son indispensables catalizadores de una participación fiable.

Ya en la década de los 80, Laudeman (1984) señaló la importancia de implicar a los padres en los grupos educativos sobre drogas, especialmente a aquellos padres a los que denominó como «apáticos» o «poco implicados». Estas familias se caracterizarían por tener altos niveles de estrés y un apoyo social escaso, además de otros predictores desfavorables como dificultades económicas, aislamiento social, y abuso de sustancias. Además, suelen percibir menos distrés en su funcionamiento cotidiano, con lo cual se encuentran menos motivadas para invertir tiempo y esfuerzo en actividades para niños que «no tienen problemas». Para su «captación» sugirió realizar llamadas telefónicas, establecer contactos personales previos, enviar notas escritas o visitarlos en sus domicilios. Así mismo, propuso emitir anuncios por la radio y planificar cuidadosamente las sesiones para que no coincidieran con momentos que facilitarían las excusas para no asistir (días festivos, acontecimientos deportivos, etc.). En términos prácticos esto se traduce en que los monitores del programa deben enviar información o llamar a los padres a sus casas, presentando un servicio desconocido para la familia e intentando enfatizar la

importancia de participar en un programa preventivo sin alarmar a los padres y sin que perciban que se les critica por su incompetencia en la educación de sus hijos.

Uno de los trabajos de investigación de referencia a este respecto serían los de St. Pierre y Kaltreider (1997) acerca de las estrategias más eficaces para captar a los padres de adolescentes con altos factores de riesgo en programas preventivos familiares. Estos autores proponen la utilización de incentivos de interés para los padres, tales como pequeños premios y recompensas económicas o dotarles de un diploma al final de la intervención, así como recordarles las fechas y horarios de las reuniones mediante diferentes fuentes (llamar por teléfono a los participantes el día anterior de la puesta en marcha del programa, hacer visitas al hogar o entregar a los padres un calendario con las fechas y las horas de las sesiones del programa). De forma más concreta, proponen las siguientes estrategias, basadas en un estudio longitudinal de tres años con una muestra de familias con hijos de 11 y 12 años:

- Identificar a la persona adecuada para aplicar el programa.
- Transmitir claramente el objetivo del programa.
- Construir una relación basada en la confianza mutua, el respeto y la igualdad.
- Respetar la intimidad de los padres y fomentar, al mismo tiempo, una vinculación positiva entre los miembros del grupo.
- Procurar un acceso fácil, con recordatorios e incentivos.
- Ser flexible pero persistente.

Diferentes autores han usado estrategias similares a las mencionadas para incrementar la participación de los padres en programas preventivos de tipo universal, aunque todas ellas sin el éxito pretendido. Así por ejemplo, Cohen y Linton (1995) han propuesto diferentes técnicas, muy similares a las previamente mencionadas, entre las que se encontraban las llamadas telefónicas personales, el envío de varias cartas de aviso de las sesiones a través de los hijos antes de las reuniones, la participación de padres o madres con cierta ascendencia sobre el resto de posibles participantes como intermediarios en el reclutamiento, el ofrecimiento de transporte para desplazarse a las reuniones y, en ciertos casos, el uso de incentivos con los adolescentes para que motivaran a sus padres para participar en el programa de prevención propuesto. Por su parte, Becker et al. (2002) defienden que la principal estrategia de reclutamiento supone captar el interés de los padres evaluando o calculando los factores de riesgo y de protección dentro del contexto específico de la familia con el objetivo de crear un calendario de trabajo para llevar a cabo una intervención preventiva.

Otro estudio realizado por Hahn, Simpson, y Kidd (1996) se centró en examinar específicamente cuáles serían las estrategias más recomendables para promover la adherencia de los padres a un programa de prevención universal de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas desarrollado en el contexto escolar. En este trabajo los autores encontraron que la mejor actuación para garantizar la participación de los padres y madres en los programas sería utilizar una combinación de distintas estrategias:

1. La principal estrategia y núcleo del reclutamiento de los padres sería conseguir que los hijos estén interesados en el programa y, por lo tanto, insistan a sus padres para que participen. El entusiasmo por las actividades escolares manifestado por los niños resultó ser el aspecto primordial de la participación en este estudio. Estos autores también proponen recurrir a pequeños premios para los adolescentes que les motiven a pedir a sus padres que acudan al programa.

2. En segundo lugar, los requerimientos básicos para la participación consistieron en proveer a los padres y madres de transporte, cuidado de los hijos y pequeños incentivos materiales. Entre estos incentivos se encontraban los diplomas del programa, rifas, cupones de descuento en determinadas compras o la combinación de las actividades con comidas o meriendas donde padres e hijos fueran los protagonistas.
3. En tercer lugar, defienden la posibilidad de combinar distintas estrategias y canales de comunicación con los padres para promover su implicación en la intervención preventiva. Aquellos programas dirigidos a las familias que utilizan distintas técnicas como enviar materiales preventivos y cartas de presentación del programa a los padres y recurren a entrevistas telefónicas o a visitas al hogar, mostraron los mejores niveles de implicación de los padres dentro de la población general.
4. En cuarto lugar, los autores señalan la importancia de las actitudes del equipo directivo y del personal del centro escolar hacia los padres en la decisión de los padres de participar cuando el programa se desarrolla en este contexto. Así, la calidad de la relación de los padres y madres con los tutores, los profesores y otras figuras dentro de la escuela va a influir en su disposición de participar o no en el programa ofertado.
5. La quinta estrategia se refiere a la importancia de cuidar al máximo la convocatoria al programa, prestando especial atención al uso de una aproximación «no culpabilizadora» hacia los padres en la presentación y difusión de la intervención preventiva. Los padres de hijos con problemas de consumo pueden sentir que no van a salir bien parados de la comparación con los demás y, en especial, los padres consumidores pueden sentirse avergonzados y preocupados porque los demás juzguen su conducta y ser reacios a participar en las sesiones si en la presentación del programa no se aborda explícitamente esta cuestión.
6. La última estrategia sería fomentar en la escuela actividades previas que también soliciten la colaboración de los padres. Es probable que los padres que se sienten activamente involucrados en las actividades escolares de sus hijos tengan una mayor motivación para participar en las propuestas preventivas.

En nuestro país, Ferrer, España, Pérez, y Sánchez (1993) proponen las siguientes fórmulas para incrementar la participación de los padres:

- Cuidar a fondo las estrategias de convocatoria realizadas desde la escuela.
- Contar con la participación de los profesores y las AMPA en estas convocatorias.
- Acercarse a diversos subgrupos de padres para conseguir su implicación.
- Utilizar complementariamente vías alternativas a la escuela para llegar a los padres (medios de comunicación, escuelas de adultos, asociaciones vecinales, entidades ciudadanas, consultas médicas, etc.).
- Llegar a los padres a través de los hijos, ya que de esta manera se implica al hijo en la dinámica educadora y se facilita que los padres modifiquen sus comportamientos y percepciones ante la educación de sus hijos.
- Contextualizar la intervención preventiva en el marco de los problemas globales del barrio o de la localidad.

- Proceder con cautela al tratar el tema de las drogas legales/ilegales por las reacciones emocionales negativas asociadas a estas últimas.

Un estudio importante acerca de las estrategias para reclutar familias de alto riesgo en intervenciones preventivas fue llevado a cabo por Hogue, Johson-Leckrone, y Liddle (1999), en el que plantean la importancia de una serie de tareas previas de preparación para el reclutamiento de familias, así como unas directrices generales y específicas para llevar a cabo las propias estrategias de captación de las familias.

Veámoslas por partes: respecto de la preparación previa para la tarea de reclutamiento Hogue *et al.* (1999) entienden, en primer lugar, que es muy conveniente afilarse con una institución u organización comunitaria que goce de cierto prestigio, ya que otorga gran credibilidad a los programas de prevención familiares y reduce reacciones negativas o de indiferencia por parte de los padres, que podrían recelar de los responsables del programa y preguntarse por qué razón deberían confiar en ellos o hacerles caso. Además, las instituciones comunitarias también pueden proveer información acerca de cómo contactar con las familias más inaccesibles así como resultar de gran ayuda para captar a las familias indecisas, interviniendo directamente en el proceso de reclutamiento.

En segundo lugar, se debería usar una plantilla de personal entrenada para actuar como reclutadores, preferiblemente los propios monitores que luego trabajarán con los padres y las familias, ya que la mayoría de los padres prefiere hablar desde el principio directamente con la persona con la que van a trabajar.

En tercer lugar, los reclutadores que se centren en captar población de alto riesgo deben tener presente que es probable que este tipo de familias tengan problemas diarios de convivencia, con lo que pueden adoptar la postura de que el programa puede ayudarles a afrontar adecuadamente problemas tanto a largo plazo como preocupaciones inmediatas. También se puede describir el programa como una oportunidad de ayudar a la familia «a ir por buen camino» y ofrecer a los jóvenes una orientación para preparar su futuro cuando los problemas de la adolescencia y de la juventud inevitablemente surjan.

Respecto de las directrices generales de las estrategias de reclutamiento, Hogue *et al.* (1999) afirman que los protocolos deben permitir la máxima flexibilidad en la confección del proceso de captación de participantes en los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de cada familia. No obstante, señalan una par de recomendaciones básicas para todas las familias:

- Las familias responden mejor a las convocatorias cuando se realzan los componentes positivos y los puntos fuertes del programa («nuestro programa ayuda a los padres a seguir ejerciendo una influencia positiva sobre sus hijos») en lugar de los temas encaminados a solucionar los déficit de la familia («nuestro programa enseña habilidades parentales»).
- Las visitas familiares son más costosas que el reclutamiento telefónico por el tiempo y el esfuerzo que suponen, por lo tanto, estas visitas sólo deben ofrecerse cuando el contacto telefónico sea inadecuado para la tarea de captación, por ejemplo, en aquellas familias que expresan interés por el programa pero consideran que ya están sobrecargadas de responsabilidades cotidianas, familias que se muestran ambivalentes, y familias que muestran desconfianza ante un programa desconocido.

Obviamente, las estrategias de reclutamiento serán efectivas en la medida en la que la plantilla de reclutadores esté bien respaldada por el propio programa.

En cuanto a estrategias específicas de reclutamiento, no conviene olvidar que el contacto telefónico inicial mediante el que se informa a los padres de los principales contenidos y objetivos del programa supone una oportunidad para «enganchar» a las familias, dependiendo de las diferentes preocupaciones y objetivos que éstas manifiesten. Es habitual que los protocolos presenten procedimientos generales de captación, pero, como se señaló más arriba, deben permitir a los reclutadores confeccionar sus estrategias en función de las necesidades individuales de cada familia. Así, tras una pequeña introducción sobre el contexto comunitario al que pertenece el programa, el monitor ya puede recoger un feedback preliminar de los padres. Según Hogue *et al.* (1999), los padres suelen responder de acuerdo a alguno de los tres siguientes patrones:

1. Los padres expresan alguna preocupación sobre su hijo, como problemas escolares o conductas oposicionistas. El monitor debe solicitar detalles específicos sobre esos problemas y reforzar a los padres empatizando con sus preocupaciones y con su interés por un desarrollo adecuado de su hijo. Posteriormente el monitor debe intentar personalizar el programa haciendo hincapié en la parte de resolución conjunta de problemas, y evitando generalizar acerca de los problemas de los hijos o del programa.
2. Los padres relatan que actualmente no tienen problemas con su hijo, pero que están preocupados por los problemas que pudieran aparecer durante la adolescencia. El monitor debe intentar obtener detalles acerca de la naturaleza de esas preocupaciones y evitar hacer suposiciones generales. Cuando los padres expresen de manera más específica sus inquietudes, el monitor debe empatizar y reconocer sus preocupaciones, hablando concretamente sobre cómo el programa se centra en esos aspectos y señalando que aprender acerca del comportamiento normal de los adolescentes, pieza clave de cualquier programa, puede ayudarles a aliviar dudas e incertidumbres cuando sus hijos crezcan.
3. Los padres no comentan ningún problema o preocupación acerca de la situación familiar actual y se muestran confiados en sus aptitudes para manejar los inconvenientes que puedan surgir en el futuro. El monitor debe comenzar admitiendo la capacidad de los padres para manejar las diversas etapas que experimentan los niños y las familias. Después debe acentuar que el programa no está indicado para chicos con problemas o padres en crisis, sino que se trabaja con familias que funcionan bien para dotarles de apoyos extra y revisar sus habilidades parentales de cara a un período de tiempo en el que los chicos pueden enfrentarse a la presión de los compañeros y a influencias negativas por parte de éstos. Así, el programa se presenta como una oportunidad de reforzar los aspectos positivos ya existentes en la familia para protegerles contra posibles riesgos y asegurar que los chicos se desarrollen adecuadamente.

Con aquellas familias acepten participar en el programa, debe fijarse una cita inmediatamente para realizar una evaluación inicial. De todas maneras, durante el primer contacto, la mayoría de las familias expresan cierto interés pero se muestran reacias a comprometerse del todo. En estos casos, el monitor puede ofrecerse a visitarles en sus casas para charlar con más detalle sobre el programa y para solucionar las posibles dificultades que tengan para participar. Estas visitas suponen una poderosa demostración del compromiso del programa para ayudar a las familias y ajustarse a sus necesidades. Si la familia acepta la visita, el monitor debe seguir los procedimientos trazados más arriba, sacando partido de la oportunidad de utilizar presencialmente sus habilidades o estrategias de captación con las familias indecisas.

Si durante esta visita la familia accede a participar en el programa, debe concertarse una cita antes de que el monitor se vaya. Las familias que rehúsen participar pueden ser invitadas a rellenar un pequeño cuestionario para identificar los motivos por los cuales no les interesa el programa, ya que puede ser interesante para conocer las características de la muestra que rechaza participar en el programa y para modificar las estrategias de reclutamiento.

2.1 Posibles alternativas

Algunos autores defienden las alternativas de prevención no presenciales ya que los problemas en la asistencia a los programas impiden el alcance de los objetivos de las intervenciones preventivas. Este tipo de actividades suelen ser más flexibles en sus tareas y horarios dado que utilizan materiales escritos o actividades que han de ser completadas por las propias familias en sus hogares.

En distintas experiencias, se han desarrollado y evaluado programas preventivos del consumo de drogas legales que constaban de tareas para casa que los adolescentes debían completar con la colaboración de sus padres y madres, obteniendo notables incrementos de la participación de los padres y madres. Los datos aportados recogen que alrededor del 80% de los padres supo de la existencia de estos programas, cerca del 70% los conoció a través de sus hijos, aproximadamente el 50% de los padres y madres indicaron que por lo menos uno de ellos trabajó con su hijo en alguna de las actividades y al menos el 33% de las familias completó el programa (Villar, 2003).

Ahora bien, hay que tener en cuenta que estos datos favorables sobre la participación de los padres en este tipo de actividades preventivas son contrarrestados por la menor potencia de la intervención, ya que los programas no presenciales con tareas para casa tienen una capacidad muy limitada con respecto a la modificación real de los hábitos educativos. Este tipo de actividades promueven debates entre padres e hijos sobre las drogas y los problemas derivados de su consumo, sobre las reglas familiares acerca del consumo y sobre las consecuencias derivadas del incumplimiento de las mismas, pero no alcanzan a modificar otros comportamientos parentales que no estén relacionados directamente con la comunicación entre padres e hijos. Por lo tanto, este tipo de propuestas preventivas pueden ser útiles para distribuir información y proporcionar a las familias actividades guiadas y discusiones provechosas dentro de la prevención del consumo de drogas en los adolescentes, pero para conseguir cambios conductuales serían necesarias intervenciones mucho más intensas (Villar, 2003).

2.2. El papel de los incentivos

El uso de incentivos económicos para modificar la conducta en el ámbito de la salud parece gozar de cierta notoriedad en la actualidad no sólo en el campo de la prevención de problemas de salud sino también en el del tratamiento de tales problemas. Así, si bien el tema que nos ocupa es la prevención familiar del consumo de drogas, la provisión de incentivos se ha utilizado también en otro tipo de intervenciones preventivas como estrategia para aumentar la captación y la retención de la población objetivo de tales intervenciones.

Tal es el caso de la intervención en problemas de salud como la tuberculosis o las vacunas contra la hepatitis B, donde se comprobó que el uso de pequeños incentivos mejoró la adherencia a las prescripciones médicas en adultos. Así mismo, diversas investigaciones han señalado que los incentivos monetarios aumentaron la asistencia y la participación en programas de prevención de SIDA y de enfermedades de transmisión sexual especialmente de individuos con altos factores de riesgo. Lo mismo ocurrió con la

asistencia a programas de prevención de la enfermedad cardiovascular y otros programas de modificación de diversos factores de riesgo para la salud: colesterol, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y uso del cinturón de seguridad (Al-Halabí y Errasti, 2009).

Si nos centramos de manera específica en la prevención del consumo de drogas encontramos varios estudios que hallaron diferencias significativas en la participación en los programas de prevención en función de la utilización de incentivos, algunos de los cuales ya hemos comentado en el apartado anterior. Tal es el caso del estudio de Leakey, Lunde, Koga, y Glanz (2004) en el que se llevó a cabo un programa de prevención de consumo de tabaco entre escolares de enseñanza media, encontrando una mayor tasa de participación en el grupo donde distribuyeron diversos materiales e incentivos.

En otra investigación llevada a cabo por Grady, Gersick, y Boratynski (1985) los autores valoraron la posibilidad de incentivar económicamente a los padres para participar en un programa de entrenamiento de habilidades parentales de 12 horas de duración, y así, pagaron a los participantes para compensarlos de los gastos de desplazamiento por acudir a dicha intervención, consiguiendo la participación de una cuarta parte de los convocados.

St. Pierre y Kaltreider (1997) realizaron un estudio acerca de las estrategias más eficaces para implicar en programas familiares a los padres de adolescentes con altos factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas y la conducta antisocial. Los autores señalaron como principio general que para conseguir la participación de los padres y madres es necesario hacer accesible y atractivo el programa a la población objetivo. Para ello pueden utilizarse incentivos de interés para los padres, tales como pequeños premios y recompensas económicas o dotarles de un diploma al final de la intervención. También Prinz y Miller (1996) afirmaron que los incentivos por participar y la provisión de fondos para contrarrestar las barreras para la participación (transporte, cuidado de niños...) son indispensables catalizadores de una participación fiable en los programas de prevención familiar.

Recientemente, Gottfredson *et al.* (2006) recogieron tasas de participación del 60% utilizando como estrategia principal de retención en el programa la provisión de incentivos, incluyendo transporte, cuidado de niños y «vales» para cenar por valor de 25\$ hasta 100\$. Además, entregaban «vales» adicionales de 25\$ en la tercera y en la séptima sesión del programa así como pequeños incentivos de 1\$ por acudir puntualmente a las diversas sesiones de la intervención preventiva.

En nuestro país, Al-Halabí y Errasti (2009) estudiaron el uso de incentivos como estrategia para aumentar la asistencia y reducir abandono en un programa de prevención familiar llevado a cabo en el contexto escolar. Concretamente, se pretendió conocer el efecto de la entrega de un pequeño incentivo tras la asistencia a las sesiones principales del programa «Familias que Funcionan» sobre la tasa de asistencia a todas las sesiones del programa (incluidas la de mantenimiento) y el abandono del mismo. El incentivo consistió en un vale de 10 € para gastar en un conocido centro comercial de la zona. Tales incentivos se entregaban tras finalizar cada una de las siete sesiones principales del programa en uno de los IES seleccionados, mientras que otros IES ejercían de grupo control. Durante las sesiones de mantenimiento, aplicadas dos meses después, este incentivo no se entregó. Nótese que el valor del incentivo es modesto. Esto fue así porque el interés del estudio radicaba en conocer la eficacia que pudieran tener incentivos económicos asumibles por instituciones públicas. Por otro lado, parece claro que grandes cantidades de dinero podrían atraer a un mayor número de población, pero no parece una alternativa viable para la mayoría de los ayuntamientos o servicios sociales, que suelen tener presupuestos ajustados.

La entrega de estos incentivos aumentó el número de padres que asistieron al programa respecto al grupo control y también redujo las tasas de abandono, aumentando así la adherencia al programa. Uno de los aspectos más interesantes de los resultados encontrados fue que la presencia de los incentivos tuvo un efecto significativo sobre la asistencia a las sesiones de mantenimiento a pesar de que no se entregaron durante las citadas sesiones, lo cual permite suponer que su efecto se mantiene más allá de su mera presencia. Una explicación plausible de este resultado es que los incentivos hayan servido para comprometer inicialmente a los participantes un tanto indecisos, pero posteriormente, a medida que el programa avanzaba, los propios elementos positivos e interesantes de las sesiones pasaron a ser reforzantes por sí mismos. Así, es probable que estemos ante un fenómeno que se explica aludiendo al cambio de una motivación extrínseca para asistir (los incentivos) a una motivación intrínseca basada en el propio programa y en el aprendizaje personal realizado.

2.3. La importancia del centro escolar

Es conocida la importancia y la influencia que tiene el centro escolar tanto en la formación académica de los jóvenes como en diversos aspectos del desarrollo durante la infancia y la adolescencia. Esta influencia se ejerce tanto de forma directa a través del ambiente escolar, los compañeros, los profesores, etc., como de manera indirecta, a través de las actitudes y la implicación que los padres tienen hacia el lugar donde sus hijos cursan sus estudios académicos.

Numerosos estudios citan algunos de los beneficios de esta participación e implicación de los padres en las actividades del colegio de sus hijos, que incluyen mayor rendimiento académico, actitudes positivas hacia el estudio, menor absentismo escolar, aumento del tiempo que los estudiantes pasan con sus padres y mejores niveles académicos. Además, algunos autores han visto el contexto escolar como una alternativa interesante para la prevención y la intervención en problemas familiares. La meta última consistiría en proporcionar desde el colegio una oportunidad para promover cambios positivos en la conducta de los padres y de los niños (Al-Halabí Díaz, Errasti Pérez, Fernández Hermida, Carballo Crespo, Secades Villa, y García Rodríguez, 2009).

No existen muchos estudios que ahonden en la relación entre el centro escolar y la asistencia de los padres a las intervenciones preventivas, pero los que se han publicado a este respecto señalan que ciertos aspectos de los centros escolares pueden influir en la decisión de los padres de participar en los programas de prevención. Algunas de esas características hacen referencia a las creencias de los padres y sus actitudes hacia el colegio, su percepción acerca de la información que reciben sobre sus hijos, la calidad de la instrucción académica y el reconocimiento de los alumnos o el tamaño del colegio.

Si nos centramos de manera precisa en el estudio de la asistencia a los programas de prevención encontramos que varios autores establecieron acuerdos con colegios locales para asegurarse la asistencia de los participantes a los que se dirigía el programa. Este método les facilitaba el acceso a la población por varios motivos: (1) disponían de la información necesaria para establecer contacto con las familias (teléfono, dirección postal, etc.), (2) les proporcionaba referencias directas de algún alumno que tuviera problemas académicos o conductuales, y (3) gozaban de cierto nivel de credibilidad para la mayoría de los padres. Otros programas, adicionalmente, desarrollaban sus estrategias de reclutamiento dentro de otro tipo de organizaciones comunitarias, tales como centros recreativos para adolescentes, centros sociales o servicios sociales (Al-Halabí *et al.*, 2009).

Hahn et al. (1996) señalaron la importancia de las actitudes del equipo directivo y del personal del centro escolar hacia los padres en la decisión de éstos de participar cuando el programa se desarrolla en este contexto. Así, la calidad de la relación de los padres y madres con los tutores, los profesores y otras figuras dentro de la escuela puede influir en su disposición de participar o no en el programa de prevención ofertado.

En nuestro país, una investigación realizada por Al-Halabí et al. (2006) y Al-Halabí et al. (2009) sugiere que la percepción por parte de los padres de la credibilidad que les ofrece la entidad que convoca a un programa de prevención (en este caso el centro escolar) puede ser una variable determinante de la asistencia de los padres a los programas de prevención familiar.

Tal y como afirma Matellanes (2002), existe cierto consenso acerca de que el medio educativo es el espacio ideal de intervención cuando hablamos de prevención universal. De hecho, se trata del contexto en el que se ha desarrollado la mayor parte de los programas preventivos ya que dichas intervenciones se han centrado con frecuencia en el personal docente. Pero existen otras cuestiones importantes que no conviene olvidar a la hora de intervenir con los padres en el ámbito escolar.

Por una parte, en nuestro país la participación de los padres en el funcionamiento cotidiano de los centros es escasa, por lo tanto, sería deseable que esta participación fuese mayor, aunque eso supondría sacudir las raíces de algunos aspectos muy anclados en el sistema educativo y en la percepción de los padres acerca de los colegios. Por otra parte, en el propio ámbito escolar se cuenta poco con los padres a la hora de implementar y ejecutar los programas. Así, en ocasiones los profesores sienten que se invaden sus competencias y ello se refleja, a su vez, en las tasas de participación de los padres en este tipo de actividades. Por lo tanto, es evidente que las familias deberían adquirir un papel un poco más destacado en los centros escolares, pero también es evidente que esa relación es difícil y que en ocasiones puede convertirse en una fuente de pequeños conflictos entre padres y profesores (Matellanes, 2002).

En este sentido Calafat y Amengual (1999) mencionan una serie de condiciones necesarias para la participación de los padres:

- Debe informarse a los padres de los proyectos de la escuela acerca de la prevención del consumo de alcohol y otras drogas e invitarles a participar en la definición de los objetivos de dichas actividades.
- Es necesario que los padres perciban esta invitación como auténtica, lo que significa que efectivamente se tendrán en cuenta sus puntos de vista ya que, a veces, los padres tienen la impresión de que sólo son necesarios para cumplir las instrucciones de la escuela o para proporcionar recursos o apoyos a algunas actividades. Una mayor implicación requiere que se les considere como participantes reales en la educación de sus hijos.
- No se debe concentrar toda la responsabilidad de la educación en los padres, pero tampoco presentar la escuela como el contexto en el que se puede arreglar todo.
- Es necesario tener en cuenta que para muchos padres resulta complicado abordar algunas cuestiones aisladamente en casa, y por lo tanto la escuela puede apoyarles o suplir ese déficit a través de los programas y las actividades de educación para la salud.
- Puede ser que el profesorado perciba la participación de los padres como una injerencia, y que haya padres que prefieran que la escuela se ocupe de toda la

responsabilidad educativa. Por ello, es necesario que ambos, padres y profesores, colaboren de una forma beneficiosa para todos.

3. Conclusiones

Un ingrediente esencial para el éxito de las intervenciones preventivas de carácter familiar contra el consumo de drogas es que los padres asistan a tales intervenciones, y además lo hagan motivados por el bienestar de sus hijos. A pesar de que la inmensa mayoría de los padres afirman estar dispuestos a participar en un programa de prevención, la realidad es que hay una fuerte auto selección que determina que participen en los programas fundamentalmente madres preocupadas por el bienestar de sus hijos. Así mismo, se ha podido comprobar que los padres que están menos inclinados a participar en los programas preventivos son los que menos se habían implicado previamente en la educación de sus hijos (Al-Halabí, 2007).

Al mismo tiempo, en el momento en que la actividad preventiva exige un esfuerzo continuado se producen altas tasas de abandono. Las razones para que los padres no acudan pueden ser muy variadas, pero no caben dudas acerca de que éste es un asunto fundamental que probablemente requiera de una gran cantidad de recursos para obtener resultados no siempre satisfactorios.

Puede resultar paradójica la discrepancia entre la alta disponibilidad aparente de los padres para participar en los programas y las dificultades para su reclutamiento cuando se ponen en marcha actividades preventivas. Es posible que una razón para esta actitud se encuentre en la baja validez aparente de las estrategias preventivas o bien en la escasa aceptabilidad para sus destinatarios, cuyo estado de opinión sobre el fenómeno de la drogodependencia en jóvenes puede estar en ocasiones distorsionado (Secades y Fernández, 2007). Esta distorsión se refleja en ciertos aspectos como la actitud indulgente hacia el uso de las drogas legales y de rechazo más severo hacia las ilegales, la tendencia a asociar consumidor de drogas y delincuente, y la tendencia a no ver la relación que existe entre la dinámica familiar y el riesgo de consumo para los propios hijos. Así, todas estas creencias, y otras que probablemente no se conocen con claridad, trabajan en contra de la implicación parental en los programas de prevención (Pinazo y Pons, 2002; Secades y Fernández, 2007).

Parece ser que dentro del conjunto de variables que se citan en la literatura como predictoras y relevantes de la participación de los padres se revelan como más significativas las siguientes:

1. El nivel educativo de los padres.
2. Los beneficios percibidos por la intervención.
3. Las creencias y actitudes hacia la misma.
4. Las barreras para participar (tiempo, horario, etc.).
5. El estatus marital.
6. El nivel de ingresos familiares.
7. Las actitudes de los padres hacia el personal del centro escolar o la credibilidad de dicha institución.
8. El uso de incentivos contingente a la participación.

Algunas de estas variables, por su propia naturaleza, no pueden ser modificadas (p. ej. el estatus marital o el nivel de ingresos familiares), pero sí pueden ayudarnos a entender

mejor el fenómeno del compromiso paterno en los programas familiares y mejorar los procedimientos de convocatoria a este tipo de intervenciones. De esta manera, podremos optimizar la asistencia y adherencia a dichos programas y, por tanto, conseguir el fin último para el que trabajamos, esto es, dotar a los padres de habilidades útiles y relevantes acerca de aspectos de la dinámica familiar que puedan ayudarles a prevenir consumos problemáticos en sus hijos. Cualquier otra intervención no preventiva que se hiciera una vez desarrollado el problema de abuso de sustancias conllevaría mayores costes personales, sociales y sanitarios (Al-Halabí, 2007).

En todo caso, parece muy conveniente que los centros escolares se impliquen activamente en este tipo de intervenciones y dispongan de personal cualificado para llevar a cabo este tipo de actividades (incluyendo la tarea de reclutamiento) algo que, por el momento, no ocurre con la necesaria intensidad.

Por otra parte, aquellas variables que sí pueden ser manipuladas (p. ej. el uso de incentivos, ciertos aspectos del centro escolar o tal vez ciertas percepciones de los padres) y que parecen ser factores importantes implicados en la asistencia a los programas de prevención, deben ser incluidos dentro de las estrategias de captación que se utilicen en el ámbito profesional con el objetivo de beneficiar a la población, especialmente a aquélla con mayor cantidad de factores de riesgo para desarrollar serios problemas de conducta, como el consumo de drogas. En la tabla 1 se presenta un resumen de los aspectos más importantes en la captación de familias.

Tabla 1. Captación de familias

| | |
|------------------------------|--|
| | Formación intensiva de los monitores que llevarán a cabo el programa de prevención y las tareas de reclutamiento. |
| Fase previa | Elaboración de un protocolo con el tipo de información que se va a dar a las familias (véase apartado 2) y con la forma de responder en cada situación concreta (preparar respuestas motivantes para cada una de las dificultades para asistir que se exponen a los padres). |
| | Establecer contacto con los centros escolares de la zona u otras organizaciones de prestigio local. |
| | Distribuir material impreso (consultas médicas, farmacias, centros sociales...). |
| | Enviar una carta personalizada desde el centro escolar (u otra institución de prestigio) y posteriormente establecer contacto telefónico. |
| Fase de reclutamiento | Llegar a los padres a través de los hijos (ofrecer incentivos en las aulas: vales de descuentos en tiendas de ropa, música, cine...). |
| | Ofrecer «becas» a familias sin medios para costearles el desplazamiento e informales de los incentivos disponibles. |
| | Contextualizar la intervención preventiva en el marco de otros problemas globales del funcionamiento familiar. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Fase de Intervención | Entrega de material (manual para los padres, fichas con sugerencias prácticas...). |
| | Entregar incentivos promocionales por la asistencia continuada (por ejemplo, cada 3 sesiones consecutivas regalar camisetas, imanes para el frigorífico o tazas personalizadas). |
| | Entregar diplomas al finalizar la última sesión. |

VII. Conclusión: principios y técnicas de la prevención familiar eficaz

1. Introducción

El *Center for the Substance Abuse Prevention* (CSAP) mantiene actualizada una lista de programas modelo de prevención de consumo de drogas, que se ofrecen como referentes para cualquier intervención preventiva que pretenda llevarse a cabo en cualquier parte del mundo. Se trata en todos los casos de programas que han superado estrictos controles de calidad, entre los cuales figuran de forma destacada aquéllos referidos a los sistemas de evaluación realizados para comprobar los resultados obtenidos y su adecuación con los objetivos establecidos en el programa.

El Registro Nacional de Programas y Practicas Basadas en la Evidencia (*National Registry of Evidence-based Programas and Practices*, NREPP) del *U.S Department of Health and Human Services* de Estados Unidos mantiene una base de datos muy actualizada con el fin específico de identificar estrategias para prevenir el consumo de drogas que han sido científicamente evaluadas en función de su adecuación a algunos estándares establecidos por la comunidad científica. De acuerdo con este registro de programas basados en la evidencia, el inicio del proceso de revisión exige que se cumplan los cuatro requisitos mínimos fundamentales que se muestran en la tabla 1:

Tabla 1. Requisitos mínimos del NREPP

1. La intervención ha demostrado uno o más resultados positivos ($p \leq .05$) en la reducción del uso de sustancias entre los individuos, las comunidades o las poblaciones a las que se les ha aplicado.
2. La evidencia de estos resultados ha sido demostrada en al menos un estudio con diseño experimental o cuasiexperimental
3. Los resultados de estos estudios han sido publicados en revistas *peer review* o documentados en un informe de evaluación comprensivo.
4. La documentación de la intervención y su correcta aplicación (p.ej. manuales, protocolos, herramientas, materiales de capacitación) ha sido elaborada y está disponible al público para facilitar la difusión.

El NREPP muestra un resumen de las intervenciones seleccionadas que incluye:

- Información general sobre el programa
- Una descripción sobre los resultados de las evaluaciones
- Información sobre la calidad de la evaluación y sobre la disponibilidad para su disseminación
- Un listado de los estudios y los materiales revisados
- Información de contacto

Entre todos los programas para la prevención del uso de drogas (incluyendo alcohol y tabaco) registrados en el NREPP es posible extraer aquéllos en los que existe algún tipo de componente familiar, bien porque los miembros de la familia son los receptores directos de la intervención, bien porque de forma más o menos indirecta se requiere de ellos su apoyo y colaboración para la realización del programa, o bien porque las variables que se pretenden modificar mediante la intervención preventiva tienen que ver con pautas referidas a los estilos familiares de relación, comunicación, manejo, etc. Los programas familiares más importantes ya han sido resumidos en el Anexo I de esta guía. En este apartado se expondrán de forma esquemática los principales principios y técnicas que caracterizan a estos programas eficaces de prevención familiar. Para finalizar, se expondrá como ejemplo de programa familiar el *Strengthening Families Program 10-14*, en su versión española «Familias que Funcionan».

2. Algunas cuestiones previas

No es lo mismo una intervención que un programa. Un programa requiere:

- Un conjunto de acciones y recursos integrados (diseñados, organizados y ejecutados según la planificación).
- Un modelo teórico que lo soporte.
- Un sistema de evaluación.

3. Hipótesis básicas de la intervención familiar

- Si los padres tienen información sobre el desarrollo infanto-juvenil estarán más capacitados para entender las conductas de sus hijos, sintiéndose más cerca de ellos.
- Si los padres disponen de información sobre los comportamientos adictivos, estarán mejor preparados para dar respuesta a preguntas de los hijos y detectar situaciones de riesgo.
- Si los padres adoptan comportamientos saludables ejercerán como modelos adecuados, haciendo más improbable el consumo de drogas en sus hijos.
- Si los padres potencian en sus hijos la habilidad para resolver problemas, asumir responsabilidades, afrontar el estrés y autoafirmarse, entonces será más improbable el uso de drogas en sus hijos.
- Si los padres ponen en práctica estilos comunicativos que posibiliten la relación abierta y sincera con sus hijos, será más improbable el consumo de drogas en sus hijos. Además, será más fácil que los adolescentes recurran a sus padres cuando se vean en una situación problemática, reduciendo el conflicto familiar.

4. Principios básicos de los programas de prevención efectivos

1. Deben incrementar los factores de protección y reducir los de riesgo:
 - El riesgo del abuso de drogas tiene que ver con la relación existente entre el número y tipo de los factores de riesgo y de protección.
 - El impacto de los factores de riesgo y protección cambia con la edad.
 - La intervención temprana sobre los factores de riesgo y de protección tienen un mayor impacto sobre la trayectoria vital del niño o adolescente que las más tardías.

- Los factores de riesgo afectan a las personas de forma diferente dependiendo de la edad, género, etnia, cultura y entorno.
2. Deben tratar todas las formas de abuso de drogas, legales o no.
 3. Deben centrarse en los tipos de abuso de droga que se dan en la comunidad a la que van dirigidos, potenciando los factores de protección y reduciendo los de riesgo.
 4. Deben ajustarse a las condiciones específicas de la población a la que se dirigen, teniendo en cuenta edad, género y cultura.
 5. Deben incrementar las relaciones y vínculos familiares e incluir el trabajo sobre las habilidades parentales. La supervisión parental es crítica.
 6. Deben empezar actuando sobre algunos de las conductas de riesgo más tempranas: conducta agresiva, pobres habilidades sociales y dificultades académicas.
 7. Deben tratar, dependiendo de la edad: auto-control, hábitos académicos, comunicación, relaciones con los compañeros, auto-eficacia y asertividad, habilidades para resistir la presión de los compañeros, reforzamiento de las actitudes anti-drogas y apoyo académico.
 8. Pueden ser mucho más efectivos cuando los programas de prevención dirigidos comunitariamente combinan dos o más intervenciones (escolares, familiares, individuales, etc.).
 9. Son más efectivos cuando presentan una cierta consistencia en sus mensajes (hay que tener cuidado cuando se combinan programas de prevención primaria y de reducción del riesgo).
 10. La adaptación de los programas a la comunidad no puede alterar significativamente aspectos tales como la estructura, contenido básico y forma de aplicación.
 11. Deben tener una planificación a largo plazo, con sesiones de refuerzo e incluso repetidas, adaptadas a cada edad.
 12. Debe involucrar también al profesorado, mejorando las técnicas de enseñanza y control del aula.
 13. Son más efectivos cuando aplican técnicas interactivas como grupos de discusión y *role-playing* que faciliten el aprendizaje activo de habilidades.

5. Principios básicos de los programas de prevención familiar

1. Fomentar la participación de toda la unidad familiar durante todas las etapas del desarrollo del programa.
2. Incidir en la formación de padres y madres sobre los principio de rigen la conducta (véase Anexo 2), con los objetivos de:
 - Reducir los problemas conductuales de sus hijos
 - Mejorar la relación inter-generacional
 - Establecer un modelo de convivencia respetuosa
 - Controlar las actividades de sus hijos durante la adolescencia

3. Incluir componentes educativos para padres con información específica sobre drogas.
4. Realizar programas dirigidos a padres y madres de estudiantes de todas las edades.
5. Facilitar el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

6. Estrategias de prevención familiar

Componentes de la **Fase educativa**:

- Psicología del adolescente:
 - Desarrollo físico y psicológico del adolescente.
 - Desarrollo psicosocial del adolescente: creencias, actitudes, valores, autoestima, identidad, necesidad de aceptación por los demás, etc.
- Procesos de comunicación humana:
 - El mejor clima para la comunicación.
 - Situaciones y elementos que la dificultan.
 - Características del «buen emisor y receptor».
- Estilos educativos:
 - Tipos.
 - Características de los padres / madres con estilo democrático.
 - Pautas para el establecimiento de límites.
 - Problemas para mantener las normas.
 - Utilización de la negociación en la familia.
- Información específica sobre drogas:
 - Factores sociales de riesgo: disponibilidad, publicidad e iguales.
 - Papel del modelado y del clima familiar.
- Autonomía y autoestima:
 - La autoestima como factor protector.
 - Formación de la autoestima y el autoconcepto.
 - Relación entre autoestima y conductas de riesgo.
 - Influencia de los padres en su desarrollo.
 - Educar en la responsabilidad y la autonomía.
 - Enseñar a aceptar la crítica y los fracasos.
 - Realizar las críticas de forma constructiva.
 - Elogiar y alabar cuando se producen pequeños logros.

Componentes de la **Fase de entrenamiento en habilidades**:

- Habilidades de comunicación:
 - Objetivos: mejorar la capacidad de los padres para comunicarse y para ejercer como modelos.
 - Métodos: resolución de casos prácticos con lápiz y papel, modelado, *role playing* y tareas para casa.
- Habilidades sociales:
 - Objetivos: asertividad y hábitos saludables, aprender a ser padres asertivos, facilitar que los hijos sean asertivos.
 - Métodos: modelado, *role playing*, reforzamiento positivo, *feedback*, etc.
- Habilidades de negociación y resolución de conflictos:
 - Objetivos: conocer la influencia de los conflictos familiares en las conductas de los hijos y la importancia de la toma de decisiones en la prevención de los comportamientos de riesgo, y capacitar a los padres para afrontar eficazmente los problemas y enseñárselo a sus hijos.
 - Métodos: método de D'Zurilla y Goldfried (1971). Pasos: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, búsqueda del mayor número de alternativas, valorar cada solución, toma de decisiones, puesta en práctica de la medida elegida y evaluación de la puesta en práctica.

7. Cómo implantar un programa de prevención familiar

1. Evaluar las necesidades con datos objetivos.
2. Definir los objetivos que se pretenden alcanzar.
3. Seleccionar el programa teniendo en cuenta:
 - Su capacidad para alcanzar los objetivos.
 - Los datos de eficacia, efectividad y eficiencia.
 - Su adecuación al contexto.
4. Realizar siempre estudios piloto que analicen asuntos clave como el reclutamiento y la retención en la comunidad objetivo.
5. Asegurarse de que existen suficientes recursos para seleccionar, formar e incentivar el trabajo del equipo de prevención.
6. Ajustar el programa elegido a las condiciones particulares del entorno.
7. Realizar la programación y seleccionar y formar al equipo de aplicación.
8. Evaluación de «cómo se hace» (proceso) y «lo que se consigue» (resultados).

8. Evaluación de un programa de prevención familiar

La evaluación de las intervenciones familiares es uno de los aspectos más débiles y a la vez más necesarios del campo de la prevención del consumo de drogas. Es de vital importancia hacer hincapié en la necesidad de contar con programas basados en la evidencia empírica, esto es, que avalen su eficacia a través de la publicación de la evaluación de sus resultados. Este asunto que parece obvio, no goza del calado necesario en el campo de la prevención de las drogodependencias. Sin embargo, es evidente que en ninguna disciplina científica del ámbito de la salud se admitiría aplicar técnicas o intervenciones que no hubieran demostrado su eficacia. Quizá el problema radique en que la consecución de este objetivo supone un proceso complejo cuyos costes no siempre se pueden asumir.

Probablemente por este motivo, en nuestro país existen programas de prevención familiar del consumo de drogas que aparentemente incorporan los requisitos necesarios para ser intervenciones efectivas pero cuyos resultados no han sido evaluados.

Este podría ser el caso del programa de prevención universal «Moneo» o del de prevención selectiva «Protego» (véase Webgrafía). Otros programas como «Construyendo Salud» sí han sido evaluados con resultados positivos, pero están más vinculados al ámbito de la prevención escolar y su componente familiar se utiliza más como un complemento que como un programa por sí mismo. Construyendo Salud es la ampliación y adaptación a España, por un equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago, del programa de prevención de reconocido prestigio en el ámbito anglosajón: «Life Skill Training» de Botwin. Constituye una aproximación a la promoción de la salud, centrado en los principales factores psicológicos y sociales que propician la iniciación en el consumo de drogas y la conducta antisocial en la adolescencia (véase Webgrafía).

En todo caso, los programas no deben evaluarse una vez que han finalizado, sino que este proceso debe realizarse desde el momento en el que se plantea la implantación del mismo para resolver un determinado problema. Para una revisión exhaustiva véase Font-Mayolas, Gras y Planes (2008), que proponen las siguientes seis fases para la evaluación de las **intervenciones preventivas**:

- **Fase 1:** Planteamiento de la evaluación.
- **Fase 2:** Selección de las variables.
- **Fase 3:** Selección del diseño.
- **Fase 4:** Recogida de la información.
- **Fase 5:** Análisis de datos.
- **Fase 6:** Elaboración del informe.

Por otra parte, en la gran mayoría de las ocasiones en las que se realiza algún tipo de evaluación, esta se centra exclusivamente en una evaluación de proceso, prestando atención a aspectos como el nivel de participación o la satisfacción de los receptores del programa. En muy pocas ocasiones se incluye la valoración de los efectos del mismo. La escasez de tiempo o de recursos, o la falta de protocolos son las causas que explican esta situación. En el texto de Fernández Hermida y Secades Villa (2001) se ofrece una guía para la evaluación de programas familiares en la que se describen los instrumentos de medida y las variables que han de ser incluidas en este tipo de evaluación, así como

protocolos específicos para la evaluación de la planificación, de proceso y de resultados de este tipo de programas.

8.1. Dimensiones básicas de la evaluación de la planificación

1. Valoración del problema de drogas en la comunidad.
2. Bases teóricas y conceptuales de la intervención.
3. Conformación y tratamiento del grupo objetivo.
4. Objetivos de la intervención.
5. Procedimientos de la intervención.
6. Aspectos organizativos de la intervención.

8.2. Dimensiones básicas de la evaluación de proceso

1. Adecuación de los participantes a lo planificado.
2. Adecuación de las actividades a lo planificado.
3. Alteraciones en la implementación de la intervención
4. Satisfacción de los participantes con el programa.
5. Evaluación del programa por parte de los participantes en cuanto a su utilidad, interés y relevancia para la vida cotidiana.

8.3. Dimensiones básicas de la evaluación de resultados

1. Evaluación dirigida a los responsables del programa:
 - ¿Hay indicadores que señalen que...?
 - i. Mejoró la dinámica familiar
 - ii. Se redujo el consumo de drogas en el grupo objetivo
 - ¿Se realizó una evaluación externa del programa?
2. Evaluación dirigida a los padres:
 - ¿Ha mejorado la dinámica familiar?
 - ¿Ha mejorado la comunicación con los hijos?
 - ¿Han mejorado las habilidades educativas?
 - ¿Han cambiado las creencias disfuncionales sobre la educación y la conducta de los hijos?
 - ¿Ha mejorado la información sobre las drogas?
3. Evaluación dirigida a los chicos y chicas del grupo final:
 - ¿Ha mejorado la dinámica familiar?
 - Ha mejorado la relación con los padres.
 - Ha mejorado la relación intrafamiliar.
 - ¿Ha cambiado la forma en que los padres ejercen su autoridad?

- ¿Existen normas que debe seguir?
- ¿Han cambiado las actitudes y comportamientos de la familia en relación con las drogas?
- ¿Se ha reducido el consumo de drogas?

9. El programa «Familias que Funcionan»

«Familias que Funcionan» (FqF) (Errasti Pérez, Al-Halabí Díaz, Fernández Hermida, Secades Villa, Carballo Crespo, y García Rodríguez, 2009) es un programa de prevención familiar del consumo de drogas para padres e hijos entre 10 y 14 años, elaborado por el Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo. Es la adaptación española del programa norteamericano «Strengthening Families Program 10-14» (SFP 10-14), desarrollado por V. Molgaard y K. Kumpfer para el National Institute on Drug Abuse (NIDA).

El SFP 10-14 (www.extension.iastate.edu/sfp/) ha superado varios estudios de evaluación rigurosos en donde ha demostrado sus efectos positivos en la prevención del consumo de drogas, lo cual ha justificado repetidas veces su inclusión entre los model programs del Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) norteamericano, perteneciente al NIDA. Las evaluaciones que se han realizado del programa han tomado la forma de diseños aleatorios en los que se comparó el consumo de drogas entre las medidas previas y las posteriores a la intervención sobre un grupo de jóvenes cuyas familias habían recibido el programa de prevención con las de otro grupo control que cumplió con los requisitos necesarios para actuar como grupo de comparación (para un listado detallado de todas los artículos científicos publicados véase:

www.mystrongfamily.org/academic/academic_evidence_articles.html).

El SFP 10-14 ha sido destacado en una revisión sistemática realizada por la *Internacional Cochrane Collaboration* (Foxcroft , Lister-Sharp, Lowe, Sizer y Ireland, 2002) financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *U.K. Alcohol Education and Research Council* (AERC). El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) también ha destacado el potencial del SFP 10-14 en sus informes sobre la prevención del abuso del alcohol. En 2006, otra revisión Cochrane (Gates, McCambridge, Smith y Foxcroft, 2006) señaló el potencial del SFP 10-14 para prevenir el abuso de drogas entre los jóvenes.

Las características del principal estudio longitudinal del SFP 10-14, que fue evaluado a través del *Project Family* de Iowa State University fueron las siguientes (Spoth, Redmond, Trudeau y Shin, 2002): la muestra se compuso de 446 familias procedentes de áreas con un alto porcentaje de población con problemas económicos; los participantes se asignaron aleatoriamente a las condiciones de intervención, y se hicieron las comparaciones entre los receptores del programa y las familias de control; el estudio siguió a los jóvenes y a sus padres desde 6º a 12º grado del sistema educativo norteamericano. Los resultados del estudio mostraron que los jóvenes asistentes al programa presentaban tasas significativamente más bajas de uso de alcohol, tabaco y marihuana, en comparación con los jóvenes que no asistieron al programa. Estas diferencias fueron aumentando con el tiempo, indicando que las habilidades aprendidas van teniendo cada vez más influencia. Por otra parte, los jóvenes asistentes al programa presentaban tasas significativamente más bajas de conductas problemáticas en la escuela, en comparación con los jóvenes del grupo de control. Los padres asistentes al programa mostraron un aumento en los sentimientos positivos hacia sus hijos. Además, estos padres mostraron mejorías en la supervisión de sus hijos y en habilidades parentales específicas, como el establecimiento de límites adecuados, la construcción de relaciones positivas con sus hijos, el estable-

cimiento de reglas, la aplicación de consecuencias o la aplicación de disciplina consistente y adecuada.

Tras la revisión *Cochrane* citada más arriba (Foxcroft et al., 2002), varios grupos de investigación en diferentes países de Europa se mostraron interesados en adaptar el SFP 10-14 a su contexto cultural. Se elaboró así «Familias que Funcionan» (FqF), un programa de prevención universal y selectiva compuesto por 7 sesiones principales y 4 sesiones de mantenimiento. Para realizar la adaptación cultural se realizó, en primer lugar, una traducción de los materiales escritos y audiovisuales del programa con el permiso de los autores del programa original y bajo su estrecha supervisión. Posteriormente se adaptó el contenido de algunos ejemplos y actividades a la cultura española siguiendo el criterio de un grupo de jueces expertos. Por último, se elaboraron los materiales escritos y se filmaron los DVDs del programa con los contenidos ya adaptados. Tales materiales fueron puestos a prueba con una serie de *focus groups* que recibieron el programa y juzgaron su viabilidad. El *feedback* recogido durante esta aplicación se empleó en la configuración final del programa. El material resultante está recogido en 2 volúmenes y 12 DVDs.

«Familias que Funcionan», siguiendo los requisitos de los autores del SFP 10-14, requiere una formación profesional de los monitores a fin de ser certificados para aplicar el programa. Esta formación y acreditación previa ayuda a garantizar la fidelidad al programa, optimizando el potencial del mismo y aumentando la probabilidad de resultados positivos para los jóvenes y los padres. Para cada aplicación del programa son necesarios al menos dos monitores, uno para el grupo de padres y otro para el de adolescentes (dependiendo del tamaño y las características del grupo también puede haber un monitor más). Durante el curso de formación obligatoria, los monitores aprenden acerca de los antecedentes del programa así como sobre la evaluación, los objetivos y los contenidos. El curso de formación también incluye información sobre consideraciones prácticas para la aplicación del programa, como el reclutamiento de las familias y el manejo de padres o hijos desafiantes durante las sesiones del programa. A continuación se describen las características y los contenidos principales de Familias que Funcionan.

Factores de riesgo que reduce el programa FqF

- Individuales: depresión, desórdenes de la conducta, agresión, aislamiento y soledad.
- Familiares: conflicto familiar, castigos excesivos, abuso o abandono del chico, disciplina ineficaz y malos ejemplos de consumo de drogas en la familia.
- En la relación con los compañeros: influencia negativa de los compañeros y amistades exclusivas con otros consumidores.
- Escolares: impuntualidad, absentismo.

Factores de protección que potencian el programa FqF

- Individuales: autoestima y habilidades sociales.
- Familiares: eficacia en la relación paterna, organización familiar, comunicación efectiva, vínculos padres-hijos y manejo del estrés por parte de los padres.
- En la relación con los compañeros: resistencia a la influencia negativa de los compañeros, desarrollo prosocial de las amistades y comunicación eficaz.
- Escolares: buen rendimiento escolar y vínculos con la escuela.

El FqF construye resistencia familiar:

- Acentúa la importancia del cuidado adulto.
- Incrementa las oportunidades de ayudar a otros.
- Incrementa las habilidades sociales dentro y fuera del hogar.
- Incrementa la auto-disciplina.
- Incrementa comunicación de las expectativas familiares, incluyendo las drogas y el alcohol.
- Hace hincapié en que los padres debería ayudar a sus hijos con decisiones vitales críticas.

Estructura del FqF

El programa consta de 7 Sesiones Principales y 4 de Sesiones de Mantenimiento. Cada sesión dura 2 horas y se aplica semanalmente:

- Durante la primera hora, se realizan dos reuniones paralelas, los padres se reúnen con un monitor y los hijos hacen lo mismo con el suyo.
- Durante la segunda hora padres e hijos realizan una reunión conjunta.

Se intenta que las reuniones sean amenas, relevantes, clarificadoras y divertidas para todos los participantes.

Sesiones principales:

• Objetivos de la sesión 1

Padres – amor y límites

- Identificar los problemas de los jóvenes.
- Reflexionar acerca de las cualidades que quieren para sus hijos.
- Aprender el valor de habilidades educativas que combinen cariño y firmeza.
- Aprender a apoyar las metas y los sueños de los hijos.

Jóvenes – metas y sueños

- Toma de contacto entre los adolescentes.
- Fijar reglas básicas y las consecuencias para su incumplimiento.
- Reflexionar sobre los sueños y las metas para el futuro.

Familias – apoyar metas

- Construir relaciones positivas.
- Apoyar las metas y sueños de los jóvenes.

• Objetivos de la sesión 2

Padres – establecer las normas de casa

- Entender los cambios propios de la adolescencia.
- Entender la necesidad de establecer normas
- Aprender a recordar a los hijos las normas sin criticarles.

Jóvenes – apreciar a los padres

- Reconocer las propias frustraciones y dificultades y las de los padres.
- Entender que el estrés de los padres puede ser la causa de que digan o hagan ciertas cosas.
- Apreciar las cosas que hacen los padres.

Familias – apreciar a los miembros de la familia

- Identificar virtudes familiares.
- Expresar cariño.

- **Objetivos de la sesión 3**

Padres – alentar el buen comportamiento

- Reforzar el buen comportamiento y hacer halagos.
- Usar recompensas para enseñar nuevas conductas.
- Usar un sistema de puntos para enseñar buenos comportamientos.
- Construir relaciones positivas.

Jóvenes – manejar el estrés

- Identificar situaciones que pueden causar estrés.
- Identificar los síntomas del estrés.
- Aprender formas saludables de afrontar el estrés.

Familias – reuniones familiares

- Entender el valor de las reuniones familiares.
- Aprender a conducir una reunión familiar.
- Manejar los privilegios y las recompensas de los sistemas de puntos.
- Planificar actividades familiares divertidas.

- **Objetivos de la sesión 4**

Padres – usar consecuencias

- Entender porqué es importante mantener la calma y el respeto.
- Aprender a utilizar pequeños castigos para pequeños problemas.
- Aprender a guardar los grandes castigos para los grandes problemas.

Jóvenes – seguir las reglas

- Aprender que todo el mundo tiene responsabilidades y ha de seguir unas normas.

- Aprender que las cosas van mejor cuando siguen las reglas.

Familias – entender los valores de la familia

- Entender la conexión entre los valores familiares y las decisiones.
- Identificar los propios valores familiares.

- **Objetivos de la sesión 5**

Padres – construir puentes

- Entender el valor de una buena escucha.
- Aprender a escuchar los sentimientos.
- Entender las bases de la mala conducta: las necesidades básicas.

Jóvenes – la presión de los compañeros (I)

- Aprender que las drogas y el alcohol pueden hacer daño.
- Practicar habilidades para resistir la presión de los compañeros.

Familias – comunicación familiar

- Aprender habilidades de escucha activa.
- Solucionar juntos los problemas.

- **Objetivos de la sesión 6**

Padres – proteger contra el abuso de drogas

- Proteger a los hijos contra el abuso del alcohol y otras drogas.
- Aprender formas de interacción positivas.
- Supervisar adecuadamente a los hijos.

Jóvenes – la presión de los compañeros (II)

- Aprender habilidades complementarias para resistir la presión de los compañeros.
- Aprender cómo son los buenos amigos.

Familias – familia y presión de compañeros

- Conversar sobre cómo evitar el abuso de alcohol y otras drogas.
- Charlar juntos sobre otros problemas de comportamiento.
- Establecer expectativas claras para los jóvenes.

- **Objetivos de la sesión 7**

Padres – necesidades familiares especiales

- Identificar posibles necesidades familiares.
- Ayudar a otros a acceder a redes de apoyo.

Jóvenes – abrirse a los demás

- Aprender formas de ayudar a los demás.
- Interactuar con modelos positivos de jóvenes.

Familias – puesta en común

- Repasar los contenidos del programa.
- Expresar cariño.

Sesiones de mantenimiento:

- **Objetivos de la sesión 1**

Padres – manejar el estrés.

- Usar las herramientas parentales para buscar soluciones.
- Identificar estresores y formas de afrontarlos.
- Encontrar formas de evitar discusiones con los hijos.

Jóvenes – manejar los conflictos.

- Aprender formas de relacionarse con gente nueva.
- Identificar a los buenos amigos y a los que no lo son.
- Entender el valor de un buen amigo.

Familiar – comprenderse unos a otros.

- Encontrar formas de manejar situaciones estresantes.
- Empatizar con el estrés de los demás.
- Entender la forma en cómo los demás ven la amistad.

- **Objetivos de la sesión 2**

Padres – comunicarse cuando no estamos de acuerdo.

- Comunicarse como adultos.
- Evitar las discusiones.

Jóvenes – hacer buenos amigos.

- Aprender las diferencias entre las formas pasivas, agresivas y asertivas de arreglar situaciones conflictivas.
- Aprender formas adecuadas de responder en situaciones conflictivas.

Familiar – escucharse unos a otros.

- Entender los puntos de vista habituales de padres e hijos.
- Escuchar y comprender los puntos de vista de los demás.

- **Objetivos de la sesión 3**

Padres – revisar las habilidades de amor y límites.

- Revisar conceptos y habilidades.
- Escribir halagos para los chicos.
- Practicar las habilidades.

Jóvenes – hacer que lleguen los mensajes.

- Hacer halagos a los padres.
- Entender los efectos del lenguaje corporal.
- Comunicarse eficazmente con los padres y con otras personas.

Familiar – comprender los roles familiares.

- Compartir halagos.
- Entender cómo los roles familiares afectan a la resolución de los problemas.

- **Objetivos de la sesión 4**

Padres – revisar cómo resistir la presión de los compañeros

- Revisar la técnica de «escuchar y resumir».
- Revisar cómo dar apoyo ante la presión de los compañeros.
- Revisar formas de conseguir apoyos para la educación.

Jóvenes – practicar nuestras habilidades.

- Aprender formas de manejar el estrés.
- Revisar las habilidades para resistir la presión de sus compañeros.
- Practicar las habilidades de las lecciones 1 a 4.

Familiar – usar las fuerzas de la familia.

- Conocer lo que gusta y lo que no gusta a los demás.
- Apoyar las habilidades de resistencia a la presión de los compañeros.
- Aumentar la fuerza de la familia.
- Comunicarse acerca de los asuntos familiares.

Referencias

- Al-Halabí Díaz, S. (2007). *La participación de los padres en los programas de prevención familiar del consumo de drogas*. Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Al-Halabí Díaz, S., y Errasti Pérez, J.M. (2009). Use of small incentives for increasing participation and reducing drop out in a family drug-use prevention programme in a Spanish sample. *Substance Use y Misuse*, 44, 1990-2000.
- Al-Halabí Díaz, S. y Errasti Pérez, J. M., Fernández Hermida J. R., Carballo Crespo, J. L., Secades Villa, R., y García Rodríguez, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21, 39-48.
- Al-Halabí Díaz, S., Secades Villa, R., J. M. Errasti Pérez, Fernández-Hermida, J. R., García-Rodríguez, O., y Crespo Crespo, J. L. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review*, 25, 327-331.
- Arteaga, I., Chen, C.C., y Reynolds, A. J. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Services Review*, 32, 1108-1120.
- Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., y Hicks, K. (2001). Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Education y Behavior*, 28, 440-461.
- Beatty, S. E., y Cross, D. S. (2006). Investigating parental preferences regarding the development and implementation of a parent-directed drug-related educational intervention: an exploratory study. *Drug and Alcohol Review*, 25, 333-342.
- Becker, D., Hogue, A., y Liddle, H. A. (2002). Methods of engagement in family-based preventive intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 163-179.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña-Iglesias, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre la Drogas.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Richter, L., y Whiteman, M. (2006). Risk and Protective Factors of Adolescent Drug Use: Implications for Prevention Programs. In Z. Sloboda y W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention. Theory, Science, and Practice*. New York: Springer Science+Business Media, LLC.
- Bond, L. A., y Hauf, C. A. M. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: Characteristics of effective programs. *Journal of Primary Prevention*, 24, 199-221.
- Bühler, A., y Kröger, C. (2008). *EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Calafat, A., y Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Prevention Psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.

- Cohen, D. A., y Linton, K. L. (1995). Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Journal of Drug Education*, 25, 159–169.
- Cohen, D. A., y Rice, J. (1995). A parent-targeted intervention for adolescent substance use prevention: Lessons learned. *Evaluation Review*, 19, 159-180.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2008). *Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes. Visión diferencial para ambos sexos*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
- Dishion, T. J. (1998). *Advances in Family-Based Interventions to Prevent Adolescent Drug Abuse*. Paper presented at the National Conference on Drug Abuse Prevention Research.
- Durán, A., Peris-Miró, C., y Selles, N. (1996). Escuela de padres: memoria del curso. En A. Durán y F. J. Bueno (Eds.), *Familia y drogodependencias*. Valencia: Programa Municipal de Drogodependencia.
- D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Errasti Pérez, J. M., Al-Halabí Díaz, S., Fernández Hermida J. R., Secades Villa, R., Carballo Crespo, J. L., y García Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: «Familias que Funcionan». *Psicothema*, 21, 45-50.
- Espada Sánchez, J. P., y Méndez Carrillo, F. X. (2001). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Fallu, J. S., Janosz, M., Brière, F. N., Descheneaux, A., Vitaro, F., y Tremblay, R. E. (2010). Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors. *Addictive Behaviors*, 35, 1074-1082.
- Farrington, D. P. (1991). Childhood aggression and adult violence: Early precursors and later life outcomes. En D. J. Pepler y K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (Coor.) (2001). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención familiares*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fernández Hermida, J. R., y Secades Villa, R. (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Plan Nacional sobre Drogas.
- Ferrer, X., España, R. M., Pérez, C., y Sánchez, M. (1993). *Los padres en la prevención del abuso de drogas: enfoques, experiencias y resultados en varios países*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional sobre Prevención de las Drogodependencias y el Papel de la Familia, Vitoria.
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., y Planes, M. (2008). *Programas preventivos de las drogodependencias*. Guía de evaluación. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Foxcroft, D.R., Lister Sharp, D., Lowe, G., Sizer, R., e Ireland, D. (2002). Primary prevention of Alcohol Misuse by Young People. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002.
- Fundación Atenea. (2009). *Prevención de drogodependencias en la población inmigrante en España*. Análisis y propuestas. Madrid: Fundación Atenea.

Fundación Salud y Comunidad. (2003). *Manual para la prevención de drogas entre jóvenes y menores marroquíes sin acompañamiento familiar*. Barcelona: Fundación Salud y Comunidad.

García Galvente, Y., Ayuso Sánchez, L., Gala Durán, C., Manzano Silva, E., y Ruiz Garijo, M. (2010). *Nuevos modelos de familia en Andalucía y políticas públicas*. Sevilla: Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces.

Gates S., McCambridge J., Smith L.A., y Foxcroft D.R. (2006) Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 1.

González, M. M. (2005). Homosexualidad y adopción. Entre la ciencia y el prejuicio. *INFOCOP*, 24, 16-19.

González, M. M. (2009). Nuevas familias, nuevos retos para la investigación y la educación. *Cultura y Educación*, 21, 381-389.

González, M. M., Chacón, F., Gómez, A., Sánchez, M. A., y Morcillo, E. (2003). Dinámicas familiares, organización de la vida cotidiana y desarrollo infantil y adolescente en familias homoparentales, *Estudios e investigaciones*. Madrid: Oficina del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid.

González, M. M., Jiménez-Lagares, I., Morgado, B., y Díez, M. (2008). Madres solas por elección. Análisis de la monoparentalidad emergente. Madrid: Instituto de la Mujer.

Gottfredson, D., Kumpfer, K. L., Polizzi-Fox, D., Wilson, D., Puryear, V., Beatty, P., y Vilmenay, M. (2006). The Strengthening Washington D.C. Families Project: A Randomized Effectiveness Trial of Family-Based Prevention. *Prevention Science*, 7, 57-74.

Grady, K., Gersick, K. E., y Boratynski, M. (1985). Preparing parents for teenagers. a step in the prevention of adolescent substance abuse. *Family Relations*, 34, 541-549.

Haggerty, K. P., Skinner, M., Fleming, C. B., Gainey, R. R., y Catalano, R. F. (2008). Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction*, 103, 2008-2016.

Hahn, E., Simpson, M. R., y Kidd, P. (1996). Cues to parent involvement in drug prevention and school activities. *Journal of School Health*, 66, 165-170.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Hemovich, V., y Crano, W. D. (2009). Family Structure and Adolescent Drug Use: An Exploration of Single-Parent Families. *Substance Use and Misuse*, 44, 2099-2113.

Hernández Corrochano, E. (2009). Modelos de familias en España: entre la permanencia y el cambio. El caso concreto de Castilla y León. *Humanismo y Trabajo Social*, 8, 201-220.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Hill, L. G., Goates, S. G., y Rosenman, R. (2010). Detecting selection effects in community implementations of family-based substance abuse prevention programs. *American Journal of Public Health*, 100, 623-630.

- Hoffman, J. P. (2002). The community context of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and Family*, 64, 314-330.
- Hogue, A., y Liddle, H. A. (1999). Family-based preventive intervention: an approach to preventing substance use and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 278-293.
- Jiménez, J., Puerta, C., Balsalobre, A., Martínez, M., y Villar, A. B. (2008). *Guía para la prevención de drogodependencias en el colectivo inmigrante desde la perspectiva cultural*. Murcia: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., y Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Kumpfer, K. L., y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American psychologist*, 58, 457-465.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., y Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *Substance Use and Misuse*, 38, 1759-1787.
- Kumpfer, K. L., y Johnson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19, 13-25.
- Kumpfer, K.L., Olds, D.L., Alexander, J.F., Zucker, R.A., y Gary, L.E. (1998). Family etiology of youth problems. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human services.
- Laudeman, K. A. (1984). Seventeen ways to get parents involved in substance education. *Journal of Drug Education*, 14, 307-314.
- Leakey, T., Lunde, K., Koga, K., y Glanz, K. (2004). Written parental consent and the use of incentives in a youth smoking prevention trial: a case study from project SPLASH. *American Journal of Evaluation*, 5, 509-523.
- Lochman, J. E. (2000). Parent and family skills training in targeted prevention programs for at-risk youth. *Journal of Primary Prevention*, 21, 253-266.
- Lochman, J. E., y Van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 49-114.
- Lundahl, B. W., Risser, H. J., y Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Markez, I., y Pastor, F. (2009). *Drogodependencia en menores extranjeros no acompañados (MENA): su derecho a una educación y salud de calidad*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Markez, I., y Pastor, F. (2010). Menores Extranjeros No Acompañados (MENA), un colectivo especialmente vulnerable ante las drogas. *Zerbitzuan*, 48, 71-85.
- Masten, A. S. (1994). *Resilience in individual development. Successful adaptation despite risk and adversity*. In M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.), *Educational Resilience in Inner-City America: Challenges and Prospects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Matellanes, M. (2002). La prevención de las drogodependencias. ¿Es posible la integración de la intervención comunitaria, escolar y familiar? En J. R. Fernández Hermida

y R. Secades Villa (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Merikangas, K.R., Dierker, L., y Fenton, B. (1998). *Familial factors and substance abuse: Implications for prevention*. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph 177. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.

Moncada Bueno, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En PND (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Muñoz Rivas, M.J., y Graña Gómez, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.

National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People. Progress and Possibilities*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E., y Aspy, C. B. (2007). Does Family Structure Matter in the Relationships Between Youth Assets and Youth Alcohol, Drug and Tobacco Use? *Journal on Research on Adolescence*, 17, 743-766.

Orte, C., Touza, C., Ballester, L., y March, M. (2008). Children of drug-dependent parents: Prevention programme outcomes. *Educational Research*, 50, 249-260.

Pallarés Hurtado, A. L., y Llopis Llacer, J. J. (1993). Análisis de actitudes en una escuela de padres sobre el uso de drogas. *Adicciones*, 5, 323-337.

Pérez Testor, C. (2010). Nuevos patrones de familia. *Crónica. Revista informativa de la UPSA*, 40, 11.

Petterson, P.L., Hawkins, J.D., y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.

Pinazo, S., y Pons, J. (2002). La implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas: un estudio empírico. En J. R. Fernández. Hermida y R. Secades Villa (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Poole, K., Kumpfer, K., y Pett, M. (2001). The impact of an incentive-based worksite health program on modifiable risk factors. *American Journal of Health Promotion*, 16, 21-26.

Prinz, R. J., y Miller, G. E. (1996). Parental engagement in interventions for children at risk for conduct disorder: the challenge of parental engagement. En R. D. Peters y R. J. McMahon (Eds.), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2002). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español. En J. R. Fernández Hermida y R. Secades Villa (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Plan Nacional sobre Drogas.

Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J.R. (2007). Comentarios al editorial de Karol Kumpfer y Jeanenette L. Jonson. *Adicciones*, 19, 31-33.

- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., Vallejo Seco, G., y Martín González, E. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 14, 1-15.
- Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., y Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 876-882.
- Spoth, R., Guyll, M., Trudeau, L., y Goldberg-Lillehoj, C. (2002). Two studies of proximal outcomes and implementation quality of universal preventive interventions in a community-university collaboration context. *Journal of Community Psychology*, 30, 499-518.
- Spoth, R. L., Guyll, M., y Day, S. X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 219-228.
- Spoth, R., Randall, G. K., Shin, C., y Redmond, C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of addictive behaviors*, 19, 372-381.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., y Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 57-68.
- Spoth, R., Redmond, C., Hockaday, C., y Shin, C. Y. (1996). Barriers to participation in family skills preventive interventions and their evaluations: a replication and extension. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 45, 247-254.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., y Azevedo, K. (2004). Brief Family Intervention Effects on Adolescent Substance Initiation: School-Level Growth Curve Analyses 6 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 535-542.
- Spoth, R. L., Redmond, C., y Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 627-642.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 129-134
- Spoth, R., Shin, C., Guyll, M., Redmond, C., y Azevedo, K. (2006). Universality of Effects: An Examination of the Comparability of Long-Term Family Intervention Effects on Substance Use Across Risk-Related Subgroups. *Prevention Science*, 7, 209-224.
- Springer, J. F., Wright, L. S., y McCall, G. J. (1997). Family interventions and adolescent resiliency: the Southwest Texas State high-risk youth program. *Journal of Community Psychology*, 25, 435-452.
- Stout, R. L., Brown, P. J., Longabaugh, R., y Noel, N. (1996). Determinants of research follow-up participation in an alcohol treatment outcome trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 614-618.
- St. Pierre, T., y Kaltreider, D. L. (1997). Strategies for involving parents of high risk youth in drug prevention: a three year longitudinal study in boys and girls clubs. *Journal of Community Psychology*, 25, 473-485.

Tasker, F. (2005). Lesbian mothers, gay fathers, and their children: A review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 224-240.

Terzian, M. A., y Fraser, M. W. (2005). Preventing aggressive behavior and drug use in elementary school: Six family-oriented programs. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 407-435.

Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., y Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24, 93-109.

Villar Torres, P. (2003). *Un modelo de intervención familiar para la prevención de la conducta problema en la adolescencia*. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Visiers Würth, C. (2008). *Manual de transculturalitat per a professionals de les drogodependències*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., Soto, D. W., y Unger, J. B. (2008). Variation in Family Structure Among Urban Adolescents and Its Effects on Drug Use. *Substance Use and Misuse*, 43, 936-951.

Webgrafía

Asociación de Psicología Americana:

www.apa.org/pi/parent.html

Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-1, SFP 10-14:

www.extension.iastate.edu/sfp/

Página oficial europea del SFP 10-14:

www.mystrongfamily.org/academic/academic_evidence_articles.html

Programa de prevención familiar Moneo:

www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Moneo.pdf

www.pdsweb.org

Programa de prevención familiar Protego:

www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Protego.pdf

www.pdsweb.org

Programa de prevención Construyendo Salud:

www.educacion.gob.es/cide/espanol/publicaciones/materiales/salud/inn2002cs/inn2002csac.html

Anexo I

Programas de prevención familiar incluidos en el NREPP clasificados según las categorías del IOM

| Nombre y descripción | Fase evolutiva |
|--|--|
| PROGRAMAS UNIVERSALES | |
| Active Parenting of Teens: Families in Action <p>Este programa está dirigido a padres con adolescentes entre 13 y 17 años. Se compone de seis sesiones semanales de 2 horas cada una. En las sesiones se reúnen los padres y adolescentes por separado y conjuntamente. Los temas de las sesiones son: la comunicación padre – hijo, la gestión de la conducta positiva, relaciones interpersonales con los adolescentes, formas para que las familias se diviertan juntas, incremento de la autoestima del adolescente, y factores que promueven el éxito escolar. A los jóvenes se les enseñan los efectos físicos y sociales negativos de las drogas, habilidades generales para la vida, habilidades de resistencia social, y se les dan oportunidades para llevar a la práctica esas habilidades.</p> | Adolescencia temprana y adolescencia |
| Creating Lating Family Connections <p>Este programa está dirigido a padres con hijos de 9 a 17 años, y está pensado para ser aplicado en contextos comunitarios más allá de la escuela. Consta de 18 a 20 sesiones semanales que se centran en impartir a los padres conocimientos relacionados con el uso de alcohol y drogas, mejorar las habilidades de comunicación y de resolución de conflictos en la familia, construir mecanismos de afrontamiento para resistir las influencias sociales negativas, fomentar el uso de servicios comunitarios cuando surjan los problemas personales y familiares, incrementar la responsabilidad personal y el respeto por los otros, y retrasar el comienzo y reducir el consumo de alcohol y drogas en los jóvenes. El programa es adaptable a las necesidades de los asistentes.</p> | Infancia, adolescencia temprana y adolescencia |
| Dare to be you <p>Programa de prevención multinivel que está dirigido a familias de alto riesgo con hijos de 2 a 5 años. Tiene como objetivos mejorar el vínculo evolutivo con los padres, mejorar la auto-eficacia parental, los métodos de crianza efectivos, el apoyo social a la familia, y las habilidades de resolución de problemas. En general, el interés del programa consiste en generar un estilo parental que mejore en el futuro la resistencia de los hijos ante el uso de las drogas. La aplicación del programa se hace en 10 a 12 sesiones semanales de dos horas de duración, en formato de seminario conjunto padres e hijos. Para completar el programa las familias asisten a 20 horas de actividades en las clases.</p> | Primera infancia |

Familias unidas

Este es un programa desarrollado en USA para familias de procedencia hispana. Se dirige a padres con hijos entre 12 y 17 años. La intervención se realiza a través de grupos de padres con el objetivo de desarrollar habilidades parentales efectivas, y visitas a los domicilios, en las que se anima a los padres a practicar esas habilidades mientras interactúan con los adolescentes. En las sesiones de grupo con los padres, el responsable del programa o facilitador, anima a los padres a fijar algún tema de preocupación con los hijos, para posteriormente fomentar las habilidades parentales correspondientes para reducirlo o eliminarlo. El programa también incluye reuniones de los padres con los responsables escolares, para conectar a los padres con la escuela de los hijos. La duración del programa va de tres a cinco meses dependiendo del nivel de riesgo de la población objetivo.

Adolescencia temprana y adolescencia

Families and Schools Together

Es un programa que realiza intervenciones con grupos multifamiliares que tienen como propósito establecer relaciones entre las familias, las escuelas y las comunidades. Los objetivos del programa son incrementar los factores protectores, incluyendo el vínculo padres-hijos, la implicación de los padres en la escuela, la redes de padres, la comunicación familiar, la autoridad parental y el capital social, con el propósito de reducir la ansiedad y el comportamiento agresivo de los hijos, e incrementar sus habilidades sociales y la capacidad atencional. Los tres componentes del programa son: 1) Captación de los padres; 2) Realización de ocho sesiones semanales con grupos multifamiliares y 3) Realización de reuniones mensuales de apoyo a los padres con una duración de hasta 24 meses. El programa está desarrollado para todas las edades, aunque la investigación se ha hecho fundamentalmente con niños en primaria.

Primera infancia e Infancia

Family Matters

Programa diseñado para ser aplicado a grandes volúmenes de población, que se basa en el envío de material educativo por correo, y el contacto telefónico posterior de educadores con los padres para reforzar los contenidos y verificar que se adquieren las habilidades y conocimientos que se establecen para cada uno de los cuatro envíos que se realizan. El programa anima la comunicación entre los miembros de la familia y se centra en las características familiares generales (por ejemplo, las habilidades educativas) y en las que se refieren concretamente al uso de sustancias (por ejemplo, uso de las sustancias, normas familiares relacionadas con su uso, etc.). Está dirigido a familias con hijos de 12 a 14 años.

Adolescencia temprana

Guiding Good Choices

Anteriormente conocido como *Preparing for the Drug Free Years*, es un programa dirigido a padres de niños de 9 a 14 años. Sus objetivos son reforzar y clarificar las expectativas que tiene la familia sobre la conducta de sus hijos, mejorar las condiciones que promueven los vínculos dentro de la familia y enseñar habilidades que permitan a los hijos resistir con éxito el uso de drogas. Se administra en cinco sesiones.

Infancia y adolescencia temprana

Parenting Wisely

Es un programa de prevención basado en ordenador y dirigido a padres con hijos entre 3 y 18 años. Consta de nueve sesiones, en las que los padres participantes ven un video que representa un típico problema familiar y tienen que elegir una solución de una lista, cuyas opciones representan distintos niveles de efectividad. Cada uno de los niveles es analizado y criticado con preguntas y respuestas interactivas. Cada sesión puede ser completada en dos o tres horas. Los padres también reciben manuales con el contenido del programa y ejercicios para promover el desarrollo de habilidades y la práctica de las mismas. Los objetivos del programa son mejorar la comunicación y las habilidades disciplinarias parentales.

Primera infancia, infancia, adolescencia temprana y adolescencia

STARS for Families

Programa dirigido a la prevención del consumo de alcohol en jóvenes de 11 a 14 años. Sus actividades están estructuradas de acuerdo con el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente. Tiene tres componentes. El primero es de carácter individual y está dirigido a enseñar habilidades a los jóvenes para rechazar el alcohol. Además se les remite a las familias ocho cartas en las que se les instruye sobre la forma de hablar con los adolescentes acerca del alcohol y cómo evitarlo. Por último, las familias completan cuatro lecciones en el hogar que pretenden incrementar la comunicación padres-hijo, aumentando las habilidades y los conocimientos preventivos.

Infancia, adolescencia temprana

Strengthening Families Program

Este es un programa de enseñanza de habilidades para padres con hijos de 3-16 años. Se imparte en 14 sesiones semanales de dos horas de duración. En esas dos horas, hay sesiones separadas en las que sólo están los padres o los hijos, y sesiones conjuntas en las que se reúnen las familias. Las sesiones para los padres están encaminadas a enseñarles a incrementar las conductas deseadas de los hijos, mediante el uso de la atención y las recompensas, la mejora de la comunicación, la disciplina efectiva, la educación en el uso de sustancias, la resolución de problemas y el establecimiento de límites. Las sesiones para los jóvenes pretenden que aprendan sistemas de comunicación efectiva, entiendan sus sentimientos, mejorar las habilidades sociales y de resolución de problemas, resistir la presión de los iguales hacia el consumo, comprender las consecuencias del consumo de sustancias, y cumplir las reglas de conducta que marcan los padres.

Primera infancia, infancia, adolescencia temprana y adolescencia

Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14

Es un programa de enseñanza de habilidades familiares dirigido a familias con jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años. El programa incluye siete sesiones de dos horas de duración cada una, y cuatro sesiones opcionales de recuerdo. En cada sesión, la primera hora se dedica a reuniones en las que los padres e hijos se reúnen por separado, y la segunda sirve para llevar a cabo sesiones conjuntas. Las sesiones están dirigidas a dar formación a los padres para que entiendan los factores de riesgo que influyen en el uso de drogas, incrementar el vínculo padres – hijos, mejorar la monitorización

Infancia, adolescencia temprana

del cumplimiento de las normas parentales y la aplicación apropiada de consecuencias, mejorar el manejo del enfado y del conflicto familiar y potenciar la implicación de los hijos en las tareas familiares.

PROGRAMAS SELECTIVOS

Celebrating Families

Es un programa dirigido a familias en las que uno de los padres o ambos están en los primeros estadios de recuperación de un trastorno por abuso de sustancias y en las que hay riesgo de violencia doméstica y/o abuso infantil. Hay reuniones por separado de padres e hijos, y conjuntas de toda la familia. Los temas que se abordan en las sesiones de dos horas son: 1) Vida saludable; 2) Nutrición; 3) Comunicación; 4) Sentimientos y defensas; 5) Manejo del enfado; 6) Información sobre alcohol, tabaco, y otras drogas; 7) La dependencia química como enfermedad; 8) Los efectos de la dependencia química sobre el conjunto de la familia; 9) Establecimiento de metas; 10) Cómo hacer elecciones saludables; 11) Límites saludables; 12) Amistades y relaciones saludables y 13) El carácter único de cada persona. El programa utiliza el modelo cognitivo-conductual para alcanzar tres objetivos: a) Romper el ciclo de abuso y dependencia de las sustancias dentro de las familias; b) Reducir el uso de sustancias y acortar las recaídas y c) Facilitar con éxito la reunificación familiar.

Todas las edades

Creating Lasting Family Connections

Descrito anteriormente

Dare to be you

Descrito anteriormente

Familias unidas

Descrito anteriormente

Families and Schools Together

Descrito anteriormente

Nurse-Family Partnership

Es un programa de enfermería a domicilio encaminado a mejorar la salud, el bienestar y la auto-suficiencia de padres primerizos con bajo nivel de ingresos. Las actividades del programa procuran que la familia conozca y use los servicios sociales y sanitarios, tome decisiones saludables durante el embarazo, conozca las habilidades básicas de cuidado, y que las mujeres construyan relaciones de apoyo con la familia y amigos. Otros objetivos del programa son la reducción del consumo de drogas en la familia, la identificación correcta de enfermedades asociadas al embarazo y los signos de enfermedad infantil, promover las relaciones padres-hijos y crear entornos seguros. El programa comienza con visitas durante el embarazo y continúa hasta que el hijo cumple dos años. El número de visitas varía en función de los problemas de la familia, siendo el máximo 60 por familia.

Embarazo y desarrollo temprano

Nurturing Parenting Programs

Este programa está especialmente diseñado para ayudar a familias que ya han tenido problemas por abuso o abandono infantil. Las metas del programa son: a) Incrementar la valía percibida, la capacidad personal, la empatía, el vínculo y el apego a los hijos de los padres; b) Incrementar el uso de estrategias alternativas al control disciplinario violento y abusivo; c) Incrementar el conocimiento de los padres sobre las expectativas adecuadas que pueden tener de sus hijos, en cada momento evolutivo y d) Reducir el abuso y el abandono. El programa se basa en un modelo cognitivo-conductual. Se utiliza técnicas de instrucción muy participativas. Las sesiones son multifamiliares y a domicilio. Las sesiones a domicilio duran unos 90 minutos y son de carácter semanal. La duración del programa es de unas 15 semanas.

Embarazo,
desarrollo
temprano,
primera
infancia e
infancia

Parenting Wisely

Descrito
anteriormente

Safe Children

Programa dirigido a familias con hijos de 6 años que viven en barrios de riesgo. La intervención tiene dos componentes. El primero son los grupos multifamiliares en el que se enseñan habilidades parentales, mejora de las relaciones familiares, comprensión y manejo de los problemas evolutivos y situacionales de los hijos, incremento del apoyo parental, estrategias para vincular más a los padres con la escuela, y manejo de los problemas que puedan surgir como consecuencia de vivir en un barrio de riesgo. Las familias participan en 20 sesiones semanales, de dos a dos horas y media cada una. El segundo componente es de aplicación en el marco de la clase. En este componente se incluyen contenidos acerca de la relación con el propio cuerpo, la relación con los demás, o las habilidades de comunicación. Cada lección va acompañada de un video, discusión, role-playing y deberes para casa.

Infancia

Strengthening Families Program

Descrito
anteriormente

PROGRAMAS INDICADOS

Brief Strategic Family Therapy

Esta intervención se encuentra a medio camino entre la prevención y el tratamiento, ya que entre sus objetivos se encuentran prevenir, reducir o tratar los problemas de conducta de los adolescentes, entre los que se encuentra el consumo de drogas. Además, se busca la mejora de las conductas prosociales tales como la asistencia a la escuela o el rendimiento académico, y del funcionamiento familiar, mejorando el liderazgo y el control paterno, las habilidades de cuidado positivas, y la implicación de los padres con los hijos, atendiendo además a sus amigos y a la escuela. La intervención dura de 12 a 16 sesiones, aunque esto depende de los problemas de la familia, pudiendo extenderse a 24 o más. Las sesiones se llevan a cabo en los sitios que resulten convenientes a la familia, incluyendo el hogar. La base teórica, de

Infancia,
adolescencia
temprana y
adolescencia

orientación sistémica, apunta a que el comportamiento adolescente está enraizado en las interacciones desadaptativas de la familia, las alianzas familiares inapropiadas, límites familiares extremadamente rígidos o permeables y en la creencia de los padres que un único individuo es el responsable de los problemas de la familia. La idea con la que se opera es que hay que transformar las relaciones familiares si se quiere cambiar el comportamiento del adolescente. Las fases del tratamiento son tres: Unión, Diagnóstico y Reestructuración. En la unión se anima a la familia a comportarse de forma normal, lo que permite al terapeuta el diagnóstico de los patrones familiares repetitivos y la posterior reestructuración mediante diferentes estrategias de cambio.

| | |
|--|------------------------|
| Celebrating Families | Descrito anteriormente |
| Creating Lasting Family Connections | Descrito anteriormente |
| Familias Unidas | Descrito anteriormente |
| Families and Schools Together | Descrito anteriormente |
| Nurturing Parenting Programs | Descrito anteriormente |
| Parenting Wisely | Descrito anteriormente |
| Strengthening Families Program | Descrito anteriormente |

Anexo II

Técnicas de modificación de conducta: conceptos básicos

El desarrollo de nuevas conductas y la supresión de otras son aspectos inherentes al proceso de educación en cualquier edad. No es el objetivo de este texto explicar en profundidad la complejidad de las técnicas de modificación de conducta, pero sí podría ser conveniente que los profesionales del campo de la prevención familiar y del entrenamiento en habilidades parentales conozcan las más relevantes. Para una revisión detallada véase Labrador, Cruzado y Muñoz (2001).

1. Desarrollo de nuevas conductas

Una forma destacada de aprender conductas es aquella en la que el papel protagonista lo realizan los estímulos o las situaciones que el sujeto obtiene como consecuencia de su actividad.

De acuerdo con Pérez Álvarez (2001) existirían dos tipos de procedimientos básicos para el desarrollo de nuevas conductas: el moldeamiento y el encadenamiento.

1.1. Moldeamiento

Es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta objetivo. El refuerzo es cualquier objeto o evento que incrementa la probabilidad de ocurrencia de la conducta que lo precede. Así, el reforzamiento es el acto de administrar el reforzador siguiendo algún criterio de frecuencia relativa a la conducta en cuestión. En este procedimiento se empezarán a fortalecer aquellas conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente a la que se pretende conseguir. Posteriormente, el reforzamiento se hará más exigente. Gracias a esta estrategia, los niños o adolescentes van aprendiendo poco a poco una conducta que originariamente les resulta compleja y que no forma parte de su repertorio (Pérez Álvarez, 2001).

1.2. Encadenamiento

Es un procedimiento que permite instaurar una conducta compleja a partir de otras más sencillas. que ya figuran en el repertorio del niño o adolescente, mediante el reforzamiento de sus combinaciones.

2. Reducción de conductas

De acuerdo con Cruzado y Labrador (2001) se presentará una exposición de técnicas para reducir o eliminar conductas centrada en los procedimientos que basan su actuación en el control de los estímulos reforzadores. Este tipo de técnicas son tan eficaces como las técnicas aversivas (el castigo “tradicional”) pero generan menos respuestas emocionales negativas y de contracontrol, por lo que son mucho más apropiadas como estrategias educativas.

2.1. Extinción

Consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada estableciendo las condiciones para que el adolescente o el niño no reciba reforzamiento

tras la emisión de la conducta desadaptada. De este modo, recibir atención, aprobación o un premio material deja de ser contingente a la conducta que se desea reducir. Es un procedimiento lento, por lo que no es el más adecuado cuando se quiere que la conducta desaparezca de forma inmediata (Cruzado y Labrador, 2001).

2.2. Reforzamiento diferencial de otras conductas

Es un procedimiento en el que el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el niño o el adolescente con la excepción de la conducta que queremos eliminar. Así, se refuerza la ausencia de la conducta inapropiada durante un periodo de tiempo determinado mientras se refuerza otra conducta alternativa o incompatible. La principal ventaja de esta técnica es que tienen un enfoque positivo, ya que hace posible el reforzamiento del niño o del adolescente por emitir una gran variedad de conductas salvo la especificada (Cruzado y Labrador, 2001).

2.3. Costo de respuesta

Es un procedimiento que consiste en retirar algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta. La principal ventaja de esta técnica es que produce una reducción rápida de la conducta con efectos duraderos, asemejándose en esto a los procedimientos aversivos, como el castigo. Sin embargo, se diferencia del castigo en que este último implica la presentación de un estímulo aversivo en vez de la retirada de un reforzador, lo que hace que se provoquen menos respuestas emocionales negativas en el niño o en el adolescente (Cruzado y Labrador, 2001).

2.4. Tiempo fuera (time out)

Consiste en retirar las condiciones ambientales que permiten obtener reforzamiento, o sacar al niño o adolescente de éstas durante un determinado período de tiempo de manera contingente a la emisión de la conducta desadaptada.

3. Referencias

Cruzado, J.A. y Labrador, F.J. (2001). «Técnicas para la reducción de conductas operantes». En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M (Eds), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Pérez Álvarez, M. (2001). «Técnicas operantes para el desarrollo de conductas». En Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M (Eds), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.