

Prevención familiar del consumo de drogas: el programa «Familias que funcionan»

José Manuel Errasti Pérez, Susana Al-Halabí Díaz, Roberto Secades Villa, José Ramón Fernández-Hermida,
José Luis Carballo* y Olaya García-Rodríguez**
Universidad de Oviedo, * Universidad Miguel Hernández y ** Universidad de Barcelona

«Familias que Funcionan» es un programa de prevención familiar del consumo de drogas, fruto de la adaptación a España del prestigioso programa norteamericano «Strengthening Families Program 10-14». El programa se aplicó en cuatro Institutos de Enseñanza Secundaria de Asturias con una muestra de 380 alumnos de 1º y 2º de ESO. Se presenta en este artículo la evaluación de tal aplicación tras dos años de seguimiento, referidos a su eficacia en la reducción del consumo de drogas entre adolescentes y a sus efectos sobre ciertos factores de riesgo familiares. Los resultados muestran que el programa «Familias que Funcionan» es eficaz para reducir el incremento en el consumo de drogas adolescente a partir de la asistencia a 7 sesiones, tanto en el seguimiento a un año ($t = -2,73$; $p < ,05$) como a dos años ($t = -4,58$; $p < ,005$) y para reducir algunos de los factores de riesgo familiares.

Family-based drug use prevention: The «Familias que Funcionan [Families that work]» program..
«Familias que Funcionan» [Families that work] is a family-based drug-use prevention program resulting from the adaptation to the Spanish context of the prestigious North-American «Strengthening Families Program 10-14». The program was applied at four secondary schools ($N = 380$ pupils) in Asturias (northern Spain). This article presents the results of the assessment of this application after a two-year follow-up, regarding its effectiveness in the reduction of drug use among adolescents and its effects on certain family risk factors. Consistent attendance in the «Familias que Funcionan» program proved effective for reducing both rates ($t = -2.73$, $p < .05$ and $t = -4.58$, $p < .005$, for the 1- and 2-year follow-ups, respectively) of increase in adolescent drug use and some family risk factors.

El consumo de drogas entre los jóvenes es un problema de carácter tanto social como sanitario al que nos enfrentamos en la actualidad (Gómez-Fraguela, Fernández Pérez, Romero Triñanes y Luengo Martín, 2008). Diversas investigaciones han demostrado que los programas dirigidos a fomentar en los padres una crianza adecuada pueden ser implementados en los colegios para ayudar a mejorar sus habilidades parentales y el comportamiento de sus hijos (Kumpfer, 2004). Estos programas suelen obtener mejores resultados si tienen una aproximación familiar, es decir, si involucran y entrenan tanto a padres como a hijos, ya que de esta manera se consiguen mayores efectos a largo plazo (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003).

«Familias que Funcionan» (FqF) 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. Se trata de la adaptación española del programa norteamericano «Strengthening Families Program 10-14» (SFP 10-14), desarrollado por las Dras. V. Molgaard y K. Kumpfer para el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA).

El SFP 10-14 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 (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe y Breen, 2003; Foxcroft, Lister-Sharp, Lowe, Sizer e Ireland, 2002; Gates, McCambridge, Smith y Foxcroft, 2006; Molgaard y Spoth, 2001; Molgaard, Spoth y Redmond, 2000; Redmond, Spoth, Shin y Lepper, 1999; Spoth, Goldberg y Redmond, 1999; Spoth, Gyll, Trudeau y Goldberg-Lillehoj, 2002; Spoth, Redmond y Lepper, 1999; Spoth, Redmond y Shin, 1998; Spoth, Redmond y Shin, 2000; Spoth, Redmond y Shin, 2001; Spoth, Reyes, Redmond y Shin, 1999).

El SFP 10-14 ha sido destacado en una revisión sistemática realizada por la *Internacional Cochrane Collaboration* (Foxcroft et al., 2002) financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *U.K. Alcohol Education and Research Council* (AERC). Esta revisión fue presentada en la Conferencia de Ministros de la Unión Europea y la OMS que condujo a la Declaración de Estocolmo sobre «Los jóvenes y el alcohol». El *National Insti-*

tute 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 et al., 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*, son 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. Las diferencias entre los jóvenes que recibieron el programa y el grupo control 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 mejoras en la supervisión general de sus hijos y en habilidades parentales específicas, tales como el establecimiento de límites adecuados, la construcción de relaciones positivas con sus hijos, el establecimiento de reglas, la aplicación de consecuencias, la supervisión efectiva de sus hijos o la disciplina consistente y adecuada.

Los principales factores de riesgo sobre los que interviene el SFP 10-14 son de carácter individual (depresión, desórdenes de la conducta, agresión y aislamiento), familiar (conflicto familiar, castigos excesivos, abuso o abandono del hijo, disciplina ineficaz y malos ejemplos de consumo de drogas dados por los miembros de la familia), escolar (impuntualidad y absentismo) y de relación con los compañeros (influencia negativa de los compañeros y amistades exclusivas con otros consumidores de drogas). Igualmente, los factores de protección que el SFP 10-14 pretende potenciar son de tipo individual (autoestima y habilidades sociales), familiar (eficacia en la relación paterna, organización familiar, comunicación efectiva, vínculos padres-hijos y manejo del estrés por parte de los padres), escolar (buen rendimiento escolar y vínculos con la escuela), y de relación con los compañeros (resistencia a la influencia negativa de los compañeros, desarrollo prosocial de las amistades y comunicación eficaz).

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 propio contexto cultural. Es fácil entender que la tarea de adaptación de un programa de prevención del consumo de drogas no se limita a su mera traducción, sino que es necesario analizar cada elemento para valorar su encaje en una determinada realidad sociocultural. Se trata, en definitiva, de intentar ser fiel a los principios activos que están funcionando en el SFP 10-14, pero modificando los ejemplos, los *role playings*, los juegos, las actividades, etcétera, dentro de las que se presentan tales principios para que resulten adecuados y pertinentes en una sociedad concreta, en este caso la española.

Este proceso de adaptación siempre es complejo. De hecho, en muchos casos puede ser más costoso adaptar un programa que ha demostrado su eficacia en una cultura concreta que desarrollar uno completamente nuevo. La traducción de cualquier instrumento de evaluación o de intervención sólo es el primero de una serie de pasos encaminados a conseguir que un instrumento adquiera en otro idioma o en otra cultura la función que ya posee originalmente (Hambleton y De Jong, 2003). Por otro lado, ciertas investigaciones sugieren que determinados aspectos de la adaptación del programa son críticos para el reclutamiento y la retención de los participantes, llegando incluso a incrementar las tasas de adherencia en torno a un 40% (Catalano, Hawkins y Krenz, 1993; Kumpfer y Alvarado, 1995). Como principio general, las adaptaciones culturales se deben realizar mediante procesos sensibles a las diferencias culturales y socioeconómicas, sin dejar en ningún momento de permanecer fieles al núcleo del programa original (Barrera y Castro, 2006).

Se elaboró así «Familias que Funcionan» (FqF), un programa de prevención universal y selectiva compuesto por siete sesiones principales y cuatro sesiones de mantenimiento. Para llevar a cabo esta adaptación 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 la aplicación de todas las sesiones del programa se empleó en la configuración final del mismo. El material resultante está recogido en dos volúmenes y doce DVDs.

A continuación se presenta una primera evaluación de resultados del programa «Familias que Funcionan» realizada en España con una pequeña muestra de familias a las que se les ha realizado un seguimiento al cabo de un año y dos años tras su participación en este programa de prevención familiar.

Método

Participantes

La muestra inicial estaba compuesta por 380 familias, procedentes de cuatro Institutos de Enseñanza Secundaria públicos de Asturias (España). Los centros estaban localizados en Cudillero, Gijón, Pola de Siero y Oviedo. A las sesiones del programa debían asistir los alumnos acompañados de alguno de sus padres.

Dadas las edades a las que va destinado el programa de prevención utilizado, se eligieron los cursos de 1º y 2º de la E.S.O. (12-13 años y 13-14 años, respectivamente). Aspectos ajenos a esta investigación impidieron que se pudiera trabajar con 2º de la E.S.O. en el I.E.S. de Pola de Siero. Las familias asistentes a estos centros escolares poseían un perfil socioeconómico medio-bajo.

Como es habitual, la tasa de participación familiar en el programa de prevención fue muy escasa en relación con el total de familias a las que se les ofreció la intervención. Así, del total de 380 familias que fueron convocadas tan sólo 26 acudieron a alguna de las sesiones del programa, lo cual supone un 6,84% de participación respecto de la muestra completa. Y, a su vez, de estas 26 familias participantes, 17 acudieron con la regularidad deseable a las

sesiones principales de mantenimiento, lo cual supone un 65,38% respecto de la muestra asistente.

Instrumentos y variables

Se evaluó a la muestra total de alumnos en las siguientes variables:

Consumo de drogas. Se realizó mediante los ítems que el Plan Nacional sobre Drogas utiliza para evaluar la historia de consumo de drogas durante el último mes en los estudiantes de Secundaria (ESTUDES). Consta de diez ítems, cada uno de ellos referido a una sustancia diferente, y pide que el alumno valore cuántos días de los treinta últimos ha consumido cada uno de los diez tipos diferentes de drogas: tabaco, alcohol, tranquilizantes o pastillas para dormir, hachís y marihuana, cocaína, heroína, *speed* y anfetaminas, alucinógenos, sustancias volátiles y éxtasis y otras drogas de diseño.

Por otro lado, dado que el programa «Familias que Funcionan» pretende intervenir sobre el funcionamiento familiar, se consideró adecuado realizar una evaluación de los principales factores de riesgo familiares asociados al consumo de drogas para conocer el efecto del programa sobre ellos.

Factores de riesgo familiares. Se elaboró un «Cuestionario de Factores de Riesgo Familiares» (CFRF) compuesto por cuatro escalas del conjunto de *Core Measures* de *Centre for Substance Abuse Prevention* (CSAP) norteamericano, elaboradas por Arthur, Hawkins, Catalano y Pollar (1999), así como algunos ítems de un cuestionario aplicado en nuestro país por Luengo, Villar, Gómez-Fraguela y Romero (2003), con el fin de estimar los factores de riesgo familiares de interés.

Ambos instrumentos fueron aplicados en tres ocasiones a los participantes: antes de la aplicación del programa de prevención, al año de seguimiento tras la realización de las sesiones principales del programa, y a los dos años de tal finalización. Esta última evaluación sólo se realizó en los I.E.S. de Cudillero, Gijón y Pola de Siero.

Procedimiento

Para la aplicación del programa de prevención se seleccionaron inicialmente una serie de centros que cumplieran con las características sociodemográficas adecuadas (volumen de alumnado, nivel socioeconómico de los mismos, etc.). Posteriormente, en función de la disponibilidad y la colaboración mostrada por los mismos, se eligieron I.E.S. situados en Cudillero, Gijón, Pola de Siero y Oviedo para realizar el estudio. La dirección de cada centro envió información a los padres indicándoles la puesta en marcha del programa de prevención y, posteriormente, en una reunión presencial de toma de contacto de los padres con los tutores de los alumnos, se presentó ante aquéllos el equipo de monitores especialistas en el FqF que iban a dirigir las sesiones del programa. A la semana siguiente comenzaron a aplicarse las sesiones principales del programa de prevención con todas las familias (padres y alumnos) que acudieron al lugar y la hora prevista para tal fin.

Tanto las siete sesiones principales como las cuatro de mantenimiento duran alrededor de dos horas, y se componen de dos partes: una primera hora en la que el grupo de padres y el grupo de hijos se reúnen por separado cada uno con su monitor, y una segunda hora en la que se reúnen las familias al completo para la realización común de una serie de actividades.

Las sesiones del FqF se aplican con periodicidad semanal, por lo que en todos los centros escolares se estableció que el día y la hora en los que se desarrollaría el programa serían los mismos que

habitualmente eran utilizados por la dirección del centro para otras reuniones convencionales del curso académico.

Un resumen de los objetivos y contenidos de cada una de las sesiones se puede encontrar en la página web del Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo (Grupo de Conductas Adictivas, 2008).

Durante las dos últimas sesiones del programa se informó a los padres de la continuidad del mismo mediante la aplicación de cuatro sesiones de mantenimiento en las que se repasarían los contenidos y se solucionarían las posibles dudas. Dos meses más tarde se entregó a los alumnos que habían participado en el programa una convocatoria remitida por el centro escolar con la información referente a las sesiones de mantenimiento del programa.

Análisis de datos

Se realizaron análisis de comparación de medias (prueba t) para examinar la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones medias de la escala de consumo de drogas y de las escalas de factores de riesgo familiar aplicadas a los adolescentes de la muestra en función de su asistencia a las sesiones de «Familias que Funcionan». Tal comparación se realizó en función de variables de agrupación dicotómicas que fueron creadas a partir de los valores continuos de asistencia al programa de prevención. Así, tales comparaciones se realizaron según la cantidad de sesiones asistidas por las familias, es decir, desde la asistencia a más de una sesión (lo que significaría asistir al menos a dos sesiones) hasta la asistencia a más de diez sesiones, que supondría asistir a las once sesiones completas del FqF, incluidas las sesiones de mantenimiento.

Asimismo, se realizaron análisis de diferencias de medias (ANOVA de un factor) para estudiar si existían diferencias significativas previas en los factores de riesgo familiares y de consumo entre los alumnos de los cuatro I.E.S. que participaron en este estudio. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS v14.0.

Resultados

Línea base

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas antes de la intervención entre los grupos que formaron parte de la muestra de estudio en ninguna de las escalas del CFRF que medían factores de riesgo familiares ni en la escala que medía el consumo de drogas de los adolescentes.

Como se ilustra en la tabla 1, en general, los padres se caracterizaban por tener actitudes negativas hacia el consumo de alcohol y otras drogas, adecuados niveles de comunicación familiar y niveles «razonables» de conflicto familiar. Asimismo, podemos observar que, a medida que pasa el tiempo, aumentan las puntuaciones relacionadas con los factores de riesgo (recuérdese que tales puntuaciones se basan en la percepción de los hijos acerca del comportamiento de sus padres).

Por otro lado, el consumo de los adolescentes de la muestra se centró fundamentalmente en tabaco y alcohol a lo largo de los tres momentos temporales en los que fueron realizadas las evaluaciones (tabla 2). La frecuencia de consumo del resto de sustancias fue claramente menor, como es el caso de los tranquilizantes y los derivados del cannabis, e incluso tan sólo anecdótica en el caso del resto de drogas (cocaína, heroína, *speed* y anfetaminas, alucinógenos, sustancias volátiles y éxtasis y otras drogas de diseño).

Consumo de drogas

Se evaluó la diferencia en «consumo de drogas» de los adolescentes entre el pretest (línea base) y los seguimientos realizados un año y dos años después de la intervención, y entre el año y los dos años de seguimiento.

Como se observa en la tabla 3, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres variables en función de la asistencia a más de siete sesiones de «Familias que Funcionan», es decir, en función de la asistencia de, al menos, ocho sesiones del programa. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el postest y los dos años de seguimiento, y entre el año y los dos años de seguimiento, en función de la asistencia a más de ocho y más de nueve sesiones, lo que supone haber asistido al 72% y 81% del programa, respectivamente.

Tabla 1
Evolución de las puntuaciones medias en las escalas de factores de riesgo familiar

Factores de riesgo familiar	Rango t ^o Min. - Máx.	Línea base	Post 1 año	Post 2 años
		12 - 14 años	13 - 15 años	14 - 16 años
Puntuaciones medias				
Estilo educativo	15 - 60	25,19	25,51	25,91
Conflicto familiar	8 - 32	14,71	15,38	15,75
Actitudes parentales				
ATOD	3 - 12	11,50	11,11	10,72
Lazos afectivos				
Padres e hijos	4 - 16	7,33	7,71	8,38
Comunicación familiar	7 -28	12,35	13,18	13,50

Nota: A mayor puntuación mayor nivel de factores de riesgo familiares, excepto en la escala «Actitudes parentales ATOD», en la que la dirección de las puntuaciones es inversa

Tabla 2
Porcentaje (%) de consumo de tabaco y alcohol

Frecuencia	Línea base	Post 1 año	Post 2 años
	12 - 14 años	13 - 15 años	14 - 16 años
Tabaco			
Nunca	94,3	90,4	81
1 a 2 días	2,4	5	7
3 a 5 días	1,2	1,1	3,5
6 a 9 días	0,8	0,2	1,6
10 a 19 días	0,4	0,4	2,3
20 o más	0,8	2,8	4,7
Alcohol			
Nunca	81	67,6	50
1 a 2 días	12,7	17,7	27,1
3 a 5 días	3	7,7	13,6
6 a 9 días	1,6	4,2	4,7
10 a 19 días	0,8	1,8	2,7
20 o más	0,8	1,1	1,9

Factores de riesgo familiares

Las variables contrastadas para la evaluación de los factores de riesgo familiares fueron las mismas que en el apartado anterior, salvo que se substituyó el consumo de drogas por el factor de riesgo correspondiente. A este respecto, cabe señalar que se registraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de «actitudes parentales percibidas hacia el uso juvenil de alcohol» y «lazos entre padres e hijos».

Así, como puede observarse en la tabla 4, la diferencia en «lazos afectivos entre padres e hijos» entre el pretest y el postest realizado dos años después de la intervención resultó ser estadísticamente significativa en función de la asistencia desde, al menos,

Tabla 3
Prueba t para la variable «Consumo de drogas»

	Diferencias								
	Pretest - Postest 1			Pretest - Postest 2			Postest 1 - Postest 2		
	n	M	t	n	M	t	n	M	t
Asistencia									
Más de 7	366 _a	-,42	-2,73*	203 _a	-1,07	-4,58**	194 _a	-,89	-3,53**
	12 _b	,00		11 _b	-,09		10 _b	-,10	
Más de 8				205 _a	-1,06	-4,93**	195 _a	-,89	-4,18**
				9 _b	,00		9 _b	,00	
Más de 9				206 _a	-1,06	-4,54**	196 _a	-,88	-3,84**
				8 _b	,00		8 _b	,00	

Nota: n_a = no asistente. n_b = asistente; * p<,05; ** p<,005

Tabla 4
Prueba t para la variable «Lazos entre padres e hijos»

	Diferencias					
	Pretest - Postest 2			Postest 1 - Postest 2		
	n	M	t	n	M	t
Asistencia						
Más de 1	184 _a	-,99	-2,74**	182 _a	-,67	-2,11*
	15 _b	-2,73		15 _b	-1,86	
Más de 2	185 _a	-1,01	-2,49*	183 _a	-,67	-2,01*
	14 _b	-2,64		14 _b	-1,85	
Más de 3	187 _a	-1,03	2,06*	184 _a	-,67	2,05*
	12 _b	-2,50		13 _b	-1,92	
Más de 4	188 _a	-1,04	2,03*	185 _a	-,68	1,95*
	11 _b	-2,54		12 _b	-1,91	
Más de 5	189 _a	-1,03	2,29*	186 _a	-,68	2,15*
	10 _b	-2,80		11 _b	-2,09	
Más de 6	189 _a	-1,03	2,29*	186 _a	-,68	2,15*
	10 _b	-2,80		11 _b	-2,09	
Más de 7	192 _a	-1,05	5,47**	189 _a	-,69	2,21*
	7 _b	-3,14		8 _b	-2,37	
Más de 8	193 _a	-1,06	4,78**			
	6 _b	-3,00				
Más de 9	193 _a	-1,06	4,78**			
	6 _b	-3,00				

Nota: n_a = no asistente. n_b = asistente; * p<,05; ** p<,005

dos sesiones del programa hasta la asistencia, al menos, de diez sesiones. También se registraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable familiar entre el seguimiento realizado un año después de la intervención preventiva y el seguimiento a los dos años, en función de la asistencia a más de una, dos, tres, cuatro, cinco, seis y siete sesiones de «Familias que Funcionan».

Respecto de la variable «actitudes parentales percibidas hacia el uso juvenil de alcohol» (tabla 5), la diferencia entre el pretest y el seguimiento a un año resultó ser estadísticamente significativa en función de la asistencia a más de una, dos, tres, siete y diez sesiones del programa. También se registraron diferencias estadísticamente significativas en esta variable familiar entre el seguimiento a un año y el seguimiento a dos años después de la intervención, en función de la asistencia a todas las sesiones del programa.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue valorar el funcionamiento del programa de prevención familiar del consumo de drogas «Familias que Funcionan» —adaptación española del SFP 10-14—. Los resultados expuestos arrojan claros indicios de que la asistencia continuada a la mayoría de las sesiones del FqF es eficaz para reducir el incremento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas que habitualmente se registra durante la adolescencia. Tal resultado parece razonable, ya que para modificar ciertos estilos educativos o para aprender nuevas conductas relacionadas con la supervisión, la comunicación, el refuerzo o el castigo de los hijos es necesario en-

sayar tales situaciones, repasar las dudas y formarse con cierta consistencia, tal y como lo hacen los programas protocolizados que además incluyen sesiones de mantenimiento, como es el caso del FqF.

Asimismo, se han hallado diferencias significativas tras la aplicación del FqF en dos de las escalas que medían factores de riesgo familiar relacionados con el consumo de drogas: «actitudes parentales hacia el uso juvenil de alcohol» y «lazos entre padres e hijos». Es conocido el importante papel que juegan los padres como modelos y transmisores de valores y actitudes en la educación de los hijos (Secades Villa, Fernández Hermida y Vallejo, 2005). Así, los chicos que participaron en el programa perciben una mayor desaprobación por parte de sus padres para consumir sustancias psicoactivas, lo cual redundaría en la disminución de la probabilidad de que tales adolescentes consuman drogas. Por otro lado, el hecho de que el programa mejore o aumente los lazos afectivos familiares no sólo protege contra el consumo de drogas y reduce la probabilidad de consumo, sino que también supone un importante factor de protección para otros comportamientos problemáticos de la adolescencia.

Una limitación del estudio es el escaso tamaño de la muestra experimental, ya que, aunque fueron convocadas 380 familias, tan sólo se contó con la presencia de algo más del 6%, una circunstancia muy habitual en el funcionamiento de los programas de prevención familiares, que no suelen disponer de población cautiva para llevar a cabo sus intervenciones. Por este motivo, se requiere replicar el estudio con un tamaño de muestra superior.

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 autoselección que determina que participen en los programas fundamentalmente madres preocupadas por el bienestar de sus hijos (Pinazo y Pons, 2002). En este sentido, es esencial desarrollar estrategias para incrementar la participación de las familias en los programas de prevención, en particular de aquellas familias con un perfil de alto riesgo de consumo de drogas (Alhalabí, Secades Villa, Errasti, Fernández Hermida, García Rodríguez y Carballo, 2006).

Agradecimientos

Esta investigación se llevó a cabo gracias al Proyecto de Investigación «Evaluación del programa de prevención familiar del consumo de drogas 'Strengthening Families Program' en su versión española», financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo).

	Diferencias					
	Pretest - Postest 1			Postest 1 - Postest 2		
	n	M	t	n	M	t
Asistencia						
Más de 1	360 _a 21 _b	,42 ,00	2,35*			
Más de 2	361 _a 20 _b	,42 ,00	2,24*			
Más de 3	362 _a 19 _b	,42 ,00	2,13*			
Más de 7	370 _a 11 _b	,41 ,00	2,78*			
Más de 10	371 _a 10 _b	,41 ,00	2,55*	192 _a 8 _b	,50 ,12	2,45*

Nota: n_a = no asistente. n_b = asistente; * p<,05; ** p<,005

Referencias

Alhalabí Díaz, S., Secades Villa, R., Errasti Pérez, J.M., Fernández Hermida, J.R., García Rodríguez, O., y Carballo Crespo, J.L. (2006). Family predictors of parent participation in adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review*, 25, 323-327.

Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Catalano, R., y Pollard, J.A. (1999). *Core measures initiative phase I recommendations*: Center for Substance Abuse Prevention.

- Barrera, M., y Castro, F. (2006). A heuristic framework for the cultural adaptation of interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 311-316.
- Catalano, R., Hawkins, J., y Krenz, C. (1993). Using research to guide culturally appropriate drug abuse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 804-814.
- 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* 2006, 1.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G., y Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review. *Addiction* 98, 397-411.
- 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.
- Gómez-Fraguela, J.A., Fernández Pérez, N., Romero Tríañes, E., y Luengo Martín, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20, 211-217.
- Grupo de Conductas Adictivas (2008). *Familias que Funcionan. Programa de prevención familiar del consumo de drogas*. Recuperado el 14 de febrero de 2008 de www.uniovi.es/gca/.
- Hambleton, R.K., y De Jong, J.H. (2003). Advances in translating and adapting educational and psychological tests. *Language Testing*, 20, 127-134.
- Kumpfer, K.L. (2004). Effectiveness of family focused interventions for school-based prevention. En K. E. Robinson (Ed.): *Advances in school-based mental health interventions: Best practices and program models*. Kingston, NJ, US: Civic Research Institute.
- Kumpfer, K.L., y Alvarado, R. (1995). Strengthening families to prevent drug use in multiethnic youth. En G.J. Botvin y S. Schinke y M.A. Orlandi (Eds.): *Drug abuse prevention with multiethnic youth* (pp. 255-294). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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.
- Luengo Martín, M.A., Villar Torre, P., Gómez Fragueta, J.A., y Romero Triañes, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15, 581-588.
- Molgaard, V.M., Spoth, R., y Redmond, C. (2000). *Competency training: The Strengthening Families Program for Parents and Youth 10-14*. OJJDP Juvenile Justice Bulletin (NCJ 182208). Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Molgaard, V., y Spoth, R. (2001). Strengthening Families Program for young adolescents: Overview and outcomes. En S. Pfeiffer y L. Reddy (Eds.): *Innovative Mental Health Programs for Children* (pp. 15-29). Binghamton, NY: Haworth Press.
- 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* (pp. 325-364). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J.R., y Vallejo Seco, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 14, 1-15.
- Spoth, R., Goldberg, C., y Redmond, C. (1999). Engaging families in longitudinal preventive intervention research: Discrete-time survival analysis of socioeconomic and social-emotional risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 157-163.
- Spoth, R., Gyll, 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., Redmond, C., y Lepper, H. (1999). Alcohol initiation outcomes of universal family-focused preventive interventions: One- and two-year follow-ups of a controlled study. *Journal of Studies on Alcohol*, 13, 103-111.
- Spoth, R., Redmond, C., y Shin, C. (1998). Direct and indirect latent variable parenting outcomes of two universal family-focused preventive interventions: Extending a public health-oriented research base. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 385-399.
- Spoth, R., Redmond, C., y Shin, C. (2000) Reducing adolescents' aggressive and hostile behaviors: Randomized trial effects of a brief family intervention four years past baseline. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 154, 1248-1257.
- 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., Redmond, C., Trudeau, L., y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 129-134.
- Spoth, R., Reyes, M.L., Redmond, C., y Shin, C. (1999). Assessing a public health approach to delay onset and progression of adolescent substance use: Latent transition and loglinear analyses of longitudinal family preventive intervention outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 619-630.
- Redmond, C., Spoth, R., Shin, C., y Lepper, H. (1999). Modeling long-term parent outcomes of two universal family-focused preventive interventions: One year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 975-984.