

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**  
*Nafarroako Unibertsitate Publikoa*

**Departamento de Psicología y Pedagogía**  
*Psikologia eta Pedagogia Saila*

**EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN  
FAMILIAR EN PROGRAMAS DE PREVENCIÓN INDICADA  
PARA ADOLESCENTES CON CONDUCTAS DE RIESGO**

**TESIS DOCTORAL**



**Sonia Ituráin Jiménez de Bentrosa**

**Directores: Javier Fernández-Montalvo  
José Javier López-Goñi**

**Pamplona-Iruñea  
2017**



## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es fruto de un gran esfuerzo que no habría sido posible sin el apoyo, la comprensión y la ayuda de muchas personas que me han acompañado en esta aventura. A todas ellas quiero expresar mi más sincero agradecimiento.

No puedo empezar sin referirme a las tres personas que me brindaron la posibilidad de introducirme en el campo de la investigación transmitiéndome la motivación, los conocimientos y los recursos necesarios para culminar este trabajo. A Javier Fernández-Montalvo, director de la tesis y alma mater del equipo. Por la confianza depositada en mí, por la planificación y el seguimiento de este trabajo, por su *riguroso marcaje*, por su rápida respuesta y por su transmisión de conocimiento y motivación. A José Javier López-Goñi, Jope, director también de este trabajo. Por su rigor y buen hacer, por su continua disponibilidad y accesibilidad, por su sabiduría y por su sencillez y cercanía. Por último, a Alfonso Arteaga Olleta, mi asesor y mentor, en el plano académico, profesional y personal. No es fácil resumir en unas líneas el inmenso agradecimiento que siento hacia su persona por haberse cruzado en mi camino. Nada de esto habría sido posible sin él.

Mi más profundo agradecimiento a la gran familia de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. A ella debo gran parte de mi formación y experiencia, tras 8 años de actividad laboral. A Alfonso Arana, director de la Fundación, por haber facilitado y apoyado en todo momento la realización de este trabajo. También, un caluroso agradecimiento al programa Hirusta, muy especialmente a Corina, por su labor desinteresada y por su apuesta por este proyecto. Y por supuesto, mi más sincero reconocimiento al equipo de Suspertu quienes han sido testigos, día a día, del nacimiento y desarrollo de este proyecto, sobre todo a Garikoitz, compañero de alegrías y penurias en este sorprendente mundo de la investigación.

De modo muy especial, a los auténticos protagonistas de esta investigación. A los padres y madres que han acudido a los programas Suspertu e Hirusta en busca de ayuda y han dado el consentimiento para participar en este estudio. A todos ellos quiero agradecerles su paciencia y colaboración con este trabajo, pero sobre todo valorar su

calidad humana que me permite seguir creciendo día a día a nivel profesional y personal. Muchísimas gracias a todos ellos y mis mejores deseos en este gran reto de la parentalidad.

Por último, las personas más importantes en mi vida, mi familia. Mi familia de origen, gracias a la cual he llegado a ser quién soy por los valores transmitidos y el apoyo incondicional recibido. En especial a mi abuelo, Fermín Jiménez de Bentrosa, por el legado dejado, la importancia de la educación y la cultura como promotores de libertad e igualdad. Mi familia elegida, mis amigas desde mi más tierna infancia, Eva, Ronces, Arantza y Esther, por estar siempre ahí, incluso en la distancia. Y, fundamentalmente, a la familia que he formado, las personas que más quiero y que más se alegran de que este momento haya llegado, Gorka, Jon y Amaiur. Sin su apoyo, comprensión, confianza y amor esta labor no habría sido posible, por ello debo reconocer su esfuerzo y su sacrificio.

Muchas gracias a todos ellos y ellas

Mila esker bihotz-bihotzez







1.3.4.1. Características del programa y sus componentes.....	68
1.3.4.2. Captación y retención de familias.....	71
<b>1.4. La evaluación y la calidad de los programas de prevención.....</b>	<b>74</b>
1.4.1. ¿Qué es la evaluación de programas?.....	74
1.4.1.1. La evaluación de proceso.....	77
1.4.1.2. La evaluación de resultados.....	78
1.4.1.3. La evaluación de impacto.....	78
1.4.1.4. El diseño de la evaluación.....	80
1.4.2. Estándares de calidad en los programas de prevención.....	83
1.4.3. Criterios de evaluación de los programas de prevención.....	88
1.4.3.1. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas.....	89
1.4.3.2. Exchange on drug Demand Reduction Action.....	92
1.4.3.3. La Administración de Salud Mental y Abuso de sustancias.....	95
1.4.3.4. The Social Research Unit at Dartington.....	97
1.4.3.5. Sociedad científica Española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías.....	100
<b>1.5. Programas de prevención familiar implementados hasta la fecha.....</b>	<b>103</b>
1.5.1. Programas de prevención familiar evaluados en el ámbito internacional.....	104
1.5.2. Programas de prevención familiar evaluados en el ámbito nacional.....	121
1.5.2.1. Programa de competencia familiar.....	122
1.5.2.2. Programa Entre todos.....	125
1.5.2.3. Programa Conecta con tus hijos: cómo prevenir el consumo de drogas y otras conductas de riesgo.....	127
1.5.2.4. Programa Aprender a comunicar.....	130
1.5.2.5. Programa PROTEGO.....	132
1.5.2.6. Programa MONEO.....	133
1.5.2.7. Programa LÍMITS.....	135
1.5.2.8. Programa SUSPERTU.....	137
<b>2. La prevención en la familia de las conductas de riesgo en la adolescencia.....</b>	<b>139</b>
<b>2.1. Introducción.....</b>	<b>139</b>
<b>2.2. La importancia de la familia en la prevención de conductas de riesgo.....</b>	<b>142</b>
2.2.1. Introducción.....	142
2.2.2. Perspectiva histórica: cambios en la familia en España.....	143
2.2.3. Tipos de familias.....	146
2.2.3.1. En base a las relaciones internas y valores finalistas.....	146
2.2.3.2. Según la estructura familiar.....	151
2.2.3.3. Según la cohesión y el vínculo afectivo.....	152
2.2.3.4. Según la organización y el reparto de las funciones.....	154
2.2.4. Funciones de la familia.....	154
<b>2.3. La Parentalidad positiva.....</b>	<b>157</b>
2.3.1. Las finalidades de la parentalidad positiva.....	160
2.3.2. Los componentes de la parentalidad social.....	168
<b>2.4. Factores de riesgo y factores de protección en la familia.....</b>	<b>169</b>

2.4.1.	Introducción.....	169
2.4.2.	Estilos educativos parentales.....	180
2.4.3.	Estilos de comunicación familiares.....	189
2.4.4.	Estrés parental.....	199
2.4.5.	Ajuste psicológico parental.....	205
<b>3.</b>	<b>El Programa de prevención indicada de la Fundación Proyecto Hombre Navarra:</b>	
	<b>Programa Suspertu.....</b>	<b>211</b>
	<b>3.1. Introducción.....</b>	<b>211</b>
	<b>3.2. Origen del programa Suspertu.....</b>	<b>214</b>
	<b>3.3. Bases teóricas.....</b>	<b>216</b>
3.3.1.	Aprendizaje social de Bandura.....	216
3.3.2.	Factores de riesgo y factores de protección.....	217
3.3.3.	Modelo biopsicosocial.....	220
3.3.4.	Análisis funcional de la conducta problema de Kantor.....	223
3.3.5.	Modelo de competencia de Costa.....	227
	<b>3.4. Población destinataria.....</b>	<b>228</b>
	<b>3.5. Objetivos del programa.....</b>	<b>229</b>
3.5.1.	Objetivos con los adolescentes.....	229
3.5.2.	Objetivos con las familias.....	231
	<b>3.6. Metodología del programa.....</b>	<b>231</b>
3.6.1.	Metodología con los adolescentes.....	232
3.6.2.	Metodología con las familias.....	233
	<b>3.7. Suspertu en datos.....</b>	<b>238</b>
3.7.1.	Datos referidos a los adolescentes atendidos en el programa.....	238
3.7.1.1.	Entradas y salidas de los adolescentes.....	238
3.7.1.2.	Perfil de los adolescentes atendidos.....	240
3.7.2.	Datos referidos a las familias atendidas en el programa.....	244
3.7.2.1.	Entradas y salidas de las familias.....	244
3.7.2.2.	Perfil de las familias atendidas.....	246
	<b>3.8. Evaluación del programa.....</b>	<b>249</b>
	<b>PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>251</b>
<b>1.</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>253</b>
<b>2.</b>	<b>Objetivos e hipótesis.....</b>	<b>255</b>
<b>2.1.</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>255</b>
<b>2.2.</b>	<b>Hipótesis.....</b>	<b>256</b>
<b>3.</b>	<b>Método.....</b>	<b>257</b>
<b>3.1.</b>	<b>Participantes.....</b>	<b>257</b>
<b>3.2.</b>	<b>Equipo de evaluación e intervención.....</b>	<b>258</b>
<b>3.3.</b>	<b>Diseño experimental.....</b>	<b>258</b>
<b>3.4.</b>	<b>Instrumentos de evaluación.....</b>	<b>259</b>
3.4.1.	Variables sociodemográficas.....	259
3.4.2.	Variables educativas.....	259
3.4.3.	Variables psicopatológicas.....	260
3.4.4.	Variables relacionadas con el grado de adaptación.....	261
<b>3.5.</b>	<b>Procedimiento.....</b>	<b>262</b>
<b>3.6.</b>	<b>Análisis de datos.....</b>	<b>262</b>

<b>4. Resultados</b> .....	264
<b>4.1. Descripción de los progenitores atendidos en los dos programas de prevención indicada</b> .....	265
4.1.1. Perfil de los progenitores atendidos.....	265
4.1.2. Relaciones entre las variables estudiadas.....	268
4.1.3. Comparación de las variables en función del sexo.....	271
4.1.4. Correlaciones de las variables en función del sexo.....	274
4.1.4.1. En el grupo de padres.....	274
4.1.4.2. En el grupo de madres.....	276
4.1.5. Comparación de las variables en función del grupo.....	279
4.1.6. Correlaciones entre las variables en función del grupo.....	282
<b>4.2. Evaluación de la intervención parental de dos programas de prevención indicada estudiados: Suspertu e Hirusta</b> .....	287
4.2.1. Evaluación de la intervención parental del programa Suspertu.....	288
4.2.2. Evaluación de la intervención parental del programa Hirusta.....	291
4.2.3. Comparación de los resultados de los dos programas estudiados.....	294
4.2.4. Variables predictoras de éxito de la intervención de los dos programas.....	314
4.2.4.1. Resultados del análisis de regresión lineal múltiple con la totalidad de la muestra.....	314
4.2.4.2. Resultados del análisis de regresión lineal múltiple en el programa Suspertu.....	316
4.2.4.3. Resultados del análisis de regresión lineal múltiple en el programa Hirusta.....	317
<b>5. Conclusiones</b> .....	321
<b>6. Discusión</b> .....	331
<b>6.1. Descripción del perfil de los progenitores de dos programas de prevención indicada</b> .....	331
<b>6.2. Resultados de la intervención familiar en los programas de prevención indicada</b> .....	343
<b>6.3. Limitaciones, fortalezas y líneas futuras de estudio</b> .....	352
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	355
<b>ANEXOS</b> .....	401

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cambios en la pubertad según el sexo.....	24
Tabla 2. Diferencias conceptualización clásica y actual de los tipos de prevención.....	31
Tabla 3. Ventajas y desventajas de los programas de prevención selectiva.....	33
Tabla 4. Ventajas y desventajas de los programas de prevención indicada.....	36
Tabla 5. Principios de la prevención.....	38
Tabla 6. Teorías explicativas del consumo de drogas.....	41
Tabla 7. Indicadores de riesgo familiar.....	63
Tabla 8. Áreas de intervención familiar.....	64
Tabla 9. Preguntas a realizar en las distintas etapas de la evaluación.....	79
Tabla 10. Estándares de calidad.....	85
Tabla 11. Criterios básicos de los programas de prevención según COPOLAD.....	90
Tabla 12. Criterios avanzados de los programas de prevención según COPOLAD.....	93
Tabla 13. Criterios de calidad Nivel 2 y 3 de EDDRA.....	94
Tabla 14. Criterios de calidad utilizados por Socidrogalcohol.....	101
Tabla 15. Programas de prevención familiar altamente eficaces.....	105
Tabla 16. Criterios de calidad utilizados por Socidrogalcohol.....	122
Tabla 17. Valoración de la familia en los últimos años.....	139
Tabla 18. Tipología de familias en base a las relaciones internas y valores finalistas.....	146
Tabla 19. Factores de riesgo y de protección familiares en relación al consumo de drogas.....	171
Tabla 20. Objetivos de los adolescentes en las diferentes fases.....	230
Tabla 21. Objetivos de las familias en las distintas fases.....	231
Tabla 22. Metodología de trabajo con adolescente.....	232
Tabla 23. Metodología empleada con los familiares.....	234
Tabla 24. Objetivos de la Escuela de padres y madres.....	236
Tabla 25. Distribución sexo progenitores Suspertu.....	247
Tabla 26. Nivel de estudios progenitores Suspertu.....	248
Tabla 27. Situación laboral progenitores Suspertu.....	249
Tabla 28. Evolución del tamaño de la muestra a lo largo del estudio.....	257
Tabla 29. Protocolo de evaluación a las familias.....	261
Tabla 30. Características sociodemográficas muestra total.....	266
Tabla 31. Estilos educativos y de comunicación muestra total.....	267
Tabla 32. Síntomas de malestar psicopatológico muestra total.....	267
Tabla 33. Escala de inadaptación muestra total.....	268
Tabla 34. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos muestra total.....	269
Tabla 35. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos muestra total.....	269
Tabla 36. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana muestra total.....	270
Tabla 37. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana muestra total.....	270
Tabla 38. Variables sociodemográficas en función del sexo.....	271
Tabla 39. Estilos educativos y de comunicación en función del sexo.....	272
Tabla 40. Síntomas de malestar psicopatológico en función del sexo.....	273
Tabla 41. Desajuste en la vida cotidiana en función del sexo.....	273
Tabla 42. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de padres.....	274

Tabla 43. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de padres.....	275
Tabla 44. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de padres.....	276
Tabla 45. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de padres.....	276
Tabla 46. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de madres.....	277
Tabla 47. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de madres.....	278
Tabla 48. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de madres.....	278
Tabla 49. Correlación entre los estilos de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de madres.....	279
Tabla 50. Variables sociodemográficas en función del grupo.....	280
Tabla 51. Estilo educativo y de comunicación en función del grupo.....	281
Tabla 52. Síntomas de malestar psicopatológico en función del grupo.....	281
Tabla 53. Desajuste en la vida cotidiana en función del grupo.....	282
Tabla 54. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Hirusta.....	283
Tabla 55. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Suspertu.....	284
Tabla 56. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Hirusta.....	284
Tabla 57. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Suspertu.....	285
Tabla 58. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en Hirusta.....	286
Tabla 59. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en Suspertu.....	286
Tabla 60. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en Hirusta.....	287
Tabla 61. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en Suspertu.....	287
Tabla 62. Estilos educativos en pre-post-seguimiento Suspertu.....	288
Tabla 63. Estilos de comunicación en pre-post-seguimiento Suspertu.....	289
Tabla 64. Estrés parental en pre-post-seguimiento Suspertu.....	289
Tabla 65. Sintomatología psicopatológica en pre-post-seguimiento Suspertu.....	290
Tabla 66. Desajuste en la vida cotidiana en pre-post-seguimiento Suspertu.....	291
Tabla 67. Estilos educativos en pre-post-seguimiento Hirusta.....	292
Tabla 68. Estilos de comunicación en pre-post-seguimiento Hirusta.....	292
Tabla 69. Estrés parental en pre-post-seguimiento Hirusta.....	292
Tabla 70. Sintomatología psicopatológica en pre-post-seguimiento Hirusta.....	293
Tabla 71. Desajuste en la vida cotidiana en pre-post-seguimiento Hirusta.....	294
Tabla 72. Estilos educativos en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta.....	294
Tabla 73. Estilos de comunicación en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta.....	297
Tabla 74. Estrés parental en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta.....	300
Tabla 75. Sintomatología psicopatológica en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta.....	304
Tabla 76. Desajuste en la vida cotidiana en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta.....	310
Tabla 77. Variables predictoras de éxito en la totalidad de la muestra.....	315
Tabla 78. Variables predictoras de éxito en el programa Suspertu.....	317
Tabla 79. Variables predictoras de éxito en el programa Hirusta.....	320
Tabla 80. Contraste de las hipótesis correspondientes al primer objetivo.....	321

Tabla 81. Contraste de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo.....	324
Tabla 82. Contraste de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo.....	326
Tabla 83. Contraste de la hipótesis correspondiente al cuarto objetivo.....	328

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Circunflejo de Olson.....	152
Figura 2. Organigrama actual de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.....	211
Figura 3. Factores de riesgo y de protección.....	218
Figura 4. Elementos relacionados con el consumo de drogas.....	221
Figura 5. Análisis funcional de la conducta de consumo de drogas.....	226
Figura 6. Adolescentes atendidos en el periodo 2005-2016.....	238
Figura 7. Porcentaje de nuevos contactos que ingresan en el periodo 2005-2016.....	239
Figura 8. Porcentaje de altas terapéuticas en el periodo 2005-2016.....	239
Figura 9. Porcentaje de altas voluntarias en el periodo 2005-2016.....	240
Figura 10. Edad media adolescentes atendidos en el programa.....	241
Figura 11. Porcentaje distribución sexo.....	241
Figura 12. Motivo de ingreso en el programa.....	242
Figura 13. Núcleo de convivencia de los adolescentes que acuden al programa.....	243
Figura 14. Distribución de la ocupación de los jóvenes que acuden al programa.....	243
Figura 15. Familias atendidas en el periodo 2005-2016.....	244
Figura 16. Porcentaje de ingresos de familias en el periodo 2005-2016.....	245
Figura 17. Porcentaje de altas terapéuticas de familias en el periodo 2005-2016.....	246
Figura 18. Porcentaje de altas voluntarias de familias en el periodo 2005-2016.....	246
Figura 19. Distribución edad media progenitores Suspertu.....	247
Figura 20. Estado civil progenitores Suspertu.....	248
Figura 21. Evolución estilos educativos Suspertu-Hirusta en pre-post-seguimiento.....	295
Figura 22. Tamaño del efecto en los estilos educativos Suspertu-Hirusta.....	297
Figura 23. Evolución estilos de comunicación Suspertu-Hirusta en pre-post-seguimiento.....	298
Figura 24. Tamaño del efecto en los estilos de comunicación Suspertu-Hirusta.....	300
Figura 25. Evolución estrés parental Suspertu-Hirusta en pre-post-seguimiento.....	302
Figura 26. Tamaño del efecto en el estrés parental Suspertu-Hirusta.....	303
Figura 27. Evoluación psicopatológica Suspertu-Hirusta.....	307
Figura 28. Tamaño del efecto en la sintomatología psicopatológica Suspertu-Hirusta.....	309
Figura 29. Evolución desajuste en la vida cotidiana Suspertu-Hirusta.....	311
Figura 30. Tamaño del efecto del desajuste en la vida cotidiana Suspertu-Hirusta.....	313



## INTRODUCCIÓN

El papel relevante de la familia en la prevención del consumo de drogas en los adolescentes parece innegable. La familia es el primer contexto de socialización y la institución que tiene más influencia en la formación y en el desarrollo de los niños y los jóvenes. Además, la familia puede ejercer cierto nivel de control sobre otros agentes socializadores que aparecen más tarde. Estos niños y jóvenes, a través del aprendizaje y la observación de sus modelos de referencia se preparan para vivir en sociedad. Debido al papel fundamental que ejercen los padres en la educación para la salud de los hijos deben ser tenidos en cuenta en todo planteamiento preventivo (Pinazo y Pons, 2002).

La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres y madres, como determinante del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocida ampliamente por los especialistas (Becoña, 2002; Estévez, Jiménez y Musitu, 2007). La familia es el ambiente social básico del niño y del adolescente, ya que es el lugar donde pasa la mayor parte de su tiempo. El contexto familiar puede ejercer un efecto protector sobre las conductas de riesgo en la adolescencia, pero también puede promover la implicación en las mismas.

Por ello, se considera que la familia juega un papel fundamental en los programas de prevención de conductas de riesgo dirigidos a los adolescentes, bien mediante la reducción del riesgo, bien mediante el incremento de la protección (Velleman, Templeton y Copello, 2005). La familia es capaz de influir positivamente en el desarrollo sano y equilibrado de sus miembros, por lo que apoyar la labor educativa de los progenitores supone una necesidad social para impedir así que el entorno familiar se convierta en una fuente de riesgo y de dificultades en el proceso evolutivo de los hijos.

Las guías y manuales de prevención señalan importantes factores no familiares que tienen gran incidencia en el inicio y el mantenimiento del consumo, como son la existencia de un grupo de amigos consumidores o tolerante hacia el consumo de drogas, el bajo apego escolar, o ciertas características personales de los individuos tales como valores o actitudes favorables al consumo, un marcado déficit en las habilidades

sociales, un deficiente rendimiento escolar, y una baja autoestima, entre otros muchos (Moncada, 1997; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992). Sin embargo, la familia no puede entenderse como un sistema aislado del contexto en el que se desarrolla el adolescente. El sistema familiar puede ser no sólo fuente de factores de riesgo directo, sino también de factores de protección que pueden modificar en gran medida la influencia de otros factores externos a la familia. Tanto el papel directo como indirecto de la familia en la conformación de las variables de riesgo en todos los ámbitos de la vida del adolescente justifican el esfuerzo que se realiza en la investigación y el desarrollo de procedimientos de intervención familiar cada vez más efectivos (Fernández-Hermida et al., 2010).

Las intervenciones familiares realizadas en los programas de prevención están dirigidas a mejorar las interacciones familiares, a través del apoyo y el empoderamiento de los padres para que adopten estilos educativos que refuercen la relación entre los miembros de la familia, reduciendo el conflicto y aumentando el apego y la vinculación familiar del adolescente (NIDA, 2004). Además, este tipo de intervenciones persiguen el objetivo de incrementar el conocimiento que los padres tienen de las características propias de la etapa evolutiva en la que se encuentran los hijos con el fin de que se conviertan en un entorno estimulante y seguro para ellos, así como propiciar relaciones positivas entre los miembros de la familia y mejorar sus habilidades comunicativas y disciplinarias. Finalmente, estos programas enseñan a los padres a promover las habilidades y conductas de los hijos de carácter prosocial o académico, generalmente incompatibles con los hábitos nocivos que se pretenden reducir. Con estos objetivos se han generado una variedad de enfoques de intervención familiar que se adecúan a distintas poblaciones, dependiendo del momento, el nivel de riesgo, o el tipo de problemas detectados (Kumpfer y Johnson, 2007).

Existe un consenso generalizado acerca de considerar a la familia como un agente preventivo primordial. Su influencia en la adquisición de hábitos de salud la convierte en objeto preferente de las intervenciones preventivas y de los programas de prevención familiar que han demostrado cierto grado de efectividad en la reducción de los factores de riesgo que llevan a los jóvenes a implicarse en diferentes conductas de riesgo (Bühler y Kröger, 2008; Secades, Fernández-Hermida, García y Al-Halabi,

2011). Sin embargo, en nuestro país no se ha asentado todavía una práctica bien aplicada y sistemática en el ámbito de la prevención familiar.

La baja implantación de los programas de prevención en España choca con las conclusiones que se pueden obtener de la lectura de las revisiones y estudios sobre la importancia de la prevención familiar. Entre estas conclusiones se encuentra el papel relevante que tiene la familia en la prevención de conductas de riesgo en los adolescentes, así como la efectividad de los programas de intervención familiar (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003; Secades, Fernández-Hermida, Vallejo y Martín, 2005).

Los programas de prevención son instrumentos dinámicos sometidos a una monitorización y evaluación que posibilita un proceso de mejora continua y su adaptación a los cambios sociales (Lloret, Espada, Cabrera y Burkhart, 2013). Los resultados de las investigaciones sobre la eficacia y la eficiencia de los programas de prevención son la principal fuente de información para la mejora de los mismos.

Burkhart (2013) alerta sobre el desequilibrio que existe entre lo que se sabe sobre métodos eficaces y lo que se hace en la realidad práctica de la prevención en Europa. Por regla general, muchas de las intervenciones se resumen en proporcionar información sobre los riesgos de las drogas a los jóvenes o a los padres y en persuadirlos a modificar comportamientos y actuaciones, que son muy poco influenciados por procesos cognitivos.

Desde la perspectiva del consumo de sustancias, el Plan Nacional sobre Drogas (2008) incide en el potencial que supone la intervención familiar y señala que:

*"De acuerdo con ello, deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo" (p. 62).*

El principal beneficio de la intervención familiar en la prevención de conductas de riesgo es mejorar la capacidad de los padres y madres para educar a sus hijos. Ello tiene efectos protectores en su socialización y en mejorar conductas que reducen la aparición de diferentes problemas como pueden ser, además del consumo de drogas, el fracaso escolar, los embarazos no deseados, las conductas delictivas o los trastornos de conducta infantil. En términos operativos, las metas a alcanzar en la intervención familiar con padres son: a) adquirir información sobre las conductas problemáticas, y b) adquirir y/o mejorar habilidades necesarias para prevenir la aparición del problema (Ary, Duncan, Biglan, Metzler, Noell y Smolkowski, 1998).

Además de los objetivos anteriores, la experiencia en la intervención diaria con familias apunta a que los padres, cuando acuden a un recurso de prevención indicada, lo hacen teniendo muy afectadas distintas áreas de su vida cotidiana. Por ejemplo, unas personas presentan un nivel elevado de estrés que les afecta en su día a día; otras personas se muestran confusas en cuanto a las normas a seguir en la convivencia diaria con su familia; las hay que se muestran rígidas e intransigentes o, por el contrario, permisivas e indulgentes con sus hijos. La experiencia de los profesionales que trabajan en prevención indica que conforme los padres reciben pautas de comportamiento claras, mejora su situación personal y se favorece la disponibilidad al cambio.

Por ello, con este trabajo de investigación se pretenden evaluar los resultados de la intervención familiar de un programa de prevención indicada: el programa Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Para ello se ha contado también con la colaboración de un programa de similares características: el programa Hirusta de la Fundación Gizakia de Bizkaia. De este modo, aunque de forma no controlada, se han podido valorar los resultados obtenidos en el programa Suspertu en comparación con otro programa similar. Este estudio supone un reto en cuanto que persigue seguir abriendo camino en la evaluación de los programas de prevención y poder ofrecer programas eficaces y efectivos basados en evaluaciones sistemáticas y basadas en la evidencia. En concreto, este estudio consta de dos partes: el marco teórico y el estudio empírico. En el marco teórico, a lo largo de tres capítulos, se presentan algunos aspectos clave de la adolescencia y del ejercicio de la parentalidad en esta etapa concreta, así como una revisión de los estudios y programas de prevención familiar que se han centrado en la evaluación de la eficacia.

El primer capítulo se centra en la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia, explicando los diferentes modelos teóricos sobre los que se sustentan actualmente los programas de prevención familiar. El capítulo continúa con la evaluación de programas en general, realizando una descripción detallada de los estándares y criterios de calidad que actualmente se están teniendo en cuenta por los principales organismos competentes en la materia. Para finalizar el capítulo se realiza una descripción exhaustiva de los diferentes programas de prevención familiar que han demostrado de alguna manera la eficacia de su intervención, tanto a nivel nacional como internacional.

El segundo capítulo se centra en resaltar la importancia de la familia como principal agente preventivo en las conductas de riesgo de los adolescentes. Para ello se hace un recorrido por los principales cambios producidos en los últimos años en las familias, las diferentes estructuras familiares existentes en la actualidad y las diversas funciones asignadas a las mismas. A continuación, se abordan los componentes de la parentalidad positiva así como sus finalidades, para dar paso a los principales factores de riesgo y factores de protección en el ámbito familiar que pueden influir en que los adolescentes se impliquen en conductas de riesgo.

El contenido del tercer capítulo se centra en describir detalladamente el programa Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, objeto principal de evaluación en esta tesis doctoral. Para ello, se hace un recorrido comenzando por los orígenes del programa, las bases teóricas en las que se sustenta, la población a la que se dirige la intervención, los objetivos del programa y la metodología empleada para llevarlos a cabo.

La parte empírica del trabajo recoge los resultados de una investigación empírica realizada entre los años 2012 y 2016 que evalúa los resultados obtenidos tras la intervención familiar realizada en dos programas de prevención indicada dirigido a adolescentes con conductas de riesgo. Los principales objetivos de la misma consisten, en primer lugar, en determinar el perfil sociodemográfico de los progenitores de los adolescentes que acuden a dos programas de prevención indicada, así como evaluar variables educativas (estilos educativos y estilos de comunicación) y emocionales

(sintomatología psicopatológica, estrés parental e inadaptación). En segundo lugar, se pretende evaluar los resultados de ambos programas de prevención indicada, concretamente la intervención realizada con los progenitores de los adolescentes. Para ello, se evalúan las variables mencionadas en tres momentos de la intervención: al inicio del programa, a su terminación y a los seis meses de la finalización del mismo. Por último, este estudio pretende determinar las variables predictoras de éxito de la intervención, así como las posibles áreas de mejora de la misma.

Para ello, se ha contado con una muestra de 373 progenitores que acudieron a dos programas de prevención indicada en busca de ayuda para sus hijos adolescentes que presentaban en ese momento alguna conducta de riesgo. La intervención con los progenitores tuvo lugar en el programa Suspertu perteneciente a la Fundación Proyecto Hombre Navarra y en el programa Hirusta de Proyecto Hombre de Bizkaia. Todos los sujetos estudiados tenían en común ser progenitores de un adolescente con alguna conducta de riesgo, y haber iniciado la intervención en alguno de los dos programas mencionados.

Con respecto a los instrumentos de evaluación, se han seleccionado cuestionarios que han sido administrados mediante entrevistas individuales por profesionales de ambos programas cualificados y con una larga trayectoria profesional en el ámbito de la prevención de las conductas de riesgo. Dichos instrumentos evalúan áreas significativas que tienen una relación directa con las competencias parentales. En concreto, se han estudiado variables sociodemográficas, variables educativas (estilo educativo y estilo de comunicación parental), variables psicopatológicas (síntomas psicopatológicos, grado de afectación del problema en las distintas áreas de su vida y nivel de estrés parental).

Este estudio constituye la primera evaluación de resultados del programa Suspertu y también la primera evaluación de resultados de un programa de prevención indicada de estas características en el ámbito nacional.

# I. PARTE TEÓRICA



## **1. LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA**

### **1.1.Prevenir en la adolescencia**

#### 1.1.1. Características de la adolescencia

El término “adolescencia” se acuña en el siglo XV. Sin embargo, no es objeto de estudio científico hasta principios del siglo XX (Hall, 1904). La percepción de esta etapa a lo largo de la historia en el imaginario colectivo ha tendido a ser negativa. Desde diferentes disciplinas (psicología, literatura, cine, arte, etc.) se ha reforzado esta visión de la adolescencia, describiéndola o representándola como una etapa tormentosa, conflictiva, con desequilibrios y desajustes emocionales y presentando a los adolescentes como seres ambivalentes, rebeldes, problemáticos, atormentados y enigmáticos. En la actualidad, esta opinión se mantiene en gran medida en nuestro país, siendo especialmente negativa entre el profesorado de Secundaria, hecho especialmente preocupante ya que son ellos los encargados de la educación de los adolescentes (Casco y Oliva, 2005).

A pesar de esta visión, la bibliografía científica contemporánea presenta la adolescencia como una etapa de transición en el desarrollo (Kimmel, Weiner y Ezpeleta, 1998), con una serie de dificultades que los adolescentes tendrán que resolver, no diferentes a otras etapas de la vida. Como evidencian diferentes estudios (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008; Palacios y Oliva, 1999) la mayoría de los adolescentes son capaces de afrontar estas dificultades sin graves conflictos, saliendo incluso reforzados de estas experiencias.

Existe un consenso amplio en definir la adolescencia como una etapa de importantes cambios físicos, cognitivos y sociales decisivos en la construcción de su personalidad y en la definición de su identidad personal y social (Almagiá, Fajardo, Muñoz, González y Vera, 2014; Steinberg, 2002). Por esto, es importante tener en cuenta todos estos aspectos a la hora de realizar una adecuada prevención de conductas de riesgo.

Tradicionalmente se ha considerado la adolescencia como la etapa que transcurre desde el fin de la niñez y el inicio de la pubertad (13 años) hasta los 17-18 años. Sin embargo, los cambios acontecidos en las últimas décadas han cuestionado estos límites. El denominado estado de bienestar ha provocado un adelanto en la edad de maduración, pero también un retraso en la edad de emancipación, sobre todo en el caso de España. Ello ha provocado un retraso en la madurez necesaria para tomar decisiones autónomas, hacerse responsable sobre uno mismo o ser económicamente independiente. Por estas razones, algunos autores (Arnett, 2000; Luyckx, Goossens y Soenens, 2006) amplían esta etapa a un rango de edad que va de los 10 a los 22 años. Así, el inicio de la adolescencia está marcado por los cambios puberales y el final de la misma está influido por aspectos sociales que son cambiantes.

Como se ha comentado anteriormente, la adolescencia se inicia con los cambios biológicos de la pubertad. Uno de los principales cambios al inicio de esta etapa es el aumento rápido de estatura. Este crecimiento es diferente según el sexo del joven. En las chicas el estirón se produce antes de terminar todo el proceso de maduración sexual y antes de la menarquía. Los chicos lo realizan al final del periodo de madurez sexual. Los cambios se producen en diferente orden en cada uno de ellos. En la Tabla 1 se presentan los diferentes procesos de maduración sexual (Alsaker y Flamer, 2006).

**Tabla 1. Cambios en la pubertad según el sexo (Alsaker y Flamer, 2006)**

CHICOS	CHICAS
Crecimiento de testículos, escrotos y aparición de vello púbico	Pronunciación de pechos y aparición de vello púbico
Crecimiento del pene, primeros vellos faciales e incremento de musculatura	Aumento de grasa corporal: apariencia adulta
Primera eyaculación espontánea o por masturbación	Modificación de órganos sexuales y finalización de estirón
Estirón, vello en axilas y voz grave	Menarquía (12,5 años de media)

No es objetivo de este estudio profundizar en este tema, pero sí es oportuno hacer referencia a dos aspectos importantes: la tendencia secular del crecimiento y el *timing* puberal (Sánchez-Queija y Herranz, 2010). La tendencia secular del crecimiento

está relacionada con el adelanto en la edad de maduración sexual y viene generada por las mejoras producidas en la alimentación, en la salud y en los hábitos de vida en general. Así, se ha pasado de una edad media de la menarquía en Europa de 16 años en 1860 a los 13 años en 1970. Actualmente se encuentra estancada en los 12,5 años.

Sin embargo, el adelanto en la aparición de la menarquía no trae consigo sólo cambios físicos, sino también lleva aparejado un cambio en los intereses y comportamientos de las chicas. Chicas que, en algunas ocasiones, serán tratadas por sus adultos de referencia con una exigencia similar a las chicas con mayor maduración psicológica, sin tener presente que no han terminado de hacer frente a los cambios evolutivos de la niñez, ni disponen de las habilidades necesarias para hacer frente a las nuevas situaciones y a las problemáticas que van a surgir debido a su apariencia externa.

El *timing* puberal se refiere al momento relativo de maduración en el que un chico o chica adolescente se encuentra respecto a sus compañeros. Aquí también se encuentran diferencias de género. En el caso de los chicos, el adelanto en la maduración sexual de alguno de ellos se produce a la vez que la mayoría de las chicas de su edad desarrollan en el momento evolutivo que les corresponde. Este adelanto en la maduración sexual de los chicos tiene consecuencias positivas, ya que se perciben más atractivos frente a sus iguales. El problema surge cuando se atrasa la maduración, con una apariencia externa de niño cuando sus iguales ya tienen aspecto de adultos. Estos chicos pueden tener problemas en el centro escolar, de tipo internalizante (ansiedad y depresión) o de consumo de tabaco y alcohol (Oliva y Parra, 2004).

En el caso de las chicas ocurre el efecto contrario. Las chicas que inician antes los cambios físicos son las primeras en el grupo de iguales, tanto respecto a la maduración sexual de los chicos como respecto a la maduración sexual de las chicas. La maduración temprana en las chicas no tiene consecuencias positivas, al contrario, correlaciona con ánimo depresivo y pobres estrategias de afrontamiento. En casos más extremos pueden incluir depresión, consumo de sustancias, desórdenes de conducta y problemas de alimentación (Archivald, Graber y Brooks-Gunn, 2003).

Así, el momento de desarrollo puberal puede ser un factor relacionado con determinadas conductas de riesgo, a pesar de que la adolescencia se considera, en sí misma, un factor de riesgo de consumo problemático de drogas y de inicio en determinadas conductas de riesgo, por las características propias de esta etapa de la vida. En este sentido, se considera que el período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas abarca desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia (Botvin, 1996).

La adolescencia conlleva numerosos cambios que afectan a todas las facetas de la vida, además de los cambios físicos que condicionan y modifican las relaciones con los iguales, a la vez que repercuten en la imagen que construyen de sí mismos (Delgado, 2008). Aparecen nuevas operaciones lógicas y formas de pensamiento que inciden en la concepción del mundo, de los otros y de uno mismo, tales como la llegada del pensamiento formal, cambios cognitivos que hacen del adolescente una persona más idealista, egocéntrica e invencible y el desarrollo del autoconcepto y de la autoestima.

#### 1.1.1.1. Desarrollo del pensamiento: la llegada del pensamiento formal

Con la adolescencia temprana, hacia los 11-12 años, se adquieren, según Piaget (1986) las operaciones formales. Algunos de los cambios que se producen con la llegada de las operaciones formales son:

- *Capacidad de pensar en abstracto.* Los sujetos pueden despegarse de la realidad y pensar de forma abstracta, ya no tienen que razonar acerca de objetos o situaciones concretas. Esto facilita una serie de cambios a la hora de plantearse y resolver problemas.
- *Razonamiento hipotético-deductivo.* Los niños pequeños, durante el período de las operaciones concretas sólo pueden pensar sobre cosas sobre las que tienen una experiencia directa. A partir de la adolescencia se empiezan a concebir alternativas posibles que no se dan de forma concreta en la realidad y se pueden ir poniendo a prueba de manera ordenada para decidir si son verdaderas o falsas. El adolescente empieza a concebir lo que podría ser además de lo que es. Lo real se transforma en una opción más entre las posibles. El pensamiento adolescente ya no parte de lo real y lo concreto sino de lo posible y hasta de lo ideal.
- *Utilización de la combinatoria.* Instrumento lógico que permite combinar todos los elementos y organizarlos. Dispone de forma sistemática de todas las variables para obtener todos los casos posibles. La capacidad de generar todas las combinaciones posibles de elementos implica la capacidad de poder disociar

factores, es decir, de establecer combinaciones precisas que se aíslen unos elementos de otros para determinar cuál es su papel en el resultado final.

- *Utilización de la lógica proposicional.* Es decir verbal y en forma de proposiciones que tienen un valor de verdad determinado por el tipo de combinación. Permite escapar de lo concreto y poder pensar sobre lo posible.

#### 1.1.1.2. Cambios cognitivos y sensaciones adolescentes

En este mismo período se producen ciertos cambios en la forma de pensar relacionados directamente con sensaciones y emociones que surgen en esta etapa del desarrollo:

- *El idealismo.* Se basa en la capacidad para tomar lo real como una posibilidad más entre las concebibles. El adolescente se vuelve idealista porque ya puede concebir cómo podrían ser las cosas o cómo le gustaría que fuesen y puede, además, comparar su visión ideal con la real.
- *El egocentrismo.* El adolescente es egocéntrico porque se considera mucho más esencial y central en la vida social de lo que realmente es. Este egocentrismo, definido como la falta de diferenciación entre lo universal y lo único y la consideración de uno mismo como central en la vida pública, tiene varias consecuencias. En primer lugar, el adolescente tiene la sensación de ser permanentemente observado y juzgado por los demás (audiencia imaginaria). En segundo lugar, se considera un ser excepcional, único e irrepetible y con un destino especial (fábula personal). Por todo esto, se siente incomprendido.
- *La audiencia imaginaria.* El adolescente se siente el centro de atención y cree que existe una audiencia imaginaria ante la cual tiene que actuar. Así, los adolescentes están muy preocupados por lo que los demás piensan y se sienten continuamente observados creyendo que su apariencia es lo que más interesa a los demás.
- *La fábula de la invencibilidad.* Sensación de estar protegido de todo peligro, lo que les lleva a asumir riesgos que pueden tener consecuencias muy negativas para su salud física y emocional. Está muy relacionado con el egocentrismo y la fábula personal.

#### 1.1.1.3. El desarrollo socio-emocional del adolescente

Los cambios físicos, cognitivos y sociales que suponen la transición a la adolescencia derivan en cambios tanto en el autoconcepto como en la autoestima de los chicos y chicas que transitan por esta etapa evolutiva:

- *El autoconcepto* es la construcción y elaboración del conocimiento de uno mismo, por lo que depende en mayor medida de los cambios cognitivos descritos anteriormente. Durante la adolescencia el autoconcepto sufre cambios de estructura y de contenido. A nivel estructural, la capacidad de abstracción permite al adolescente inicial relacionar algunas características vinculadas entre sí. Sin embargo, este primer momento del pensamiento formal, con las primeras abstracciones sobre quién es él, no permite detectar incoherencias entre sus diferentes facetas, lo que por otra parte, evita al adolescente el sufrimiento emocional que supondría detectarlas. En una segunda etapa, las abstracciones elaboradas en la primera fase se relacionan entre sí, así como algunos rasgos que en principio parecen opuestos. En la tercera etapa de formación del autoconcepto durante la adolescencia, el pensamiento formal ya está asentado, lo que permite relacionar abstracciones entre sí y jerarquizarlas, de forma que se puede lograr un autoconcepto no sólo múltiple y diversificado por los diferentes contextos en los que se desarrolla el adolescente, sino también integrado, donde los roles opuestos y los diferentes roles no produzcan sentimiento de incongruencia e insatisfacción (Palacios, 1999). Tras los rápidos cambios puberales, el aspecto físico va a ocupar un lugar central en el contenido del autoconcepto. No es de extrañar, ya que estos cambios físicos se van a convertir en una de las preocupaciones centrales de los adolescentes, llegando a influir de forma importante en la autoestima.
  
- *La autoestima* es el componente valorativo del autoconcepto y uno de los principales predictores de bienestar personal entre adolescentes y adultos. Evolutivamente, la autoestima suele decrecer al inicio de la adolescencia, ya que es el momento en el que chicos y chicas se enfrentan a los mayores cambios: físicos, hormonales, sociales, emocionales y escolares. Posteriormente, según se va aceptando de nuevo el cuerpo, se va adaptando a la nueva posición social y se van abordando las relaciones interpersonales de una forma más madura, la autoestima vuelve a incrementarse. En cuanto a los factores que afectan a la autoestima, los datos aportan que un contexto familiar afectuoso y cohesionado, con un estilo educativo democrático o relación de apego seguro, así como relaciones de comunicación y confianza con el grupo de iguales favorecen la autoestima positiva de chicos y chicas (Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004).
  
- *Relaciones familiares.* La familia es un contexto fundamental en el desarrollo de las personas y esto no cambia en la etapa adolescente. Muy al contrario, es un entorno básico para superar tareas del desarrollo características de la adolescencia, tales como la formación de la identidad, la adquisición de autonomía o el ajuste psicosocial del adolescente (Lila, Van Aken, Musitu y Buelga, 2006). Sin embargo, en la sociedad permanece la idea del adolescente conflictivo que rompe con todas las normas familiares, idea probablemente promovida por la visión psicoanalítica de la adolescencia y, más contemporáneamente, por la visión evolucionista, según las cuales para conseguir la individuación es necesario que el adolescente rompa y se distancie de los vínculos familiares, al tiempo que gira hacia otro tipo de relación más igualitaria que le permite crear nuevos vínculos afectivos (Bloss, 1979). Es importante destacar la idea de continuidad. Aquellas familias que mejor se ajustan a la transición adolescente de los hijos son las que previamente mantenían relaciones más cálidas con ellos. A pesar de que las muestras de

afecto explícito disminuyen y de que al principio de la adolescencia aparezcan algunos conflictos, sólo el 5% de los niños que durante la infancia mantienen relaciones positivas con sus padres se convierten en adolescentes conflictivos (Steinberg, 2001).

- *Relaciones con los iguales.* El grupo de amigos cobra especial importancia durante la adolescencia. Con él se pasa cada vez más tiempo, se experimentan nuevas alternativas y se comparten aquellas cuestiones que los adolescentes consideran inapropiadas o incomprensibles para el mundo adulto. En la adolescencia surge un tipo de amistad con características propias (Buhrmester, 1996):
  - La amistad pasa de estar centrada en el juego a estar centrada en la conversación.
  - Los amigos salen de los umbrales del recreo y de la clase. Ahora surgen iniciativas de conversar sobre las inquietudes, aumentan los contactos por redes sociales y se hacen muchos planes para pasar juntos el tiempo.
  - Los amigos se convierten en un importante foro de autoexploración y de apoyo emocional. Esto requiere aprender a pensar sobre ellos mismos, a autorrevelarse o, lo que es lo mismo, a compartir con el amigo las cosas más íntimas del adolescente y a ser capaces de empatizar para dar apoyo emocional al otro.
  - Al necesitar más de los amigos para satisfacer ciertas necesidades, es frecuente que tengan que trabajar con los conflictos y los desacuerdos. El adolescente debe ser capaz de resolver los conflictos con el amigo de forma que se reduzca la tensión sin perder la intimidad de la relación.

Todas estas características y cambios en la etapa adolescente deben ser tenidas en cuenta a la hora de implementar programas e intervenciones preventivas eficaces dirigidas a adolescentes por todos aquellos agentes de salud que interrelacionan con estos.

### 1.1.2. Concepto de prevención

El concepto de prevención tiene variedad de significados dependiendo de las actitudes, perspectivas y culturas (Burguess, 1997). Por esta razón, se puede emplear el término en campos tan variados como la educación, la sanidad o la conducción en carretera.

Las acciones preventivas en el ámbito del consumo de drogas se dividen en dos grandes grupos (Becoña, 2001): la reducción del consumo o de la demanda y la reducción de la oferta. Por un lado, la reducción de la demanda se basa habitualmente en medidas preventivas implantadas en los centros educativos, las familias, el entorno

laboral y los medios de comunicación. Por otro lado, las intervenciones preventivas dirigidas a la reducción de la oferta están relacionadas con acciones policiales, jurídicas, persecución de narcotraficantes, etc.

Este trabajo se va a centrar en el término prevención entendido como acciones dirigidas a reducir el consumo o la demanda. Es necesario distinguir entre los términos prevención y programa preventivo, que pueden generar cierta confusión. Por prevención de drogodependencias se entiende un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas. Por otro lado, un programa preventivo es un conjunto de actuaciones dirigidas a impedir la aparición o retrasar la aparición del consumo, el uso y el abuso de las distintas drogas. Estos programas pueden ser dirigidos a toda la población sin distinción y/o a grupos concretos (Arbex, 2013).

### 1.1.3. Tipos de prevención

Existen dos terminologías distintas para clasificar los distintos tipos de prevención. En primer lugar, la terminología clásica clasifica la prevención en primaria, secundaria y terciaria. La prevención primaria se anticipa al problema, en este caso, al consumo y por lo tanto, su objetivo se orienta a evitar la aparición del mismo. La prevención secundaria está dirigida a intervenir y tratar lo más rápido posible aquellos consumos que se han iniciado y no han podido evitarse con la prevención primaria. Por último, la prevención terciaria tiene como objeto de actuación el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia del consumo de drogas (Caplan, 1980).

Actualmente se maneja otra clasificación propuesta por Gordon (1987) y aceptada por el National Institute of Drug Abuse (NIDA). La prevención de drogodependencias se clasifica en universal, selectiva e indicada. La prevención universal está dirigida a toda la población e incluye programas preventivos en los centros escolares con el objetivo de fomentar habilidades sociales y clarificar valores. Son intervenciones menos costosas y menos intensas. La prevención selectiva se dirige a aquellos grupos de la población que tienen más riesgo que el resto de ser

consumidores, denominados grupos de riesgo. Por último, el objetivo de la prevención indicada son aquellos adolescentes que ya consumen o tienen problemas de comportamiento y que son grupos de alto riesgo.

Un resumen de estas dos conceptualizaciones de la prevención se presenta en la en la Tabla 2.

**Tabla 2. Diferencias conceptualización clásica y actual de los tipos de prevención**

CONCEPTUALIZACIÓN	
CLÁSICA	ACTUAL
Primaria	Universal
Se interviene antes de que surja el consumo Impide el inicio del consumo	Dirigida a toda la población
Secundaria	Selectiva
Intervenir y tratar el consumo iniciado	Dirigida a aquella población que tiene un riesgo mayor de ser consumidores que el resto de adolescentes: grupos de riesgo
Terciaria	Indicada
Intervención con personas consumidoras para evitar complicaciones y recaídas	Dirigida a grupos de población con problemas de consumo o comportamiento: grupos de alto riesgo

La premisa de partida de la prevención indicada es que solo una minoría de quienes experimentan con drogas desarrollará problemas con el paso del tiempo. A diferencia de lo que ocurre en el ámbito de la prevención universal, dirigida a un amplio abanico de jóvenes de la sociedad, la prevención selectiva se centra en grupos o individuos vulnerables, es decir, subgrupos de la población que se consideran expuestos a un conjunto mayor de factores de riesgo asociados al abuso de drogas (biológicos, psicológicos, sociales o ambientales) que el resto de los menores y jóvenes. Es un tipo de intervención sustentada en los conocimientos existentes sobre los factores de riesgo, los grupos vulnerables y los entornos desfavorecidos, para ofrecer respuestas en donde el riesgo de tener problemas relacionados con las drogas es mayor (Gordon, 1987).

Otra distinción relevante es la que diferencia entre prevención específica e inespecífica (Calafat, 1995). La prevención específica está integrada por actuaciones que de forma “*clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas*”. La prevención inespecífica está dirigida a alterar los consumos indirectamente a través de programas o actuaciones no relacionados con el uso de drogas.

A continuación se desarrollan algunas de las características más importantes de los programas de prevención selectiva e indicada, debido a la especial relevancia que tienen para el objeto de esta investigación (Arbex, 2013).

#### 1.1.3.1. Programas de prevención selectiva

Algunas de las características de los programas preventivos selectivos son las siguientes:

- Están diseñados para prevenir el inicio del uso de drogas o retrasar la edad en que se produce el primer consumo entre grupos de población con un mayor número de factores de riesgo. En grupos de riesgo, los programas de prevención deben dirigirse tanto a cambiar el comportamiento en los jóvenes que ya han comenzado a usar sustancias como a disuadir a aquellos que aún no han comenzado.
- Generalmente no se valora el grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo en situación de riesgo, pero se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
- Generalmente, estos programas se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo, y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales. De este modo, para ser efectivos, los programas de prevención selectiva deberían ser más largos y más intensos que los programas universales y deberían incluir actividades directamente focalizadas a reducir los factores de riesgo identificados y a incrementar factores de protección encontrados en el grupo.
- Las actividades están relacionadas con la vida cotidiana de las personas e intentan modificar aspectos concretos de su realidad asociados al uso de drogas.

Los programas de prevención selectiva pueden desarrollarse en diferentes entornos:

- *Entorno familiar.* Resulta fundamental llegar hasta aquellas familias problemáticas con las que resulta difícil contactar a través de los programas universales y necesitan una intervención más intensa. Estos programas emplean estrategias específicas para promover la participación familiar, tales como visitas y actuaciones en el propio domicilio o en lugares a los que acuden los padres, incentivos para la participación, facilitación de servicios de guardería, etc.

- *Entorno escolar.* La prioridad es identificar y apoyar a los menores con necesidades educativas especiales, sean actitudinales, comportamentales y/o de rendimiento académico y, por tanto, con riesgo de ser excluidos del sistema educativo.
- *Entornos de ocio y tiempo libre.* Intervenciones desarrolladas en contextos de ocio donde existe consumo de drogas como discotecas, bares, festivales, etc. Puede tratarse de intervenciones informativas sobre reducción de riesgos entre las que se incluye el análisis de determinadas drogas.
- *Entorno comunitario.* Basados en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre los diversos recursos comunitarios con el objetivo de favorecer la detección precoz de situaciones de riesgo y de consumo de drogas.

A continuación, se exponen las ventajas y desventajas de los programas de prevención selectiva (Tabla 3).

**Tabla 3. Ventajas y desventajas de los programas de prevención selectiva (Arbex, 2013)**

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Los programas de prevención universal pueden requerir más recursos económicos que los de prevención selectiva o indicada, ya que se dirigen al conjunto de la población.	Identificar, reclutar y atraer jóvenes de riesgo puede ser más difícil que proporcionar programas universales para todos los estudiantes.
En los programas de prevención selectiva e indicada, al estar el contenido más adaptado al riesgo específico o a los factores de protección del grupo, se incrementa la eficiencia. Además, es más fácil medir las mejorías de un programa de prevención si los participantes tienen factores de riesgos de entrada más graves.	Los costes por persona participante son mayores y requieren personal con una formación más específica que en los programas de prevención universal.
Generalmente, la efectividad de los programas universales de prevención es más pequeña que la de los programas de selección para participantes de riesgo porque en aquellos menos participantes han mostrado mejoras.	El criterio para designar el estatus de riesgo puede ser muy amplio y algunas veces no muy bien definido; por tanto, se aumenta el potencial riesgo de etiquetas y estereotipos negativos de los niños a una edad temprana como un “potencial delincuente” o “adultos antisociales futuros” (Sutton et al., 2008).
En evaluaciones llevadas a cabo con programas de prevención universal se han encontrado efectos menos duraderos que en los programas selectivos que trabajan con los jóvenes y familias de riesgo.	Los programas de prevención selectiva pueden pasar por alto o fallar por voluntad propia al reclutar algunas familias y jóvenes en riesgo. No llegan a toda la población que necesita la intervención.

### 1.1.3.2. Programas de prevención indicada

La prevención indicada se dirige a adolescentes de alto riesgo susceptibles de desarrollar un abuso o una dependencia de sustancias en el futuro. Se trata de menores que están realizando un uso de drogas o que cuentan con numerosos factores de riesgo para hacerlo en un futuro y que, aunque no presentan suficientes criterios diagnósticos de dependencia, muestran indicadores que correlacionan altamente con un riesgo personal de abusar de sustancias más adelante en su vida, como pueden ser los trastornos psiquiátricos infantiles o los comportamientos antisociales o disociales (Arbex, 2013).

Las características más significativas de los programas de prevención indicada son (Arbex, 2013):

- El objetivo de la prevención indicada es impedir el desarrollo de la dependencia, disminuir la frecuencia y evitar el consumo problemático y abusivo de sustancias. La necesidad de prevención viene dada por la presencia de numerosos factores de riesgo y de fuertes indicadores para el desarrollo de un posterior trastorno por uso de sustancias.
- El objetivo de la intervención es detener la crisis inmediata y evitar que el problema se reproduzca en el futuro; se trata precisamente de prevenir la progresión a un trastorno por dependencia definido. Un ejemplo de prevención indicada es una intervención para reducir el consumo de cannabis en los usuarios no dependientes de esta droga.
- Se diferencia del tratamiento puesto que no se cumplen los criterios del DSM-V o la CIE-10 para el uso de sustancias y, por tanto, no se necesita recibir tratamiento. El consumo de sustancias no es una condición necesaria para la inclusión en las intervenciones preventivas.
- La intervención se dirige a múltiples conductas de riesgo simultáneamente.
- Las intervenciones preventivas son personalizadas. El sujeto es identificado y valorado a nivel individual, a través de la evaluación en profundidad de un profesional. Se trabajan específicamente los factores de riesgo individuales. Se diferencian de la prevención selectiva por la fuerte correlación y la naturaleza individualizada de los indicadores para el desarrollo de un abuso o dependencia de sustancias.

- Requiere personal especializado que tenga un adecuado entrenamiento, tanto preventivo como clínico, junto con suficiente conocimiento sobre las peculiaridades de los consumos, las características de la adolescencia y/o los problemas mentales a abordar.
- Suelen desarrollarse en entornos de asistencia socio-sanitaria especializados en los problemas planteados y requieren, al igual que los programas selectivos, estrategias de coordinación eficaz entre los diversos recursos comunitarios: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario, etc.

La prevención indicada se ubica en un lugar intermedio entre el tratamiento y la prevención selectiva. Por ello es necesario identificar los puntos en los que estas definiciones se superponen. Los límites entre la prevención indicada y el tratamiento son de especial interés, ya que su ausencia puede crear dificultades, fundamentalmente al tener en cuenta las aportaciones de recursos humanos y materiales necesarios para hacerse cargo de esta población, sobre todo si se considera que el tratamiento en sí con los menores rara vez es definido con claridad (EMCDDA, 2009).

En la prevención indicada los indicadores deben correlacionar con el abuso de sustancias más fuertemente que los indicadores utilizados en la intervención selectiva; por tanto, es necesario evaluar o identificar con la mayor precisión posible a las personas en situación de riesgo.

En la Tabla 4 se detallan las ventajas y desventajas de los programas de prevención indicada.

**Tabla 4. Ventajas y desventajas de los programas de prevención indicada (Arbex, 2013)**

VENTAJAS	DESVENTAJAS
La identificación de las personas con un riesgo mayor favorece una intervención más individualizada ajustada a sus necesidades y más intensa.	El hecho de informar a los adolescentes de que tienen un riesgo elevado de desarrollar un trastorno más tarde en su vida puede en sí mismo aumentar el riesgo de que esto suceda (profecía autocumplida).
	El problema de estigmatizar a los menores y adolescentes a través de un proceso de selección. Quienes son seleccionados para una intervención preventiva pueden estar en riesgo de ser socialmente excluidos de sus iguales, como resultado de ser identificados como pertenecientes a un grupo de riesgo.
	Suelen ser intervenciones más extensas en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivas, lo cual requiere una importante implicación y un mayor esfuerzo de las personas participantes.
	Mayores costes por participante que los universales o los selectivos.

#### 1.1.4. Principios de la prevención

En abril de 2012 se elaboró en España un documento de consenso entre profesionales de la prevención del consumo de drogas que establecía los principios generales de la prevención, resumidos a continuación (Socidrogalcohol, 2012):

1. El consumo de drogas es un fenómeno multicausal. La explicación del consumo en un individuo depende de factores sociales, psicológicos y biológicos.
2. Las políticas y las intervenciones sobre las drogas deben ser equilibradas, integradas y basadas en la evidencia.
3. Los objetivos de la prevención de las drogodependencias son:
  - Reducir la prevalencia de consumo de las diferentes drogas.
  - Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
  - Evitar la transición del consumo experimental de drogas al abuso y dependencia de las mismas.
  - Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
  - Establecer medidas de control que limiten la oferta y promoción del alcohol, tabaco y otras drogas, especialmente cuando van dirigidas a menores de edad.
  - Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas, siempre considerando las limitaciones que tienen los propios individuos en función de la edad, la vulnerabilidad personal u otras circunstancias.

- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
  - Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar estilos de vida saludable.
  - Reducir los costes sociales y sanitarios evitables relacionados con el uso de drogas.
4. Existen factores de riesgo comunes para distintos tipos de problemas. Es un hecho evidente que diversos tipos de problemas (violencia, delincuencia juvenil, fracaso escolar, embarazos no deseados, etc.) tienden a aparecer juntos y comparten similares factores de riesgo y protección. La prevención contra las drogas puede también ser eficaz contra otros problemas. La prevención tiene que disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección puesto que muchas veces son modificables.
  5. Los factores de riesgo mejor documentados son el fácil acceso a las distintas sustancias, las normas sociales tolerantes con su uso o las deficiencias en el funcionamiento familiar. Por otro lado, es importante que las personas tengan la percepción adecuada de la aceptabilidad social y los peligros asociados al consumo de las diversas drogas.
  6. Los problemas relacionados con las drogas afectan a amplias capas de la sociedad, incluyendo a los más jóvenes. Existe, pues, la necesidad de asegurarse de que todas las personas tengan acceso a información exacta sobre las drogas. Pero hay que tener claro también que sólo la información no es suficiente.
  7. Existen entornos más idóneos para realizar la prevención, como la escuela o la familia, por la facilidad de llegar a amplios grupos de población. Tanto si se realiza en estos contextos como en otros, hay que asegurarse de que se utilicen programas preventivos que hayan demostrado su efectividad/eficiencia.
  8. La movilización comunitaria y de la familia son claves para el éxito de las políticas sobre drogas.
  9. En la actualidad, en los países desarrollados, gran parte del consumo tiene que ver con la vida recreativa nocturna. Por tanto, incidir en la forma de diversión en la vida recreativa es fundamental para reducir el consumo de sustancias.
  10. Aunque con frecuencia la prevención se dirige a poblaciones normalizadas, hay diversos colectivos que se hallan en situaciones de especial vulnerabilidad y que merecen una atención especial. De la misma forma hay que tener en cuenta los factores de riesgo implicados según variables como el sexo, la edad, etc. También es cierto que hay individuos que poseen una mayor vulnerabilidad, debido a factores genéticos, relacionadas con el carácter, por socialización o por experiencias tempranas (Sloboda, Glantz y Tarter, 2012).
  11. La prevención es coste-efectiva. Esto se tiene que tener en cuenta, pues aunque la prevención siempre forma parte de las recomendaciones, en la práctica muchas veces es postergada ante otras estrategias como la disminución de la oferta o el tratamiento.

12. Se precisa una formación especializada y técnica para llevar a cabo los programas preventivos. No todo funciona y no vale que cualquiera se pueda asignar que es experto en prevención si no tiene los conocimientos y las habilidades necesarias y una adecuada formación profesional, científica y técnica sobre el tema.

En España se ha producido un gran avance en los últimos años en el ámbito de la prevención, dedicándose mayores recursos y esfuerzos en la implementación de actuaciones para impedir y/o reducir el consumo de sustancias. Para ello, han surgido desde ámbitos profesionales, institucionales o desde la ciudadanía diversas asociaciones cuyo objetivo es impulsar la prevención a todos los niveles. Estos esfuerzos están dirigidos a la conceptualización, la investigación y la implementación de programas de prevención lo más eficaces y eficientes posibles.

El progreso en el diseño y desarrollo de programas preventivos es evidente en los últimos años, gracias a la aplicación de evaluaciones rigurosas con enfoques metodológicos cada vez más precisos, lo cual permite contar con una buena y abundante experiencia. Las estrategias de prevención, basadas en la evidencia científica, que trabajan con las familias, las escuelas y los entornos comunitarios, pueden facilitar que los niños y jóvenes, especialmente los más vulnerables, puedan llegar a madurar de manera equilibrada y segura en la edad adulta (Arbex, 2013).

En este esfuerzo por implementar programas y actuaciones de calidad, desde el NIDA (2004) se plantean los principios de la prevención (Tabla 5).

**Tabla 5. Principios de la prevención (NIDA, 2004)**

<b>Principios generales</b>
PRINCIPIO 1- Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo.
PRINCIPIO 2- Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, tanto de las legales como de las ilegales.
PRINCIPIO 3- Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, seleccionar los factores de riesgo que pueden ser modificados, y fortalecer los factores de protección conocidos.
PRINCIPIO 4- Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos teniendo en cuenta las diferentes características de la población como la edad, el sexo y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.
<b>Programas para la familia</b>
PRINCIPIO 5- Los programas de prevención dirigidos al ámbito familiar tienen como objetivo mejorar la cohesión y las relaciones familiares. Deben incluir habilidades que mejoren las competencias parentales, entrenamiento en el manejo de la comunicación y en

la instauración de normas y límites sobre el consumo de sustancias y, por último, la información y educación sobre drogas.
<b>Programas en la escuela</b>
PRINCIPIO 6- Se pueden diseñar programas preventivos focalizados en la educación preescolar con el objetivo de reducir factores de riesgo para el abuso de drogas futuro como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas.
PRINCIPIO 7- Los programas de prevención dirigidos a la etapa de primaria deben focalizarse en el mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para minimizar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico y el abandono de los estudios. Deben potenciarse habilidades como el autocontrol, la conciencia emocional, la comunicación, la solución de los problemas sociales y el apoyo académico.
PRINCIPIO 8- Los programas de prevención orientados a los estudiantes de la escuela media y secundaria tienen como objetivo aumentar las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, habilidades para resistirse a las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de drogas.
<b>Programas comunitarios</b>
PRINCIPIO 9- Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la educación secundaria, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los jóvenes que tienen alto riesgo. Estas intervenciones no se dirigen a la población en riesgo y por esto reducen la estigmatización y promueven vínculos fuertes entre la escuela y la comunidad.
PRINCIPIO 10- Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual.
PRINCIPIO 11- Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.
<b>Introducción de los programas de prevención</b>
PRINCIPIO 12- Los programas comunitarios deben adaptarse a las necesidades, a las normas comunitarias y/o diferentes requerimientos culturales manteniendo los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación. Una investigación que incluya una estructura, un contenido y una introducción.
PRINCIPIO 13- Los programas de prevención deben planificarse a largo plazo con intervenciones repetidas para fortalecer las metas originales de la prevención. Los resultados de las investigaciones realizadas demuestran que si no se efectúan programas de seguimiento en la educación secundaria disminuyen los beneficios conseguidos con los programas de prevención en educación primaria.
PRINCIPIO 14- Los programas de prevención en los centros educativos deben incluir entrenamiento al profesorado en el manejo positivo de la clase, como el refuerzo positivo por la conducta adecuada de los estudiantes.
PRINCIPIO 15- Los programas de prevención resaltan la eficacia de los mismos cuando emplean técnicas interactivas, como debates entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el uso de drogas y en el refuerzo de habilidades.
PRINCIPIO 16- Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. La investigación reciente muestra que por cada dólar invertido en prevención, se puede obtener un ahorro de hasta 10 dólares en tratamientos para el abuso del alcohol u otras sustancias.

Estos principios dejan constancia de la importancia de intervenir a edades tempranas y en todos los ámbitos y con todos los agentes educativos que rodean al adolescente así como la necesidad de realizar intervenciones basadas en la evidencia.

## **1.2. Modelos teóricos en prevención**

Cualquier intervención preventiva debe estar basada en un modelo teórico que la sustente. Sin embargo, en el campo de las conductas de riesgo no siempre hay una correspondencia entre los programas preventivos y el modelo teórico que subyace a ellos.

Un programa basado en la teoría aporta ventajas tanto para el propio programa como para su evaluación (Donaldson, Graham y Hansen, 1994). Entre dichas ventajas destacan las siguientes:

- Ayuda a identificar las variables pertinentes y cómo, cuándo y quién debe evaluarlas.
- Permite identificar y controlar las fuentes de varianza extraña.
- Alerta al investigador sobre lo potencialmente importante o las interacciones intrusivas.
- Ayuda a distinguir entre la validez de la implementación del programa y la validez de la teoría en la que se basa el programa.
- Dicta el modelo estadístico adecuado para el análisis de datos y la validez de las asunciones requeridas en el modelo.
- Ayuda a desarrollar una base de conocimiento acumulativo sobre cómo funciona el programa y cuándo funciona.

En el ámbito de la prevención se encuentran dos hechos al intentar analizar las teorías que sustentan la misma (Becoña, 2001). Por un lado, existen una gran cantidad de teorías, algunas contrapuestas y otras complementarias que explican el fenómeno. Sin embargo, en ocasiones, a partir de éstas, no se han obtenido programas apropiados de prevención. Por otro lado, se dispone de programas adecuados de prevención que no se han desarrollado a partir de modelos teóricos.

Actualmente existen numerosas teorías explicativas del consumo de drogas. En la Tabla 6 se exponen las teorías obtenidas de la clasificación realizada por Becoña (2001), algunas de las cuales se desarrollan posteriormente.

**Tabla 6. Teorías explicativas del consumo de drogas (Becoña, 2001)**

Teorías parciales o basadas en pocos componentes	Teorías de estadios y evolutivas	Teorías integrativas y comprensivas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teorías y modelos biológicos</li> <li>- Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia</li> <li>- Teorías de aprendizaje</li> <li>- Teorías actitud-conducta</li> <li>- Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales</li> <li>- Modelos basados en la familia y en el enfoque sistémico</li> <li>- Modelo social (Peele, 1985)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo evolutivo (Kandel, 1975)</li> <li>- Modelo de etapas motivacionales multicomponentes (Werch y Diclemente, 1994)</li> <li>- Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes (Kim et al., 1998)</li> <li>- Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas (Labouvie, 1996)</li> <li>- Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz (Newcomb, 1996)</li> <li>- Modelo psicopatológico del desarrollo (Glantz, 1992)</li> <li>- Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas (Chatlos, 1996)</li> <li>- Teoría de la socialización primaria (Oetting et al., 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social (Bandura, 1977, 1986)</li> <li>- Modelo del desarrollo social (Catalano, Hawkins et al., 1996)</li> <li>- Teoría interaccional (Thornberry, 1987, 1996)</li> <li>- Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)</li> <li>- Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor, 1991)</li> <li>- Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan (Calafat et al., 1992)</li> <li>- Teoría de la influencia triádica (Flay y Petraitis, 1995)</li> <li>- Modelo de autocontrol (Santacreu et al., 1991, 1992)</li> </ul>

### 1.2.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes

#### 1.2.1.1. Teorías y modelos biológicos

Una de las explicaciones tradicionales para explicar la causa de un trastorno, físico o mental, es que el mismo es una consecuencia de un déficit biológico, una causa genética o una alteración cerebral.

La evidencia apunta a una neuroanatomía común a todas las drogas adictivas. Los mecanismos neurobiológicos implicados en el proceso adictivo han sido localizados en el encéfalo anterior, que integra la función del sistema límbico con la del sistema motor extrapiramidal. El mesencéfalo y sus conexiones con la región del núcleo

*accumbens* en la parte anterior de la base del encéfalo anterior parecen desempeñar un papel crítico al mediar en los efectos reforzantes agudos de las drogas y en los aspectos motivacionales de la abstinencia (Koob, 1993).

Disciplinas como la neurobiología o técnicas como la neuroimagen cerebral proporcionan un importante caudal de información sobre fenómenos cerebrales asociados a la adicción, aunque carecen de una teoría cerebro-mente sólida en la que integrar sus resultados. El desarrollo del conocimiento neurocientífico ha señalado que durante la instauración del proceso adictivo, el cerebro humano adquiere una neuroadaptación bioquímica y neuronal. Asimismo, es muy probable que el cerebro humano adquiera paralelamente una neuroadaptación funcional, es decir una neuroadaptación en la dinámica integradora de sus funciones cognitivas y ejecutivas o volitivas. Estas funciones tienen que ver con la capacidad de atención, concentración, integración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción consecuentes con dicha información (Lorea, Tirapu, Landa y López-Goñi, 2005).

En el campo de las drogodependencias es innegable el efecto que las distintas drogas producen en el cerebro y en otros órganos. Sin embargo, esta explicación se convierte en reduccionista si la explicación de la dependencia a las drogas se reduce sólo a causas biológicas. Las bases neurobiológicas de la adicción son un elemento importante, pero en sí mismo aporta un abordaje parcial del fenómeno (Becoña, 2001).

#### 1.2.1.2. Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia

Este modelo amplía a las drogodependencias el modelo utilizado en salud pública para las enfermedades infecciosas (Bukoski, 1995). Según este modelo, una enfermedad infecciosa es la consecuencia de la interacción recíproca del huésped, el medio ambiente y el agente. En el caso de las drogas, el huésped es el individuo, el medio ambiente es el medio biológico, social y físico y el agente son las drogas. Este modelo es de escasa utilidad en el campo de las drogodependencias por el gran número de factores que se relacionan con el consumo de las distintas drogas.

Un modelo que se ha derivado del anterior y que ha sido más útil es el modelo de creencias de salud (Becker y Maiman, 1975) que tiene como elementos fundamentales la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios percibidos y las barreras percibidas.

Otro modelo derivado del modelo de salud pública es el modelo de competencia (Costa y López, 1989). La clave de este modelo es intervenir anticipándose a los problemas para evitarlos desarrollando competencias y factores de protección, más que tratar de ayudar a los sujetos a superar los problemas (Costa y López, 1998; Winnet, King y Altman, 1989). El modelo de competencia tiene dos objetivos fundamentales: por un lado, promover la competencia individual y por otro lado, desarrollar comunidades y organizaciones competentes.

#### 1.2.1.3. Teorías de aprendizaje

Explican la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las de los condicionamientos clásico y operante y las del aprendizaje social. La que mejor permite explicar de modo comprensivo la conducta de consumo de drogas, especialmente su inicio, es la del aprendizaje social. Por este motivo se desarrollará en otro apartado.

*Condicionamiento clásico* (Pavlov, 1927). En el campo de las adicciones y de las drogodependencias se ha estudiado el aprendizaje de conductas de consumo de drogas. Se ha estudiado el síndrome de abstinencia y la tolerancia a las drogas. Respecto al síndrome de abstinencia, comenzó a estudiarse con los opiáceos para luego extenderse a la heroína y a otras sustancias. Wikler (1965) observó que aquellos individuos que habían sido adictos a los opiáceos a veces mostraban señales de síndrome de abstinencia condicionada. Esto implicaba que los episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) se habrían emparejado con estímulos ambientales (estímulos condicionados).

Siegel (1981) demostró que la tolerancia conductual depende de la experiencia directa con la droga y, también, de la experiencia con las señales ambientales que están

presentes en el momento de la autoadministración de la sustancia. El desarrollo de la misma es el siguiente: cuando una droga (estímulo incondicionado) se administra, su efecto (respuesta incondicionada) va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración (estímulo condicionado) (Graña, 1994). Este proceso permite explicar por qué una vez que la persona consume va a seguir consumiendo. Sin embargo, hay otras variables que modulan la historia de aprendizaje de la persona.

*Condicionamiento operante* (Skinner, 1953). Permite explicar la conducta, especialmente la de autoadministración de drogas. El condicionamiento operante ha explicado el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias (Martin y Pear, 1999). Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o reforzador. La droga es un potente reforzador, tanto positivo como negativo.

#### 1.2.1.4. Teorías actitud-conducta

En la actualidad es posible predecir en grado importante la conducta desde la actitud y las creencias del sujeto, o desde componentes anteriores o relacionados con la misma como son la norma subjetiva, las intenciones conductuales, etc. (Becoña, 1986). Los dos modelos más importantes en el campo de las drogodependencias son la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada.

*Teoría de la acción razonada* (Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975). El objetivo central de este modelo es la predicción de la conducta desde la actitud o actitudes del sujeto y desde las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual. Parte de la asunción de que las personas son habitualmente racionales y hacen uso de la información que poseen para llevar a cabo su conducta (Ajzen y Fishbein, 1980). En el campo de las drogodependencias se ha estudiado con el consumo de marihuana (Ajzen, Timko y White, 1982), de alcohol (Schlegel, Crawford y Sanborn, 1977) y de tabaco (Becoña, 1986). En ellos, los resultados muestran que la teoría de Fishbein y Ajzen permite predecir, a nivel significativo, desde sus componentes previos las conductas relacionadas con el abuso de sustancias. Muestran

que la conducta se predice desde la intención conductual; ésta desde la actitud y la norma subjetiva; la actitud desde las creencias conductuales y la evaluación de las mismas; y, la norma subjetiva, desde las creencias normativas por la motivación a acomodarse con cada referente.

*Teoría de la conducta planificada* (Ajzen, 1988). Se propuso como una extensión de la anterior. Introduce un nuevo elemento, el del control conductual percibido. A partir del mismo y junto a la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, predicen la intención conductual. Ajzen encuentra que la probabilidad de predecir la conducta a partir de la intención conductual es alta. También asume que las intenciones pueden cambiar con el tiempo, dado que no son estáticas ni rasgos de personalidad. Dentro del control volitivo analiza varios factores que pueden influenciar el grado de control que una persona tiene sobre una conducta dada. Distingue entre factores internos y factores externos. Entre los factores internos considera la información, las habilidades y las capacidades, junto a las emociones y las compulsiones. Dentro de los factores externos incluye la oportunidad y la dependencia de otros. Por tanto, hay tres determinantes independientes de la intención conductual: la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el grado de control conductual percibido.

#### 1.2.1.5. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales

*Modelo de mejora de la estima* (Kaplan, Johnson y Bailey, 1986). Tiene como premisa principal que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para su conducta. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de sus padres y sus profesores, referentes cuyas opiniones consideran importantes, se genera cierto malestar psicológico que deben resolver. Esto se puede resolver con respuestas que pueden tomar varias formas y se engloba en el modelo de mejora de la estima. Las respuestas sociales negativas y las sanciones pueden cambiar la conducta del adolescente hacia la conformidad con las expectativas de los padres u otras figuras de autoridad, aliviando las fuentes de malestar y restaurando la autoestima.

Pero estas acciones no siempre solventan el malestar. Los adolescentes pueden encontrar que cambiar las opiniones negativas de otros no es completamente un acto

volitivo personal. Pueden haber ocurrido acontecimientos que hayan cambiado la imagen que tienen del adolescente, que hace luego difícil cambiar su opinión sobre ellos. El adolescente puede valorar este coste personal que le supone moverse hacia la conformidad, dado que exige perder los refuerzos de su conducta anterior y cambiar su autoimagen, rechazando los valores de sus iguales, tal como se le pide. Por ello, algunos adolescentes deciden continuar con la conducta que no es aceptada por sus padres y profesores. Al tiempo, proporciona un contexto potencial de aprendizaje social para el uso de drogas. A pesar de que este modelo es simple, no se ha visto totalmente confirmado, debido a la poca investigación que existe sobre el mismo (Kaplan et al., 1986).

*Teoría integrativa de la conducta desviada* (Kaplan, 1996): aplicable tanto a conductas delictivas como al abuso de sustancias psicoactivas. Sintetiza teorías o elementos previos de las teorías del *self*, del estrés, del control, de la asociación diferencial, del aprendizaje social y del rotulado. La diferencia de su formulación respecto a otras teorías está en que asume que realizar un acto considerado desviado respecto a una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella que lo considera adaptativo, o de las expectativas del grupo concreto que lo define como adaptativo.

La explicación de Kaplan para que la persona, una vez que ha realizado actos desviados, se mantenga haciendo los mismos, es que se debe tanto al reforzamiento positivo como al debilitamiento de la disuasión de realizar actos desviados que tenía previamente. También a disponer de continuas oportunidades de realizar la conducta desviada. Así, la conducta desviada es reforzada de dos maneras: 1) satisfaciendo importantes necesidades de la persona, lo que aumentará la probabilidad de repetición, y 2) la conducta desviada crea una necesidad que es satisfecha, continuando haciendo o repitiendo el acto desviado, o por la estructuración social que facilita la continuación o repetición del acto desviado. De ahí que cuanto antes lleve a cabo conductas desviadas, y si encuentra apoyo de sus iguales para las mismas, se incrementan las expectativas para adecuarse a las conductas desviadas de ellos para así satisfacer sus necesidades.

#### 1.2.1.6. Modelos basados en la familia y en el enfoque sistémico

Estos modelos ven el consumo de sustancias u otro tipo de problemas como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1998). El concepto central en los modelos de terapia familiar es el de familia como “sistema” (Baker, 1998; Lebow y Gurman, 1998). El término sistema se refiere a que las experiencias y conductas de una persona están relacionadas y dependen de la conducta de los otros miembros de la familia. Entender a la familia como un sistema supone considerar que el todo es más que la suma de sus partes. Cada familia es una unidad psicosocial caracterizada por un tipo de funcionamiento. Los sistemas de familia desarrollan patrones de comunicación y secuencias de conductas con el objetivo de seguir manteniendo un equilibrio entre los miembros de la familia.

Los cuatro aspectos básicos del funcionamiento familiar son: la estructura, la regulación, la información y la capacidad de adaptación (Foster y Gurman, 1988). La *estructura* incluye características relacionadas con el grado de claridad o la difusión de los límites entre los miembros de la familia, el grado en que existe una jerarquía, etc. La *regulación* se refiere al modo en el cual la familia mantiene sus interacciones. La *información* se refiere al modo en que los miembros de la familia se comunican unos con otros. La *capacidad de adaptación* es la capacidad de la familia para cambiar ante los retos que se vayan produciendo en su estabilidad.

Los modelos teóricos de familia han dado un gran paso en el campo de las sustancias de abuso en los últimos 30 años. Este progreso se ha cimentado en el crecimiento de dos aspectos fundamentales: el estudio de los sistemas de familia y la aplicación de nuevas técnicas de familia para el consumo de sustancias de abuso (Kauffman, 1994). Los primeros estudios sobre la familia y el abuso de drogas se centraron en el análisis del vínculo entre la madre y sus hijos con problemas de drogas y la ausencia o falta de participación de los padres.

Stanton y Todd (1982) resumieron las características de un sistema disfuncional en los consumidores de drogas, que los distinguen de otras disfunciones familiares:

- Frecuencia elevada de dependencia química de transmisión multigeneracional.
- Expresión primitiva y directa de los conflictos con alianzas explícitas.
- Una ilusión de independencia en el paciente identificado como consecuencia de una implicación activa con un grupo de iguales orientados al consumo de drogas.
- Un vínculo que se establece entre la madre y el niño, que se prolonga posteriormente en sus relaciones durante la vida.
- Una incidencia elevada de muertes prematuras, inesperadas o inoportunas.
- La adicción como una pseudoindividualización que mantiene a la familia unida mediante una demanda ilusoria de desafío e independencia.

Según dichos autores, la adicción en realidad permite al núcleo familiar seguir manteniendo su funcionamiento (Rodríguez y Sanz, 1987).

Aunque la terapia familiar se aplica a pacientes adictos, y aporta una teoría explicativa sobre el posible inicio de la dependencia, no se ha desarrollado adecuadamente para ser aplicada al campo de la prevención de las drogodependencias (Becoña, 2001).

### 1.2.2. Teorías de estadios y evolutivas

#### 1.2.2.1. Modelo evolutivo de Kandel (1975)

Es un modelo relevante por la aportación que ha hecho al conocimiento de la secuencia progresiva del consumo de drogas. Se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por unas primeras sustancias de iniciación (drogas legales) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en un segundo paso, y posteriormente las demás drogas ilegales en quienes llegan a consumirlas finalmente.

Esta autora partió de la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del control (Kandel y Davies, 1992). Para Kandel hay varias influencias

básicas que se relacionan con el consumo de las drogas ilegales. Los dos grupos principales son la familia y los iguales. Junto a ellos estarían los factores del individuo y otras conductas desviadas.

La premisa básica de partida es que la adquisición de conductas y valores está en su mayor parte determinada por las relaciones sociales que los individuos establecen, siendo imprescindible considerar simultáneamente todos los miembros que están presentes en esta interacción para así poder conocer los procesos de socialización de cada individuo.

Considera que hay dos procesos por los que las personas significativas influyen al individuo: la imitación y el reforzamiento social. En la imitación, el joven observa y retiene las conductas de los otros significativos, tanto de los iguales como de los padres, en función de su modelo de conducta o actitudes. En el reforzamiento social, los adolescentes responden a lo que los padres o iguales definen como conductas y valores apropiados en relación con temas específicos.

Igualmente esta teoría proporciona gran importancia a la relación padre-hijo, partiendo de la noción de compromiso de la teoría del control de la delincuencia. Su relevancia está en que la calidad de la relación padre-hijo tiene un efecto protector en la implicación en conductas desviadas o actividades ilegales, sin tener en cuenta las conductas y valores de los padres.

La escalada al uso regular de marihuana es explicada en este estudio por varios factores. El más importante es la edad de inicio en el consumo de la misma. Le siguen una historia familiar de psicopatología, como trastornos emocionales, consumo excesivo o dependencia del alcohol y bajo rendimiento académico en años anteriores.

Los iguales han sido identificados como uno de los factores más importantes para el consumo de drogas en adolescentes. Sin embargo, Kandel (1996) considera que el papel de los iguales se ha sobreestimado en relación a la importancia de los padres.

Kandel llega a cinco conclusiones sobre la influencia de la familia y de los iguales sobre el adolescente:

- La influencia de la familia y de los iguales varía de unos temas a otros. Los iguales tienen una mayor influencia en la conducta desviada y en las cuestiones inmediatas sobre los estilos de vida, como beber y consumir otras drogas, mientras que los padres son más influyentes en los objetivos a largo plazo, como las aspiraciones educativas.
- Los padres tienen tanto efectos directos como indirectos sobre la conducta desviada de sus hijos. Los efectos directos se producen a través del modelado y de la calidad de la interacción padre-hijo. La influencia indirecta de los padres sobre la conducta desviada de su hijo, sobre los iguales con los que sale, depende de la calidad de las interacciones del padre con el hijo.
- El proceso por el que los padres y los iguales influyen a los adolescentes difiere de unos a otros. Mientras que los padres influyen a sus hijos mediante los modelos de rol y normas apropiadas, los iguales lo hacen también tanto a través del modelado como indirectamente a través de normas de moldeamiento para el uso de drogas.
- Los padres pueden influenciar el tipo de iguales con el que sus hijos se relacionan. Esto explica para Kandel la necesidad de prestar una clara atención a este tema y la autora apunta que existe una sobreestimación de la importancia de los iguales en contra de la importancia de los padres.
- Como síntesis de sus resultados respecto a la marihuana, Kandel concluye que es posible indicar los distintos grupos que tienen cierta influencia en las distintas fases del proceso de implicación con las drogas por parte de los jóvenes. Así, señala que la relación con la familia parece ser especialmente importante en la fase de iniciación con la marihuana. La integración en la escuela parece ser un factor especialmente importante de protección y contención para la escalada al uso regular e intenso de la marihuana. Los jóvenes con buen rendimiento en la escuela tendrían más que perder y aquellos que rinden peor tendrían menos que perder, implicándose más intensamente en el uso de drogas ilícitas.

En función de estos resultados, Kandel propone que debería ser una prioridad mejorar el sistema educativo para conseguir la mejora del rendimiento académico y con ello un efecto beneficioso en la reducción del consumo de marihuana y del posterior abuso de otras drogas.

1.2.2.2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes (Werch y DiClemente, 1994)

Werch y DiClemente (1994) han propuesto el modelo de etapas motivacionales multicomponente, basándose en los estadios de Prochaska y DiClemente (1983). Este modelo considera una serie de estadios respecto al abandono de las sustancias adictivas. Es un modelo de naturaleza cíclica, tanto para la adquisición como para el abandono del consumo de drogas.

Para estos autores habría un continuo de estadios, desde el no uso de la droga hasta el uso continuo. Estos estadios son cinco:

- 1) Precontemplación, cuando no se considera utilizar drogas.
- 2) Contemplación, cuando se piensa seriamente en iniciar el uso de drogas.
- 3) Preparación, cuando se pretende utilizarlas en el futuro inmediato.
- 4) Acción, cuando se inicia el uso.
- 5) Mantenimiento, cuando se continúa el uso.

Este modelo combina los estadios de adquisición de hábitos previos con los de cambio de hábito. Estos también son cinco:

- 1) Precontemplación, cuando no se considera dejar de usar la sustancia.
- 2) Contemplación, cuando se piensa seriamente en dejar de usarla.
- 3) Preparación, cuando se intenta dejar de usar la sustancia.
- 4) Acción, cuando se hace un intento de dejar de usarla.
- 5) Mantenimiento, cuando se continúa sin usarla.

La aportación de estos autores es la combinación de la adquisición con el cambio de hábito a distintos niveles. Esta combinación permite que las etapas de adquisición de hábito se correspondan con la prevención primaria y las de cambio de hábito con la prevención secundaria.

La prevención primaria se orienta a ayudar a los jóvenes a mantenerse en el estadio de precontemplación o bien a que no pasen de la etapa de la experimentación al uso regular de las drogas. La diferencia entre la prevención primaria y la prevención secundaria está en que esta última intenta producir un cambio que lleve al abandono del uso de drogas.

También apuntan a que las intervenciones preventivas serán más efectivas si se ajustan a la etapa de desarrollo específica para el adolescente sobre el uso de drogas o al tipo específico de drogas que usa. Este modelo apuesta por considerar la etapa evolutiva específica y la especificidad de la sustancia.

1.2.2.3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes (Kim, Crutchfield, Williams y Hepler, 1998)

Kim, Crutchfield, Williams y Hepler (1998) consideran que el modelo de factores de riesgo no ha demostrado tener mucho éxito en la articulación de planes de acción concretos y de programas de actividades que sirvan para detener la conducta de uso de drogas, aunque reconocen que proporciona una guía conceptual general y direcciones a seguir para la futura investigación, especialmente para la aproximación al desarrollo de la conducta problema.

Por el contrario, consideran que está surgiendo o se están dando los pasos necesarios para el surgimiento de un nuevo paradigma que resalta la importancia de promover el desarrollo completo del joven mediante la reafirmación del mismo. Mientras que el objetivo de las estrategias preventivas es conseguir jóvenes sin problemas, este nuevo paradigma pretende lograr jóvenes completamente preparados.

Con ello, se añade una dimensión nueva a la de los factores de riesgo, aquella que enfatiza la necesidad de promover un desarrollo positivo del joven mediante los procesos de reafirmación, a través de la promoción de una mayor participación e implicación de los jóvenes en las cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes se basa en un amplio conjunto de teorías o componentes, como la teoría del control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas. Los componentes que incluye este modelo son: adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la

vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, la casa y por los otros adultos en su lugar social.

En este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad. Estos autores explican la vinculación del individuo al orden social a través de la teoría del aprendizaje social y de los estados-expectativas. La teoría del aprendizaje social explica que la conducta social es adquirida a través del condicionamiento vicario con los procesos de reforzamiento y castigo. La teoría de estados-expectativas se fundamenta en la idea de que el modo en que pensamos y creemos está condicionado por la forma en que los otros nos ven y nos tratan.

#### 1.2.2.4. Teoría de la socialización primaria (Oetting et al., 1998)

La teoría de la socialización primaria (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting, Deffenbacher y Donnermeyer, 1998a; Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher, 1998b; Oetting, Donnermeyer, Trimble y Beauvais, 1998c) parte de la premisa fundamental de que todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos, a pesar de reconocer la base biológica de la conducta humana.

Para estos autores la socialización es el proceso de aprender normas y conductas sociales, siendo los principales grupos de socialización la familia, la escuela y los iguales. Es la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria la que lleva a determinar las conductas normativas y desviadas del individuo. El mayor riesgo de aprender normas desviadas se produce en la adolescencia.

La teoría de la socialización primaria se centra básicamente en el aprendizaje de normas. La *familia* es el primer elemento de socialización primaria para el niño. Si en ésta hay problemas, como conductas delictivas, consumo de drogas, conflictos, agresiones, se incrementa la probabilidad del consumo posterior por parte del niño o del adolescente.

Esta teoría considera la *escuela* como un segundo elemento de socialización primaria. Del mismo modo que hay familias disfuncionales, hay también escuelas disfuncionales o escuelas que tienen otros problemas que reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales, como pueden ser el tamaño de la escuela, la disciplina de la escuela, los roles poco claros, mal profesorado, carencia de recursos, prejuicios, etc.

El *grupo de iguales* es la tercera fuente de socialización primaria. Esta teoría diferencia varios tipos de iguales, como los iguales en general, grupo de iguales, grupo de iguales de estilo de vida y clúster de iguales. La formación de las normas ocurrirá básicamente en el clúster de iguales, siendo más indirecta la de los otros grupos de iguales. El clúster de iguales son diadas de los mejores amigos, pequeños grupos de amigos cercanos o parejas. Dependiendo de los iguales con normas prosociales o implicados en conductas desviadas, esto va a influir claramente en la conducta de esa persona. De la misma forma señalan cómo la selección del grupo de iguales puede ser debida a causas externas, aunque las más importantes serían la similitud en actitudes, habilidades sociales, intereses y aptitudes. Una vez en el grupo, la similitud entre ellos es lo característico.

Esta teoría propone que, si los vínculos entre el niño y la familia y la escuela son fuertes, los niños desarrollarán normas prosociales; si son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia estará dominada por el grupo de iguales. Si falta una adecuada internalización de las normas prosociales, y se han seleccionado los iguales más desviados, es más probable que se impliquen en conductas desviadas.

Sobre el papel de los rasgos personales (Oetting et al., 1998a), la teoría de la socialización primaria sostiene que las características físicas, emocionales y sociales del

joven influyen el proceso de socialización, lo que lleva a que el resultado de las mismas sean factores de riesgo y protección respecto al uso de drogas y a la conducta desviada. Para esta teoría los rasgos de personalidad influyen la desviación sólo indirectamente, al tener sus efectos sobre los procesos de socialización primaria. Respecto al paso de la socialización primaria al consumo de drogas, esta teoría indica que se puede producir por dos vías: bien como un resultado de la socialización, bien por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas.

Las características de la comunidad, como fuente de socialización secundaria, aumentan o disminuyen las oportunidades para que la socialización primaria ocurra, mejoran o empeoran la vinculación con las fuentes de socialización primaria e influyen en las normas que son comunicadas a través de los elementos de la socialización primaria (Oetting et al., 1998b). Como fuentes de socialización secundaria Oetting y colaboradores (1998b) consideran las características de la comunidad, la familia extensa, los grupos que forman asociaciones, la religión y las instituciones religiosas, el ambiente de los iguales en general y los medios de comunicación.

### 1.2.3. Teorías integrativas y comprensivas

#### 1.2.3.1. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social (Bandura, 1977, 1986)

Parte del modelo genérico de la influencia social propuesta por Bandura y Walters (1963) y desarrollado posteriormente durante 30 años en el ámbito específico de la prevención del consumo de drogas por Botvin (1995), Catalano y Hawkins (1996), Oetting et al. (1998b) y Becoña (1995, 2002a). El modelo explica el comportamiento humano como el resultado de una interacción continua entre influencias de carácter cognitivo, comportamental y ambiental. Señala la importancia fundamental del entorno social en las decisiones sobre el consumo de drogas. Asume que los humanos son seres cognitivos que pueden pensar sobre las relaciones entre su comportamiento y las consecuencias del mismo.

Esta teoría comprensiva de la conducta humana considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona. La conducta sería el resultado de la interacción de estos tres factores, actuando todos a un tiempo. Considera las actitudes y las conductas del entorno inmediato en que se desarrolla la persona como un proceso compuesto por varias etapas en las cuales se establecen los vínculos emocionales. Además, considera aquellos factores que pueden interactuar con otros aspectos de la personalidad como la autoeficacia percibida o factores contextuales más generales como el precio de las sustancias, la accesibilidad y otros factores macrosociales relacionados con las drogas.

La conducta adictiva está determinada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo. Estas cogniciones se almacenan a través de la interacción social a lo largo del desarrollo y mediante las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo. Los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas. Los hábitos de consumo se desarrollan, es decir, cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de las conductas alternativas.

El modelo propone adoptar un enfoque multidimensional y pluridisciplinar. Su objetivo es trabajar valores, habilidades para la vida y conocimientos. Valores como la promoción y el respeto hacia la salud personal, la consideración y el respeto a la diferencia y el respeto a los valores democráticos que fomentan respetar el punto de vista de los otros. También se promueve el entrenamiento en habilidades sociales y de vida; permite trabajar aspectos como la asertividad, la autonomía personal, la toma de decisiones, la autoeficacia, la empatía, etc. Por último, este modelo permite incluir la información clave sobre los principales determinantes de la salud, sobre estilos de vida que fomentan los factores que la ponen en riesgo y la identificación de influencias externas que pueden empeorar o poner en peligro una vida más plena y autónoma.

Este modelo ha constituido la base directa o ha servido de referencia para un amplio número de propuestas teóricas en prevención del abuso de drogas y de problemas asociados (Becoña, 1999; 2002a) como la teoría cognitiva social (Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu, y Botvin, 1990), el modelo evolutivo (Kandel, 1975; Kandel y Davis, 1992) y el modelo de desarrollo social (Catalano y Hawkins, 1996), entre otras.

#### 1.2.3.2. Modelo del desarrollo social (Catalano, Hawkins et al., 1996)

Este modelo intenta dar una explicación a un amplio conjunto de conductas antisociales, entre ellas el consumo de drogas ilegales. La conducta prosocial y la conducta problema se originan a través de los mismos procesos y dependen de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. Cuando el individuo alcanza una fuerte vinculación con ámbitos prosociales, desarrollará un comportamiento prosocial y si ocurre a la inversa aparecerá un comportamiento antisocial.

Dos premisas son claves en este modelo: por un lado, las personas buscan la satisfacción y se implican en unas conductas u otras dependiendo de la satisfacción que se espera obtener de ellas y, por otro lado, en la sociedad existe un consenso normativo.

El niño aprende los patrones de conducta, ya sean prosociales o antisociales, de sus agentes de socialización y desarrolla vínculos con entornos prosociales que inhiben la aparición de conductas desviadas, pero también se crean lazos con medios antisociales que promueven la aparición de conductas problema. El resultado final dependerá de la fuerza relativa de esos dos procesos.

Los componentes del modelo están relacionados con las oportunidades percibidas para participar en el orden prosocial, como la implicación en actividades prosociales, las habilidades para la interacción, el refuerzo percibido de las actividades y conductas prosociales, el apoyo y compromiso hacia otros y la creencia en el orden moral. O por el contrario, en el orden antisocial, como la implicación en actividades antisociales, el refuerzo percibido de las actividades y conductas antisociales y la creencia en los valores antisociales.

### 1.2.3.3. Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)

El consumo de drogas y otras conductas problemáticas se explican en base a tres sistemas básicos: la personalidad, el ambiente y la conducta, cuya interrelación genera un estado dinámico denominado "predisposición a la conducta problema".

Se señala también la importancia de las variables antecedentes que influyen en los distintos sistemas y que incluyen tanto variables sociodemográficas (educación de los padres, ocupación, religión, estructura familiar) como el proceso de socialización (influencia de la ideología de los padres, clima familiar, influencia de los iguales y medios de comunicación).

Generalmente las conductas problemáticas de los adolescentes están interrelacionadas, formando parte de un mismo "síndrome de desviación" o de un mismo estilo de vida, por lo que es necesario no dividir esfuerzos y abordar la intervención sobre el conjunto de conductas problemáticas de un modo unificado e integrado.

La red causal que puede explicar la conducta de riesgo en los adolescentes está constituida por cinco dominios, cada uno de los cuales incluye factores de riesgo y de protección:

- *Características demográficas*: educación, ocupación y religión de ambos progenitores, cada uno de los cuales incluye factores de riesgo y de protección.
- *Socialización*: ideología parental, clima familiar, influencia de los iguales, influencia de los medios de comunicación.
- *Sistema de personalidad*: estructura de instigación-motivacional, estructura de creencias personales y estructura de control personal.
- *Sistema del ambiente percibido* conformado por una estructura distal (apoyo parental, controles parentales, apoyo de los amigos) y una estructura próxima (conducta problema aprobada por los padres o los amigos).
- *Sistema de conducta*: estructura de la conducta problema y estructura de conducta convencional.

Este modelo contempla trabajar variables como el clima familiar, las expectativas de éxito en el sistema escolar y el rendimiento escolar, la autoestima, el inconformismo, la alienación respecto de la sociedad convencional, el apoyo y el control percibido por parte de padres y amigos, la disciplina familiar y otros.

1.2.3.4. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan  
(Calafat et al., 1992)

Calafat, Amengual, Farrés, Mejías y Borrás (1992) elaboraron el programa de prevención escolar “Tú decides”, el programa preventivo más utilizado en España durante muchos años. Este programa se basaba de modo importante en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con toda la dinámica personal y social anterior al contacto con las drogas. La prevención tiene como objetivo influir sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma (Calafat, 1995).

La comprensión del modelo subyacente a este programa se encuentra a partir de su definición de drogodependencia, entendida como el resultado de la relación entre la persona que consume droga y el producto utilizado, que origina en el sujeto una necesidad (dependencia psíquica) de seguir consumiendo dicha droga con la intención de beneficiarse de sus efectos. Con algunas drogas, y tras el uso repetido, pueden aparecer, al interrumpir su consumo, molestias físicas que desaparecen al reiniciar el consumo.

Los elementos que influyen en la aparición de las toxicomanías se diferencian en dos grandes grupos: los elementos que influyen en la oferta de drogas y los elementos que influyen en la demanda de drogas. Dentro de los elementos que influyen en la oferta de drogas están el cultivo, la producción y la distribución de la droga. En la demanda de drogas se incluyen la estructura psíquica, los factores socio-culturales y psico-sociales y las condiciones de socialización de la persona.

Dada la complejidad de los factores que llevan al consumo de drogas, su programa preventivo en el ámbito escolar se dirige tanto a proporcionar información sobre las drogas como a enseñar a la persona a decidir sobre el consumo o no de las mismas. Así, los alumnos tienen la oportunidad de revisar sus necesidades personales, los valores y las dificultades relacionales (Calafat, Amengual, Mejías, Borrás y Palmer, 1989).

La aparición de los factores de riesgo comenzaría con la dificultad en la relación con los padres, especialmente con la falta de identificación con ellos. Esto llevaría a un estado de ánimo depresivo y a otros rasgos, como desviacionismo e inmadurez; de ahí habría una mayor necesidad de los iguales durante la adolescencia, conduciendo a una mayor permeabilidad a las directrices del grupo. Todo lo anterior aumentaría las posibilidades de inicio en el consumo de drogas por el estilo de vida; y a partir de ahí una mayor posibilidad de abuso por el bajo estado de ánimo y/u otras características de personalidad, conduciendo todo ello a la presencia de síntomas depresivos, debido tanto al fracaso de la personalidad depresiva como al contacto con la droga. El uso de drogas llevaría a cambios en las actitudes y en la psicología del individuo, incluyendo su estilo de vida.

En todo lo anterior se aprecia la gran importancia que le dan al ambiente familiar, por una parte, y a las características de personalidad, como consecuencia del mismo.

### **1.3. Los programas de prevención familiar**

El consumo de drogas en jóvenes y otros problemas asociados al mismo como la violencia, el absentismo escolar, la delincuencia, etc. suponen un importante problema de salud pública cuya estrategia de intervención más adecuada es la prevención de estos consumos (Fernández, 2016). La probabilidad de implicarse en estos comportamientos de riesgo está condicionada por multitud de factores de riesgo y de protección.

Uno de los ámbitos en el cual se agrupan los factores de riesgo y de protección más importantes es el ámbito familiar, Por ello, supone un campo de aplicación

prioritario para la prevención. La familia tiene un papel relevante tanto en la prevención como en el tratamiento del consumo de drogas en jóvenes, mediante la reducción del riesgo y, también mediante el incremento de la protección o la resiliencia (Velleman, Templeton y Copello, 2005). Por un lado, los estudios correlacionales, tanto transversales (Secades et al., 2005) como longitudinales (Resnick et al., 1997) de los factores de riesgo han demostrado el papel fundamental que tienen las variables familiares en la probabilidad de la aparición de conductas de consumo o de abuso de drogas en los adolescentes. Por otro lado, las investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones familiares evidencian la importancia de las intervenciones familiares en la reducción o el retraso del consumo de drogas en los jóvenes, sobre todo cuando abordan múltiples factores de riesgo y de protección, cuando tienen un formato comprensivo y cuando la intensidad del programa está relacionada con la gravedad del caso (Kumpfer et al., 2003).

En un trabajo llevado a cabo por Fernández-Hermida y colaboradores (2010) se realizó una revisión exhaustiva sobre las características y la efectividad de los programas de prevención familiar en base a cuatro categorías de análisis: factores y áreas de la intervención, enfoques de la intervención, formas de intervención o modos de aplicación de los contenidos, condiciones o factores que se relacionan con éxito de los programas de prevención familiar y la efectividad de los programas de prevención. A continuación se desarrolla cada una de estas categorías.

### 1.3.1. Factores y áreas de intervención familiar

Este trabajo propone una clasificación inicial según la naturaleza de los objetivos sobre los que actúan. Esos objetivos son los factores de riesgo y de protección que pueden dividirse en dos grandes grupos: los *factores estructurales* referidos básicamente a la composición, la constitución y el estatus de la familia, y los *factores funcionales o relacionales*, que atienden al ámbito de las relaciones entre los distintos miembros de la unidad familiar (Velleman et al., 2005). En el caso de los *factores estructurales* se han estudiado variables como la monoparentalidad, la composición, 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 caso de

los *factores relacionales*, las variables más habituales han sido las habilidades relacionadas con el cuidado de los 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.

Hay que decir, sin embargo, que estos autores no consideran esta división muy útil para el propósito de clasificar las técnicas de intervención en los programas de prevención familiar ya que, debido a la dificultad o imposibilidad de modificar las variables estructurales, los programas de prevención no las incluyen como objetivo de intervención. Además, no hay ninguna teoría que relacione directamente las variables estructurales con el consumo, aunque si existen estudios que apoyan esta teoría (Amato, 2001; Breivik y Olweus, 2006; Scarpati, Pertuz y Silva, 2014). Parecen ser las variables relacionales, como pueden ser la escasa supervisión, la conflictividad familiar o la poca cohesión, las que establecen la relación entre variables estructurales y consumo. Más bien parece que los componentes estructurales aumentan la probabilidad de determinadas condiciones relacionales que incrementan el riesgo de consumo (Fernández-Hermida et al., 2010).

Sin embargo, estas variables, denominadas distales por algunos autores (Biglan y Taylor, 2000), han resultado útiles en la selección de la población para la prevención selectiva e indicada. Así, los indicadores más frecuentes que señalan las familias de riesgo son variables estructurales, tal y como puede verse en la Tabla 7, junto con algunas referencias de ejemplo.

**Tabla 7. Indicadores de riesgo familiar (Fernández-Hermida et al., 2010)**

Indicador	Artículo
Estar en la asistencia pública	Barber, 1992
Hijo prematuro o que nace con bajo peso	Bradley et al., 1994
Padre o madre únicos (divorciados, solteros, viudos)	Bratton y Landreth, 1995 Forgatch y DeGarmo, 1999 Forgatch y DeGarmo, 2002
Madres con trastornos depresivos	Cichetti, Rogosch y Toth, 2000
Hijo que ha sufrido abusos sexuales	Costas y Landreth, 1999
Madres adolescentes	Fewell y Wheeden, 1998
Padres de minorías étnicas	Glover y Landreth, 2000
Madres o padres encarcelados	Harris y Landreth, 1997 Landreth y Lobaugh, 1998
Niños con problemas de desarrollo y aprendizaje	Hutcheson et al., 1997 Kale y Landreth, 1999
Madres primerizas con bajos ingresos	Johnson, Howell y Molloy, 1993
Padres alcohólicos o que usan drogas	Maguin, Zucker y Fitzgerald, 1994 Schuhler, Nair y Black, 2002
Familias adoptivas ( <i>step families</i> )	Nelson y Levant, 1991

Las variables relacionales familiares, que los modelos teóricos asocian con la probabilidad de consumo en los jóvenes, son las siguientes (Fuentes, Alarcón, García y Gracia, 2015a; Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Ávila, Vera y Musitu, 2014):

- *Apoyo familiar*. Deficiente capacidad para afrontar las tareas parentales.
- *Actitudes familiares*. Actitudes favorables y/o tolerantes hacia el consumo de drogas.
- *Vinculación familiar*: vínculos débiles padres-hijos. Ausencia de actividades de ocio en familia. La vinculación de la familia con el joven es un factor que condiciona de forma notable el consumo.
- *Habilidades parentales*. Reducidas habilidades parentales. Entre estas se encuentran principalmente las escasas habilidades disciplinarias de los progenitores, dificultades para el establecimiento de límites y normas, inadecuados sistemas de supervisión y monitorización, pocas o nulas habilidades de comunicación, etc.
- *Relaciones familiares*. Conflicto familiar excesivamente alto. Abuso sexual o físico.

Estas variables relacionales dan lugar a determinadas áreas de intervención que presentan unos objetivos definidos (Tabla 8).

**Tabla 8. Áreas de intervención familiar (Fernández-Hermida et al., 2010)**

<b>Factores</b>	<b>Área de Intervención</b>	<b>Descripción del objetivo de la intervención</b>
Apoyo familiar	Cuidados físicos y entorno apropiado	Asistencia social o entrenamiento que facilite la alimentación, el uso de pañales, la seguridad, etc.
Actitudes familiares	Conocimiento del desarrollo infantil	Instruir a los padres sobre desarrollo y conducta infantil
		Potenciar el desarrollo emocional positivo de los niños (mejorando la autoestima, entorno estimulante)
Vinculación familiar Habilidades parentales	Interacciones positivas con los hijos	Conocer la importancia de las interacciones positivas con los hijos
		Usar habilidades para promover este tipo de interacciones tales como demostrar entusiasmo, interesarse por lo que interesa a los hijos u ofrecer opciones recreacionales apropiadas
		Dar atención positiva
Vinculación familiar Habilidades parentales	Comunicación emocional	Usar habilidades de comunicación que ayuden a los hijos a identificar y a comunicar sus emociones
Habilidades parentales	Comunicación disciplinaria	Dar instrucciones claras y evolutivamente apropiadas, establecer límites y reglas, así como expectativas y consecuencias conductuales.
Habilidades parentales	Disciplina y manejo de conducta	Conocer y modificar las actitudes hacia las estrategias disciplinarias
		Conocer y modificar las atribuciones acerca del mal comportamiento en los hijos
		Conocer y modificar las prácticas de monitorización y supervisión
		Conocer y saber utilizar el reforzamiento específico y las técnicas de castigo
		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	Promover las habilidades o conductas prosociales de los hijos	Educar a los padres para que enseñen a sus hijos a compartir y cooperar, usar buenos modales y usarlos con compañeros, hermanos o 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	Promover las habilidades cognitivas o académicas de los hijos	Usar la enseñanza incidental: potenciar el lenguaje o el desarrollo de la lectura y escritura en los hijos, incrementar la buena disposición de los hijos hacia la escuela
Relaciones familiares	Relación intra-familiar	Conocer habilidades de comunicación
		Conocer técnicas de resolución de conflictos

Las bases teóricas sobre las que se apoyan las técnicas de intervención familiar son, según Dusenbury (2000) y Terzian y Fraser (2005), la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), la teoría del control social de Hirschi (2003), la teoría de la asociación diferencial de Sutherland (1960) y la teoría de la Ecología Humana de Bronfenbrenner (1987). Las distintas aproximaciones pueden hacer uso de uno o varios de estos enfoques teóricos.

### 1.3.2. Enfoques de la intervención familiar

Las intervenciones familiares son diversas según se utilicen uno o varios criterios, como el enfoque adoptado, el momento de la intervención, el grupo objeto de trabajo y/o el ámbito de intervención. Así, las intervenciones de prevención familiar se pueden dividir en, al menos, cuatro grupos según la población destinataria (Kumpfer et al., 2003; Kumpfer y Johnson, 2007):

- *Apoyo familiar domiciliario.* Se enmarca dentro de la prevención selectiva o indicada. Son intervenciones dirigidas fundamentalmente a progenitores con un alto nivel de riesgo y con hijos menores de cinco años. Son familias en crisis. La intervención se lleva a cabo en el hogar. Su objetivo principal es satisfacer las necesidades básicas familiares y tratar la crisis, a través de aportar información sobre los servicios sanitarios y sociales que están disponibles en la comunidad.
- *Formación parental.* Son intervenciones de carácter cognitivo conductual dirigidas a optimar las habilidades educativas y comunicativas de los padres. Pueden utilizarse en prevención tanto selectiva como indicada de familias con hijos de 6 a 18 años. La metodología de entrenamiento puede realizarse a nivel individual o grupal, pero siempre de carácter interactivo.
- *Formación en habilidades familiares.* Se incluye en la prevención universal, selectiva e indicada. Son intervenciones de carácter multicomponente que se dirigen a los padres, a los hijos y la relación que mantienen entre ellos. Se destina a familias con hijos entre 6 y 18 años. Sus objetivos son modificar y mejorar el funcionamiento familiar, trabajando habilidades de comunicación y técnicas de resolución de conflictos, habilidades educativas o de manejo familiar a los progenitores, o estrategias de afrontamiento de los problemas.
- *Terapia familiar.* Se enmarca dentro de la prevención indicada y se dirige a adolescentes que ya presentan algún problema (violencia, trastorno de conducta, problemas escolares) relacionado con el consumo de sustancias.

Existe una amplia tradición de 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 perfeccionan la aplicación de la prevención asentada en la escuela. Estos programas adoptan una perspectiva únicamente escolar por ser el ámbito que más facilita el acceso a las familias y porque llevan a cabo estrategias o técnicas para vincular de forma relevante a los padres con la acción educativa del colegio.

De acuerdo con la valoración de la bibliografía sobre este tipo de intervenciones, sólo se encontraron seis trabajos en los que el diseño de la investigación fuese experimental o cuasi-experimental y en donde hubiera algún grupo control que permitiera la comparación de resultados (Terzian y Fraser, 2005). Los programas eran:

- *Linking the Interests of Families and Teachers* (Reid, Eddy, Fetrow y Stoolmiller, 1999).
- *Baltimore Classroom-Centered and Family and Schools Program* (Ialongo Werthamer, Kellam, Brown, Wang y Lin, 1999).
- *Fast Track Program* (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992).
- *Families and Schools Together* (McDonald, Kratochwill, Levitt y Youngerbear-Tibbits, 1998).
- *Seattle Social Development Project* (O'Donnell, Hawkins, Catalano, Abbott y Day, 1995).
- *Raising Healthy Children Project* (Catalano, Mazza, Harachi, Abbott, Haggerty y Fleming, 2003).

Un objetivo fundamental de estos programas es trabajar con las familias para aumentar la implicación de los padres en las tareas escolares de los hijos con el propósito de estrechar la relación entre la familia y la escuela y perfeccionar las prácticas de gestión familiar. Estos programas incluyen actividades específicas para evitar el uso de drogas, tales como el programa *Preparing for the Drug Free Years* (PDFY) (Kosterman, Hawkins, Haggerty, Spoth y Redmond, 2001) o *The Incredible Years* (1990).

### 1.3.3. Formas de intervención o modos de aplicación de los contenidos

Kaminski, Valle, Filene y Boyle (2008) recogen una clasificación de las distintas formas en la que se aplican los contenidos de los programas de prevención familiar:

- *Curriculum o manual*: desarrollo de un curso, a través de un manual o de un curriculum para entrenar a los padres.
- *Modelado*: presentación de modelos en vivo o grabados que desarrollan el papel de padres.
- *Deberes para casa*: asignaciones escritas, verbales o conductuales a completar entre sesiones.
- *Ensayo, prácticas, role-playing*: con otros padres o con el instructor. Práctica de habilidades con el propio hijo.
- *Instrucción separada de los hijos*: enseñanza de habilidades conductuales a los hijos en sesiones separadas.
- *Servicios auxiliares*: servicios que van más allá del desarrollo de habilidades parentales y que pueden incluir atenciones de salud mental, tratamiento de drogodependencias, apoyo social, manejo del estrés, apoyo educativo, etc.

La aplicación de los distintos componentes de un programa puede hacerse de forma rígida y protocolizada a las familias que sean su objetivo, sin tener en cuenta su carácter universal, selectivo o indicado, o bien puede modularse en función de las necesidades y motivaciones del individuo o familia que las recibe. La canalización del procedimiento y un cierto ajuste a las necesidades individuales es también una característica distintiva de la forma en la que se aplican los procedimientos de prevención.

#### 1.3.4. Factores relacionados con el éxito de los programas de prevención familiar

Actualmente se cuenta con un cuerpo de investigación en el campo de la prevención en general, y de la prevención familiar en particular, del que se deducen principios que condicionan ostensiblemente la efectividad de un programa (Fernández-Hermida et al., 2010).

En el momento de analizar las condiciones o factores que determinan el éxito de un programa se debe tener presente la idea de que la efectividad está relacionada con las características del mismo, con la calidad de la aplicación y con la utilización coordinada y planificada de intervenciones preventivas en diversos ámbitos. Para que la intervención preventiva y de promoción de la salud tenga éxito debe tener un enfoque

muti-factor, multi-sistema, multi-nivel que atienda las múltiples influencias y vías de desarrollo, a la vez que debe tener en cuenta el contexto sociocultural en el que se aplica dicho programa (Bond y Hauf, 2004).

A continuación se desarrollan los diferentes factores que condicionan el éxito y efectividad de los programas de prevención familiar entre los que se encuentran las características y componentes del programa y la capacidad para captar y retener a las familias.

#### 1.3.4.1. Características del programa y sus componentes

Small, Cooney y O'Connor (2009) recogen las conclusiones de anteriores revisiones (Bond y Hauf, 2004; Borkowski, Akai, y Smith, 2006; Bronte-Tinkew et al., 2008; Caspe y Lopez, 2006; Durlak, 2003; Kumpfer y Alder, 2003; Kumpfer y Alvarado, 2003; Nation et al., 2003; Weissberg, Kumpfer, y Seligman, 2003) acerca de los principios que incrementan la efectividad (calidad e impacto) de los programas de prevención primaria, entre ellos los relacionados con la familia. Estos autores señalan principios relacionados con el diseño y el contenido del programa, como que deben estar basados en teorías con reconocimiento empírico, que deben tener una duración y una intensidad adecuadas y que debe utilizar técnicas de aprendizaje activo. También apuntan aspectos sobre la relevancia del programa: debe ser evolutivamente apropiado, debe tenerse en cuenta el momento justo de aplicación y debe ser relevante socioculturalmente. Asimismo, el programa ha de ser aplicado por personal cualificado y debe centrarse en promover las relaciones positivas. Finalmente, hacen referencia a la evaluación y al control de la calidad del mismo.

La efectividad de los programas o de las intervenciones viene dada por los cambios producidos en las variables objetivo (proximales o distales). Sin embargo, su acción conjunta tiene un efecto innegable en la conducta de los padres y sobre la dinámica familiar. Estas modificaciones pueden convertirse en un factor protector frente al inicio del consumo, o frente al consumo prematuro o excesivo en los hijos (Fernández-Hermida et al., 2010).

No hay muchos estudios que hayan analizado la eficacia de los componentes de un programa a la hora de producir los resultados esperados. En una investigación dirigida a analizar directamente la relación entre componente y efecto inmediato, se empleó una metodología de análisis “sesión por sesión” del programa PDFY. Los resultados de esta investigación arrojan evidencia acerca de que existió una relación directa entre los cambios en las conductas parentales y los objetivos proximales que se perseguían en cada sesión a la que asistieron los padres. Estos cambios fueron más acentuados entre las madres. Los resultados refuerzan la validez interna del PDFY e indican que este programa de prevención familiar origina cambios en el comportamiento de los padres hacia los hijos, condicionada con la asistencia de aquellos a las sesiones y con la aplicación de la intervención.

Este enfoque del estudio de la efectividad hace relevante que se dedique esfuerzo a estudiar la efectividad de los componentes. En un estudio meta-analítico (Kaminski, Valle, Filene y Boyle, 2008) en el que se analizaron 77 evaluaciones publicadas de programas de entrenamiento parental se hizo un análisis de los componentes que contribuían de una forma más decisiva al éxito de esos programas. Los estudios incluidos en el trabajo se refieren al campo de la prevención del consumo de drogas, pero también a la prevención o el tratamiento de la violencia, el abuso infantil, los trastornos psicopatológicos, etc., en jóvenes de 0-7 años. Los resultados indicaron que los programas más eficaces tienen componentes que aumentan las interacciones positivas entre padres e hijos, desarrollan las habilidades de comunicación emocional, enseñan a los padres habilidades educativas como el uso del tiempo fuera, la importancia de la consistencia en la gestión parental, y demandan a los padres para que interactúen activamente con sus hijos, aprendiendo nuevas habilidades durante la realización de las sesiones del programa. Los componentes de los programas que tienen menos efectividad son aquellos orientados a la formación de los padres en resolución de conflictos o en la promoción de habilidades cognitivas, académicas o sociales de sus hijos, o aquellos que aportan servicios adicionales.

Otro de los factores esenciales relacionado con la efectividad de un programa es el *timing* de la aplicación, que se aplique en el momento justo (Small et al., 2009). Una de las posibles razones es que las familias estarán más receptivas en tiempos de cambios

o crisis (Bry, Catalano, Kumpfer, Lochman y Szapocznik, 1998; Lochman y Wells, 1996; Small, et al., 2009). Los programas tendrán más efecto cuanto primero se actúe sobre los factores de riesgo y de protección que condicionan la probabilidad de que aparezcan las conductas de riesgo. En cada momento es necesario utilizar los contenidos de prevención que se ajusten al momento evolutivo, tanto del hijo como de la familia. Así, por ejemplo, se recomienda la utilización de la prevención familiar en la etapa infantil (3-5 años) (Bühler y Kröger, 2008).

Otro factor muy importante que determina la efectividad del programa es el sexo de los adolescentes sobre los que se aplican los programas. Así, en un estudio con un seguimiento de 11 años de 429 familias que recibieron el programa, 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 es un dato que se repite en diversas revisiones (Kumpfer et al., 2003; Kumpfer y Johnson, 2007).

En el sentido contrario se orientan los resultados de una investigación que midió la efectividad del programa *Focus on Families* (ahora llamado *Families Facing the Future*) aplicado a una muestra de pacientes que recibían tratamiento con metadona (Haggerty, Skinner, Fleming, Gainey y Catalano, 2008). Los resultados obtenidos después de un período de seguimiento promedio de casi 14 años señalaron 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.

En un análisis de los programas de formación de padres realizado con el objetivo de conocer el efecto que estos programas tienen sobre la conducta disruptiva de los hijos, se ha podido comprobar que este tipo de intervención es menos efectiva con las familias que tienen menos recursos, y que, con este tipo de familias se obtienen mejores resultados interviniendo de manera individual (Lundahl, Risser y Lovejoy, 2006). Con el mismo objetivo se realizó un estudio meta-analítico (Reyno y McGrath, 2006) de los resultados de los estudios que evalúan la relevancia de los factores moderadores en la efectividad de los programas de formación de padres. Los resultados del estudio

señalaron que la gravedad de la conducta objeto de tratamiento, la pertenencia a un grupo minoritario, el carácter monoparental de la familia y/o la edad de la madre podían ejercer cierto efecto moderador. Sin embargo, los factores más relevantes encontrados fueron el nivel socio-económico de la familia y la salud mental en la madre. Las familias más pobres o aquellas en las que la madre presenta algún trastorno psicopatológico responden peor a los programas de formación, y su asociación con el abandono del tratamiento apunta a la posible explicación.

Por último, otro meta-análisis (Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia, y Clark, 2005) señaló la efectividad de los programas de formación conductual parental en las conductas externalizantes y disruptivas de los hijos. Sin embargo, este estudio apuntó que los resultados obtenidos eran dependientes de dos importantes factores: el diseño de los estudios y la fuente de información de los resultados. Respecto al diseño de los estudios, los tamaños del efecto más grandes se obtenían cuando el diseño era de caso único, seguidos por los intra-grupo (con medidas pre-post para todos los sujetos) y los diseños inter-grupo (con grupo de control) registraron las puntuaciones más bajas. Respecto a la fuente de información de los resultados, los tamaños del efecto eran mayores si la información provenía exclusivamente de los padres, frente a la que procedía de la observación directa.

Es importante señalar que estos análisis evaluaron las variables moderadoras del éxito en intervenciones de tratamiento, pero no es arriesgado afirmar que estos mismos efectos puedan darse también en intervenciones preventivas.

#### 1.3.4.2. Captación y retención de familias

Siguiendo con los factores que condicionan el éxito de los programas de prevención familiar, otras de las condiciones relevantes es la captación y retención de las familias (Fernández-Hermida et al., 2010). Respecto a la captación de las familias, este factor supone un obstáculo de la aplicación de los programas de prevención familiar universal por dos motivos (Alhalabí-Díaz et al., 2006). En primer lugar, si las familias no acuden a los programas o no aceptan participar en la intervención no es posible hacer prevención. En segundo lugar, no es posible obtener datos de su

efectividad o eficiencia porque las dificultades de captación pueden ir asociadas a un notable sesgo en las familias que acuden voluntariamente a los programas, con la consiguiente distorsión de los resultados.

En un trabajo publicado por Bauman, Ennett, Foshee, Pemberton y Hicks (2001a) se analizaron las variables que condicionaban la participación de los padres en un programa de prevención familiar de baja exigencia (*Family Matters Program*). Este estudio señaló que las variables que más influían en la participación de los padres 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 diversos estudios liderados por Spoth y Redmond se han podido identificar algunas variables relacionadas con la participación de los padres, tales como el estatus socio-económico y el nivel educativo de los padres, el sexo del adolescente, la estructura familiar, o el uso de los recursos de prevención en el pasado tanto por parte de los padres como de los hijos (Redmond, Spoth, Shin y Hill, 2004; Redmond, Spoth y Trudeau, 2002; Spoth y Redmond, 1992, 1995). En un estudio español publicado en el año 2006 (Alhalabí-Díaz et al.) 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 e hijos y el patrón de comunicación familiar.

Un estudio australiano (Beatty y Cross, 2006) analizó los facilitadores en la participación de los programas. Los padres identificaron numerosas dificultades e indicaron que los programas que se plantearan aumentar la participación deberían poder ser aplicados en casa, no cuestionarlos ni enjuiciarlos, 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 ofrecer algún tipo de pequeñas recompensas para los jóvenes participantes.

Respecto a la retención de las familias en los programas de intervención, un estudio (Jones et al., 2007) analizó los factores que determinaron la retención en un programa de prevención familiar dentro de una clínica pediátrica. Se estudió concretamente la influencia de variables extrafamiliares (deterioro y delincuencia en el vecindario, y consumo de alcohol y tabaco en el grupo de iguales), familiares (ingresos familiares, estado civil, etnia, educación parental, problemas de los progenitores con el alcohol, consumo parental de tabaco y estilo parental positivo) y relacionadas con el niño (edad, sexo, competencia académica y social, uso de alcohol y tabaco, y problemas externalizantes versus internalizantes). Sólo los factores familiares y del niño resultaron relevantes. Las familias que presentaban una mayor retención eran aquellas en las que los padres estaban casados, tenían altos niveles de educación, no eran fumadores, el hijo era más joven, era mujer y más competente. No se encontraron variables extrafamiliares que predijeran la retención.

En uno de los pocos estudios realizados en Europa (Engels y Andries, 2007) sobre prevención familiar, se estudió la retención en el programa *Families in Transition* (FIT). Lo más relevante que aportó este estudio es que las madres que abandonaron el programa mostraban mayor presencia de conductas externalizantes, un uso de la disciplina mucho más pronunciado junto con una reducida conducta de supervisión, estrés parental y un rechazo del adolescente.

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 Johnson, 2007). Entre otros se encuentran el fomento de las relaciones entre los padres y la cohesión del grupo, las invitaciones personales, el suministro de comidas, el servicio de guardería, el pago del transporte y el pago a las familias por su tiempo. Además, según Lochman y Van den Steenhoven

(2002) se deben ofertar buenos programas y utilizar un lugar de reunión que sea conocido por las familias.

Los estudios comentados anteriormente coinciden en señalar que las variables que mejor predicen la participación y la retención de las familias en los programas de prevención son el nivel educativo de los padres, el sexo del adolescente (mujer), la presencia de conflicto familiar, la estructura familiar, el vínculo familiar y el estatus socioeconómico.

#### **1.4. La evaluación y la calidad de los programas de prevención**

##### 1.4.1. ¿Qué es la evaluación de programas?

La Organización Mundial de la Salud (1981) ha señalado seis formas de examinar el valor de un programa: la pertinencia, la suficiencia, el progreso, la eficiencia, la eficacia y los efectos. Otros autores (Rutman, 1980; Wholey, 1977) han incidido en la necesidad de evaluar aspectos relacionados con el proceso de planificación, diseño e implantación del programa que se pretende evaluar considerando este tipo de análisis bajo la rúbrica de evaluabilidad.

La *pertinencia* se define como la medida en la cual un programa responde a unas necesidades concretas de la población atendida. Por *suficiencia* se entiende la medida en la cual las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen. Por *evaluación de progreso* (formativa o de proceso) se entiende aquella que se realiza durante la implantación del programa pretendiendo determinar cómo éste está actuando. Por *eficiencia* se alude a la relación entre el valor de los resultados obtenidos y de los medios puestos a contribución. La *eficacia* supone la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos establecidos en el programa se han logrado. La *evaluación de los efectos*, efectividad, hace referencia la medida en la cual un determinado programa está listo para ser evaluado (Fernández-Ballesteros, 2001).

La evaluación de programas supone una serie de componentes básicos, entre los que se encuentra el objeto de evaluación, el programa (Cronbach, 1982). En términos metodológicos, un programa o intervención conlleva un tratamiento, un conjunto de manipulaciones que han sido programadas para ser implantadas en una determinada realidad socioambiental. Además, la evaluación de un programa pasa por la observación de una serie de sistematizaciones en las unidades a las que se ha aplicado el programa. Estas operaciones son las manifestaciones de los objetivos que se pretenden conseguir con el programa o bien suponen efectos o resultados que el tratamiento ha producido en las unidades. Finalmente, la evaluación se lleva a cabo sobre unos tratamientos aplicados a unas unidades en un contexto específico. Este contexto resulta importante a la hora de que los tratamientos hayan sido aplicados a las unidades así como a la hora de observar operaciones en éstas con el fin de juzgar el valor de los tratamientos.

Como se ha señalado anteriormente, la evaluación de programas tiene un objetivo esencial: tomar decisiones en torno a una determinada intervención. Pero, dentro de este planteamiento general, puede adoptar distintas funciones (Fernández-Ballesteros, 2001):

- *Contabilidad pública y base para nuevas decisiones presupuestarias.* Tanto en el sector público como en el privado, en una contabilidad avanzada, los presupuestos suelen establecerse por programas (Fernández-Ballesteros, 1994). Esto quiere decir que las distintas unidades de gasto justifican éste con base en programas, articulados según unos determinados objetivos. Así, el gasto debe hacerse no sólo con arreglo a un principio de legalidad (es decir, que las distintas partidas presupuestarias se hayan gastado guardando ciertos requisitos previamente estipulados) sino de economía, es decir, con arreglo a unos principios de eficacia y eficiencia económica. Así, en general, puede decirse que si se ha justificado el gasto estipulado para un programa y se han conseguido los objetivos previstos según unos determinados indicadores, con base en ello, podrán tomarse nuevas decisiones presupuestarias.
- *Justificación de decisiones.* No cabe duda de que la valoración positiva de un programa de alguna manera avala las decisiones que se tomaron sobre él. Pero, además, en ocasiones, se solicitan evaluaciones justo porque se requiere la justificación de las decisiones adoptadas en torno tanto a determinadas políticas como a los programas que las articulan. En ocasiones, la evaluación de programas es solicitada como justificación de las actuaciones emprendidas.
- *Actuación sobre el programa.* La evaluación de programas puede ser considerada como una disciplina al servicio del desarrollo social, en el sentido en que debería ser una de las bases a la hora de emprender acciones sociales para resolver problemas sociales. De ahí que uno de los fines primordiales de la

evaluación de programas sea el de auxiliar en la toma de decisiones sobre el objeto de evaluación. Así, la evaluación de un programa puede realizarse con el objetivo de eliminarlo, sustituirlo o mejorarlo. Sin embargo, también puede ser cierto que muchas veces antes de eliminar o sustituir un programa se trata de justificar esta cancelación con resultados científicos.

- *Contrastación de teorías.* Dado que la evaluación de programas entraña una metodología científica y en todo programa subyace una determinada teoría, una de sus funciones es la contrastación de teorías. Sin embargo, es este un punto muy debatido ya que, a pesar de que evaluar un programa conlleva una metodología rigurosa, ésta no puede compararse con la investigación que procede del laboratorio; las posibilidades de generalización de los resultados de una evaluación mediatizan enormemente la posibilidad de contrastación de hipótesis. Sin embargo, aún con la máxima cautela, se puede sostener que la evaluación suministra pruebas a la ciencia básica que apoya los programas. Los resultados de la evaluación, es decir, el examen de los efectos del programa sobre las unidades, suponen una forma de investigación de las hipótesis subyacentes al programa (Cronbach, 1982).

Distintos autores relevantes en el campo ponen de relieve la existencia de diferentes tipos de evaluación (Levine, 1975; Scriven, 1967; Stufflebeam y Shinkfield, 1987):

- *Evaluación formativa y sumativa.* La evaluación formativa, también denominada de seguimiento o de proceso, es la realizada durante la aplicación del programa y tiene por objetivo esencial la mejora y el perfeccionamiento del programa. La evaluación sumativa, también llamada evaluación de resultados o de impacto, es la que se lleva a cabo una vez finalizado el programa. Los objetivos de la evaluación sumativa no necesariamente difieren de los propios de la evaluación formativa, pudiendo dirigirse tanto a la mejora del programa como a su contabilidad y justificación. Esta tipología hace referencia al mayor o menor grado de elaboración del programa. Así, un programa que está siendo elaborado o construido debería contener una primera fase de evaluación formativa en la que minuciosa y rigurosamente se evaluaran sus elementos constituyentes. Por el contrario, todo programa ya formado y bien elaborado debe ser necesariamente evaluado en función de sus resultados finales.
- *Evaluación proactiva y evaluación retroactiva.* Esta tipología hace referencia a una diferenciación en base a los propósitos o funciones de la evaluación; a saber, si estos pretenden asistir a la toma de decisiones sobre el programa, o evaluación proactiva, o pretenden, más bien, la contabilidad de éste, o evaluación retroactiva. Ambos tipos de evaluación no se contraponen sino que se complementan, ya que sirviendo a distintos propósitos dan cuenta de una misma realidad.
- *Evaluación desde dentro y evaluación desde fuera.* Mucho se ha discutido sobre si la evaluación debe ser realizada desde la propia institución que ha propuesto y llevado a cabo el programa o debe ser realizada por instituciones o agencias ajenas al mismo. Las evaluaciones desde dentro y desde fuera no implican

posibilidades opuestas e incompatibles sino formas distintas de realizar una evaluación. Un programa puede evaluarse sistemáticamente desde dentro, y de tiempo en tiempo desde fuera.

La evaluación de programas consiste en un proceso sistemático de recogida de información para emitir un juicio de valor sobre una intervención, con el objetivo de averiguar cómo se está trabajando para lograr los objetivos previstos y cuáles han sido los resultados encontrados (Arbex, 2013). Las tres funciones básicas de la evaluación son perfeccionamiento o mejora, rendimiento de cuentas o responsabilidad y ejemplificación o alumbramiento para acciones futuras (Stufflebeam y Shinkfield, 1987).

Existen diferentes tipos de evaluación y es importante decidirse sobre qué preguntas se quiere responder y los cambios que se quieren medir; por ello es fundamental responder a la pregunta: ¿cuáles son las necesidades informativas más importantes que se quiere extraer de la evaluación?

#### 1.4.1.1. La evaluación de proceso

La evaluación de proceso describe cómo se está implementando el programa. Analiza todos los aspectos relacionados con el funcionamiento y la ejecución de una determinada política o programa. Es fundamental para determinar el grado en que el programa se está implementando como estaba previsto; se suele denominar como fidelidad en la intervención, que es uno de los criterios de calidad clave de investigación.

Una evaluación de proceso puede proporcionar numerosa información sobre el proceso de implementación utilizado para mejorar el desarrollo de un programa y mejorar su calidad. También puede ayudar a identificar las diferencias entre el diseño y la ejecución del programa. Una intervención puede ser metodológicamente muy sólida, pero si no se produce una desviación injustificada en la implementación sobre lo pretendido, es probable que no tenga éxito.

La evaluación del proceso puede ayudar a otros profesionales a diseñar, establecer o realizar intervenciones similares, señalando una hoja de ruta que garantiza los resultados positivos de los programas.

Aunque la evaluación del proceso es importante, y debe ser fundamental en cualquier programa de prevención de drogas, no es suficiente para valorar la eficacia de los programas. Una evaluación de proceso, por lo general, no trata de demostrar si un programa es eficaz, aunque puede arrojar datos de por qué un programa funciona o no funciona.

#### 1.4.1.2. La evaluación de resultados

En una evaluación de resultados resulta interesante distinguir entre productos (lo que produce o genera el programa, lo que corresponde al término *outputs*) y los efectos (los efectos que tienen dichos productos, tanto esperados como no esperados) (Bustelo, 2001). Entre los efectos, se podría distinguir entre efectos directos (los producidos sobre el grupo destinatario previsto) y los efectos indirectos (los producidos sobre grupos de destinatarios más amplios o en la sociedad en general). La evaluación de esos efectos indirectos se denomina evaluación de impacto.

Una evaluación de resultados investiga si se han producido cambios en las personas que participan en un programa, se cuantifica la magnitud y la dirección de esos cambios y las circunstancias asociadas con ellos. Asimismo, busca vincular estos cambios a los elementos o componentes específicos del programa. Esta es una manera de comprobar si la lógica del modelo o fundamento teórico del programa es válida. Básicamente responde a las preguntas: ¿ha cumplido el programa con los efectos previstos?, ¿se están cumpliendo los objetivos?

#### 1.4.1.3. La evaluación de impacto

Este tipo de evaluación responde a las preguntas: ¿está produciendo el programa a largo plazo los cambios previstos? y ¿se están cumpliendo las metas a largo plazo?

Para ello, se recogen datos sobre los efectos a largo plazo o de mayor alcance del programa.

A menudo se confunden la evaluación de impacto y la evaluación de resultados. La diferencia clave es que una evaluación de resultados da cuenta de los resultados a corto plazo o inmediatos, mientras que una evaluación de impacto se centra en el largo plazo, los cambios más globales, previstos o imprevistos. A continuación se detallan las diferentes preguntas que deben realizarse en las distintas etapas de la evaluación (Tabla 9).

**Tabla 9. Preguntas a realizar en las distintas etapas de la evaluación (Samhsa, 2012)**

<b>PREGUNTAS</b>
<p><b>General</b></p> <p><b>Evaluación de proceso</b>                      ¿Qué variables e indicadores proporcionará información útil sobre cómo se llevó a cabo la intervención? ¿Qué métodos e instrumentos se utilizarán?                      ¿Dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán los datos de proceso? ¿Quién proporcionará la información necesaria para la evaluación del proceso? ¿Cómo se analizarán los datos?</p> <p><b>Evaluación de resultados</b>                      ¿Qué efectos está teniendo el programa en los grupos diana o en los participantes?                      ¿Qué resultados inesperados han resultado del programa?                      ¿Qué se puede modificar para que el programa sea más eficaz?                      ¿Hay alguna evidencia que demuestre que se debe continuar apoyando este programa económicamente?</p> <p><b>Evaluación de impacto</b>                      ¿Qué efecto está teniendo el programa en las metas o finalidades a largo plazo?                      ¿Qué efecto tuvieron las actividades del programa sobre los componentes del sistema en el que se han sustentado sus actividades?                      ¿Ha habido resultados negativos? ¿Son el resultado de fallos en los procesos de implementación del programa o algún aspecto del propio programa?                      ¿Qué grado de seguridad se tiene de que los resultados están directamente relacionados, es decir, son consecuencia del programa?</p>
<p><b>Implementación de la intervención</b></p> <p><b>Evaluación de proceso</b>                      ¿Qué estrategias, componentes y métodos se han aplicado? ¿Cómo se comparan con el plan diseñado original? ¿En qué medida lo están desarrollando o llevando a cabo de acuerdo con como estaba previsto el programa?</p>
<p><b>Grupo destinatario</b></p> <p><b>Evaluación de proceso</b>                      ¿A cuántas personas se ha llegado gracias a la intervención? ¿Cuáles eran las características sociodemográficas de las personas participantes en la intervención? ¿Cómo se va a recoger esta información?                      ¿Los participantes en el programa son capaces de entender el programa y los objetivos previstos y son capaces de participar plenamente en los componentes necesarios del programa?</p>

<p><b>Grado de exposición al programa</b></p> <p><b>Evaluación de proceso</b></p> <p>¿Cómo se ha valorado y medido el grado de exposición de los participantes en el programa? ¿Se utilizaron las fuentes de datos, instrumentos o indicadores? ¿Cuánto duró la intervención preventiva? ¿Cuántas actividades de prevención se llevaron a cabo? ¿Hay efectos importantes según la intensidad o las diferencias en los resultados basados en la cantidad de módulos de programa o sesiones que se llevaron a cabo, la duración de las sesiones, las tasas de asistencia u otras variables? ¿Hasta qué punto se ha logrado acceder e implicar al grupo objetivo?</p>
<p><b>Calidad de la intervención</b></p> <p><b>Evaluación de proceso</b></p> <p>¿Qué grado de satisfacción mostraron los participantes con el programa y sobre la calidad de la intervención? ¿Qué indicadores e instrumentos se utilizaron para evaluar la calidad de la intervención? ¿Cuáles son los resultados de las mediciones de dicha calidad?</p>
<p><b>Conclusiones hallazgos de la evaluación</b></p> <p><b>Evaluación de proceso</b></p> <p>Comparar la aplicación efectiva y la evaluación: ¿hubo discrepancias y cuáles son las posibles razones de ellas? ¿Qué aspectos del proceso de implementación están facilitando el éxito o están actuando como obstáculos en el camino? ¿Cuál es el impacto de estas diferencias en la intervención? ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de la forma en que la intervención se ha implementado? ¿Fueron estos comparables con los resultados de otras intervenciones?</p>

#### 1.4.1.4. El diseño de la evaluación

El diseño de la evaluación se refiere a la estructura de un estudio de evaluación, que conducirá como último paso a la construcción de la matriz de evaluación y que abarca una serie de momentos:

- ✓ *Detección de las necesidades informativas que se consideren pertinentes para el programa y elaboración de las preguntas de evaluación*

Una evaluación debe partir de una serie de preguntas bien definidas que recojan las necesidades informativas. Las preguntas de evaluación ayudarán a determinar qué tipo de evaluación se desea o se puede realizar, así como la elección del enfoque metodológico de la evaluación.

- ✓ *Ubicación de las preguntas en las tres dimensiones: estructura, proceso y resultados*

Se trata de seleccionar aquellos datos determinantes para averiguar si el programa se está llevando a cabo en cada una de las fases y acciones previstas y si cada

fase conduce a la siguiente. Se va a destacar y, por lo tanto, obtener información sobre tres dimensiones clave: impacto/resultados, procesos y estructura, entendiendo por tales (Weiss, 1988):

- *Dimensión estructura.* Por este concepto se puede entender la organización relativamente estable de los distintos tipos de recursos necesarios para alcanzar los fines de un proyecto o estrategia (Cohen y Franco, 1993). Se puede decir que son los múltiples aspectos o elementos de un programa que se necesitan para que los procesos puedan funcionar adecuadamente; en este sentido, se analizan todos los elementos que soportan y permiten ejecutar un programa, tales como la coordinación institucional, los recursos humanos con que cuenta el programa, la estructura de coordinación de los equipos, el clima y la interacción en los mismos y la organización del trabajo.
  - *Dimensión procesos.* Se centra en el análisis detallado de todos los procesos clave y actividades que se implementan en la intervención: cursos de capacitación para mediadores, padres/madres, docentes, talleres y/o actividades con los menores en el aula, en entornos comunitarios, actividades lúdicas, etc.
  - *Dimensión de resultados.* En los resultados se diferencian los dos niveles más importantes de resultados; por un lado, el impacto, es decir, el objetivo general de la campaña y por otro lado, la eficacia, que se refiere a los objetivos intermedios y específicos que se trabajan para lograr los impactos buscados.
- ✓ *Definición de los grupos que van a participar en el estudio*

La población objetivo en la que se va a basar la muestra del estudio debería ser definida al inicio del proceso de planificación, ya que el reclutamiento, sobre todo si se va a necesitar un grupo de control, puede ser un proceso que requiera tiempo.

- ✓ *Identificar una muestra de estudio*

Determinar dónde se obtendrán los grupos que van a participar en la evaluación.  
Definir los criterios para participar en el estudio.

- ✓ *Elección de resultados*

Identificar los resultados que las preguntas de evaluación se han planteado y que se van a medir en términos concretos. La mayoría de los estudios analizan los múltiples resultados que puede alcanzar un programa, esperados e inesperados.

Los resultados pueden ser a corto, medio o largo plazo. Los resultados a corto plazo pueden ser evaluados inmediatamente después de la finalización del programa, mientras que los resultados intermedios y a largo plazo podrían medirse 6 y 12 meses después de la finalización del programa.

Los resultados deben ser relevantes para el objetivo general del programa y sus objetivos específicos y, asimismo, es fundamental comprobar si el programa es eficaz para alcanzar sus objetivos (resultados) e indicativo de cambios significativos en la población diana (impacto).

✓ *Elección del enfoque metodológico pertinente*

Existen diferentes enfoques metodológicos y algunos suelen considerarse más rigurosos o robustos que otros. Los enfoques metodológicos de evaluación se diferencian en la presencia o ausencia de un grupo de control en el estudio de los resultados e impacto, en cómo se asignan a los grupos los participantes en el estudio de resultados y en el número de veces o la frecuencia con la que se van a medir los resultados.

Los tres enfoques metodológicos básicos de la evaluación de la prevención de los consumos de drogas, de menos robustos a más robustos, son los siguientes (Arbex, 2013):

- *Pre-experimental*. Se define por la ausencia de un grupo de control y por la ausencia de asignación al azar. Sólo se realiza un seguimiento con los participantes del programa.
- *Cuasi-experimental*. Utiliza dos o más grupos en el estudio. Los grupos se seleccionan de grupos de personas que comparten una variable en común. El grupo de control es un grupo de individuos que participan en el estudio, pero no reciben la intervención principal que se está implementando.
- *Experimental*. El distintivo de este diseño es la aleatorización. La asignación aleatoria es una forma de distribuir a los participantes en el estudio de evaluación entre los diferentes grupos de estudio utilizando un proceso aleatorio, en lugar de la asignación de los participantes sobre la base de ciertos criterios.
- *Serie temporales*. Son mediciones reiteradas antes, durante y después de la realización del programa. Permiten comparar al grupo experimental consigo mismo a lo largo de una secuencia temporal y también con otros grupos de

comparación con mediciones similares. Las series temporales ofrecen una información relevante sobre la relación entre estímulo-efecto y sobre la influencia del contexto, aunque no permite establecer conclusiones totalmente fiables sobre los efectos netos de una intervención.

- ✓ *Identificación de las fuentes de verificación en base a los indicadores diseñados en la matriz de planificación previamente diseñada*

Dependiendo de los objetivos marcados, las fuentes de datos pueden provenir de la documentación generada por el programa, de la información facilitada por las personas que participan en el programa u otros mediadores que puedan proporcionar información y, por último, del equipo técnico involucrado en la implementación del programa.

- ✓ *Selección de los instrumentos para la recogida de la información: cuantitativos y cualitativos*

Para cada resultado debería preverse y seleccionarse un instrumento apropiado de medida. Dos características de los instrumentos son claves: la validez, entendida como el grado en que un instrumento mide lo que pretende medir, y la fiabilidad, que se refiere a la consistencia de un instrumento de medición.

Cuando un equipo evaluador puede demostrar que los instrumentos de medición utilizados han demostrado su validez y su fiabilidad se puede estar mucho más seguro de la calidad de los datos que aportan.

#### 1.4.2. Estándares de calidad en los programas de prevención

La investigación evaluativa se ha potenciado y se ha financiado cada vez más con el objetivo de proporcionar una guía sobre lo que funciona y lo que no funciona en prevención de drogas con menores en situación de riesgo. Un número cada vez mayor de revisiones y guías profesionales ha ayudado a mantener informados a los profesionales y a proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para su trabajo.

La inquietud sobre la calidad en las intervenciones encaminadas a la reducción de la demanda se enfocó, en un primer momento, en intentos de formular buenas prácticas o las mejores prácticas en materia de prevención, tratamiento y reducción de daños.

En este contexto, el Observatorio Europeo de las Drogas y de las Toxicomanías (OEDT, 2013) ha definido los estándares de calidad como un conjunto de principios o conjuntos de normas generalmente consensuados y aceptados por la comunidad científica con objeto de aplicar una intervención de la mejor manera posible.

Las normas de calidad con frecuencia se refieren a los aspectos estructurales formales que aseguran la calidad, tales como el contexto y la composición de los equipos profesionales. Sin embargo, también pueden referirse a aspectos de los procesos, tales como la adecuación de los contenidos, el proceso de la intervención o los procesos de evaluación.

El portal de buenas prácticas del OEDT se ha convertido en un recurso cada vez más importante para los profesionales, políticos e investigadores en el campo de las drogas. El portal también ofrece una visión general de las normas de calidad y directrices disponibles de la Unión Europea.

El informe de evaluación de la Comisión Europea (EMCDDA, 2009) recomendó prestar una mayor atención a la elaboración y aplicación efectiva de las directrices de calidad y puntos de referencia para las intervenciones eficaces en el campo de la reducción de la demanda.

En la Tabla 10 se incluye la lista de los 56 estándares de calidad que recogen el análisis y la valoración llevados a cabo por un grupo de expertos en prevención de drogodependencias de la Comisión Europea con los estándares mínimos de calidad que alcanzaron un alto consenso (EMCDDA, 2011).

Escala: 1= Imprescindible 2= Recomendable 3= Prescindible

**Tabla 10. Estándares de calidad (EMCDDA, 2011)**

<b>ESTÁNDARES</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción de riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.	80,3	19,7	0,0
2. La organización es consciente de los programas existentes y recientes que contribuyen a la prevención de drogas.	57,4	41,0	1,6
3. Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.	60,7	39,3	0,0
4. La población objetivo potencial es elegida de acuerdo con la evaluación de las necesidades.	60,7	39,3	0,0
5. La población objetivo está descrita incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.	70,5	26,2	3,3
6. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión que definan la población objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.	80,3	19,7	0,0
7. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa.	70,5	27,9	1,6
8. Se especifican los factores de riesgo y de protección que se consideran modificables en la población objetivo.	70,5	27,9	1,6
9. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo y líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación, empresarios, comerciantes, vecinos y familias.	63,9	34,4	1,7
10. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora, la organización receptora se considera como una parte interesada en el programa, las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado, la información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.	75,4	23,0	1,6
11. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.	62,3	32,8	4,9
12. Se valoran los recursos y las capacidades internas: recursos humanos y competencias del personal, experiencia previa, recursos de la organización, recursos tecnológicos, recursos financieros, conexiones con la población objetivo, red de contactos profesionales, otros recursos utilizables en el potencial programa de prevención.	55,8	42,6	1,6
13. Se especifica qué competencias son necesarias para una implementación exitosa del programa.	68,9	29,5	1,6
14. Si el personal disponible no tiene capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.	77,0	23,0	0,0
15. Existe un plan escrito del proyecto que es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados. Describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa. Informa sobre el modelo teórico adoptado. Detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados. Permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.	80,3	19,7	0,0
16. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención.	67,2	31,2	1,6

Evaluación de los resultados de la intervención familiar en programas de prevención indicada

17. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.	88,5	11,5	0,0
18. Los objetivos están determinados en función de la evaluación de necesidades. Son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables. Mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados. Tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado. Están formulados en términos de cambio esperado en los participantes.	86,9	13,1	0,0
19. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.	52,5	45,9	1,6
20. En la selección de las intervenciones existentes se considera si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto, si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo, si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto, si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles, los beneficios y las desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos, el equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido, la viabilidad de la intervención.	60,7	39,3	0,0
21. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con las necesidades de los participantes, el escenario elegido, el entorno operativo, la edad de los participantes y su grado de desarrollo, el género y la cultura de los participantes.	86,9	13,1	0,0
22. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación del lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención, el número de participantes por actividad.	83,6	16,4	0,0
23. El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con el modelo teórico explicativo utilizado para la intervención, los factores de riesgo y protección identificados en la población objetivo.	63,9	34,4	1,7
24. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.	60,7	32,8	6,5
25. Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes.	50,8	44,3	4,9
26. La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.	57,4	39,3	3,3
27. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.	60,7	39,3	0,0
28. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido.	59,0	37,7	3,3
29. La estrategia a seleccionar tiene en consideración las necesidades presentes y futuras y las expectativas de las partes interesadas.	50,8	47,5	1,7
30. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de manera que está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud, se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.	59,0	41,0	0,0
31. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.	67,2	31,2	1,6
32. Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.	67,2	29,5	3,3
33. Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa es asequible para la población objetivo, ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, garantiza la confidencialidad, evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia, facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.	68,9	29,5	1,6
34. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.	86,9	13,1	0,0

Evaluación de los resultados de la intervención familiar en programas de prevención indicada

35. Los materiales de apoyo utilizados en el marco de los programas de prevención han sido previamente validados, asegurando la adecuación de sus contenidos a las características de la población destinataria de los mismos.	49,2	49,2	1,6
36. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).	88,5	11,5	0,0
37. El consumo y la venta de alcohol, tabaco y drogas ilegales están prohibidos en las instalaciones del programa.	68,8	24,6	6,6
38. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.	60,7	39,3	0,0
39. Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada incluyendo seguimiento de la aplicación piloto, dificultades encontradas y soluciones propuestas, modificaciones realizadas en el diseño de la intervención.	65,6	31,1	3,3
40. La implementación está documentada, incluyendo la misma datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación, identificación de obstáculos y/o fracasos y la forma en que fueron recogidos, ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto, incidentes extraordinarios y las respuestas adoptadas para afrontarlos.	60,7	37,7	1,6
41. Se especifica cómo se realiza el proceso de seguimiento del programa.	68,9	29,5	1,6
42. La implementación de la intervención se modifica en función de los hallazgos del seguimiento.	67,2	32,8	0,0
43. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados, los momentos en que se realizarán las mediciones y los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.	78,7	21,3	0,0
44. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.	93,4	65,6	0,0
45. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.	88,5	11,5	0,0
46. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados están claramente descritos, aportan información relevante para los indicadores de evaluación, son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas, son consistentemente utilizadas.	77,1	22,9	0,0
47. La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.	57,4	42,6	0,0
48. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.	63,9	34,4	1,7
49. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye los indicadores que se van a utilizar, los momentos en que se van a medir los indicadores y los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.	75,4	24,6	0,0
50. Los indicadores de evaluación de proceso están relacionados con las actividades realizadas, están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.	77,1	22,9	0,0
51. El programa incluye un cronograma de las intervenciones a realizar.	82,0	18,0	0,0
52. El cronograma es claro y comprensible, coherente y realista, ilustra la secuencia de eventos y acciones, distingue entre las actividades de planificación, reclutamiento de los participantes, intervención, acciones relacionadas con el seguimiento y la evaluación y las tareas administrativas, ilustra los hitos en el progreso del programa e ilustra los plazos aplicables	68,9	31,1	0,0
53. La temporalización, duración y frecuencia de las actividades son las adecuadas para alcanzar los objetivos.	72,1	27,9	0,0
54. El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.	70,5	29,5	0,0
55. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.	78,7	19,7	1,6
56. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos preventivos del programa: si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas, si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de	72,1	27,9	0,0

diferentes sustancias, si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas, si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas, si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas, si se han modificado determinadas variables mediadoras.			
---	--	--	--

De estos estándares de calidad el 60% de los expertos consideraron imprescindibles 46 estándares, el 70% 25 estándares y el 75% valoraron como imprescindibles 19 estándares. Entre los estándares de calidad que obtuvieron la mayor aceptación por parte de los expertos se encuentran los que hacen referencia a los objetivos de la prevención, a la adecuación y adaptación del programa, del diseño de la intervención y de las actividades, a la recogida de la información acerca del problema sobre el que se interviene y por último, aquellos estándares que señalan la importancia de la evaluación de resultados.

#### 1.4.3. Criterios de evaluación de los programas de prevención

Los criterios de evaluación son los principios, normas o ideas de valoración en relación a los cuales se emite un juicio valorativo sobre el objeto evaluado (Saiz y Gómez, 2010). Según el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas varias son las razones por las que los criterios de calidad y basados en la evidencia científica mejoran la efectividad y la eficiencia de las intervenciones (COPOLAD, 2014):

- Aportan coherencia y solidez a las actuaciones a desarrollar, favoreciendo una ganancia esencial en el rigor metodológico a lo largo de todo el proceso de diseño, ejecución y evaluación de los programas y de los servicios.
- Favorecen la posibilidad de incorporar adaptaciones y mejoras en aquellos programas y servicios ya existentes.
- Permiten mejorar los resultados a medida que los programas van cumpliendo ciertos estándares.
- Ponen en valor y promueven el refuerzo de las instituciones que los sustentan e incrementan la visibilidad de su trabajo, a la vez que consolidan la sostenibilidad de los programas.
- Permiten resolver la inseguridad que genera invertir en programas de los que se desconocen sus resultados reales, así como disminuir el esfuerzo que implica estar persistentemente ensayando nuevos programas.

- Contribuyen al ahorro en las inversiones públicas realizadas para prevenir, atenuar o minimizar los problemas relacionados con el consumo de drogas, así como a reducir significativamente la asignación innecesaria de recursos producida por el mantenimiento de programas inefectivos.

A continuación se detallan los diferentes criterios de evaluación adoptados por las diferentes instituciones internacionales y nacionales del ámbito de las drogodependencias.

#### 1.4.3.1. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD)

COPOLAD es un programa de cooperación entre la Unión Europea y América Latina, dirigido a mejorar la coherencia, el equilibrio y el impacto de las políticas sobre drogas, a través del intercambio de experiencias, la coordinación entre regiones y el impulso de respuestas multisectoriales, integrales y coordinadas. Un proyecto realizado por este programa fue el Proyecto Calidad y Evidencia cuyo objetivo consistía en identificar, consensuar y difundir criterios que facilitaran la consideración de la calidad y la evidencia en la implementación de programas de reducción de la demanda de drogas (COPOLAD, 2014). En este proyecto se diferencian dos tipos de criterios de calidad:

- *Criterios básicos*: aquellos que, en función de la evidencia disponible, se consideran imprescindibles para que un programa de reducción de la demanda de drogas pueda ser acreditado.
- *Criterios avanzados*: aquellos que, adicionalmente, es deseable que cumplan los programas orientados al logro de la excelencia.

En la Tabla 11 se presentan los criterios básicos de los programas de prevención. Tanto los criterios básicos como los avanzados se diferencian en criterios funcionales o de proceso y en criterios de evaluación. Los criterios funcionales o de proceso, a su vez, se clasifican en determinadas fases: evaluación y análisis de necesidades, identificación e implicación de las partes interesadas, evaluación de recursos, diseño y formulación del programa y, por último, seguimiento del programa.

**Tabla 11. Criterios básicos de los programas de prevención (COPOLAD, 2014)**

<b>CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO</b>
<b>Evaluación y análisis de necesidades</b>
La información relevante, actualizada y fiable recogida y revisada sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluye: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.
Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.
La población objetivo está descrita, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.
Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión que definan la población objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.
Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el mismo trata de modificar.
El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados que está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante, es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención, permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas y permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.
Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.
<b>Identificación e implicación de las partes interesadas</b>
Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación, etc.
Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.
Si se prevé realizar el programa en una organización receptora, ésta se considera como una parte interesada en el programa, sus necesidades se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y si la información proporcionada es comprensible y le permite tomar una decisión sobre el mismo.
<b>Evaluación de recursos</b>
Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.
Si el personal no tiene la capacitación necesaria, se define un plan de formación.
<b>Diseño/formulación del programa</b>
Existe un plan escrito del proyecto claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados; describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa; informa sobre el modelo teórico adoptado; detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados; y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.
El proyecto define el criterio para el final de la intervención (logro de los objetivos, finalización de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).
Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.
Los objetivos están determinados en función de la evaluación de necesidades, son claros, comprensibles, realistas; están temporalmente definidos y son cuantificables; mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados

con los factores de riesgo y protección especificados; tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).
Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.
En la selección de las intervenciones existentes se considera si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto; si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo; si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto; si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles, los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos; el equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido; la viabilidad de la intervención.
El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con las necesidades de los participantes, el escenario, el entorno operativo, la edad de los participantes, su grado de desarrollo, su género y su cultura.
El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación del lenguaje, las actividades y métodos de aplicación; los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención; y el número de participantes por actividad.
El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.
El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora el mayor número de elementos posible de dichas evidencias y recomendaciones.
El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y prolongada debe ser la intervención, y viceversa.
El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.
Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.
Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.
Las actividades son coherentes con los objetivos señalados.
El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.
<b>Seguimiento del programa</b>
La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.
Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.
<b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>
Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye: los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados, los momentos en que se realizarán las mediciones y los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.
Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.
Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.
Los métodos y las herramientas utilizados para la recogida de los datos de resultados: están claramente descritos; aportan información relevante para los indicadores de evaluación; son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas; son consistentemente utilizadas.
Los datos (indicadores) de resultados son medidos antes y después de la intervención.
Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye: los indicadores que se van a

utilizar, los momentos en que se van a medir los indicadores y los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.
Los indicadores de evaluación de proceso: están relacionados con las actividades realizadas, están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.
Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.
Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del mismo en lo que concierne al uso de diferentes sustancias: si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo, si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo, si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas, si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial, si se han reducido los problemas relacionados con su uso y/o si se han modificado determinadas variables mediadoras.
Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo.
Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.
Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

En la Tabla 12 se presentan los criterios avanzados de los programas de prevención. Estos criterios se añaden a los criterios básicos en lo referente al diseño/formulación del programa, al seguimiento del programa y a la evaluación del mismo.

#### 1.4.3.1. *Exchange on Drug Demand Reduction Action* (EDDRA)

La base de datos EDDRA es el resultado final de un proyecto del OEDT destinado a facilitar información sobre actividades relacionadas con la reducción de la demanda de droga en la Unión Europea. El propósito de EDDRA es compilar las prácticas evaluadas en la reducción de la demanda de drogas que se llevan a cabo en los Estados miembros de la Unión Europea. Con el fin de tener en cuenta las diferencias en la calidad de las prácticas evaluadas se desarrollaron una serie de criterios (EMCDDA, 2012). Estos criterios se centran en la evaluación de la calidad de la intervención. Se utilizan para categorizar proyectos de acuerdo con tres niveles de calidad: nivel 1 (proyectos), nivel 2 (proyectos prometedores) y nivel 3 (proyectos de alto nivel).

✓ *Criterios para proyectos de nivel 1.* Todos los proyectos que cumplan con los siguientes criterios de inclusión son añadidos a EDDRA:

- El proyecto ha sido evaluado.
- Tiene una base teórica que está claramente relacionada con sus objetivos.

- Cuenta con indicadores claros de evaluación en el lugar que se relacionan con sus objetivos y situación inicial.
  - Contiene una descripción clara del diseño de la evaluación.
  - El proyecto debe ser de al menos un año de edad.
- ✓ *Criterios para proyectos de nivel 2 y 3.* Se determinan a través de un sistema de puntos (Tabla 13).

**Tabla 12. Criterios avanzados de los programas de prevención (COPOLAD, 2014)**

<b>CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO</b>
<b>Diseño/formulación del programa</b>
El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con el modelo teórico explicativo utilizado para la intervención y los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo.
Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes.
La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.
Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.
Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa es asequible para la población objetivo, ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, garantiza la confidencialidad, evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia, facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.
<b>Seguimiento del programa</b>
Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada, incluyendo el seguimiento de la aplicación piloto, las dificultades encontradas y las soluciones propuestas y las modificaciones realizadas en el diseño de la intervención.
La implementación está documentada, quedando registrados: datos periódicos de seguimiento de la implementación, en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación; identificación de obstáculos y/o fracasos y la forma en que fueron corregidos; ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto; incidentes extraordinarios y respuestas adoptadas para afrontarlos.
<b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>
La evaluación de resultados sigue a un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.
La audiencia objetivo está especificada, incluyendo a los participantes en el programa y sus evaluaciones, y a otras partes interesadas.
El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.

**Tabla 13. Criterios de calidad Nivel 2 y 3 de EDDRA (EMCDDA, 2012)**

<b>Modelo lógico</b>	<b>Puntos</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Puntos</b>	<b>Información adicional</b>	<b>Puntos</b>
Existen objetivos específicos	1	Evaluación de proceso	2	Coordinación con otros servicios y programas	2
Los objetivos específicos están vinculados a indicadores	1	-		-	
Los indicadores reducen los objetivos en una o más dimensiones cuantificables	1	-		-	
Los objetivos específicos se conectan a la situación inicial	1	-		-	
Los resultados presentados se refieren a los objetivos formulados	1	Evaluación de resultados: Evaluación de seguimiento	2	Los instrumentos utilizados para la evaluación de resultados están avalados por EMCDDA	2
La evaluación de resultados está disponible	1	Diseño pre-post, sin grupo de comparación	4	Los instrumentos utilizados para la evaluación de resultados son nuevos	1
Las hipótesis de trabajo presentadas se relacionan con la situación inicial	1	Diseño pre-post y grupo de comparación (cuasi-experimental)	8	Instrumentos validados por AND	1
Las hipótesis de trabajo están basadas en la evidencia	2	Diseño pre-post y grupo de comparación y asignación al azar	12	El manual del proyecto está disponible y entregado a la OEDT	2
Las hipótesis de trabajos se vinculan a los objetivos específicos y a los indicadores	2	La evaluación de resultados con instrumentos modificados basado en un instrumento validado	2	-	1
Las actividades se ajustan a los objetivos	1	Evaluación de resultados con instrumentos validados	4	-	
Las actividades se ajustan a los objetivos y a las hipótesis de trabajo	1	-		-	
	13		18		8

Aquellos programas que obtiene una puntuación mayor de 12 son calificados como *proyectos prometedores* y los programas que obtienen una puntuación por encima de los 28 puntos son considerados *proyectos de alto nivel*.

#### 1.4.3.2. La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA)

La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) es una agencia del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos que tiene como misión el desarrollo de una vida en la comunidad para todos. Para conseguir este objetivo, la agencia se ha orientado a crear y facilitar el tratamiento y la recuperación necesarios para personas que padecen o se encuentran en riesgo de sufrir problemas de salud mental o problemas relacionados con el abuso de sustancias.

El *National Registry of Evidence-based Programs and Practices* (NREPP) establece unas calificaciones de investigación que suponen indicadores de la fuerza de la evidencia que apoya los resultados de la intervención. Las puntuaciones más altas indican una evidencia más convincente.

Cada resultado tiene una clasificación por separado, porque las intervenciones se pueden orientar a múltiples resultados (por ejemplo, el consumo de alcohol, el consumo de marihuana, problemas de conducta en la escuela), y la evidencia que apoya los diferentes resultados puede variar.

El NREPP utiliza criterios estandarizados muy específicos para evaluar las intervenciones. Todos los colaboradores del NREPP que llevan a cabo las evaluaciones son entrenados en estos criterios y están obligados a utilizarlos para calcular sus calificaciones.

Cada revisor evalúa de forma independiente la calidad de la intervención y para ello informa de los resultados utilizando los siguientes seis criterios con una escala de 0 a 4, siendo 4 la calificación más alta dada.

1. Fiabilidad de las mediciones

Las medidas de resultado deben tener una fiabilidad aceptable para ser interpretables. "Aceptable" aquí significa fiabilidad a un nivel que convencionalmente se acepta por los expertos en la materia.

0 = Ausencia de pruebas de fiabilidad o no alcanza los niveles aceptables.

2 = Todos los tipos pertinentes de fiabilidad presentan niveles aceptables en los estudios por el solicitante.

4 = Todos los tipos pertinentes de fiabilidad se han documentado y están en niveles aceptables en los estudios por investigadores independientes.

2. Validez de las medidas

Las medidas de resultado deben tener una validez aceptable para ser interpretables. "Aceptable" aquí significa validez a un nivel que convencionalmente se acepta por los expertos en la materia.

0 = Ausencia de evidencia de validez, o alguna evidencia de que la medida no es válida.

2 = La medida tiene validez aparente; ausencia de pruebas de que la medida no es válida.

4 = La medida tiene una o más formas aceptables de validez de criterio (correlación con su caso, medidas validadas o criterios objetivos).

3. Fidelidad de la intervención

La intervención "experimental" implementada en un estudio debe tener fidelidad a la intervención propuesta por el solicitante. Se deben emplear instrumentos que han probado unas propiedades psicométricas aceptables.

0 = Ausencia de pruebas o única evidencia narrativa que el solicitante o el proveedor creen que la intervención se llevó a cabo con una fidelidad aceptable.

2 = Existe evidencia de la fidelidad aceptable en forma de juicio(s) por los expertos, recogida sistemática de datos (por ejemplo, la dosis, el tiempo dedicado a la formación, la adhesión a las directrices o un manual), o una medida de la fidelidad con propiedades psicométricas no especificadas o desconocidas.

4 = Hay evidencia de fidelidad aceptable desde un instrumento de fidelidad probada que ha demostrado tener fiabilidad y validez.

4. Datos que faltan y deserción

Los resultados del estudio pueden estar sesgados por desmotivación de los participantes y por falta de datos. Métodos estadísticos como el apoyo de la teoría y de la investigación se pueden emplear para controlar los datos faltantes y el desgaste de los participantes que podría sesgar los resultados, ya que los estudios más completos, sin

falta de datos, proporcionan la evidencia más fuerte de que los resultados no están sesgados.

0 = Los datos que faltan y la deserción de los participantes no se han tenido en cuenta.

2 = Los datos que faltan y el desgaste de los participantes se toman en cuenta por las estimaciones simples de los datos y observaciones, o por manifestaciones de similitud entre los restantes participantes y los que se pierden por abandono.

4 = Los datos que faltan y el desgaste de los participantes son tomados en cuenta por métodos más sofisticados.

##### 5. Las variables potenciales de confusión

A menudo variables distintas de las planteadas en la intervención pueden dar cuenta de los resultados informados. El grado en que los factores de confusión se contabilizan afecta a la fuerza de la inferencia causal.

0 = Las variables potenciales de confusión no se toman en cuenta y se identifican con las causas hipotéticas.

2 = Uno o varios posibles factores de no han sido tratados por completo, pero es probable que se haya informado de estos factores de confusión.

4 = Todas las variables potenciales de confusión conocidas han sido completamente abordadas para permitir la inferencia causal entre la intervención y el resultado informado.

##### 6. Adecuación de análisis

El análisis es el más adecuado para hacer una inferencia de que una intervención determinada provoca unos resultados concretos.

0 = El análisis no es apropiado para inferir las relaciones entre la intervención y los resultados, o el tamaño de la muestra es insuficiente.

2 = Algunos análisis pueden no haber sido apropiados para inferir relaciones entre la intervención y los resultados, o el tamaño de la muestra puede haber sido insuficiente.

4 = Los análisis fueron apropiados para inferir las relaciones entre la intervención y los resultados. El tamaño de la muestra y el poder estadístico son adecuados.

#### *1.4.3.3. The Social Research Unit at Dartington*

La Asociación Dartington para el Estudio y la Formación en Protección Infantil fue creada en el año 2001 con el apoyo de la Unidad de Investigación Social Dartington (Inglaterra). Su objetivo principal se centra en colaborar con los Servicios de Infancia y Protección Infantil en la mejora de la calidad y la eficacia de sus servicios, y, en consecuencia, de la situación de las niñas, niños y familias

en situación de riesgo y desprotección. La Asociación Dartington busca establecer un nexo de unión entre los conocimientos, las evidencias y los avances que proporcionan la investigación y la práctica profesional.

Las variables medidas por esta asociación son la calidad, el impacto de la intervención, la especificidad de la misma y la disponibilidad del sistema, pudiendo adquirir cada una de ellas dos calificaciones, suficientemente buena o buena. A continuación se detallan las variables evaluadas (Social Research Unit, 2012).

#### 1. Calidad de la evaluación

Esta dimensión responde a la siguiente pregunta: ¿el estudio sobre la eficacia y efectividad del programa produce resultados válidos y fiables?

##### Suficientemente buena

- La intervención ha sido evaluada por al menos un ensayo controlado aleatorio (ECA) o dos evaluaciones cuasi-experimentales (QED) (evaluación cuasi-experimental inicial y una réplica) con las siguientes características:
  - (A) La asignación a la intervención se encuentra en un nivel adecuado para la intervención, es decir, individual, escolar, familiar, etc. (para reducir los efectos colaterales)
  - (B) Los instrumentos de medición no son apropiados para la población intervención de foco y los resultados deseados.
  - (C) El análisis se basa en la "intención de tratar".
  - (D) Hay análisis estadísticos apropiados.
  - (E) El análisis de las diferencias de base indica la equivalencia entre los grupos de intervención y de comparación.
- Existe una clara exposición de las características demográficas de la población con la que se puso a prueba la intervención.
- Existe documentación con respecto a lo que los participantes recibieron en la intervención y a las condiciones hipotéticas.
- No hay evidencia significativa de deserción diferencial.
- Las medidas de resultado no dependen del contenido único de la intervención.
- Las medidas de resultados reflejan evidencia de éxito o dominios de resultado.
- Las medidas de resultado no se clasifican únicamente por la persona o personas que prestan la intervención.

##### Óptima

- Hay dos ensayos controlados aleatorios o un ensayo controlado aleatorio y una evaluación cuasi-experimental (en el que el análisis y controles descartan posibles amenazas a la validez interna).

- Hay un mínimo de un seguimiento a largo plazo (al menos 6 meses después de la finalización de la intervención) en al menos una medida de resultado que indica si los resultados se mantienen en el tiempo.
- Los resultados de la evaluación indican el grado en que la fidelidad de la aplicación afecta al impacto de la intervención.
- Se informa análisis de dosis-respuesta.
- No hay verificación de los fundamentos teóricos que sustentan la intervención, proporcionada por el análisis muestra que los efectos mediador se llevan a cabo por los motivos previstos.

## 2. El impacto de la intervención

Esta dimensión responde a la pregunta: ¿qué proporción de cambio positivo en resultados evolutivos clave puede ser atribuida al programa?

### Suficientemente buena

- Hay un impacto positivo en un dominio de resultado o el resultado del desarrollo clave.
- Hay un tamaño positivo y estadísticamente significativo del efecto, con el análisis realizado en el nivel de la asignación (o con la corrección apropiada) o hay un tamaño de la muestra ponderada del efecto medio de 0,2, con un tamaño de muestra de más de 500 individuos en todos los estudios.
- Hay una ausencia de efectos iatrogénicos de los participantes en la intervención. (Esto incluye todos los subgrupos y los resultados importantes).

### Óptima

- Se han llevado a cabo dos o más ensayos controlados aleatorios o al menos un ensayo controlado aleatorio y una evaluación cuasi-experimental, y cumple con los criterios metodológicos estipulados para una evaluación de calidad. Hay evidencia de un efecto positivo y de una ausencia de efectos iatrogénicos de la mayoría de los estudios.
- Hay evidencia de una relación dosis-respuesta positiva que cumple con la mejor norma metodológica para la identificación de esta evaluación de calidad.

## 3. Especificidad de intervención

Esta variable responde a las siguientes preguntas: ¿está el programa bien enfocado?, ¿es práctico y lógico? Los programas deben establecer claramente cuáles son los resultados en los que pretenden incidir y a qué grupo de personas benefician. Deben incluir una descripción precisa de los distintos componentes del programa y una explicación de por qué y cómo funciona el programa. Debe dejar clara la forma en que el programa abordará los factores de riesgo y de protección como un medio de lograr los resultados.

Suficientemente buena

- La población destinataria está claramente definida.
- Los resultados de la intervención están claramente especificados y son conocidos los resultados del desarrollo o dominios de resultado clave.
- Identificar factores de riesgo y de protección que la intervención busca cambiar, utilizando el modelo de la lógica de la intervención o teoría que explica por qué la intervención puede conducir a mejores resultados.
- Existe documentación sobre lo que comprende la intervención.

Óptima

- Hay una base de investigación que resume la evidencia empírica previa para apoyar los mecanismos causales que subyacen (factores de riesgo y factores de protección). Se busca el cambio en los resultados.

4. Disponibilidad de su diseminación

Esta variable responde a la pregunta: ¿cuenta el programa con el apoyo e información necesarios para posibilitar una implantación exitosa en las comunidades y en los sistemas de servicios públicos? Los programas aceptados en la base de datos también deben probar que pueden ser implementados de manera generalizada en las comunidades y los sistemas de servicios.

Suficientemente buena

- Hay procesos explícitos para asegurar que la actuación llega a las personas adecuadas.
- Hay materiales de capacitación y procedimientos de aplicación.
- Existe un manual que detalla la intervención.
- Hay información recibida acerca de los recursos financieros necesarios para realizar la intervención.
- Hay información recibida acerca de los recursos humanos necesarios para realizar la intervención.
- La intervención que se ha evaluado todavía está disponible.

Óptima

- La intervención está siendo ampliamente difundido.
- La intervención ha sido probado en las condiciones del "mundo real".
- El soporte técnico está disponible para ayudar a implementar la intervención en la nueva configuración.
- Hay un protocolo de la fidelidad o la lista de evaluación para acompañar a la intervención.

1.4.3.4. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías (Socidrogalcohol)

Socidrogalcohol ha elaborado una serie de criterios para clasificar los programas de prevención. Las puntuaciones conseguidas a través de este sistema no presuponen la calidad del programa, es decir, no valoran si éste es bueno o malo en sí mismo. Esta evaluación se basa, sobre todo, en analizar si el programa ha sido evaluado correctamente y, en caso que así sea, si ha conseguido resultados positivos (Becoña y Calafat, 2012).

Para su elaboración se han tenido en cuenta los criterios utilizados en proyectos similares (algunos ejemplos de estos criterios se incluyen en la Tabla 14), así como la opinión y experiencia de los miembros del comité científico. La calidad de los programas puede ser alta, moderada, baja y muy baja o sin evidencia.

**Tabla 14. Criterios de calidad utilizados por Socidrogalcohol (Becoña y Calafat, 2012)**

	<b>Definición</b>	<b>Tipo de investigación disponible sobre el programa</b>	<b>Criterios que se valoran del programa para establecer sus nivel de calidad</b>
Alta ****	Programas bien evaluados cuyo efecto ha sido demostrado a través de distintos estudios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigación con diseños aleatorizados, con grupo experimental y control y adecuado seguimiento.</li> <li>- Investigación cuasi-experimental, con muestras adecuadas, con grupo experimental y control, con adecuado seguimiento, realizadas por al menos dos grupos distintos de investigación.</li> <li>- Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado claramente buenos resultados a corto y a largo plazo.</li> </ul>	<p>El criterio básico de evaluación es la investigación de resultados con diseños aleatorizados, con un grupo experimental y un grupo de control, y un seguimiento de al menos un año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al menos dos grupos de investigación distintos han llegado a los mismos resultados positivos.</li> <li>- El programa tiene una adecuada fundamentación teórica.</li> <li>- El programa tiene objetivos claros, así como una estructura y tiempos de aplicación razonables para lograr buenos resultados.</li> <li>- El programa tiene un ajuste óptimo en cuanto a los recursos necesarios para su implementación.</li> <li>- También (opcionalmente) puede haber un análisis del proceso.</li> <li>- También (opcionalmente) puede haber un análisis de coste-eficiencia.</li> <li>- Los estudios están publicados en revistas con revisión por pares.</li> </ul>
Moderada	Programas que	- Investigación cuasi-	- El criterio básico de evaluación es la

***	habiendo demostrado ser eficaces precisan de mayor investigación para demostrar que su efecto se mantiene.	<p>experimental, con grupo experimental y grupo de control, y adecuado seguimiento.</p> <p>- Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado reducir el consumo, al final del tratamiento y en los seguimientos.</p>	<p>investigación de resultados, con diseños experimentales o cuasi experimentales, con un grupo experimental y un grupo de control, y un seguimiento de al menos un año.</p> <p>- El programa tiene algún nivel de fundamentación teórica.</p> <p>- El programa tiene objetivos claros, así como una estructura y tiempos de aplicación razonables para lograr buenos resultados.</p> <p>- El programa tiene en cuenta los recursos necesarios para su implementación.</p> <p>- También (opcionalmente) puede haber análisis del proceso.</p> <p>- También (opcionalmente) puede haber análisis de coste-eficiencia</p> <p>- Los estudios están publicados en revistas con revisión por pares.</p>
Baja **	Programas cuya eficacia no queda suficientemente demostrada y se precisa investigar más sobre el mismo para conocer la utilidad del programa.	<p>- Investigación cuasi-experimental, con grupo experimental y grupo de control, pero sin evaluación de resultados, solo del proceso o con evaluación de resultados deficiente (ej., sin seguimiento, solo con pre y post).</p> <p>- Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado cambios en la evaluación del proceso o resultados al final de la intervención.</p>	<p>- El criterio básico de evaluación puede ser la investigación de resultados con diseños cuasi-experimentales, con un grupo experimental y un grupo de control, con o sin seguimiento, y en donde no se encuentran diferencias significativas entre ellos.</p> <p>- El criterio básico de evaluación es la investigación de proceso.</p> <p>- Estudios en los que solo hay pre-post sin resultados de seguimiento, o éste es muy corto.</p> <p>- Sólo un grupo de investigación ha hecho los estudios con el programa.</p> <p>- El programa no tiene fundamentación teórica o no se basa en los modelos teóricos de referencia.</p> <p>- El programa tiene déficits en la delimitación de objetivos, estructura del programa y tiempos de aplicación del mismo.</p> <p>- El programa tiene otras deficiencias u otras lagunas en relación a recursos necesarios, modo de implementación, etc.</p> <p>- El estudio está publicado en una revista con revisión por pares, o en un informe elaborado por una institución, asociación etc.</p>
Muy baja/ Sin evidencia *	No hay evidencias, o bien son indirectas,	- Estudios descriptivos de los que no se puede concluir la utilidad del programa a nivel de	- El criterio básico de evaluación es la investigación de proceso o, si es de resultado, no se han obtenido diferencias entre el grupo

	insuficientes o contradictorias según los estudios realizados con el programa.	proceso ni de resultado.  - Estudios que tienen importantes deficiencias metodológicas.	experimental y control, se carece de grupo control, la muestra es insuficiente, el diseño es inadecuado o el estudio tiene otras deficiencias metodológicas. - No hay seguimiento o éste es muy corto. - No cumple los requisitos que se exigen a los programas de calidad moderada o baja. - El estudio está publicado en una revista con revisión por pares, en una revista divulgativa o en un informe elaborado por una institución, asociación etc.
--	--	---	---

### **1.5. Programas de prevención familiar implementados hasta la fecha**

Los criterios para valorar el éxito o fracaso en los resultados de los programas de prevención familiar están claramente definidos. Sin embargo, hay una visión positiva de la prevención familiar (Kumpfer et al., 2003) y una negativa (Cuijpers, 2003) que se sustentan en una gran cantidad de publicaciones y datos que tienen valoraciones diferentes y, en algún caso, antagónicas. Las diferencias en los resultados pueden deberse a una gran cantidad de variables que hacen difícil la obtención de conclusiones y a los distintos abordajes metodológicos que se utilizan en unos u otros estudios. Mientras Cuijpers (2003) indica que no hay pruebas suficientes de la eficacia de los programas de prevención familiar que justifiquen la implementación de los mismos a gran escala, en otro estudio del mismo año (Kumpfer, et al., 2003) se concluye que los programas centrados en la intervención familiar han mostrado sus efectos positivos.

Estas conclusiones tan diferentes pueden estar determinadas por criterios de efectividad dispares, y también por la gran diversidad de programas evaluados. Existe, en este sentido, un gran problema metodológico de difícil solución. Así, la efectividad de los programas puede medirse de acuerdo con que se alcancen o no objetivos distales o proximales. Los objetivos distales son la reducción del todo o parte del complejo de problemas conductuales que se aprecian en la adolescencia. En el caso concreto de las drogodependencias pueden formularse de la siguiente forma: reducción de la prevalencia del consumo de drogas, retraso de la edad de inicio, reducción del abuso, reducción del daño causado por el abuso (Cuijpers, 2003). Estos son los verdaderos

objetivos frente a los que se tiene que medir una estrategia o un programa de prevención, aunque el estudio de estos efectos distales requiere de largos períodos de seguimiento y la superación de graves problemas metodológicos (lucha contra el abandono o la mortalidad experimental, grandes muestras para detectar pequeños efectos, lucha contra la intervención de variables contaminadoras que reducen la validez de las conclusiones, etc.).

En una revisión realizada por Lloret, Espada, Cabrera y Burkhart (2013) se analizaron 85 programas de prevención familiar contenidos en la base de datos EDDRA, perteneciente al OEDT. De estos programas el 53% pertenecían a cuatro países: España, Alemania, Portugal e Irlanda. El 89% eran programa inespecíficos o de promoción de la salud, no estaban centrados en el tema de drogas, siendo uno de los objetivos principales de la prevención proporcionar información sobre las drogas. El 70% de los programas no planteaba entre sus objetivos la reducción o eliminación de los factores de riesgo familiares, presentando gran dispersión en los objetivos, técnicas y componentes. Una de sus principales conclusiones fue la baja adecuación entre la teoría y la práctica de los programas preventivos y la ausencia de cultura evaluadora en prevención familiar.

#### 1.5.1. Programas de prevención familiar evaluados en el ámbito internacional

Según una evaluación de las publicaciones habidas hasta el año 2000, se pudieron identificar 35 programas de intervención familiar con cierto nivel de efectividad (Alvarado y Kumpfer, 2000). De todos estos programas, sólo siete demostraron el nivel de efectividad más alto, que conlleva, como mínimo, dos pruebas de control aleatorias con resultados positivos llevadas a cabo por, al menos, dos equipos de investigación independientes con poblaciones distintas. De estos siete programas sólo cuatro se consideran de prevención primaria, debido a que los otros tres (*Functional Family Therapy*, *Multisystemic Family Therapy* y *Treatment Foster Care*) son técnicas de tratamiento familiar una vez que el adolescente presenta el problema que se intenta prevenir. Los cuatro programas que han demostrado una alta efectividad en sus resultados son *Helping the Noncompliant Child* (McMahon y Forehand, 2003), *The Incredible Years* (Webster-Stratton, 1990), *The Strengthening Families Program* (Kumpfer, DeMarsh y

Child, 1989; Molgaard, Spoth y Redmond, 2000) y *Preparing for the Drug Free Years* (Haggerty, Kosterman, Catalano y Hawkins, 1999). Los 28 programas restantes, o bien tenían un solo estudio con control aleatorio, o bien presentaban resultados de efectividad con diseños cuasi-experimentales.

Como se ha comentado anteriormente, a continuación se realiza una breve descripción de los cuatro programas citados en Alvarado y Kumpfer (2000) que han demostrado una elevada eficacia (Tabla 15).

**Tabla 15. Programas de prevención familiar altamente eficaces  
(Alvarado y Kumpfer, 2000)**

<b>Programa</b>	<b>Característica</b>	<b>Descripción</b>
<b>Helping the Noncompliant Child</b>	<i>Tipo de programa</i>	Entrenamiento de padres
	<i>Tipo de prevención</i>	Indicada
	<i>Población objetivo</i>	Niños de 3-8 años
	<i>Información</i>	(McMahon & Forehand, 2003)
	<i>Objetivos</i>	Largo plazo: prevención secundaria de serios problemas de conducta en pre-escolar y primaria y Prevención primaria de la delincuencia juvenil Corto plazo: interrupción de los estilos coercitivos en las interacciones padre-hijo y establecimiento de interacciones prosociales positivas; mejora de las habilidades parentales; incremento de las conductas prosociales infantiles y decremento de las conductas problema.
	<i>Duración del programa</i>	Promedio de 10 sesiones, de 60-90 minutos de duración
	<i>Técnicas utilizadas</i>	Demostración extensiva (Instrucción, modelado) Role-playing Práctica directa con los hijos dentro de la sesión
<i>Áreas de intervención</i>	Habilidades parentales: Incremento de la atención a las conductas positivas Ignorar las conductas disruptivas de poca importancia Dar órdenes claras a los hijos Reforzar o no reforzar adecuadamente	
<b>The Incredible Years</b>	<i>Tipo de programa</i>	Comprehensivo
	<i>Tipo de prevención</i>	Indicada y Selectiva
	<i>Población objetivo</i>	2-12 años
	<i>Información</i>	<a href="http://www.incredibleyears.com/">http://www.incredibleyears.com/</a>

	<i>Objetivos</i>	A largo plazo: prevenir la delincuencia, el uso de drogas y la violencia A corto plazo: reducir los problemas de conducta en los niños (las conductas desobedientes y negativas en casa y las disruptivas y violentas en clase), así como incrementar las habilidades sociales, emocionales, para la resolución de conflictos y su implicación académica y en la vida de la escuela.
	<i>Duración del programa</i>	La parte BASICA dirigida a los padres dura de 11 a 14 semanas, a razón de dos horas por semana La parte AVANZADA dura otras 14 sesiones
	<i>Técnicas utilizadas</i>	Instrucción, modelado Role-playing Discusión en grupo y ejercicios para casa Técnicas de resolución de problemas
	<i>Áreas de intervención</i>	Habilidades parentales: mejora de los vínculos emocionales, monitorización y supervisión, comunicación, establecimiento de límites, manejo de los incentivos y del castigo
<b>Strengthening Families Program</b>	<i>Tipo de programa</i>	Comprehensivo
	<i>Tipo de prevención</i>	Universal, Selectiva e Indicada
	<i>Población objetivo</i>	Depende de la versión del programa. La versión selectiva e indicada de Karol Kumpfer va dirigida a niños y jóvenes de 6-12 años. La versión de prevención universal de Virginia Molgaard tiene como objetivo la población de 10 a 14 años
	<i>Información</i>	Universal: <a href="http://www.extension.iastate.edu/sfp">http://www.extension.iastate.edu/sfp</a> Selectivo e Indicado: <a href="http://www.strengtheningfamiliesprogram.org">http://www.strengtheningfamiliesprogram.org</a>
	<i>Objetivos</i>	Su objetivo a largo plazo es reducir el uso de sustancias y los problemas de conducta en la adolescencia. A más corto plazo, busca mejorar las habilidades de crianza y educativas de los padres, y las habilidades y competencias interpersonales de los jóvenes.
	<i>Duración del programa</i>	En el caso del programa universal se compone de siete sesiones, de dos horas cada una. Se pueden dar cuatro sesiones más de recuerdo posteriormente.
	<i>Técnicas utilizadas</i>	Instrucción, modelado, role-playing, ejercicios para casa, juegos, técnicas de resolución de problemas. Participación activa de hijos y padres en sesiones conjuntas y separadas
	<i>Áreas de intervención</i>	Habilidades parentales: mejora de los vínculos emocionales, monitorización y supervisión, comunicación, establecimiento de límites, manejo de los incentivos y del castigo, técnicas de resolución de conflictos, manejo de la conducta conflictiva del joven
<b>Preparing for the Drug Free Years (Guiding Good Choices)</b>	<i>Tipo de programa</i>	Entrenamiento de padres
	<i>Tipo de prevención</i>	Universal
	<i>Población objetivo</i>	8-14 años
	<i>Información</i>	<a href="http://www.channing-bete.com/prevention-programs/guiding-good-choices/results-recognition.php">http://www.channing-bete.com/prevention-programs/guiding-good-choices/results-recognition.php</a>
	<i>Objetivos</i>	Su objetivo a largo plazo es reducir el uso de sustancias y los problemas de conducta en la adolescencia. A más corto plazo, pretende reforzar los vínculos familiares, y establecer normas claras

	para la conducta de los hijos. Los padres deben aprender cuál es la naturaleza del problema de las drogas, cómo facilitar que sus hijos se impliquen significativamente en la familia, habilidades conductuales, cognitivas y sociales que faciliten esa implicación, a dar refuerzos y contingencias adecuadas a las conductas de sus hijos, a usar las reuniones familiares para reforzar la comunicación y mejorar el vínculo con sus hijos, a establecer una posición de la familia frente a las drogas, a reforzar las habilidades de rechazo de las drogas por parte de sus hijos, a expresar y manejar el enfado de forma constructiva y a crearse su propia red de apoyo.
<i>Duración del programa</i>	5 sesiones de dos horas
<i>Técnicas utilizadas</i>	Instrucción, ensayo, modelado
<i>Áreas de intervención</i>	Información sobre los factores que influyen en el consumo de drogas y el papel de la familia en la prevención. Relaciones y comunicación familiares, habilidades de gestión familiar, habilidades educativas, habilidades de resolución y manejo de conflictos

A continuación, se exponen de manera exhaustiva los diferentes estudios realizados por Alvarado y Kumpfer (2000) que avalan la eficacia y efectividad de diferentes programas de prevención familiar en el ámbito internacional, entre los que se encuentran los cuatro programas descritos anteriormente.

✓ *Strengthening Families Program (SFP 10-14) y Life Skills Training (LST)*

En una serie de trabajos (Spath, Randall, Shin y Redmond, 2005; Spoth, Clair, Shin y Redmond, 2006; Spoth, Randall, Trudeau, Shin y Redmond, 2008; Spoth et al., 2002) se analizaron los efectos que tenían una intervención combinada de prevención familiar (SFP 10-14) y escolar (LST) sobre la iniciación y prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y marihuana en jóvenes. Los estudios indicaron que:

- *Al año de seguimiento*, la intervención combinada (SFP + LST) obtuvo mejores resultados que la aplicación exclusiva del programa de prevención escolar (LST), comparando los resultados con los obtenidos por un grupo de control. La medida que se tuvo en cuenta fue el “índice de iniciación a las sustancias”, y los resultados arrojaron una reducción de este índice en un 30% para la opción combinada, frente al 4,1% del programa de prevención escolar.
- *A los dos años y medio de seguimiento*, se incrementaron los consumos en los dos grupos (experimental y control), pero se mantuvieron las diferencias en el índice

de iniciación. Además se encontraron diferencias positivas en las borracheras semanales, pero no en el uso regular del alcohol.

- *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 grupo de tratamiento único. También se encontraron diferencias significativas en el índice de iniciación a sustancias, la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y marihuana, la frecuencia de borracheras, el uso mensual y el uso más frecuente de varias sustancias.

Gorman, Conde y Hurber (2007) realizaron un nuevo análisis de los datos referidos a la evaluación del SFP 10-14 y el LST hecha anteriormente por Spoth y colaboradores. Para estos autores, los análisis y las prácticas de presentación de los datos realizados en esos estudios condicionaban gravemente las conclusiones que se podían obtener. El trabajo de Gorman y colaboradores señalaba que los resultados obtenidos a medio y largo plazo con intervenciones breves eran siempre pequeños y que con el objetivo de conseguir conclusiones favorables se recurría a una ingeniería estadística poco exigente.

Sin embargo, alguno de los programas evaluados por Spoth y colaboradores han sido replicados en otros estudios con resultados favorables, como en el caso del SFP, en su versión para prevención selectiva (6-12 años). Kumpfer y colaboradores (2002) realizaron una investigación con dos grupos: el grupo experimental estaba formado por 333 participantes a los que aplicó el programa escolar *I Can Problem Solve* (ICPS) sólo o en compañía del SFP, completo o únicamente el módulo de enseñanza parental del SFP, y el grupo de control estaba formado por 322 de control de 6-7 años. Los datos resultantes de este estudio señalaron que la utilización conjunta del ICPS más el SFP completo era más efectiva. Las medidas de resultados se obtuvieron observando las diferencias entre los grupos, teniendo en cuenta medidas pre y post, en cinco variables: vínculo con la escuela, habilidades parentales, competencia social, relaciones familiares y auto-regulación.

Continuando con el SFP, se realizaron dos revisiones (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe y Breen, 2003; Kumpfer, et al., 2003) que arrojaron resultados positivos para el programa. El estudio de Kumpfer y colaboradores (2003) concluyó que la investigación existente avalaba la efectividad de cinco estrategias de intervención: instrucción parental conductual, instrucción en habilidades familiares, apoyo en casa a

la familia, terapia familiar breve y educación familiar. El SFP es el único programa que ha sido replicado con resultados positivos por investigadores independientes en diferentes contextos culturales y en distintos grupos de edad. De acuerdo con los autores, el SFP resultó efectivo en una primera investigación realizada con 278 familias, en las que el programa mejoró las habilidades sociales de los jóvenes, sus competencias sociales y las relaciones con los iguales. Además, mejoró las habilidades parentales en supervisión y disciplina, redujo el castigo físico excesivo y los trastornos del comportamiento infantiles. Después de este ensayo, se realizaron 15 replicaciones con adaptaciones culturales para familias de diversos grupos étnicos que mostraron la efectividad del SFP. Sin embargo, en dicho estudio no se suministran referencias de estos estudios de replicación.

La segunda es una revisión Cochrane sistemática (Foxcroft et al., 2003) cuyo objetivo fue identificar y resumir evaluaciones rigurosas de intervenciones psicosociales y educativas dirigidas a la prevención primaria del consumo de alcohol por jóvenes menores de 25 años a largo plazo. Se seleccionaron 56 estudios, de los cuales 20 no mostraron efectividad alguna. A largo plazo, más de 3 años, la única intervención que demostró tener efectos sobre la reducción del consumo de alcohol fue el SFP. Los autores señalaron que no se podían sacar conclusiones firmes sobre la efectividad de los programas y que el SFP necesitaría más investigación y evaluación que facilitara el desarrollo de aplicaciones preventivas mejor adaptadas al entorno cultural. Esta última contrasta con las conclusiones de la revisión hecha por Kumfer y colaboradores acerca de que el SFP había sido suficientemente contrastado con más de 15 estudios de acuerdo con ese criterio cultural.

Existen otros estudios, además de las revisiones de Alvarado y Kumpfer (2000), que analizan los efectos de la prevención familiar, desde el año 2000 hasta el presente.

- ✓ *Iowa Strengthening Families Program (ISFP) y Preparing for Drug Free Years Program (PDFY)*

La visión positiva de la intervención familiar en prevención primaria del consumo de drogas en los jóvenes es avalada por una serie de trabajos empíricos de

evaluación, desarrollados por Spoth sobre el *Iowa Strengthening Families Program* (ISFP) y el *Preparing for Drug Free Years Program* (PDFY). El PDFY se ha descrito anteriormente y el ISFP es una versión del SFP 10-14 que cuenta con un currículum idéntico en formato al original con sesiones separadas para los padres y los jóvenes, además de sesiones conjuntas para la práctica de diferentes habilidades. El ISFP fue probado con 446 familias del medio oeste de Estados Unidos que vivían en áreas estresadas económicamente. Los participantes en el estudio pertenecían a 22 distritos escolares rurales asignados al azar a la intervención y condiciones de control.

Los estudios, que abarcan desde el año 2001 hasta el 2006 (Spoth et al., 2004; Spoth, Shin, Guyll, Redmond y Azevedo, 2006; Spoth, Guyll y Day, 2002; Spoth, Redmond y Shin, 2001), indican que ambos programas son efectivos debido a que producen diferencias significativas con el grupo de control tanto en la iniciación como en el consumo actual de tabaco, alcohol y marihuana en los jóvenes. Indican que 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 dólar invertido, y en el del PDFY es de 5,85\$ por cada dólar invertido. Los resultados de estas intervenciones tan breves se mantienen en el tiempo. Así, ha podido mostrarse que se mantienen diferencias significativas entre el grupo de 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 de control. Por último, los beneficios de las intervenciones preventivas se producen sin estar relacionadas con el riesgo inicial de la familia, lo cual evidencia la amplia ventaja de estas intervenciones de prevención universal. Este mismo resultado se aprecia en otro trabajo de Guyll, Spoth, Chao, Wickrama y Russell (2004).

Un estudio sobre la efectividad del PDFY (Park et al., 2000) con niños de 6º grado (11-12 años) y con seguimientos a 1, 2 y 3 años y medio, señaló que los niños que participaron en el grupo de intervención tuvieron un menor aumento en el uso de alcohol y una mejora en las normas parentales relacionadas con el uso de alcohol por los adolescentes, comparado con el grupo de control. En el mismo sentido, y dentro del mismo estudio, se ha podido demostrar que el PDFY redujo los síntomas depresivos en la adolescencia (Mason et al., 2007). Aquí los síntomas depresivos se relacionan con de

la presencia de problemas familiares o de conducta como son el consumo de drogas. En esta evaluación se confirma la relación existente entre el uso de diversas sustancias y la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia.

✓ *Sowing the Seeds of Health*

En un estudio publicado por Litrownik et al. (2000) los autores estudiaron la efectividad de una intervención preventiva con un componente familiar con una muestra de 660 familias hispanas inmigrantes en San Diego, California. El programa estaba formado por ocho sesiones, de las cuales tres se desarrollaban de manera conjunta entre padres y adolescentes y el resto sólo para los jóvenes. Las sesiones contenían información sobre drogas y se trabajaron habilidades sociales y habilidades comunicativas entre padres e hijos. Las técnicas utilizadas para trabajar las habilidades de comunicación fueron el *role-playing*, el ensayo conductual y el modelado. Los resultados concluyeron que el programa mejoró la comunicación percibida entre padres e hijos en las familias menos numerosas. No se evaluó el impacto del programa sobre el consumo de sustancias en los jóvenes, pero se presumió algún efecto positivo debido a la mejora de la variable familiar.

✓ *Families in Action (FIA)*

En el mismo año se evaluó otro programa de prevención con componente familiar, el *Families in Action (FIA)* (Abbey, Pilgrim, Hendrickson y Buresh, 2000). Los objetivos de este programa con los adolescentes eran aumentar el vínculo del adolescente con la familia y la escuela, promover las relaciones positivas con los compañeros, fomentar actitudes de rechazo al consumo de drogas y mejorar la autoestima. Los objetivos pretendidos con los padres fueron aumentar la vinculación positiva con la familia (comunicación y estilo disciplinario) y la escuela (más interés por las actividades académicas de su hijo) y las actitudes de oposición del consumo de alcohol y drogas en menores. El programa estaba compuesto por 6 sesiones de 2,5 horas y media cada una, de carácter conjunto. En el estudio participaron dos grupos, uno experimental y otro de control cuya asignación no fue aleatoria. Los objetivos fueron alcanzados satisfactoriamente. Los estudiantes percibieron una mejora en la relación

familiar, en la vinculación con la escuela, en su autoestima, y consideraron menos aceptable el consumo de alcohol y drogas en los menores. Los padres del grupo experimental mostraron más oposición que los padres del grupo de control al uso de sustancias por los menores.

✓ *Strong African American Families*

En base a los fundamentos y estructura del SFP 10-14 se construyó un programa de prevención familiar universal dirigido específicamente a familias afro-americanas, denominado *Strong African American Families*, desarrollado y evaluado para reducir el uso del alcohol y las conductas sexuales prematuras en adolescentes afro-americanos de áreas desfavorecidas del sur de Estados Unidos. Este programa incorporó los resultados habidos con estudios específicos desarrollados en ese tipo de población sobre aspectos evolutivos y conductuales de los jóvenes en esas familias.

En un trabajo inicial Brody y colaboradores (2004) confirmaron que una intervención parental caracterizada por una mayor implicación y vigilancia de la conducta de los jóvenes, la facilitación de la socialización racial, la comunicación acerca del comportamiento sexual y las expectativas claras sobre el uso del alcohol, aumentaría los factores de protección de los jóvenes y, como consecuencia, se reducirían las probabilidades de implicarse en conductas de riesgo. Los factores de protección de los jóvenes fueron las actitudes negativas acerca del uso de alcohol y las conductas sexuales de riesgo, la orientación hacia metas futuras, la resistencia eficaz a la presión, la imagen negativa de los bebedores y la aceptación de la influencia de los padres.

En un segundo estudio estos autores pudieron comprobar que la aplicación del programa a una muestra aleatorizada de 332 familias (asignadas bien al grupo experimental, bien al grupo de control) demostró su efectividad a la hora de reducir el comportamiento de inicio y la curva de crecimiento del consumo de alcohol por parte de los adolescentes (Brody et al., 2006). La acción del programa se ejerció a través de dos grandes vías: la reacción social y la acción razonada. Según la primera vía, la intervención disminuyó el deseo de beber haciendo que las imágenes de los bebedores

fueran menos atractivas. A través de la segunda vía, los adolescentes tuvieron menos intención de beber alcohol, debido a que el programa incrementó la acción de los padres frente al alcohol, especialmente la comunicación a los hijos de sus expectativas en ese terreno (Gerrard et al., 2006).

✓ *STAR Parentig Program*

Se trata de un programa dirigido a familias con hijos en edad pre-escolar (1-5 años). Este programa se divide en cuatro grandes apartados (Fox y Fox, 1992). En el primero se enseña a los padres las principales claves de la interacción padres/hijos, cómo los pensamientos y los sentimientos de los hijos condicionan los pensamientos y emociones de los padres. El objetivo de este apartado es que los padres adquieran habilidades de autocontrol. En el segundo apartado se abordan las expectativas que los padres tienen de sus hijos, y se les enseña a ajustarlas a su momento evolutivo. En el tercer y cuarto apartados los contenidos se centran en los estilos educativos incidiendo sobre el cuidado paterno positivo y las formas más adecuadas para aplicar la disciplina.

En un estudio (Nicholson, Anderson, Fox y Brenner, 2002) realizado para evaluar la eficacia de este programa se compararon los resultados obtenidos con un grupo experimental formado por 26 familias con hijos de 1 a 5 años de bajo nivel de ingresos y con los resultados obtenidos por familias que pertenecían a un grupo de control en lista de espera. Los resultados señalaron que las familias que recibieron la intervención del programa *STAR* mejoraron en el estilo parental, el uso del castigo verbal y físico, sus niveles de estrés y de enfado, y la percepción sobre los problemas derivados de la conducta de su hijo en mayor medida que el grupo de control.

✓ *Triple P-Positive Parentig Program*

El programa denominado *Triple P-Positive Parenting Program* (Sanders, 1999) está diseñado para ser aplicado en familias que requieren una intervención más extensa e intensa debido a que presentan otro tipo de problemas. Está compuesto por cinco niveles escalonados de tratamiento que van aumentando su intensidad y su especialización. El *nivel 1* incluye una intervención de carácter universal con el objeto

de transmitir información a través de todo tipo de medios de comunicación, y con un alcance limitado a casos de bajo nivel de riesgo. En este nivel se puede llegar a tener contacto telefónico con un profesional con funciones de orientación. El *nivel 2* se enmarca dentro del ámbito de la intervención selectiva, se aporta información y consejo a padres preocupados por la conducta de su hijo. Puede implicar contactos cara a cara o telefónicos con un especialista. También puede suponer la asistencia a seminarios que tenga una duración de entre 60 y 90 minutos, con el objetivo de recibir información. El *nivel 3* está dirigido a padres con problemas específicos que requieran consulta y/o entrenamiento en habilidades parentales específicas. Este nivel consta de un breve programa de intervención con cuatro sesiones en el que se enseña a los padres a manejar algún problema concreto de sus hijos. En este nivel puede haber consultas, cara a cara o telefónicas, con un experto. En el *nivel 4* se amplía programa de los padres a 12 sesiones de 1 hora, para trabajar habilidades que les permitan abordar diferentes conductas de riesgo de sus hijos. Este nivel está indicado para padres que necesitan un entrenamiento más intensivo ya que tienen una mayor incapacidad para abordar problemas conductuales de los hijos más intensos y graves (como conductas agresivas, oposicionistas y desafiantes). Las sesiones incluyen abordaje individual, grupal o autoayuda, con o sin asistencia telefónica. Por último, el *nivel 5* está orientado a padres que presentan otros problemas familiares, además de los problemas de conducta del hijo. Se emplea una metodología individual con sesiones de una hora u hora y media. También se incluyen visitas al domicilio, estrategias para el control del estado de ánimo o habilidades para el manejo del estrés.

Varios estudios han evaluado la eficacia de este programa. El primer estudio (Sanders, Markie-Dadds, Tully y Bor, 2000) se llevó a cabo con 305 familias de “alto riesgo” (depresión materna, conflictos maritales, hogar monoparental, bajos ingresos) con hijos de 3 años de edad, en las que las madres estaban interesadas en algunos aspectos de la conducta de su hijo. Se utilizaron dos niveles de intervención familiar del programa Triple P más una condición de lista de espera, como control. Los dos grupos que recibieron la intervención familiar Triple P disminuyeron la conducta negativa de los hijos, redujeron las prácticas educativas inadecuadas y mejoraron la competencia parental. Además, estos padres mostraron un alto nivel de satisfacción con el programa.

El segundo trabajo (Bor, Sanders y Markie-Dadds, 2002) comparó dos variantes de intervención familiar conductual del programa Triple P con un grupo de control en lista de espera. En este estudio participaron 87 pre-escolares que presentaban trastornos de conducta o déficit atencional e hiperactividad. Los resultados mostraron que las familias de los grupos experimentales señalaron, en la postintervención, menos problemas en la conducta de sus hijos, menores niveles de actividad parental disfuncional y mayor competencia parental, en comparación con lo que sucedió en el grupo de control. Estos resultados se mantuvieron al año de seguimiento. Un resultado no esperado fue que el nivel de mayor intervención (el nivel 5) no obtuvo mejores resultados que la intervención de nivel 4.

En un tercer estudio (Leung, Sanders, Leung, Mak y Lau, 2003) se utilizó una muestra de 91 padres de origen chino y con hijos que iban desde los 3 a los 7 años. Los resultados de esta investigación avalaron los resultados del estudio de Bor y colaboradores (2002). En la postintervención, y en comparación con un grupo de control en lista de espera, los padres que recibieron el programa Triple P señalaron que sus hijos tenían menos conductas problema que al principio, y mostraron menos actividades parentales disfuncionales y un mayor sentido de la competencia parental.

Por último, otra investigación llevada a cabo en Australia también con este programa desarrollado dentro de servicios de salud infantil y comunitaria en un área metropolitana con un mayor porcentaje de personas que reciben ayudas sociales (Zubrick et al., 2005), encontró también resultados positivos. En un seguimiento de dos años, las familias del grupo experimental presentaron disminuciones significativas de problemas asociados al rol de padres, menos problemas de conducta infantil, mejor salud mental parental, mayor ajuste marital y menores niveles de conflicto ligados a la educación de los hijos.

✓ *EcoFit model Ecological Approach to Family Intervention and Treatment*

Se trata de una adaptación del anterior *Adolescent Transitions Program* (ATP) (Dishion, Reid y Patterson, 1988) que luego se llamaría *EcoFit model Ecological*

*Approach to Family Intervention and Treatment* (Dishion y Stormshak, 2007). El modelo se basa en la premisa de que es fundamental adecuar las intervenciones a las necesidades y motivaciones de cada familia con el objetivo de promover su participación y la efectividad de los programas. Este modelo está formado por tres niveles, el primero se caracteriza por crear un Centro de Recursos Familiares. En este centro, todas las familias del grupo experimental recibían una intervención universal, modelada por el programa de *Life Skills Training* (Botvin et al., 1990), además de asistencia telefónica, suministro de *feedback* de la conducta de sus hijos en la escuela y acceso a videos y libros. Si los factores de riesgo valorados aconsejaban una intervención de más intensidad, se les aplicaba una intervención breve en tres sesiones, llamada *Family Check-up*, que tiene una función motivacional y evaluadora. A partir de ahí, se pasaba a ajustar la intervención familiar con las necesidades específicas de cada caso, incluyendo servicios como intervención familiar conductual en grupos de padres, sistemas de monitorización para la conducta académica o social, gestión de casos o derivación a otros recursos comunitarios.

Dos estudios analizaron los resultados obtenidos tras la intervención realizada en el primer nivel que consiste en aplicar un programa a todo un grupo, sin relación con las necesidades específicas de cada uno de sus miembros. El primero de ellos (Dishion, Kavanagh, Schneiger, Nelson y Kaufman, 2002), se llevó a cabo con 672 estudiantes con edades comprendidas entre los 11 y 12 años y sus familiares, pertenecientes a un área metropolitana americana. Los resultados obtenidos mostraron que este programa es efectivo y eficiente para reducir el consumo de sustancias en los hijos, tanto en las familias de bajo como de alto riesgo.

En el segundo trabajo (Connell, Dishion, Yasui y Kavanagh, 2007), llevado a cabo con 998 estudiantes y sus familias, con las mismas características que el anterior, los resultados indican que los hijos de las familias a las que se les aplicó esta intervención tuvieron un menor consumo de drogas (alcohol, tabaco y marihuana), desarrollaron menos problemas conductuales, tuvieron menos probabilidades de recibir un diagnóstico de uso de sustancias o de arrestos policiales que los del grupo de control, en el seguimiento realizado a lo largo de cinco años.

Otros autores (Stormshak y Dishion, 2009) relacionaron este tipo de intervención con una reducción en el uso de sustancias y en las puntuaciones de depresión. Concretamente señalaron que los efectos más importantes se produjeron en aquellos jóvenes que presentaban un riesgo más alto y en las familias que tenían más necesidad de apoyo. Además, apuntaron que las reducciones de consumo en ese grupo de jóvenes estuvieron claramente asociadas a un aumento de las prácticas de monitorización familiares.

✓ *Family Matters*

Es un programa dirigido a reducir el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de la población general, enviando a la familia, por correo, 4 folletos y realizando intervenciones telefónicas con los padres. El programa no discrimina entre familias en las que el joven aún no ha consumido, con aquellas en las que ha empezado a consumir, y se aplica directamente con la población general, se enmarca dentro de la prevención universal. Este tipo de intervención pretende maximizar el número de familias sobre las que interviene y minimizar los factores que dificultan que las familias participen en los programas, reduciendo las exigencias de tiempo y ajustando el nivel de participación al interés de cada familia.

La forma en la que el programa *Family Matters* afecta el consumo presenta resultados contradictorios. Un estudio demostró que este tipo de intervención reducía el inicio del consumo de tabaco un 25% dentro de un grupo de jóvenes blancos no hispánicos, con edades entre 12 y 14 años en el seguimiento de un año, aunque no tuvo efecto en los jóvenes que pertenecían a otros grupos étnicos (Bauman et al., 2001b). Tampoco se encontraron diferencias en lo que se refiere al consumo de alcohol.

Otro estudio analizó la relación existente entre la modificación de las variables mediadoras sobre las que operaba el programa y los cambios en el uso de drogas por el adolescente (Ennett et al., 2001). No se pudo establecer casi ninguna relación significativa entre ambos, excepto en lo que se refiere a la supervisión familiar, el uso de sustancias parental y la implicación de los padres en la educación. La implicación de los padres sólo quedó demostrada en el caso del alcohol, pero no en el caso del tabaco.

✓ *Family Communications (FC) y Youth Anti-Tobacco Activities (YAT)*

Un trabajo (Gordon, Biglan y Smolkowski, 2008) utilizó un programa de prevención familiar (FC) junto con un programa de intervención directa con los jóvenes (YAT) para reducir su interés por el tabaco y modificar sus creencias normativas. El programa familiar constaba únicamente de una serie de videos, tareas para casa, incentivos por realizar dichas tareas y boletines para la familia remitidos por correo después de la distribución de los videos. El trabajo con estos materiales perseguía el objetivo de mejorar la comunicación familiar sobre el consumo de tabaco en jóvenes de 11-12 años. Los resultados no permitieron diferenciar los efectos producidos por la intervención familiar de la producida por la intervención que se dirigía directamente a los jóvenes. Pero, la intervención resultó efectiva para reducir el consumo de tabaco en los jóvenes que eran más susceptibles, tenían una imagen más positiva de los fumadores y tenían padres más tolerantes con la conducta de fumar.

✓ *Thinking Not Drinking: A SODAS City Adventure*

Con el propósito de eliminar algunos de los inconvenientes que presentaba la aplicación de los materiales utilizados por los programas de prevención universal, se buscaron nuevas formas de exponer a los jóvenes y sus familias a esos contenidos. Por esta razón, en un trabajo realizado por Schinke, Schwinn y Cole (2006) se estudió la efectividad de un programa de prevención universal informatizado, dirigido tanto a los adolescentes como a sus familias. La muestra de este estudio estaba compuesta por 513 adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y los 12 años. Los resultados señalaron que, después de cuatro años de seguimiento, las prevalencias de uso de tabaco, alcohol y cannabis en los últimos 30 días fueron menores en los dos grupos de intervención, bien sólo con el CD de intervención dirigido a jóvenes, o bien con un CD de intervención para jóvenes más un componente familiar. Este último grupo fue el que mejor resultados obtuvo.

✓ *Family Bereavement Program*

Este programa está diseñado para tratar los factores de riesgo y protección que condicionan la probabilidad de que aparezcan problemas de salud mental en niños que han sufrido la pérdida de una o de las dos figuras paternas (Sandler et al., 2003). En lo que se refiere al ámbito familiar, el programa trata de incrementar la calidad de la relación entre el cuidador y el niño, reducir tanto los problemas de salud mental del cuidador, como la exposición del niño a eventos negativos que puedan ser controlados por los cuidadores, y mejorar la aplicación de la disciplina. Participaron en el estudio 156 familias. Este grupo se componía de un 63% de familias monoparentales dirigidas por la madre, un 21% de familias monoparentales dirigidas por el padre y un 16% de familias que estaban encabezadas por familiares que no eran los padres o por amigos. Las familias fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental y al grupo de control. Los resultados se obtuvieron en el pretest, en el post-test y a los 11 meses de seguimiento. En esta fase del seguimiento, se observaron menores tasas de problemas internalizantes y externalizantes en el grupo experimental, aunque únicamente en el caso de las chicas y en los chicos que presentaban más problemas en la línea base. En este último caso la diferencia entre el grupo experimental y el control era del 18%.

✓ Programa para prevenir o reducir el consumo de alcohol y otras drogas

En uno de los pocos estudios realizado en Europa, concretamente en Croacia (Halmi y Golik-Gruber, 2002), se puso a prueba un programa de mejora de la resiliencia familiar para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas entre un grupo de jóvenes de alto riesgo con edades comprendidas entre los 12-14 años. Los autores señalaron que el programa tenía en cuenta las cuatro estrategias básicas para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en los jóvenes, que son la aportación de información, la educación emocional, la mejora de las competencias sociales y el aporte de alternativas al consumo. Estas estrategias se aplicaban a través de módulos educativos por servicios de atención temprana para los padres o cuidadores y jóvenes, y por servicios de atención familiar, en casos concretos. El programa utilizaba técnicas como el *role-playing* mediante modelado, ensayo y reforzamiento para mejorar las habilidades comunicativas entre padres e hijos. Los resultados indicaron que el programa fue

efectivo para modificar los conocimientos y convicciones de las familias sobre el consumo de alcohol u otras drogas, para incluir a los jóvenes en el establecimiento de reglas familiares para el consumo de alcohol y drogas y para mejorar el vínculo madre-hijo. Sin embargo, no se encontraron efectos indirectos sobre el consumo de alcohol y otras drogas en los jóvenes.

Así, se puede concluir que los programas de prevención familiar han demostrado su efectividad. En una rigurosa revisión Cochrane (Gates, McCambridge, Smith y Foxcroft, 2008) sobre los efectos de los programas preventivos no escolares que tenían como objetivo el consumo de drogas en los jóvenes se concluyó que los programas más efectivos eran los programas familiares. Kumpfer y Alvarado (2003) en una revisión realizada sobre principios de efectividad encontraron que el tamaño de efecto promedio en los programas familiares era superior (desde 0,31 hasta 1,62) que los que se dirigen sólo a los jóvenes (desde -0,05 hasta 0,28). Este informe resalta las características de los programas de prevención familiar que son más efectivos:

- Son multicomponente y comprehensivos.
- Están más centrados en la familia que en padres o hijos únicamente.
- Mejoran las relaciones y la comunicación familiares, así como la monitorización parental.
- Producen cambios cognitivos, afectivos y comportamentales en la dinámica y contexto familiares.
- Dan una intervención más extensa e intensa a las familias de riesgo.
- Son evolutivamente apropiados.
- Están ajustados al momento en que se está receptivo al cambio por parte de los destinatarios.
- Son más prematuros en el caso de casos muy disfuncionales.
- Se ajustan mejor a las tradiciones culturales, mejorando el reclutamiento, la retención y, a veces, los resultados.
- Usan incentivos para mejorar el reclutamiento.
- Son aplicados por personal capacitado (con encanto, calidez, humor, alta confianza en sí mismo, empatía, capacidad para estructurar las sesiones, directivo).
- Utilizan métodos de enseñanza interactivos.
- Desarrollan procesos colaborativos para que los padres identifiquen sus propias soluciones. Puede ser importante para reducir la resistencia y reducir el abandono de los padres.

En el mismo sentido se sitúa el análisis realizado por el informe publicado por el *Federal Centre for Health Education* de Alemania (Bühler y Kröger, 2008), cuando afirma que las intervenciones familiares tienen pruebas de efectividad mayores frente a

las escolares. Las conclusiones que se derivan en este informe de la valoración de los trabajos que evalúan la efectividad de los programas de prevención familiar son las siguientes:

- Las intervenciones de carácter comprensivo se han mostrado útiles para reducir o retrasar el consumo de los hijos (alcohol).
- Las intervenciones mono-componente, centradas en la formación parental, tienen efectos sobre los factores de riesgo, pero no sobre el consumo.
- Las medidas preventivas orientadas a la familia son particularmente efectivas con los no consumidores (alcohol).
- Las medidas más efectivas tienen las siguientes características:
  - a. Promocionar la interacción positiva de padres e hijos, formar a los padres de acuerdo con los principios de la aproximación del reforzamiento social, y en la aplicación de la disciplina constructiva.
  - b. Utilizar métodos de formación interactiva.
  - c. Tener una base teórica confirmada empíricamente.
  - d. La formación de mediadores.
  - e. Disponer de evaluación.
  - f. 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 (*settings*).
  - g. Tienen un material ajustado a los diferentes estadios de desarrollo.
  - h. Atienden al contexto comunitario y cultural.
  - i. Tienen una cantidad de tratamiento y seguimiento suficientes.
- El impacto sobre las conductas de consumo y los factores de riesgo es retardado (efectos durmientes).
- Las medidas para alcanzar a las familias de riesgo tienen éxito.
- Los efectos negativos sobre los factores de riesgo no pueden ser excluidos.
- Las medidas preventivas para los pre-escolares (3-5 años) deberían ser de carácter familiar.

Sin embargo, las conclusiones de un informe del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (McGrath, Sumnall, McVeigh y Bellis, 2006) cuestionan la superioridad de las prácticas de intervención familiar sobre otras formas de intervención. Afirman que se necesita más investigación para determinar si las intervenciones familiares son significativamente más efectivas que otros tipos de enfoques.

#### 1.5.2. Programas de prevención familiar evaluados en el ámbito nacional

La evaluación de programas preventivos se ha convertido en un objetivo central y con continuidad dentro del proyecto de promoción de intervenciones preventivas basadas en la evidencia realizado por Socidrogalcohol. Básicamente se evalúan

programas preventivos españoles con algún tipo de relevancia, pero también se incluyen ocasionalmente programas extranjeros conocidos o que merezcan algún interés especial. Estas evaluaciones se encuentran disponibles en la página web de esta organización. La responsabilidad de la evaluación es del Comité científico, pero también pueden participar miembros del Grupo de expertos. Esta evaluación se hace con la colaboración de los autores o responsables de los programas siempre que ello sea posible, siguiendo los criterios de selección de programas establecidos, que siguen estrictamente la metodología científica y que son similares a los otros proyectos similares (Alvira, 2000).

Como se explica en el apartado 1.4.3.5., en la Tabla 16 se recuerda la calificación planteada por Socidrogalcohol. A continuación, se describen algunos de los programas recogidos en la página web de Socidrogalcohol (<http://www.socidrogalcohol.org>).

**Tabla 16. Criterios de calidad utilizados por Socidrogalcohol (Becoña y Calafat, 2012)**

<b>CALIFICACIÓN PROGRAMAS</b>			
<b>Muy baja/Sin evidencia</b> *	<b>Baja</b> **	<b>Moderada</b> ***	<b>Alta</b> ****
No hay evidencias, o bien son indirectas, insuficientes o contradictorias según los estudios realizados con el programa	Programas cuya eficacia no queda suficientemente demostrada y se precisa investigar más sobre el mismo para conocer la utilidad del programa	Programas que habiendo demostrado ser eficaces precisan de mayor investigación para demostrar que su efecto se mantiene.	Programas bien evaluados cuyo efecto ha sido demostrado a través de distintos estudios.

1.5.2.1. Programa de competencia familiar (Adaptación Cultural del *Strengthening Families Program*)

El programa de competencia familiar es una adaptación cultural del *Strengthening Families Program* elaborado en el año 2007 por Kumpfer, Orte, Ballester y March (Orte, Ballester, March y Amer, 2013). El programa ha sido considerado por Socidrogalcohol de baja calidad. Se trata de un programa de prevención selectiva para familias de riesgo con hijos de 7-12 años que interviene sobre el consumo de drogas y

otros problemas de conducta mediante la mejora de las relaciones familiares y las competencias parentales, las habilidades sociales, y el comportamiento de los hijos.

El programa se dirige a familias consideradas de “alto riesgo” porque alguno de sus miembros ha sido consumidor de sustancias adictivas o por tener características sociales que pueden facilitar la implicación de los niños en comportamientos de riesgo de consumo de sustancias u otros comportamientos antisociales.

Entre los objetivos del programa se encuentran mejorar las relaciones familiares, aumentar las habilidades parentales, aumentar las competencias sociales de los hijos, mejorar el comportamiento de los hijos y prevenir y/o reducir el consumo de drogas y alcohol.

El programa cuenta con una evaluación de proceso y una evaluación de resultados. Los objetivos de la evaluación son detectar posibles dificultades en los participantes al programa o en el proceso de ejecución del mismo para solucionarlas, poder vincular los resultados obtenidos al proceso formativo y obtener información que permita mejorar los contenidos, materiales y el proceso de ejecución del programa.

Desde 2005 el equipo impulsor ha realizado diversas aplicaciones en las que ha recogido datos para analizar su factibilidad, evaluar el proceso y evaluar los resultados, con énfasis en familias vinculadas a Proyecto Hombre pero también a los servicios sociales. Para la evaluación se configuró un pequeño grupo de comparación formado por familias similares pero que no habían participado en el programa.

Además de la utilización de las listas de asistencia, la evaluación de la ejecución del programa se realizó a través de tres instrumentos:

- Cuestionario de evaluación del progreso de los participantes.
- Cuestionario de evaluación de la sesión por el formador o formadora.
- Cuestionario de fidelidad de la sesión

Respecto a la evaluación de proceso, se publicaron datos de la evaluación de proceso en familias vinculadas a Proyecto Hombre y familias pertenecientes a servicios

sociales. Las familias vinculadas a Proyecto Hombre tuvieron una retención alta en el programa, y una buena fidelidad de la realización de actividades. Las familias reclutadas por su participación en programas de los servicios sociales tuvo una retención menor en el programa (Gomila, Orte y Ballester, 2012; Orte et al., 2013; Orte, Touza y Ballester, 2007).

En lo referente a la evaluación de resultados se utilizaron diseños cuasi-experimentales con grupos de control y medidas pre-test y post-test, con criterios exigentes en la selección de los participantes. Los resultados se evaluaron mediante diversos instrumentos validados y/o utilizados en otros estudios similares por Kumpfer y otros investigadores (sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, escala de satisfacción familiar).

El Programa de Competencia Familiar demostró obtener buenos resultados, consistentes y de buena calidad, con familias en diversas situaciones de dificultad (Gomila et al., 2012; Orte et al., 2013; Orte et al., 2015). La mayoría de los cambios se produjeron respecto a la mejora de la comunicación y de las habilidades parentales. No se han presentado datos referidos al consumo de sustancias en los hijos de las familias participantes en comparación con un grupo de control que permitan confirmar la eficacia preventiva de la adaptación española del programa (Orte et al., 2013, Orte et al., 2015). De todos modos, de los datos de los estudios realizados en los Estados Unidos se desprende una fuerte asociación entre las puntuaciones en los factores familiares y un menor consumo de sustancias en los menores (Kumpfer y Jubani, 2013).

Posteriormente, se realizó una investigación con el objetivo de valorar el mantenimiento de los cambios producidos tras la intervención a los dos años de seguimiento (Orte, Ballester, Pozo y Vives, 2017). Respecto a los factores familiares referidos a los padres se confirmó el mantenimiento de los resultados obtenidos al final del programa y también se mantuvo la diferencia encontrada con los resultados de los grupos de control. La evolución seguida por las familias de servicios sociales fue más positiva que la evolución de las familias de Proyecto Hombre. Respecto a los factores familiares referidos a los hijos se confirmó también el mantenimiento de los buenos resultados observados al final de la aplicación del programa.

La evaluación de este programa cuenta con unos puntos fuertes y también con puntos débiles. Como punto fuerte se puede decir que es positivo disponer de la adaptación de un programa que en origen ha demostrado eficacia y cuya aplicación en España se ha intentado evaluar. La evaluación se ha ido reflejando en diversas publicaciones formales, y se están generando nuevas publicaciones al respecto. La metodología seguida parece haber utilizado instrumentos válidos o de uso habitual, y con una cierta exhaustividad.

Como aspectos a mejorar se encuentran los criterios de selección de los miembros del grupo control, ya que están poco detallados en la documentación revisada. En las publicaciones que documentan la evaluación de resultados el número de participantes en el grupo de control es pequeño si se compara con el grupo de intervención, hecho que puede producir algún sesgo en las comparaciones.

Las aplicaciones del programa que se han evaluado con mayor seguimiento se han concentrado en una población relativamente seleccionada. Los resultados obtenidos con estas evaluaciones no pueden generalizarse a otras familias de riesgo, ya que los requisitos de selección son exigentes (mantenimiento del núcleo familiar, permanencia en el programa hasta el alta, abstinencia prolongada, ausencia de otra patología, etc.) y estos criterios no se cumplen por muchos consumidores de drogas que buscan ayuda.

#### 1.5.2.2. Programa Entre todos

El programa Entre todos se elaboró por los miembros de la Comisión de Prevención de la Asociación Proyecto Hombre (Gil, 2005). Este programa, al igual que el anterior, ha obtenido una calificación de baja calidad por Socidrogalcohol. Se trata de un programa de prevención universal en el ámbito escolar y familiar que interviene sobre el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis) con alumnos desde 5º de primaria hasta 4º de ESO (10-16) años) y con sus familias. Este programa se lleva a cabo en los centros escolares por el profesorado y se aplica tanto al alumnado como a las familias.

Entre los objetivos del programa se encuentran por un lado, potenciar los factores de protección para evitar, disminuir o retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias y la progresión del consumo y por otro lado, desarrollar las habilidades sociales y personales que favorezcan la autonomía y el desarrollo personal (toma de decisiones, autoestima, habilidades sociales, pensamiento crítico, toma de decisiones, adquisición de hábitos saludables y ocio y tiempo libre).

Este programa cuenta con una evaluación de proceso realizada por Gil (2005) que constata que los profesores implementan las distintas unidades del programa por encima del 90% en las aulas. Cuando se valora la asistencia de las familias a las cuatro sesiones programadas, se observa que un 66% de los progenitores acuden a la primera sesión y un 30% a la cuarta sesión. El programa también prevé la realización de 9 fichas de actividades a ser realizadas conjuntamente entre el alumno y sus padres. La media de realización es del 45%.

También se aporta información de 5 grupos de discusión con profesores que habían implementado el programa. Los profesores se manifiestan positivamente sobre el programa encontrándolo interesante, y la metodología apropiada. También ofrecen algunas sugerencias como introducir más actividades prácticas o reforzar el papel institucional de la propia escuela. Los mismos profesores de estos grupos de discusión (32 en total) valoran entre un 7 y un 8 diversos aspectos del programa tanto en la implementación en la escuela, como en las tareas conjuntas que se realizan con los padres, como en las reuniones padres e hijos. Los técnicos de Proyecto Hombre que sirvieron de soporte a los profesores son valorados con un 9,3 sobre 10.

Este programa también cuenta con una evaluación de resultados. La primera evaluación de resultados se realizó durante el curso 2000-2001. De los 111 centros escolares que participaron 55 eran del grupo de tratamiento y 56 del grupo de control (la asignación a uno u otro grupo no fue aleatoria). En la evaluación se analizó el sesgo que podía haber generado el hecho de que se perdiese información sobre una serie de casos entre el pretest y el postest. Se encontraron diferencias significativas respecto al uso de alcohol en alguna vez y la última semana, pero no en el último mes, a favor del grupo experimental, pero no se midió la incidencia sobre las borracheras. También demostró la

eficacia sobre el consumo de tabaco. Hay que tener en cuenta que el período de seguimiento entre el final del programa y el posttest era muy breve.

Se realizó una segunda evaluación durante el curso 2003-2004. La muestra del estudio de evaluación estuvo compuesta por un total de 1.743 alumnos de los que 1.179 (el 67,6%) estaban asignados a la condición experimental o de tratamiento (aquellos que realizaron el programa) y 564 (el 32,4%) a la condición de grupo de control, todos en la Comunidad de Madrid. Pero esta evaluación no tuvo en cuenta cambios de consumo. Se mostró eficaz sobre la información sobre cannabis y sobre la intención de no consumirlo. Pero no parece que tuviese efecto sobre las otras sustancias.

La última evaluación realizada se ha llevado a cabo entre los años 2006 y 2010 en la ciudad de Córdoba (Quintero, Ortega y Fuentes, 2014). La metodología de trabajo se basó en un estudio longitudinal, con una duración de cuatro años, combinando instrumentos cuantitativos y cualitativos. Los resultados mostraron altos niveles de eficacia, tanto en el alumnado como en las familias, produciendo cambios de actitud y comportamientos preventivos en ambos sectores respectivamente. Sin embargo, los propios autores del estudio señalan importantes limitaciones del estudio.

El programa Entre todos presenta algunos aspectos a mejorar:

-Se trata de un programa basado en otros programas importantes evaluados como el programa americano *Life Skills training*. Pero, aunque hay tres intentos de evaluación de la presente adaptación, todos son claramente insuficientes pues el período de seguimiento tras la aplicación del programa ha sido breve, también hay problemas con la aleatorización de la muestra, etc.

-Es un programa que se ha venido aplicando en muchos lugares de España, gracias a la amplia implantación de la Asociación Proyecto Hombre. Pero al parecer la implementación actual es irregular en cuanto a la fidelidad del programa original, posiblemente debido a la insuficiencia de medios para que los profesionales ejerciten el adecuado apoyo a los profesores del programa.

-Aunque se trata de un programa estructurado, el número de sesiones ha ido reduciéndose a lo largo del tiempo para acomodarlas a los requerimientos de los centros escolares.

-La motivación del profesorado también ha disminuido a lo largo del tiempo siendo más difícil conseguir su implicación para enrolarse en el curso de formación y la posterior implantación del programa.

-La falta de recursos de algunos centros limita la implementación del programa familiar, haciendo que cuando este se implementa no se distribuya el manual para familias para reducir costes.

#### 1.5.2.3. Programa Conecta con tus hijos: cómo prevenir el consumo de drogas y otras conductas de riesgo

Este programa se llevó a cabo por la Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya en el año 2003 y apenas cuenta con evidencia científica. Se trata de un programa de prevención universal dirigido a madres y padres con hijos en edad de escolarización en los niveles de primaria (6-12) y de secundaria (12-16) para prevenir las conductas de riesgo relacionadas con los consumos de drogas (alcohol, tabaco, cannabis y drogas estimulantes). Concretamente, trabaja cuatro áreas específicas: los padres como modelos, la comunicación, los límites y normas y el grupo de amigos. De este modo, se trabaja activamente con los progenitores, para que niños y adolescentes desarrollen habilidades que les permitan vivir de manera más saludable (Subdirección General de Drogodependencias, 2003).

En un estudio realizado por Vilaregut., Mateu, Virgili, Rusiñol, Estrada y Cabra, (2012a) estos autores se plantearon tres objetivos. En primer lugar, describir y analizar las competencias o habilidades parentales que tenían los progenitores que acudieron a este programa. En segundo lugar, comprobar si existían diferencias entre los padres y las madres en referencia al rol parental. Y por último, conocer la relación entre el rol parental y el nivel de escolarización de los hijos. La muestra estuvo compuesta por 89 participantes de la provincia de Barcelona. El 75,3% (n= 67) fueron madres y 24,7% (n= 22) fueron padres.

Los resultados mostraron que los padres y las madres adoptaban conductas favorecedoras para prevenir conductas de riesgo, tenían creencias que relacionaban las conductas de riesgo con sentimientos de malestar y dificultades de comunicación en la familia y manifiestaban la necesidad de tener herramientas para aumentar sus habilidades parentales. Se encontraron diferencias significativas entre los padres y las madres cuando se trataba de ejercer sus capacidades parentales. Las madres disponían de más tiempo para atender a sus hijos, aplicaban el refuerzo positivo a las conductas

adecuadas de sus hijos en mayor medida que los padres, ejercían una mejor comunicación y de manera más habitual, así como presentaban una mayor predisposición a entablar conversaciones acerca de temas, como la sexualidad, con los hijos. Por último, se halló una interacción significativa entre el rol parental y el nivel de escolarización de los hijos.

En relación a la evaluación de resultados, se utilizó un diseño pre-test y post-test (Vilaregut, Vigili, Mateu y Carratalá, 2012b). La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico intencional. La muestra total entre los dos talleres fue de 478 participantes procedentes de todo el territorio catalán. El 76,6% (n = 366) fueron madres y el 23,4% (n = 112) fueron padres.

Los resultados mostraron que la mayoría de participantes del programa adoptaban conductas favorecedoras para prevenir conductas de riesgo antes de iniciar el programa, mostraban creencias que relacionaban las conductas de riesgo con sentimientos de malestar y dificultades de comunicación familiar y, finalmente, manifestaban la necesidad de tener herramientas para aumentar sus habilidades parentales.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la práctica de las habilidades parentales y, se observó una interacción significativa entre el rol parental y el nivel de escolarización de los hijos. No consta evaluación del efecto de la participación del programa por parte de los progenitores sobre las conductas de los hijos.

Uno de los puntos fuertes del programa es que interviene con uno de los pilares fundamentales de la prevención universal, la familia. El programa cuenta también con un material de trabajo bien elaborado, que cubre muchos de los aspectos fundamentales que se deben de tener en cuenta a la hora de prevenir el consumo desde la familia. La base teórica sustentada en los factores de riesgo/protección, la teoría de la resiliencia y la parentalidad positiva es adecuada para llevar a cabo un entrenamiento parental óptimo. Además, cuenta con una evaluación de proceso publicada en una revista científica con revisión por pares.

Sin embargo, se trata de un programa que consta únicamente de dos talleres que tienen una duración total de 4 horas, lo que resulta escaso para una formación adecuada de los progenitores como agentes preventivos. Además, se encuentran dificultades en la fidelización de los participantes para realizar los dos talleres. Así mismo, los talleres son realizados por progenitores con hijos en distintas etapas educativas (3 a 16 años), con necesidades y preocupaciones diferentes. El porcentaje de madres que participan en los talleres es significativamente más alta que el porcentaje de padres, lo que puede generar un pequeño desequilibrio a la hora de poner en práctica las habilidades aprendidas en los talleres. Por último, no existe una evaluación de resultados.

#### 1.5.2.4. Programa Aprender a comunicar

Se trata de un programa sin apenas evidencia científica realizado por Vallés, Verdú, Tàpia, Belda y Pedrosa (2013) y financiado por el Plan Nacional Sobre Drogas y por la Generalitat Valenciana.

Se trata de un programa de prevención universal, selectiva e indicada en el ámbito familiar. Según los autores se puede utilizar en prevención universal ya que puede dirigirse a todos los progenitores. También se adapta al trabajo en prevención selectiva pues puede ser utilizado en un subgrupo de familias que tienen adolescentes con un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de otras familias. Finalmente, utilizan también el programa en intervención indicada dirigido a un subgrupo concreto de la comunidad que ya tienen un nivel de conflicto familiar y que albergan adolescentes consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento.

Se trata de un programa preventivo de ámbito familiar que fomenta la comunicación bidireccional entre padres e hijos para incrementar el vínculo afectivo entre éstos con el fin de prevenir las conductas adictivas. El programa consta de 15 sesiones en las que se enseña a los padres las habilidades fundamentales para la comunicación. La edad de los hijos no es determinante para la utilización de las técnicas, ejemplos y actividades prácticas propuestas en el programa Aprender a Comunicar. Los padres con hijos de entre 3 y 18 años pueden beneficiarse del programa adaptándolo al momento evolutivo de su hijo con la colaboración del tutor. Además de

estar dirigido a los padres, también se puede trabajar con profesores y con profesionales de la psicología clínica.

El objetivo general del programa es reconocer y reducir los problemas más comunes en el proceso de comunicación. Para ello establece una serie de objetivos específicos entre los que se encuentran:

- Establecer coherencias entre lenguaje verbal y no verbal.
- Fomentar una comunicación operativa en la vida familiar.
- Evaluar y afrontar los momentos críticos de nuestros hijos.
- Reflexionar y aprender a través del modelado simbólico.
- Mejorar la calidad de las relaciones familiares.
- Fortalecer la vinculación afectiva emocional entre padres e hijos
- Tomar conciencia de la importancia de dedicar más tiempo a la convivencia y educación de nuestros hijos.
- Fomentar el modelado saludable para nuestros hijos.
- Dotar de una herramienta imprescindible sin la cual no podríamos aplicar ninguna de las estrategias que utilizamos en la educación y formación de nuestros hijos.

La evaluación de proceso se realizó con una serie de cuestionarios que valoraban los diferentes aspectos de la comunicación familiar. A lo largo de las sesiones de intervención los participantes evaluaban continuamente sus habilidades de comunicación, antes del desarrollo de la sesión específica encaminada a mejorar cada una de las variables de la comunicación familiar. Los hijos rellenaban los cuestionarios para evaluar la percepción que cada uno poseía de la comunicación de sus progenitores respecto a ellos. Esta perspectiva más amplia permitía a los padres tener una conciencia más plena de su capacidad de comunicación. Al mismo tiempo motivaba a los hijos a involucrarse en la mejora de la comunicación, dado que su opinión era valorada y reconocida a la hora de establecer y realizar los cambios oportunos para resolver los problemas en la comunicación familiar.

Un punto fuerte del programa es que se presenta bien estructurado, con una secuenciación de sesiones, con manual de aplicación del mismo y cuestionarios para aplicar tanto en las sesiones como entre sesiones, a padres e hijos. El programa utiliza un formato flexible, de tal modo que se usa la comunicación familiar como elemento vertebrador del programa, para la detección de problemas familiares y poder intervenir en ellos teniendo en cuenta la opinión de los hijos y de los padres.

El principal punto débil de este programa es que no se ha realizado sobre el mismo ni evaluación de proceso ni evaluación de resultados. Otro punto débil es que parte de numerosos modelos teóricos, procedentes de campos diversos y con teorías contradictorias entre sí, tanto del campo de la prevención como del tratamiento.

#### 1.5.2.5. Programa PROTEGO

El programa PROTEGO fue elaborado por Larriba, Duran y Suelves (2001) y desarrollado por la asociación Promoción y Desarrollo Social. Se trata de un programa de entrenamiento familiar en habilidades educativas para prevenir las drogodependencias, dirigido al trabajo con grupos de progenitores de preadolescentes y de adolescentes. PROTEGO es un programa de prevención selectiva que trabaja con grupos de padres y madres de familias con presencia de factores de riesgo y/o problemas incipientes de conducta en los hijos. Este programa se aplica en 8 sesiones de dos horas en las que se trabaja de manera activa y participativa la mejora de las habilidades educativas y de las relaciones entre los progenitores y los hijos. Los objetivos del programa son mejorar las habilidades educativas parentales, fortalecer los vínculos familiares y clarificar y establecer a los hijos la posición familiar respecto al consumo de drogas.

El programa PROTEGO cuenta con una evaluación de proceso sistemáticamente establecida anualmente y en el año 2014 se inició el desarrollo de una evaluación de resultados del programa en la que se preveía utilizar un diseño cuasi-experimental y cuya finalización estaba prevista para finales de 2015. A día de hoy no existen resultados disponibles. En la evaluación de proceso se miden indicadores de cobertura, utilidad y satisfacción. La cobertura se recoge a través de una hoja de registro que rellenan las personas que aplican la intervención. La utilidad y la satisfacción se miden mediante un cuestionario administrado a los participantes y a los hijos de los participantes.

La última evaluación de proceso se realizó tras la aplicación del programa a 79 progenitores, de los cuales el 87,4% fueron madres y el 12,6% fueron padres procedentes de la Comunidad Autónoma de Cataluña. El 65% de los progenitores que iniciaron el programa completaron al menos siete de las ocho sesiones. Se recogieron

indicadores de utilidad y de satisfacción tanto por parte de los profesionales que impartieron las sesiones como por parte de los progenitores participantes en las mismas. Respecto a la valoración de los profesionales, éstos señalaron como principal dificultad para el desarrollo del programa la captación de los participantes, así como la incompatibilidad de los horarios laborales, la falta de apoyos para hacerse cargo de los hijos mientras los progenitores realizaban el programa y los desplazamientos, en el caso de aquellos que acudían desde zonas rurales. Respecto a la valoración de los progenitores, una gran mayoría señaló una elevada satisfacción con el programa, además de una alta utilidad.

Uno de los puntos fuertes del programa es que se trata de un programa de prevención familiar selectiva, que tiene como objetivo prevenir el consumo de drogas en aquellos hijos que ya presentan problemas adaptativos o en aquellas familias que tienen ciertas carencias educativas. Se basa en modelos teóricos sólidos del ámbito de la prevención, además de apoyarse en experiencias previas desarrolladas en otros países.

El programa ha conseguido expandirse tanto en distintas comunidades españolas como en Latinoamérica o Rumanía. También ha servido para el desarrollo de otros programas basados en la familia. Resulta positivo el amplio acceso a los materiales en distintas webs y las adaptaciones a distintos contextos. Dispone de un manual con orientaciones e instrucciones detalladas y pormenorizadas para su aplicación. Está disponible en todo el país y es de acceso libre.

Sin embargo, como ocurre con otros programas de prevención familiar uno de los problemas es la captación de familias, bien sea por la falta de conciencia del problema o bien por los problemas prácticos habituales (incompatibilidad horaria o problemas de conciliación).

#### 1.5.2.6. Programa MONEO

El programa MONEO fue elaborado por Larriba, Duran y Suelves (2007) y desarrollado por la asociación Promoción y Desarrollo Social. Es un programa de prevención universal en el ámbito familiar dirigido a padres y madres con hijos

preadolescentes o en el inicio de la adolescencia que aborda el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

Modificar los factores de riesgo y de protección del entorno familiar para prevenir el abuso de drogas en los preadolescentes, mediante el incremento de la información sobre las drogas por parte de los padres, la mejora de sus habilidades educativas y la clarificación de la posición de la familia con relación al consumo de drogas.

El objetivo del programa es prevenir el abuso de drogas en los preadolescentes modificando los factores de riesgo y de protección del entorno familiar. El programa consta de cuatro sesiones grupales en las que se trabaja la información sobre drogas, la comunicación familiar, las normas y los límites y la posición familiar sobre el consumo de drogas.

La Comunidad de Castilla y León lleva aplicando este programa desde hace años con una oferta amplia y sistemática. El Comisionado para la Droga de esta Comunidad publica anualmente los resultados de la evaluación de proceso del programa MONEO. Estos resultados se muestran disponibles en Internet y la última memoria disponible es la del año 2015 (<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1131977300924>).

El programa MONEO está calificado de baja calidad y únicamente cuenta con una evaluación de proceso. Se miden indicadores de cobertura, utilidad y satisfacción. La cobertura se recoge a través de una hoja de registro que rellenan las personas que aplican la intervención. La utilidad y la satisfacción se miden mediante un cuestionario administrado a los participantes al finalizar la aplicación del programa.

Respecto a los indicadores de cobertura, los datos señalan que el programa fue realizado por 2.161, de los cuales el 84,4% fueron madres y el 15,6% padres. El 90% de los progenitores que iniciaron el programa completaron las cuatro sesiones del mismo. Respecto a los indicadores de utilidad y de satisfacción, la evaluación indica que el 99,6% de los participantes se sintieron más capacitados que antes de iniciar el programa para responder de manera adecuada a situaciones conflictivas relacionadas con la

conducta de sus hijos y que el 99,5% estaban satisfechos de haber participado en las sesiones de formación, mostrándose dispuestos a recomendar a otros padres participar en el programa. La valoración de los profesionales también fue positiva: un 90,5% consideraba que el grado de consecución de los objetivos había sido elevado y un 9,5% que había sido medio. Estos resultados fueron similares a los obtenidos en años anteriores. Además, los padres que completaron el programa el programa demandaban de forma generalizada una mayor duración y una ampliación de sus contenidos.

Hay que destacar que se trata de un programa de prevención familiar universal que deriva de otro programa de prevención selectiva (PROTEGO) de los mismos autores e institución. Está basado en modelos teóricos contrastados en el ámbito de la prevención familiar. Permite, según los autores, alcanzar una amplia cobertura (en los territorios donde de se ofrece de manera generalizada y sistemática) y permite trabajar con grupos grandes. Ha sido adoptado y es utilizado en otros países.

El programa cuenta con una evaluación de proceso (cobertura, utilidad y satisfacción). Dispone de un manual de aplicación con orientaciones e instrucciones definidas y especificadas para su aplicación. Este manual se encuentra disponible y accesible para la población en general. Como aspecto a mejorar es que no existe una evaluación de resultados.

#### 1.5.2.7. Programa LÍMITS

El programa LÍMITS fue elaborado por Larriba y Duran (2009) y desarrollado por la asociación Promoción y Desarrollo Social. Es un programa de prevención indicada dirigido a grupos de padres con hijos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años que han entrado en el circuito de la justicia juvenil. Los objetivos del programa se dirigen a mejorar las habilidades educativas parentales y a fortalecer los vínculos afectivos y relacionales entre padres e hijos a través de las habilidades de comunicación, la disciplina positiva, el seguimiento y la supervisión de la conducta de los hijos y la resolución de problemas con los mismos. Este programa, al igual que el programa MONEO, se basa en el programa PROTEGO.

El programa LÍMITS cuenta con una evaluación de proceso y actualmente se hallan inmersos en la elaboración de la evaluación de resultados. Se miden indicadores descriptivos de los menores, indicadores de cobertura, de utilidad y de satisfacción. Respecto al perfil de los hijos de los participantes en el programa, los datos señalan que el 60% se hallaban en régimen de libertad vigilada, el 28,9% bajo medidas de mediación y asesoramiento, el 6,7% estaban sometidos a medidas socioeducativas y el 4,4% sujetos a medida de internamiento cautelar. La edad media de los menores era de 16,4 años en los chicos y de 16,7 años en las chicas.

Durante el período 2007–2012 realizaron 23 aplicaciones del programa LÍMITS en 7 municipios de Cataluña, en las cuales participaron 277 progenitores (mayoritariamente madres). Respecto a los indicadores de utilidad y de satisfacción, la evaluación indica que el 98,5% de los participantes se sintieron más capacitados que antes de iniciar el programa para responder de manera adecuada a situaciones conflictivas relacionadas con la conducta de sus hijos y que el 99% de ellos afirmaron haber aprendido cosas que les ayudarían a mejorar la conducta de sus hijos. El 98,5% estaban satisfechos de haber participado en las sesiones de formación, mostrándose dispuestos a recomendar a otros padres participar en el programa. La valoración de los profesionales también fue positiva: un 94,1% recomendaría a otros compañeros participar en esta formación para la aplicación del programa.

Un aspecto fuerte del programa LÍMITS es que está basado en modelos teóricos contrastados en el ámbito de la prevención familiar. Previo al desarrollo del programa se realizó una evaluación de necesidades contando con la colaboración de profesionales conocedores de la población destinataria. Se apoya también en experiencias previas desarrolladas en otros países y habiéndose llevado a cabo una aplicación piloto anterior a la edición definitiva del programa.

Cuenta con una evaluación de proceso (cobertura, utilidad y satisfacción). Dispone de un manual con orientaciones e instrucciones detalladas y pormenorizadas para su aplicación. El manual del programa está disponible libremente en Internet. Como aspecto a mejorar es que no dispone de una evaluación de resultados (actualmente en curso) y está solo disponible en catalán.

#### 1.5.2.8. Programa SUSPERTU

El programa Suspertu es el programa de prevención indicada de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Surgió en el año 1997 dirigido a intervenir por un lado, con adolescentes con un consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas y por otro lado, con sus familias.

El objetivo del programa es prevenir el consumo problemático de drogas y otras conductas de riesgo entre los usuarios del programa, minimizando los factores de riesgo asociados al mismo, y favoreciendo el desarrollo de factores de protección. Con las familias se persigue el objetivo de reforzar las habilidades parentales y reforzar los progresos que experimentan tanto los padres como los hijos.

El programa Suspertu fue calificado de calidad muy baja por Socidrogalcohol ([www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/index.php?page=ficha049](http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/index.php?page=ficha049)) y de nivel 1 por EDDRA ([www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?by=country & value=Spain](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52006EN.html?by=country&value=Spain)), ya que no contaba con una evaluación de proceso ni de resultados. Como punto fuerte figuraba que el programa abordaba la problemática de los adolescentes en situaciones de riesgo desde distintas perspectivas complementarias. Se abordaba directamente al adolescente en riesgo, pero también había intervenciones previstas para la familia, la escuela y la comunidad.

Actualmente el programa Suspertu se encuentra en fase de evaluación a través de dos investigaciones cuyo objetivo está dirigido a evaluar los resultados de la intervención, tanto con los adolescentes como con los padres que participan en el programa.



## **2. LA PREVENCIÓN EN LA FAMILIA DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA**

### **2.1. Introducción**

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto de vida en común. En ella se forman fuertes sentimientos de pertenencia entre los individuos que la constituyen, se forja un compromiso personal entre sus miembros y se establecen fuertes relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Es el entorno en el cual se generan las relaciones más íntimas, generosas, seguras y duraderas. Se podría decir que es el más firme compromiso social que se da entre un grupo de personas, la alianza más resistente de apoyo mutuo (Arés, 2003).

La familia es muy valorada por la población española. Como se refleja en los últimos estudios realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) recogidos en la Tabla 17, se observa una tendencia clara y contundente a considerar a la familia como muy importante en la vida de las personas.

**Tabla 17. Valoración de la familia en los últimos años**

	<b>2016</b>	<b>2015</b>	<b>2014</b>	<b>2013</b>
<b>Muy importante</b>	83,2	81,9	83,3	91,1
<b>Nada importante</b>	0,0	0,2	0,3	0,3

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Centro de Investigaciones Sociológicas: 2013, 2014, 2015 y 2016.

Los criterios que mejor definen el concepto de familia son todos sutiles y están relacionados con metas, motivaciones y sentimientos, características más importantes que el propio vínculo legal, las relaciones de consanguinidad, el número de sus miembros o el reparto de roles. Son fundamentales, por un lado, la interdependencia, la comunicación y la intimidad entre los adultos implicados. Por otro lado, resulta esencial la relación de dependencia estable entre quien cuida y educa y quien es cuidado y educado. Por último, es crucial que esa relación esté basada en un compromiso personal de los padres entre sí y de los padres con los hijos (Barudy y Dantagnan, 2005).

Sin embargo, la familia no siempre es ese espacio entrañable y acogedor que proporciona la protección de sus miembros. La familia tiene también sus claroscuros y contradicciones. Y es que, hasta hace unas décadas, los asuntos familiares pertenecían al ámbito privado y todo lo que ocurría en su seno quedaba dentro. Así, el refrán *los trapos sucios se lavan en casa* muestra el pensamiento de una época en la que la familia llegó a ser una de las instituciones más violentas de la sociedad.

A la hora de definir la familia nos encontramos con una gran diversidad de definiciones y de realidades. Por un lado, hay sociólogos que plantean no hablar de *familia* sino de *familias* debido a la evolución de la misma y a las diferentes formas que ha ido adquiriendo (Elzo, 2004; Hernández y López, 2001). Hasta hace poco se ha utilizado el término *familia* para referirse principalmente a la *familia nuclear*, entendiendo por ésta el grupo formado por padre, madre e hijos comunes. Este concepto aparece en nuestra sociedad con la industrialización a lo largo del siglo XX.

Por otro lado, hay voces que se alzan ante este intento de sustituir el término *familia* por el de *familias*, así como el de *matrimonio* por el de *pareja* (Hernández-Sampelayo, Crespo y Pérez-Tomé, 2005). A pesar de estas diferencias, es evidente que el modelo de familia ha experimentado una serie de transformaciones a lo largo de los años, generando un amplio abanico de realidades. Transformaciones que no han evitado que la familia continúe desempeñando funciones afectivas y normativas que aportan seguridad en el desarrollo (Rondón, 2011).

Broderick (1993) define la familia como un sistema social abierto, dinámico, dirigido a metas y autorregulado. Además, ciertas facetas como su estructuración única de género y generación lo diferencian de otros sistemas sociales. Cada sistema individual familiar está configurado por sus propias facetas estructurales particulares (tamaño, complejidad, composición, estadio vital), las características psicobiológicas de sus miembros individuales (edad, género, fertilidad, salud, temperamento, etc.) y su posición sociocultural e histórica en su entorno más amplio.

Vielva, Pantoja y Abeijón (2001, pp. 20) definen la familia como “un sistema social natural con un conjunto de reglas, donde sus miembros han organizado una

estructura de poder, se han desarrollado formas abiertas y cubiertas de comunicación y han elaborado maneras de negociar y resolver problemas que permiten que las tareas se desarrollen adecuadamente”. En este sistema, los individuos están unidos unos a otros por lazos poderosos y duraderos, lazos emocionales recíprocos y lealtades que pueden fluctuar en intensidad a lo largo del tiempo, pero que persisten a lo largo de la vida familiar.

Palacios y Rodrigo (2001) la definen como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

Becoña (2002b, pp. 119) define la familia como “un grupo primario, grupo de convivencia interpersonal, con una relación de parentesco y con experiencias de intimidad que perduran a lo largo del tiempo”. Esto proporciona un largo proceso de convivencia entre sus miembros, desde el nacimiento hasta la emancipación, incluso toda la vida, aunque con cambios en la forma de relacionarse a lo largo del tiempo, debido a los nuevos roles que toman los que se hacen adultos. Además, la familia asume su papel y se compara con otras, adquiere su propia identidad con el objetivo de diferenciarse de las demás. Así, la familia viene a ser más que la suma de sus miembros, forma una unidad que se asienta en la historia de las generaciones previas y de su historia. Supone algo más que lazos biológicos y legales.

Lograr una definición aceptable de la familia se hace más difícil cuanto mejor se conocen las variaciones históricas y culturales, así como también la realidad contemporánea de formas familiares alternativas o acuerdos de vida domésticos. Las distintas definiciones de familia van a depender del marco teórico y de los planteamientos epistemológicos que asuma el investigador, así como del contexto sociocultural en el que se encuentre (Navarro, Musitu y Herrero, 2007).

## **2.2. La importancia de la familia en la prevención de conductas de riesgo**

### 2.2.1. Introducción

Una de las funciones más relevantes de la familia es la socialización de sus hijos. La socialización es el proceso a través del cual los niños u otros nuevos miembros de la sociedad aprenden la forma de vida de ésta. Es el principal canal de transmisión cultural a lo largo del tiempo y de las generaciones (Giddens, 2001). Concretamente, la socialización familiar se refiere al conjunto de procesos de interacción que se producen en el contexto familiar con el objetivo de transmitir a los hijos un determinado sistema de valores, normas y creencias. El proceso de socialización se extiende hasta la etapa de la adolescencia, aunque en esta etapa es necesario realizar importantes transformaciones debidas a los cambios que viven el adolescente y el sistema familiar durante esta transición. Tanto los cambios evolutivos como los cambios contextuales experimentados por el adolescente requieren de una reformulación de las estrategias de socialización y de las formas de relación entre padres e hijos, es decir, un cambio fundamental en el sistema familiar (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2004).

Uno de los cambios contextuales más importantes para el sistema familiar durante la adolescencia es la aparición de nuevos elementos de socialización diferentes al familiar, y que resultan fundamentales en la adolescencia. El grupo de iguales, el entorno escolar, los medios de comunicación, las redes sociales, comienzan a ser referentes imprescindibles y, en ocasiones, en conflicto con el entorno familiar. A pesar de la fuerza con la que estos grupos aparecen en la vida de los adolescentes, los padres siguen siendo las personas que se encuentran, potencialmente, en la mejor posición para proporcionar una socialización adecuada y prosocial a sus hijos.

Varias son las razones por las que esto ocurre. En primer lugar, hay razones biológicas de base para la influencia contextual que proporcionan los padres, el sistema padres-hijo nace con un sesgo determinado biológicamente que favorece la influencia parental. En segundo lugar, existen razones culturales. A pesar de los grandes competidores que tienen los padres en su rol de agentes socializadores, nuestra sociedad aún les otorga la principal autoridad en el cuidado de los hijos. Los padres tienen una

serie de derechos y responsabilidades legales en el ámbito del cuidado de los hijos que les permite el control sobre ellos. En tercer lugar, los padres son las personas con mayores posibilidades de establecer relaciones significativas con sus hijos. Desde el momento del nacimiento y, durante muchos años, los padres alimentan, dan cariño, protegen, cuidan y juegan con sus hijos, actividades que sientan las bases para una fuerte unión entre padres e hijos. Por último, los padres tienen una importancia primordial en los procesos de socialización porque cuentan con más oportunidades que ninguna otra persona de controlar y entender la conducta de sus hijos (Kuczynski y Lollis, 2001).

### 2.2.2. Perspectiva histórica: cambios en la familia en España

Las formas de organización familiar han sufrido cambios históricos importantes. El análisis que Reher (1996) ha hecho de la evolución de la familia en España desde el siglo XVII hasta finales del siglo XX pone de manifiesto que parte de la diversidad de la familia española que existe en la actualidad tiene muy hondas raíces históricas, concretamente con el viejo imperio romano. El análisis de la familia y de la vida familiar en el antiguo Egipto y Mesopotamia, así como entre los griegos y los romanos, muestra la importancia concedida desde muy antiguo a la vida familiar, a la valoración de la privacidad, las diferencias de roles entre hombres y mujeres, la regulación de las situaciones de separación, divorcio y adopción, y las cambiantes pautas educativas en función de la edad de los hijos.

En España se han producido cambios importantes en el contexto familiar, fundamentalmente desde 1975, que han conllevado la eliminación del modelo tradicional de familia. Todo el entramado que protegía la familia tradicional hasta 1975 ha sido suprimido del ordenamiento jurídico, desde antes incluso de la aprobación de la Constitución (Iglesias de Ussel, 1990).

Este giro tan radical se inicia más tardíamente que en otros países europeos, pero también antes de la transición española, pues en los años sesenta se inician los cambios con lentitud y posteriormente, con la transición, aceleradamente. Sus transformaciones se producen entonces con mayor rapidez que en otros países europeos, donde la

secuencia del cambio se inició antes y su ritmo fue más lento, en secuencias temporales más dilatadas. El ritmo rápido de cambio afecta a la inserción del sistema familiar en el propio sistema social, que se efectúa de manera diferente cuando las transformaciones ocurren aceleradamente.

El cambio más importante que experimenta la familia es que se ha pasado de una única configuración posible o monolítica a otra pluralista en la que las distintas modalidades de familias reclaman legitimidad social, y en ocasiones, regulación legal. El reconocimiento del pluralismo supone la ruptura con el anterior tipo único de familia, con una fuerte protección legal y social, que situaba a cualquier otra modalidad de convivencia fuera de la legalidad, cuando no condenada penalmente. Con sucesivos cambios, el sistema familiar ha quedado regulado de forma análoga a la de países de nuestro entorno. Otra cuestión es el grado de coincidencia entre las normas legales y los comportamientos sociales. El surgimiento del pluralismo se ha podido llevar a cabo gracias a una serie de factores como la incorporación de las mujeres al mundo laboral, la labor del movimiento feminista, los cambios en la regulación de la familia y la simbología asignada a ésta, entre muchos (Alberdi, 1994).

Iglesias de Ussel (2001) señala varios contextos de los cambios familiares. El contexto más relevante de los cambios familiares proviene de la incorporación masiva de la mujer al trabajo extradoméstico. Pero más importante que el incremento de la tasa de participación de la mujer en el mercado laboral son las condiciones en que se produce, con más edad, con un mayor nivel de estudios y con una mejor cualificación. Accede con más frecuencia a puestos de trabajo mejor remunerados y de mayor cualificación. Los cambios también se producen en el aspecto motivacional.

En el pasado, la mujer accedía a puestos con baja retribución económica y con la única finalidad de obtener ingresos. Hoy, el trabajo constituye un componente esencial de su propia identidad y en la definición de la biografía vital de las mujeres. Ahí radica la principal novedad: no en el hecho de que entren en el trabajo, sino en la continuidad, ya que no lo abandonan ni por casarse, ni por tener hijos.

La creciente incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar tiene profundos efectos en el sistema familiar. Favorece la consolidación real del equilibrio de poderes y la división de tareas dentro del hogar. Pero convierte en una opción real tanto la formalización como la finalización de una relación de pareja por vía de separación o divorcio. El escenario total de la relación familiar se altera por completo con el acceso de la mujer al trabajo en situaciones análogas a las del varón. En sí mismo, pues, se trata de uno de los cambios más radicales que afectan a los protagonistas de la vida familiar y a la totalidad de su vida cotidiana. Y hay que destacar que esta creciente incorporación al trabajo no ha generado una desafección de la mujer al matrimonio, ni tampoco unas elevadas tasas de divorcio en España.

Otro elemento de ese nuevo contexto lo constituye el movimiento feminista, cuestionando las estructuras patriarcales de la familia y, con sus críticas, promoviendo cambios tanto en la legislación como en las costumbres sociales. Hoy existe un discurso crítico sobre la familia, articulado fundamentalmente en torno al movimiento feminista. Este es un fenómeno nuevo en la sociedad española, donde nunca ha resultado accesible por la censura esa perspectiva crítica frente a la familia, tal vez con la excepción de ciertos momentos durante la II República.

Los cambios en la regulación legal de la familia se han producido de manera escalonada. Puede hablarse, pues, de una transición gradual también del cambio jurídico familiar. Esta sucesión de modificaciones ha favorecido una percepción de permanente actualidad de la familia como cambio; y favorece la creación de una imagen de la familia como cuestión abierta, problemática. En lugar de una estrategia de ruptura, con la modificación total y simultánea, el cambio en cascada ha favorecido la reproducción de debates sociales que aparentan la permanente modificación de comportamientos sociales sobre la familia y a ésta como cuestión disputada colectivamente.

Los cambios de manera escalonada han podido alimentar en determinados sectores unas imágenes de la familia en situación de incertidumbre. No tanto por los propios contenidos de los cambios, sino por su aparición escalonada, en una secuencia que puede parecer indefinida, abierta y, por tanto, como respuesta a una supuesta crisis de la familia o modificación sustantiva de comportamientos sociales.

### 2.2.3. Tipos de familia

Al realizar una tipología de familias existe una gran diversidad de clasificaciones dependiendo del objeto de estudio. Así, se pueden encontrar clasificaciones atendiendo a las relaciones internas y valores finalistas, a las personas que las conforman y conviven, a la estructura familiar que adoptan, a la cohesión y el vínculo afectivo y a la organización y el reparto de las funciones.

#### 2.2.3.1. En base a las relaciones internas y valores finalistas

En una investigación realizada por la Fundación de ayuda contra la drogadicción (Megías et al., 2003), clasificó las familias en cuatro tipos en razón de las relaciones internas establecidas entre sus miembros y de los valores considerados importantes para los mismos. En la Tabla 18 se resumen las características de las familias familista, conflictiva, nominal y adaptativa.

**Tabla 18. Tipología de familias en base a las relaciones internas y valores finalistas (Fundación de ayuda contra la drogadicción, 2003)**

<b>FAMILISTA (23,7%)</b>	<b>CONFLICTIVA (15,0%)</b>	<b>NOMINAL (42,9%)</b>	<b>ADAPTATIVA (18,4%)</b>
Núcleo familiar unido, con buenos modelos	Malas relaciones y conflictos	Coexistencia pacífica y negación de conflictos	Integra nuevos modelos familiares
Familia cerrada en sí misma	Mala comunicación y distancia padres/hijos	Sintonía en actitudes y valores entre padres/hijos	Buena comunicación Más conflictos entre padres/hijos
Altos niveles de socialización familiar	Normas rígidas con las que se choca continuamente	Socialización externa	Abierta a lo exterior

➤ *Familia familista o endogámica (23,7%)*

Según la perspectiva tradicional, es el modelo que mejor representa lo que debe ser una familia. Consiste en un sistema con un núcleo unido, con buenas relaciones, donde las responsabilidades de cada uno están claramente definidas, donde está muy

valorado el hacer cosas juntos, y cuenta con una gran capacidad para adaptarse a las diferentes circunstancias a las que se enfrenta la vida familiar. Se trata de un modelo de familia sostenido sobre principios que se pueden definir como ortodoxos: los padres valoran especialmente llevar una vida moral y digna, obtener un buen nivel de capacitación cultural y profesional, y piensan que es importante ganar dinero. También afirman tener en cuenta las decisiones de los hijos a la hora de tomar decisiones. Estas familias no buscan establecer relaciones externas, aunque esto no quiera decir que rechazan este tipo de relaciones; son familias que encuentran una gran satisfacción en el seno de su propia familia.

La relación entre padres e hijos es buena, y los hijos comparten la mayoría de los valores defendidos por sus padres. Los padres tienen sentimientos de capacidad y satisfacción ante la educación de sus hijos, los cuales responden a lo que esperan de ellos. Unido a esto, los cónyuges establecen un buen clima de colaboración en las tareas relativas a la educación de sus hijos.

➤ *Familia conflictiva (15,0%)*

Lo que define a estas familias son las malas relaciones entre sus miembros y los constantes conflictos que se viven entre padres e hijos por cuestiones diversas como pueden ser los consumos de drogas, cuestiones relacionadas con el sexo, las amistades o las relaciones entre los hermanos. La comunicación entre padres e hijos es deficitaria, en parte porque los padres valoran muy poco los valores considerados como juveniles (vivir al día, estética, importancia del ocio). Como consecuencia de esto, los padres no tienen en cuenta la opinión de sus hijos.

Son familias en las que queda muy claro quién ostenta la autoridad y en las que las normas y reglas son fijas e incuestionables, algo que puede revelar una cierta falta de flexibilidad en las relaciones entre los miembros. Sin embargo, discuten muy poco por cuestiones relacionadas con política y religión, probablemente por dos motivos: desinterés, o clima poco propicio para que se entable el diálogo entre padres e hijos.

Las razones que generan la situación de estas familias pueden tener su origen en los propios padres. Son padres con valores muy distintos a los de sus hijos, con una idea muy rígida de la familia y con un reparto de roles muy severo y determinado. Esto puede dar lugar a que, ante determinados comportamientos de los hijos, la fortaleza y rigidez de los valores de los padres favorezca mayores conflictos que los que se producirían en un clima familiar más flexible y conciliador, sin que los mismos padres tengan las habilidades necesarias para la negociación requerida para minimizar la severidad de los conflictos o buscar soluciones adecuadas.

Los padres de la familia conflictiva perciben, en proporciones superiores al resto, sensaciones de impotencia y hartazgo en relación a la familia y a los hijos. También en mayores proporciones que el resto de familias piensan que no volverían a tener hijos si pudieran, y quieren que sus hijos se vayan de casa porque no soportan más los conflictos que ocasionan. También, entre ellos, es importante el número de padres que piensan que la educación que recibieron no les permite educar adecuadamente a sus hijos.

Por su parte, los hijos de la familia conflictiva son los que peores relaciones tienen con sus hermanos, los que presentan bajo rendimiento escolar y los que verbalizan estar menos satisfechos con la vida que llevan.

➤ *Familia nominal (42,9%)*

Es el modelo que agrupa a más familias españolas, lo que sitúa las características de éstas en la media poblacional, y se definen más por lo que no son que por lo que son. Sólo hay un elemento en el que este tipo destaca por encima del resto de grupos: priorizar en su vida valores presentistas y consumistas. Los padres de la familia nominal apuntan, en proporciones positivas y superiores al resto, vivir al día sin pensar en el mañana, invertir tiempo y dinero en estar guapo y disponer de mucho tiempo libre y ocio.

Son familias en las que prevalece una aspiración de coexistencia pacífica. Los problemas en la relación con los hijos no se perciben con demasiada preocupación por

los padres, quienes tienden a normalizar determinadas situaciones justificándolas como situaciones normales durante la adolescencia y que se irán resolviendo conforme vayan madurando. Las discusiones en estas familias son escasas y la relación con los hijos se define como buena (ni muy buena, ni mala). Además, existe una correspondencia entre ambas percepciones, la de los padres y la de los hijos.

Los padres de este modelo familiar consideran la implicación de la pareja como un elemento necesario en la educación de los hijos, a pesar de considerar que sus relaciones con esta pareja son buenas o muy buenas. Fuera de la familia, las mayores exigencias se dirigen a los profesores, para que desarrollen mejor su labor educativa.

Los padres pertenecientes a este modelo familiar verbalizan sentirse frecuentemente desbordados y resignados con los problemas de su familia, concretamente con los relacionados con sus hijos, quienes invaden su vida y muestran exigencias económicas sin límites. A pesar de esto, los padres normalizan esos conflictos con los hijos, los minimizan, justifican y los aceptan resignadamente, por lo que no piensan que existan especiales problemas de convivencia.

Los padres e hijos de la familia nominal conciben el grupo de iguales como el espacio donde se dicen las cosas más importantes de la vida (socialización informal), lo que favorece que no se origine una ruptura generacional, al coexistir cierta sintonía entre lo que los padres quieren transmitir y lo que los hijos perciben.

Se trata de familias en las que el objetivo primordial es mantener una convivencia tranquila, cuando no el mantenimiento de una apariencia de tranquilidad, en lugar de velar por el crecimiento de sus miembros. Lo que prevalece es la ausencia de compromiso y una evitación sistemática de las situaciones de conflicto. Se produce una delegación de la educación de los hijos en otros agentes, como el centro educativo, el grupo de iguales, etc. Paradójicamente, una familia que en cierta medida niega su capacidad de socialización ha socializado claramente a los hijos, pero en un tono de falta de compromiso.

➤ *Familia adaptativa (18,4%)*

Este modelo integra a los nuevos y emergentes modelos familiares, que manifiestan los nuevos problemas a los que hacen frente las familias. Se identifica por una constante búsqueda de adaptación a los constantes cambios que acontecen en la sociedad, a los nuevos roles de hombres y mujeres y al creciente protagonismo y libertad de los hijos. Hijos que se permanecen durante más tiempo en el hogar familiar, pero que, al mismo tiempo, reclaman su cuota de autonomía y libertad.

Este modelo se define por una gran flexibilidad ya que las responsabilidades de cada uno están en constante revisión, las normas y las acciones familiares cambian continuamente. Los padres tienen en cuenta las opiniones de los hijos y la comunicación entre los miembros es adecuada, aunque no evita los conflictos que pueden surgir por las decisiones tomadas en el seno de la familia, y las discrepancias por situaciones cotidianas como los horarios o la colaboración en tareas de la casa son frecuentes, aunque se entienden y sobrellevan. El clima en esta familia es algo más tenso que en la media poblacional, y se dan algunas situaciones complicadas derivadas, probablemente, de lo poco asentado de este modelo familiar.

Estas familias valoran y defienden la apertura de la unidad familiar a los demás y a lo que sucede alrededor. Es, en definitiva, una familia que, sin infravalorar en absoluto su propia importancia, no cree que el mundo se acabe en las relaciones familiares y está en constante adaptación y adecuación a una realidad social que sigue con atención.

Cabe destacar que los padres de la familia adaptativa tienen el más elevado nivel sociocultural, realizan reivindicaciones sociales y educativas para las familias. Valoran, en mayor medida que el resto, a los centros educativos como los lugares donde se dicen las cosas más importantes, y destacan en la defensa de valores como la solidaridad, la tolerancia, el respeto, la honradez y la lealtad.

Esos mismos padres tienen la percepción de una adecuada resolución de los conflictos de convivencia con sus hijos y apenas aprecian sentimientos de

desbordamiento y hartazgo. Reconocen que los hijos no son como ellos han querido educarlos, aunque tampoco han aspirado a ello, existe un respeto a las decisiones de los hijos.

#### 2.2.3.2. Según la estructura familiar

La estructura familiar se refiere a los elementos propios del sistema, el número de personas que conforman el grupo familiar y las relaciones que se establecen entre sus miembros (Martínez, Álvarez y Fernández, 2009). Desde esta perspectiva las familias se clasifican en:

- *Familias extensas*: en las que conviven varias generaciones y parientes de distinto grado en el mismo hogar. Dentro de esta tipología se diferencian dos subcategorías. En primer lugar, se encuentra la familia multigeneracional o patriarcal, constituida por tres generaciones que conviven bajo el mismo techo y bajo la autoridad del hombre de más edad. En segundo lugar, está la familia multinuclear, en la que conviven dos generaciones con sus respectivas familias.
- *Familias nucleares*: en las que conviven exclusivamente padres e hijos. Se identifica con la pareja heterosexual y todos los miembros del grupo comparten el mismo espacio físico y patrimonios comunes.
- *Familias monoparentales*: en las que convive un progenitor (padre o madre) y los hijos que dependen de éste. Habitualmente, resultan del fallecimiento o separación de uno de los cónyuges, aunque también surge por propia iniciativa.
- *Familias reconstituidas*: se forman con la unión de progenitores que han formado otras familias previamente, las cuales se han roto por diversas causas. En ellas conviven los hijos de anteriores uniones. En el contexto de la Unión Europea, es el tercer tipo de familia más frecuente después de las familias completas y monoparentales.
- *Familias agregadas*: este concepto se refiere a los grupos familiares cuyos miembros viven en régimen de cohabitación, sin contrato legal que certifique la unión. Su funcionamiento es similar al de las familias legalizadas.
- *Familias de acogida*: familias, generalmente nucleares o de núcleo estricto, que, con el apoyo de la administración pública, acogen temporalmente a niños que no pueden ser atendidos convenientemente por sus padres biológicos.
- *Familia trasnacional*: este modelo viene experimentando un aumento notable en los últimos años y está relacionado con el fenómeno de la inmigración. Alude a aquellos grupos que mantienen múltiples conexiones con sus países de origen, donde en muchas ocasiones han dejado algún miembro de su familia (hijos, parejas, etc.).

- *Hogares unipersonales*: formados por una persona. Surgen por diversas causas como puede ser la desaparición de uno de los miembros de la pareja por separación o fallecimiento, por independencia de los hijos, por decisión personal de ejercer la soltería, etc.
- *Otras familias*: ciertos grupos sociales, como las personas homosexuales, reivindican el derecho de reconocimiento de las relaciones de pareja estable, así como la equiparación de sus derechos con las parejas de distinto sexo.

### 2.2.3.3. Según la cohesión y el vínculo afectivo

El Modelo Circunflejo de Olson (1989) está basado en el grado de cohesión o grado de vínculo afectivo, dependiendo de la jerarquía y los límites. También evalúa la adaptabilidad, entendida esta como la capacidad de cambio y adaptación al contexto social y a las exigencias del ciclo vital (Figura 1).



**Figura 1. Modelo Circunflejo de Olson (1989)**

El modelo, denominado Circunflejo, explica el funcionamiento familiar a partir de tres dimensiones fundamentales: la *cohesión*, definida como los lazos emocionales que los miembros del sistema familiar establecen con respecto al resto de los miembros, así como el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar; la *adaptabilidad*, que hace referencia a la habilidad del sistema marital/familiar para cambiar de estructura (poder, normas y límites) en respuesta a situaciones estresantes

vividas; y la *comunicación*, que ejerce funciones facilitadoras con respecto a las dos dimensiones anteriores.

Según la dimensión de la cohesión, las familias pueden clasificarse en familias aglutinadas, unidas, independientes y desligadas. Las *familias aglutinadas* se definen por un alto grado de dependencia entre los miembros de la familia, además de por establecer límites difusos y normas muy estrictas y limitar la autonomía e identidad personal. Las *familias unidas* poseen límites externos semiabiertos y límites intergeneracionales claros, la toma de decisiones es compartida y los miembros cuentan con un espacio para su desarrollo individual. Las *familias independientes* establecen límites internos y externos semiabiertos y los límites intergeneracionales están claros. Las decisiones individuales priman sobre las familiares, pero poseen la capacidad de tomar decisiones conjuntamente cuando es necesario.

Según la dimensión de la adaptabilidad, las familias se diferencian en familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Las familias rígidas se caracterizan por una excesiva responsabilidad y por tener normas inflexibles. Las familias estructuradas son organizadas, centradas y el liderazgo lo ostentan los padres. Las responsabilidades y las normas están bien definidas. Las familias flexibles son democráticas y el liderazgo está distribuido. Se promueve el pensamiento autónomo de los miembros. Las familias caóticas se definen por la ausencia de responsabilidades y de límites familiares. No hay normas y las reglas cambian constantemente.

Según Olson, las familias más equilibradas, aquellas que tienen un mayor repertorio conductual y tienen más capacidad para adaptarse a los cambios, son más capaces de cambiar, presentan niveles centrales de cohesión y adaptabilidad y se consideran las más funcionales para el desarrollo individual y familiar. Por otro lado, los tipos extremos (niveles muy altos o muy bajos de adaptabilidad y cohesión) son los más disfuncionales.

#### 2.2.3.4. Según la organización y el reparto de las funciones

Megías (2003) hace referencia a cinco maneras de organización familiar que no son incompatibles ni se comportan como modelos excluyentes unos de otros, son modos de agrupación de ciertas características concretas de la manera en la que puede llevarse a cabo la organización y el reparto de las funciones en el seno de la familia:

- *Modelo basado en la cohesión*: resalta de forma especial la importancia que para todos sus miembros tiene la unión familiar. Estas personas afirman que se produce efectivamente dicha unión, al tiempo que se muestran de acuerdo con la conveniencia de ir adaptando la forma de actuación familiar a las circunstancias del momento.
- *Modelo centrado en el diálogo y el consenso*: este diálogo está referido especialmente a las relaciones con los hijos. Hay que tener en cuenta la opinión de estos en las cuestiones que les afectan y, en términos generales, a la hora de solucionar los problemas que puedan aparecer en el seno de la familia.
- *Modelo basado en la autosuficiencia*: muestra una familia mucho más centrada en sí misma, sin gran necesidad de abrirse a los demás, pues se siente muy unida y a sus integrantes les gusta hacer las cosas entre ellos, sin necesidad de personas ajenas.
- *Modelo de cooperación y participación*: centrado en aspectos relacionados con la realización conjunta de las actividades familiares por parte de todos los miembros de la familia, que quieren hacer las cosas juntos, compartiendo responsabilidades y sugerencias.
- *Modelo definido por la anomia*: representado por situaciones familiares conflictivas, en las que no existen reglas o normas a la hora de organizar la convivencia entre los miembros (dificultad de identificar quién o quiénes deciden, importante proporción de hijos que imponen sus criterios al resto de la familia, etc.)

#### 2.2.4. Funciones de la familia

Considerar a los padres no sólo como promotores del desarrollo de sus hijos, sino principalmente como sujetos que están ellos mismos en proceso de desarrollo, supone hacer referencia a una serie de funciones de la familia en relación a diferentes escenarios que surgen en ella (Palacios y Rodrigo, 2001).

En primer lugar, es un escenario donde se forman personas adultas con una determinada autoestima y un determinado sentido de sí mismos, y con un nivel de

bienestar psicológico en su vida cotidiana frente a los conflictos y situaciones estresantes. Gran parte del secreto de dicho bienestar está relacionado con la calidad de las relaciones de apego que las personas adultas han originado durante su niñez, relaciones de las que se derivan diferentes niveles de seguridad y de confianza en sí mismos y en los demás para establecer las relaciones de apego en la vida adulta.

En segundo lugar, es un escenario de preparación donde se produce el aprendizaje de resolución de conflictos, así como la asunción de responsabilidades y compromisos que orientan a los adultos hacia una dimensión de autorrealización integrada en el medio social. La familia es un lugar donde se promueven multitud de oportunidades para madurar y desarrollar los recursos personales con el objetivo de salir reforzados de las pruebas y retos que depara la vida. También es un lugar donde encontrar el suficiente empuje motivacional para hacer frente al futuro.

En tercer lugar, es un escenario de encuentro intergeneracional donde los adultos amplían su horizonte vital formando un puente entre la generación de los abuelos y la generación de los hijos. La principal materia de construcción y transporte entre las tres generaciones son, por una parte, el afecto y, por otra, los valores que rigen la vida de los miembros de la familia y sirven de inspiración y guía para sus acciones. En este sentido, los abuelos pueden ayudar a sus hijos en la tarea de educar a los nietos. Pero también los abuelos se pueden constituir en puntos de referencia para que sus hijos y nietos puedan contrastar su visión del mundo y beneficiarse de su sabiduría.

Por último, es una red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que ha de realizar el adulto: búsqueda de pareja, de trabajo, de vivienda, de nuevas relaciones sociales, jubilación, vejez, etc. La familia es un núcleo que puede generar problemas y conflictos, pero que también se erige como un elemento de apoyo ante dificultades surgidas fuera del ámbito familiar y un punto de encuentro para tratar de resolver las tensiones surgidas en su interior. En este sentido, la familia puede ser un valor seguro que permanece siempre a mano cuando todo cambia y peligra el sentido de continuidad personal. También puede ser un elemento de apoyo en caso de necesidades económicas, enfermedades, minusvalías físicas o psíquicas, problemas laborales, etc. Por todo ello, la familia es una importante red de apoyo personal y social, de la que

destacan su eficacia y su adaptabilidad a las circunstancias (Jiménez, Musitu y Murgui, 2005).

Las funciones de las familias están estrechamente relacionadas con el significado asignado a lo que significa ser padre y madre. Básicamente, significa tres cosas. Por un lado, convertirse en padre y madre significa poner en marcha un proyecto vital educativo que supone un largo proceso que empieza con la transición a la paternidad y la maternidad, continúa con las actividades de crianza y socialización de los hijos pequeños, después con el sostenimiento y apoyo de los hijos durante la adolescencia, luego con la salida de los hijos del hogar, frecuentemente en un nuevo encuentro con los hijos a través de sus nietos. Por otro lado, convertirse en padre y madre significa adentrarse en una intensa implicación personal y emocional que introduce una nueva dimensión derivada de la profunda asimetría existente entre las capacidades adultas y las infantiles, por un lado, y de la inversión de ilusión y esfuerzo puestos al servicio del proyecto educativo recién aludido, por otro. Finalmente, ser padre y madre significa llenar de contenido ese proyecto educativo durante todo el proceso de crianza y educación de los hijos. Esta tarea se hace en relación con una serie de funciones básicas que la familia debe cumplir frente a la crianza y socialización infantil, funciones que están en gran medida en las manos de los padres y que son su responsabilidad (Palacios y Rodrigo, 2001).

Para Palacios y Rodrigo (2001) cuatro parecen ser las funciones básicas que la familia cumple en relación con los hijos, particularmente hasta el momento en que estos están ya en condiciones de un desarrollo plenamente independiente de las influencias familiares directas:

- Asegurar la supervivencia de los hijos, su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización. Esta función, por tanto, va más allá de asegurar la supervivencia física y se extiende a otros aspectos que se ponen en juego fundamentalmente durante los dos primeros años y que permiten hacer humano psicológicamente al hijo o hija que ya lo eran biológicamente desde su nacimiento (Papousek y Papousek, 1995).
- Aportar a sus hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. El clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional. El clima de apoyo remite al hecho de que la familia constituye un punto de referencia psicológico para los niños y niñas que

en ella crecen y se manifiesta en la búsqueda de ayuda en situaciones de tensión o dificultad y en la comunicación con otros miembros de la familia.

- Aportar a los hijos la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse competentemente con su entorno físico y social, así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir. Esta estimulación llega al menos por dos vías claramente diferenciables, aunque sin duda relacionadas: por una parte, la estructuración del ambiente en que los niños crecen y la organización de su vida cotidiana; por otra, las interacciones directas a través de las cuales los padres facilitan y fomentan el desarrollo de sus hijos.
- La adquisición de competencias parentales: ser padre o madre es una tarea delicada y compleja, pero sobre todo es fundamental para la preservación de la especie. Las capacidades parentales se conforman a partir de la articulación de factores biológicos y hereditarios y de su interacción con las experiencias vitales y el contexto sociocultural de desarrollo de los progenitores o cuidadores de un niño. Por lo tanto, la adquisición de competencias parentales es el resultado de procesos complejos en los que se entremezclan diferentes niveles. Por un lado, las posibilidades personales innatas marcadas, sin ninguna duda, por factores hereditarios. Por otro lado, los procesos de aprendizaje influenciados por los momentos históricos, los contextos sociales y la cultura. Y, por último, las experiencias de buen trato o mal trato que la futura madre o futuro padre hayan conocido en sus historias personales, especialmente en su infancia y adolescencia.

### **2.3. La parentalidad positiva**

La parentalidad positiva se refiere al comportamiento de los padres sustentado en el interés superior del niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989) desde el cual se promueve la atención, el desarrollo de sus capacidades y el ejercicio de la no violencia, ofreciendo el reconocimiento y la orientación necesarias sin dejar de incluir el establecimiento de los límites que permitan el pleno desarrollo del niño y el adolescente. La parentalidad positiva no es permisiva y requiere de la implementación de los límites necesarios para que los niños puedan desarrollarse plenamente.

El Consejo de Europa ha promovido la Recomendación Rec formada por una serie de políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. Define el desempeño positivo del rol parental como el conjunto de conductas parentales que procuran el bienestar de los niños y su desarrollo integral desde una perspectiva de cuidado, afecto, protección, enriquecimiento y seguridad personal, de no violencia, que proporciona reconocimiento personal y pautas educativas e incluye el establecimiento de límites para

promover su completo desarrollo, el sentimiento de control de su propia vida y que puedan alcanzar los mejores logros tanto en el ámbito familiar como en el académico, con los amigos y en el entorno social y comunitario (Consejo de Europa, Comité de Ministros, 2006).

Se propone un control parental basado en el apoyo, el afecto, el diálogo, la cercanía y la implicación en la vida diaria de los niños y adolescentes. A diferencia del modelo de control del estilo autoritario por parte de los padres, la autoridad en la parentalidad positiva se encuentra basada en el respeto, la tolerancia, la comprensión de ambas partes y el diálogo que lleva a la construcción de acuerdos que permitan el crecimiento y desarrollo de las relaciones paternofiliales.

A continuación, se presentan las aportaciones realizadas por Rodrigo, Máiquez y Martín (2010), quienes plantean algunos principios de la parentalidad positiva en forma de guía y orientación, con el propósito de ayudar a los progenitores en el mejor desarrollo de los niños y adolescentes propiciando su bienestar:

- *Vínculos afectivos cálidos*: funcionan como barrera de protección, generan aceptación y sentimientos positivos. En este sentido se podría promover el fortalecimiento de los vínculos afectivos en la familia a lo largo de su desarrollo.
- *Entorno estructurado*: aporta guía y orientación para el aprendizaje de normas y valores. Esto promueve la instalación de hábitos y rutinas con el fin de organizar las actividades diarias. Ofrece al niño un sentimiento de seguridad a través de una rutina predecible y del establecimiento de los límites necesarios.
- *Estimulación y apoyo*: el aprendizaje familiar y educativo formal, con el fin de lograr una alta motivación y el desarrollo de sus capacidades. Esto supone conocer las características y las habilidades de sus hijos. Es importante compartir un tiempo de calidad con ellos.
- *Reconocimiento*: de sus relaciones, actividades y experiencias, del valor que ellos tienen, sobre sus preocupaciones y necesidades. Es vital la comprensión y tener en cuenta sus puntos de vista. Es importante escucharlos y valorarlos como sujetos con pleno derecho.
- *Capacitación*: se trata de potenciar el valor de los hijos e hijas, que se sientan protagonistas, competentes, capaces de producir cambios e influir con su opinión o con sus acciones en los demás. Es significativo el establecimiento de espacios de escucha, reflexión y explicaciones de los mensajes que llegan a la familia y a ellos.

- *Educación sin violencia*: se elimina toda forma de castigo físico o psicológico, eliminando de esta manera la posibilidad de que imiten modelos de interacción inadecuados, degradantes y violatorios de los derechos humanos. Se trata de elogiar su buen comportamiento, y ante su mal comportamiento reaccionar con una explicación y, si es necesario, con una sanción que no los violenta (ni física, ni emocionalmente), como imponerles un tiempo de reflexión, reparar los daños, reducir su dinero para gastos personales, etc.

Algunos autores (Carpio, García, De la Torre, Cerezo y Casanova, 2014; Coleman y Hendry, 2003; Tur-Porcar, Mestre, Samper y Malonda, 2012) han visto la necesidad de distinguir entre ser padre y ser madre a la hora de explicar las relaciones de los padres con los adolescentes: las madres parecen desempeñar un rol diferente y más íntimo que los padres tanto con los hijos como con las hijas durante la adolescencia, basado en el apoyo, el interés y el compromiso con la tarea de educar.

Las relaciones que mantienen los adolescentes con los progenitores dependen de muchas variables, entre ellas, ser padre o madre, pero también de la forma en que el adolescente percibe a su padre y a su madre. Hay seis prototipos distintos de percepción de la figura paterna y cinco de la figura materna (Elzo, 2000). Referente a la figura paterna se clasifican seis prototipos:

- *El padre ausente*, normalmente por razones de trabajo. Antes era visto como normal, pero ahora los adolescentes no lo consideran bien porque creen que el padre también tiene que asumir su responsabilidad en la educación de los hijos. Muchos padres, ante la nueva responsabilidad, se encuentran desorientados, sin saber muy bien qué hacer, al no disponer de modelos de su propia adolescencia para ahora reproducirlos.
- *El padre que mira a otro lado*, despreocupado, que ha dimitido de la labor de educar. La mayoría de los adolescentes lamentan esta situación, aunque también los hay que parece que la prefieren.
- *El padre superprotector*, que siente miedo por sus hijos. Las chicas suelen percibir más la preocupación de los padres que los chicos.
- *El padre compañero o amigo*, complaciente, cómplice frente a la madre. Hay más chicos que chicas que tienen esta percepción de un padre, que en definitiva no ejerce su labor de padre.
- *El padre que provoca pena* y al que el adolescente no le cuenta nada para que no sufra.
- *El padre-padre*, que quiere ejercer de padre, que desea que se discutan las cosas más importantes en el seno de la familia, que se siente razonablemente satisfecho con su rol de padre, consciente de sus posibilidades y limitaciones, y

que reconoce la inevitable y necesaria emancipación de los hijos. Se constata que hay muchos chicos y chicas que mantienen excelentes relaciones con estos padres, con quienes hablan de casi todo, exceptuando algunos temas como los sexuales.

En cuanto a los prototipos de madre, Elzo describe:

- *La madre ausente*, hoy una realidad en las familias españolas debido a la incorporación de la mujer al trabajo. Los adolescentes, más las hijas, sienten esa ausencia de forma negativa y lo manifiestan de diversas formas.
- *La madre amiga*, confidente y cómplice, es un prototipo habitual con el que se mantienen relaciones generalmente positivas y cariñosas, aunque ciertos temas no se hablen con ellas.
- *La madre preocupada*, metomentodo, es otra figura de madre muy habitual para los adolescentes. El adolescente suele mantener buenas relaciones con su madre, pero le oculta cosas para evitar que le agobie y le haga continuas preguntas, con lo cual queda perjudicada la comunicación.
- *La madre humillada y minusvalorada*, con la que las relaciones son pobres y negativas.
- *La madre-madre*, que no es amiga, sino más que una amiga, que puede decir que no, incluso con más rotundidad que el padre. Las nuevas condiciones sociales y el protagonismo que está adquiriendo la mujer fuera de la familia ayudan a resaltar el papel de la madre-madre dentro del seno familiar.

En función de la percepción que tienen de su padre y de su madre, los adolescentes se comunican más o menos con ellos, aunque en general hay cuatro grandes temas que los adolescentes ocultan a sus padres: sus relaciones sexuales, el uso del tiempo libre, el consumo de alcohol y drogas y los pequeños hurtos que realizan con frecuencia.

### 2.3.1. Las finalidades de la parentalidad positiva

El estudio de las relaciones interpersonales y el reconocimiento de la relación con la madre como la primera relación vital importante se han centrado en las características del vínculo entre progenitor e hijo. Ello condujo al desarrollo de la teoría de apego (Bowlby, 1989), la cual se sustenta en un sistema conductual; es decir, la relación del organismo con personas claramente identificadas del entorno, en el que los límites se mantienen por medios conductuales en lugar de fisiológicos. Bowlby define el apego como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o

conservación de la proximidad con otro individuo reconocido manifiestamente al que se le considera más capacitado para enfrentarse al mundo.

Este autor define el apego poniendo énfasis en los aspectos biológicos, y lo describe como una necesidad biológica de búsqueda de protección por alguien considerado capaz y fuerte (Bowlby, 1973, 1988; Maslow, 1955). Otros autores lo ven como un proceso de desarrollo y evolución de la historia de apego de cada individuo (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991; Hazan y Shaver, 1987, 1990; Tzeng, 1992). Igualmente, se maneja el aspecto de la dependencia como parte de la conceptualización del apego (Maslow, 1955), así como la asociación del apego con el amor (Rubin, 1974). Se ha demostrado que los estilos de apego permanecen estables con el tiempo. Es decir, se manifiestan dentro de las relaciones románticas adultas como un estilo de amor expresado por cada uno de los miembros, producto de las experiencias que se tuvieron en la infancia y que han persistido a lo largo de la vida del sujeto (Ainsworth, 1972; Collins y Read, 1990; Fenney y Noller, 1990; Shaver y Brennan, 1992).

Ainsworth, Bell y Stayton (1971) llevaron a cabo un estudio al cual denominaron *la situación extraña*, que consiste en interacciones entre el niño, los padres y un adulto desconocido hasta ese momento por el pequeño, observando y calificando las reacciones del niño en dicha situación. Las observaciones realizadas dieron lugar a cuatro estilos distintos de apego: apego seguro, apego de ansiedad-ambivalencia, apego de evitación y apego desorganizado-desorientado.

El apego seguro está caracterizado por una demostración apropiada de angustia cuando los cuidadores se retiran, seguida de una conducta reconfortante y comportamientos positivos al regreso de los mismos. Se ha encontrado que dichos individuos pueden desarrollar relaciones interpersonales estables y pueden aproximarse a otros con facilidad ya que toleran niveles altos de compromiso y confianza (Hazan y Shaver, 1987; Simpson, 1990).

El apego de ansiedad-ambivalencia tiene lugar cuando el individuo está inseguro sobre si su progenitor será accesible o sensible o si le ayudará cuando lo necesite. Estos sujetos reportan sentir con frecuencia que sus parejas no los quieren y, a pesar de ello, desean estar extremadamente cerca de su pareja (Simpson, 1990). El apego de evitación

se caracteriza por una reacción defensiva y de rechazo hacia el objeto de apego; estos sujetos reportan sentir incomodidad y ansiedad al estar cerca de otros (Fenney y Noller, 1990). Finalmente, el apego desorganizado o desorientado se define por una conducta variable, inconsistente y contradictoria (Ainsworth et al., 1978). Los estilos de apego tienen influencia en el desenvolvimiento y desarrollo de los seres humanos, por lo que se ven reflejados en el funcionamiento general de los mismos. Es por ello que el bienestar psicológico ha sido definido como el equilibrio de la psique manifestado en una percepción adecuada del medio ambiente. Con base en otros autores (Allport, 1961; Bradburn, 1969; Jahoda, 1958; Maslow, 1968), se ha asociado con la autorrealización, la madurez, la salud mental, la adaptación y la felicidad. Algunos investigadores (Rutter, 1985; Sahoo y Nanda, 1990; Xochihua, 2001) encontraron que existe una relación entre la separación de los niños de uno de sus padres y la presencia de ansiedad y desazón en las relaciones de pareja futuras, así como una menor autoestima en esas personas.

López (2001) define el apego como el vínculo que una persona establece con algunas personas del sistema familiar, lazo emocional que impulsa a buscar la proximidad y el contacto con las personas a las que se apega, llamadas figuras de apego. Diferencia tres componentes del apego: las conductas de apego, la representación mental de la relación y los sentimientos. Desde el punto de vista objetivo, el sentido último es favorecer la supervivencia manteniendo próximos y en contacto a los hijos y a sus progenitores. Desde el punto de vista subjetivo, la función del apego es proporcionar seguridad emocional.

Durante la adolescencia la relación con las figuras de apego desarrollada en la infancia sigue siendo fundamental para los adolescentes. Necesitan de la incondicionalidad y la disponibilidad de las figuras de apego para sentirse seguros y abrirse cada vez más y de forma atrevida y hasta arriesgada a otras relaciones sociales con amigos y de pareja. La adolescencia y las relaciones entre los padres y los hijos son extremadamente variables, pero en todos los casos el proceso de la adolescencia conlleva crisis inevitable que supone la conquista de la autonomía frente a las figuras de apego. Esta crisis puede ser muy conflictiva o muy pacífica, pero implica siempre un cambio profundo en el sistema de relaciones entre padres e hijos y también un cambio

en el sistema de relaciones que los adolescentes mantenían con los iguales. Durante la adolescencia se amplía el número de figuras de apego. En una investigación realizada por López (1993) se señaló que durante la primera adolescencia, antes de los 15 años, sólo el 5% de los adolescentes tiene como primera figura de apego a un amigo, mientras que este porcentaje aumenta hasta el 32% entre los 15 y los 20 años. Durante esta etapa, las nuevas capacidades de los adolescentes para pensar de manera formal, abstracta, científica y crítica provocan una revisión de la construcción mental previa de las figuras de apego, de la propia relación con ellas y de las ideas que le atribuyen a las figuras de apego sobre el propio adolescente.

Recientemente, ha surgido un especial interés por el fenómeno de la resiliencia y por conceptos como la parentalidad bientratante (Barudy y Dantagnan, 2005; 2010). La resiliencia familiar se define como aquellos procesos que posibilitan a las familias que tienen que lidiar con situaciones de crisis o estrés crónico, salir fortalecidas de dichas situaciones (Yunes, 2006). Entre estos procesos están la cohesión y la coherencia familiar, los sistemas de creencia de las familias, las estrategias de afrontamiento, la flexibilidad ante los cambios, la búsqueda de apoyos y la adaptación de la familia después del trauma (McCubbiny McCubbin, 1991). La resiliencia parental se limita al componente del sistema educativo parental una parte muy sensible del sistema familiar que puede quedar muy afectada en aquellas familias que viven bajo situaciones de estrés psicosocial. Se define como un proceso dinámico que permite a los padres desarrollar una relación protectora y sensible ante las necesidades de los hijos a pesar de vivir en un entorno potenciador de comportamientos de maltrato (Rodrigo et al., 2008). El estilo educativo de la parentalidad bientratante es el que los padres o cuidadores asumen en la responsabilidad de ser los educadores principales de sus hijos, ejerciendo una autoridad afectuosa, caracterizada por la empatía y la dominancia. La dominancia o autoridad vinculada a la idea de la competencia es lo que permite que los hijos se representen su familia como un espacio de seguridad y de protección, pero, sobre todo, como fuente de aprendizaje necesario para hacer frente a los desafíos del entorno.

Para asegurar la finalidad educativa de la parentalidad, los modelos educativos en virtud de lo señalado, deben contemplar al menos cuatro contenidos básicos:

- *El afecto*: cuando el cariño y la ternura están presentes reflejan un modelo educativo nutritivo y bientratante. En cambio, cuando hay carencias o se dan con ambivalencias, se entra en el dominio de los malos tratos.
- *La comunicación*: si los padres se comunican con sus hijos en un ambiente de escucha mutua, respeto y empatía, pero manteniendo una jerarquía de competencias, se establece un dominio educativo bientratante. En cambio, el uso permanente de imposiciones arbitrarias de ideas, sentimientos y conductas o, por el contrario, ceder siempre a lo que los hijos opinan o piden, o engañándolos, es un reflejo de una incapacidad educativa. Estas dos modalidades de comunicación están presentes en situaciones de negligencia, malos tratos físicos y psicológicos.
- *El apoyo en los procesos de desarrollo y las exigencias de madurez*: los niños no sólo necesitan nutrientes para crecer y desarrollarse, requieren además de estímulos de los adultos de su entorno. Los padres incompetentes hacen todo lo contrario: no estimulan y muchas veces, de una forma explícita, subestiman las capacidades de los niños, descalificándolos o enviándoles mensajes negativos.
- *El control*: los niños necesitan de la ayuda de los adultos significativos para aprender a modular sus impulsos, emociones o deseos, en otras palabras, para desarrollar una inteligencia emocional y relacional (Goleman, 2006). Este proceso comienza con las respuestas adecuadas a las necesidades de los hijos. Este aprendizaje de la modulación interna se expresa, entre otros, con el desarrollo de la capacidad de controlar sus emociones, impulsos y deseos, manejando la impulsividad de los comportamientos que pueden presentarse cuando se necesita o desea algo, o ante la frustración por no tener lo que se quiere. La adquisición de un locus de control interno es posible en la medida en que primero se ha conocido la fuerza reguladora de los controles externos que ofrece la parentalidad sana y competente. En ésta, los padres atentos a las necesidades y los derechos de sus hijos e hijas, les facilitan en cada oportunidad los límites y las reglas, lo que les parece necesario, y, en cuanto el desarrollo de sus mentes se lo permite, crean espacios de conversación o de reflexión sobre sus vivencias emocionales, las formas de controlar las emociones, así como las formas adaptativas y adecuadas de comportarse. Cuando los hijos no obedecen a transgreden las normas, los padres competentes aprovechan estas situaciones para promover un proceso de reflexión que les ayude a integrar dos nociones fundamentales: la primera, la responsabilidad de sus actos y las consecuencias que éstos pueden acarrear; la segunda, el aprender de los errores y las faltas, imponiendo rituales de reparación (Barudy y Dantagnan, 2007).

Para conseguir una parentalidad competente es necesario asegurar los siguientes objetivos (Barudy y Dantagnan, 2010):

- *El aporte nutritivo, de afecto, de cuidados y de estimulación*. Esta función se refiere no sólo a una alimentación con el aporte de los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y prevenir la desnutrición, sino también al aporte de experiencias sensoriales, emocionales y afectivas que permitan a los hijos, por un lado, construir lo que se conoce como apego seguro y, por otro lado, percibir

el mundo familiar y social como un espacio seguro. Esta experiencia permitirá al niño hacer frente a los desafíos del crecimiento y a la adaptación de los diferentes cambios de su entorno. Promover competencias parentales sanas es una prioridad en el orden de cualquier intervención familiar y social destinada a asegurar el bienestar infantil. Para desarrollar un apego seguro es preciso que los canales de comunicación sensorial, emocional y, más tarde, los verbales, no sean en ningún caso obturados, pervertidos o violentados. De lo contrario, se quiebra el normal proceso emocional de familiarización. Esto puede ocurrir debido a una acumulación de fuentes de carencias y estrés, agravada por las características desfavorables del entorno familiar. Así, situaciones de pobreza, paro, exclusión social o inmigración explican que existan numerosos padres y madres que, si bien cuentan con la disposición y las competencias adecuadas para hacerse cargo de los niños, no encuentran en su medio ambiente natural el mínimo de nutrientes para cumplir con la función parental que se les ha asignado o que ellos, por voluntad propia, han adquirido. Producto de estas situaciones los padres generan mensajes comunicacionales cargados de impotencia, frustración y desesperanza. Pueden resultar del propio funcionamiento familiar cuando, por ejemplo, existe violencia conyugal, consumo de tóxicos o una enfermedad mental de uno o ambos padres. Estos fenómenos, además de provocar sufrimiento, pueden dificultar el proceso normal de apego entre padres e hijos y la promoción de una socialización sana. Estas experiencias relacionales primarias son la base de los trastornos de apego. Estas impresiones emocionales se transforman en representaciones y modelos de conducta bastante invariables y dan origen en la vida adulta a los diferentes modelos de apego adulto que van a determinar, en gran medida, la forma en que las madres y los padres se relacionarán con sus hijos (Ainsworth, Velar, Walters y Wall, 1978; Fonagy et al., 1995; Siegel, 2007).

Por otra parte, la carencia de estos aportes nutritivos supone un riesgo importante en el desarrollo de la empatía, además de constituir un obstáculo en la construcción de un apego seguro. La capacidad empática es básica y necesaria para que un adulto acceda a una parentalidad competente. El apego y la empatía son componentes fundamentales de la parentalidad y de los buenos tratos intrafamiliares.

- *Los aportes educativos.* Cuantas más experiencias de buenos tratos hayan conocido los padres, más modelos y herramientas positivas y eficaces tendrán para ejercer una influencia educativa competente y moralmente positiva sobre sus hijos. La función educativa está conectada estrechamente con la función nutritiva. Los padres, en especial la madre, que es capaz de traducir los llantos y los gestos de su bebé como indicadores de necesidades y responde para satisfacerlas, está al mismo tiempo induciendo un proceso que se traducirá en el desarrollo de las capacidades de autocontrol emocional y conductual. El tipo de educación que reciba un niño, proceso que comienza desde su nacimiento, incluso desde su vida intrauterina, determina el tipo de acceso al mundo social de éste, por lo tanto, sus posibilidades de pertenecer a uno u otro tejido social. En este sentido, la integración de las normas, reglas, leyes y tabúes que permiten el respeto de la integridad de las personas, incluyendo la de los mismos niños en las dinámicas sociales, es uno de los logros de una parentalidad competente (Barudy y Dantagnan, 2005). La educación de un niño depende de los procesos

relacionales, en particular, del tipo de vinculación emocional entre padres e hijos. Como han señalado diversos autores, los niños aprenden a ser educados con y para alguien, siempre que se sientan amados y bientratados (Barudy y Dantagnan, 2005; Cyrulnik, 2001; Manciaux, 2003).

- *Los aportes socializadores.* El tercer objetivo de unas competencias parentales adecuadas tiene relación, por una parte, con la contribución de los padres a la construcción del concepto de sí mismo o identidad de sus hijos y, por otra parte, corresponde a la facilitación de experiencias relacionales que sirvan como modelos de aprendizaje para vivir de una forma respetuosa, adaptada y armónica en la sociedad (Barudy y Dantagnan, 2007). Este proceso se inicia también con los cuidados y la afectividad de las improntas parentales que marcan la memoria infantil. Es a partir de ellas como el niño inicia el viaje de la construcción de su concepto de sí mismo, ya sea como un niño bientratado o lo contrario. El concepto de sí mismo es una imagen que los niños van construyendo de sí como resultado de un proceso relacional, porque su formación depende de la representación que el otro tiene de los niños, en general, y de sus hijos, en particular. Estas representaciones son el resultado de las historias de los padres y, en particular, de sus experiencias como hijo de sus padres. Por lo tanto, las representaciones actuales que los padres tienen de sus hijos y que determinarán, en parte, su parentalidad social emergen del fondo de los tiempos y es parte de un proceso de transmisión a lo largo de las generaciones. A raíz de la dialéctica de Rogers (1961), según la cual la formación de la identidad del niño depende de las evaluaciones que de ellos tienen sus otros seres significativos, fundamentalmente sus progenitores, sabemos que lo que una madre o padre siente, piensa o hace por su hijo y la forma en que lo comunica, tendrá un impacto significativo en la forma en que él o ella se conciba a sí mismo. Estos mensajes están en estrecha relación con lo que el niño va a representarse y sentir con respecto a sí mismo.

En consecuencia, es competencia de los padres o sus sustitutos contribuir a la formación positiva del autoconcepto y de una autoestima positiva de los niños. Así, el autoconcepto refleja cómo una madre o un padre se sienten en presencia de un hijo y cómo se lo transmiten. Esto, a su vez, es internalizado por el hijo, pudiendo llegar a sentirse a sí mismo de la manera que los otros lo perciben. Si las representaciones de los hijos han sido o son negativas, esto conducirá en la mayoría de los casos a malas adaptaciones personales y sociales y al riesgo de una transmisión transgeneracional de estas deficiencias. De ahí la importancia de contraponer a los estilos parentales deficientes estrategias de fomento de nuevas y renovadas capacidades parentales. Para que esto sea posible, es importante poder evaluar las competencias parentales en el presente, ofreciendo a los padres programas de rehabilitación de sus competencias. Esto puede permitir que establezcan la percepción de sí mismos a partir del desarrollo de rasgos positivos, como la capacidad de evaluarse en forma realista, asumir la responsabilidad de sus actos, tener confianza en sí mismos, una autoestima elevada, empatía y confianza en las relaciones. A su vez, todo esto constituirá los ingredientes fundamentales para una parentalidad competente en la vida adulta de sus hijos, lo que cambiará, a su vez, su historia generacional. Si esto no ocurre, los hijos de padres incompetentes, que no han recibido ayuda, pueden integrar en sus identidades características como: inferioridad, falta de confianza en sí mismos y

en los demás y una autoestima deficiente, lo que puede traducirse en la vida adulta en trastornos de apego y de la empatía, que caracterizan una parentalidad incompetente.

- *Los aportes protectores.* El desarrollo inacabado en el momento de nacer y la inmadurez, en especial del cerebro y del sistema nervioso, explican la dependencia que los recién nacidos y los bebés tienen de las capacidades cuidadoras y protectoras de sus padres. La función protectora se aplica a dos niveles. El primero corresponde a proteger a los hijos de los contextos externos, familiares y sociales que pueden dañarles directamente o alterar su proceso de maduración, crecimiento y desarrollo. El segundo corresponde a protegerlos de los riesgos y peligros derivados de su propio crecimiento y desarrollo. Por ello, esta función protectora tiene una estrecha relación con las otras funciones, en especial, la cuidadora y la educativa.
- *La promoción de la resiliencia.* La resiliencia corresponde a un conjunto de capacidades para hacer frente a los desafíos de la existencia, incluyendo experiencias con contenido traumático, manteniendo un proceso sano de desarrollo. El proceso que explica la emergencia de la resiliencia infantil tiene que ver con todos aquellos aportes que son el resultado de relaciones interpersonales bientratantes, especialmente aquellas ofrecidas por los padres. Éstas permiten a los niños el desarrollo o la adquisición de un autoconcepto y de una autoestima que les hace sentir, aun en circunstancias difíciles, que son personas dignas, valiosas y con derechos de ser respetadas y ayudadas. Las experiencias de buen trato, resultado de una parentalidad bientratante, se interiorizan y se vivencian como atributos positivos. En términos simplificados, la resiliencia infantil depende de un conjunto de actitudes positivas hacia sí mismo, resultado de experiencias relacionales de buen trato que fortalecen un buen concepto de sí y óptimos grados de resiliencia.

En resumen, el buen despliegue de las competencias parentales permite la estructuración de contextos sanos, donde son los niños sujetos activos, creativos y experimentadores, es decir, permiten y facilitan un contexto de aprendizaje, experimentación y evaluación de la realidad desde las capacidades que el niño va conformando.

Sin embargo, cuando se presenta un estilo vinculante en el que existe abuso y violencia, esto puede explicarse por una incompetencia completa o parcial de los padres, caracterizada por una ausencia de elaboración y control de sus emociones, impulsos y conductas; esto se manifiesta en el ejercicio de la tarea parental como una dificultad para controlar sus frustraciones y el dolor de sus historias infantiles que manifiestan, de un modo agresivo y abusador, contra sus hijos.

### 2.3.2. Los componentes de la parentalidad social

Barudy y Dantagnan (2005) en su modelo de parentalidad positiva distinguen dos componentes de la parentalidad: las capacidades parentales y las habilidades parentales. El término genérico de competencia parental engloba la noción de capacidades y habilidades parentales. Es evidente que, tanto para la evaluación como para la intervención de las competencias parentales, estos dos niveles se entremezclan en un proceso dinámico.

En primer lugar, destacan las capacidades parentales referidas a los recursos emotivos, cognitivos y conductuales de las madres y los padres, que les permiten vincularse adecuadamente con sus hijos y proporcionar una respuesta adecuada y pertinente a las necesidades de sus hijos. Éstas corresponden a:

- *La capacidad de apego*: tiene relación con los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que tienen los padres o cuidadores para apegarse a los niños y responder a sus necesidades. La teoría del apego de Bowlby (1998) ha puesto de manifiesto que los primeros años de vida, la relación cercana del bebé con sus padres o sustitutos parentales, que lo cuidan, responden a sus necesidades afectivas y lo estimulan, constituye la fuente de recursos fundamental para el desarrollo de una seguridad de base y una personalidad sana. Una persona que durante su infancia tuvo apego seguro con sus padres, lo más probable es que en su adultez podrá desarrollar relaciones basadas en la confianza y seguridad; por consiguiente, esta experiencia de apego seguro le capacitará para ejercer una parentalidad competente. En cambio, una persona que durante su infancia tuvo experiencias negativas con sus padres, que incluye cualquiera o todos los tipos de malos tratos infantiles que generaron apegos de tipo inseguro o desorganizado, tendrá dificultades para establecer relaciones en las que no intervengan ansiedades, inestabilidades o desconfianzas inscritas en su mente. Estas personas presentarán una mayor probabilidad de dificultades a la hora de ser madres o padres.
- *La empatía*: tiene que ver con la capacidad de los padres de sintonizar con el mundo interno de sus hijos y de reconocer las manifestaciones emocionales y gestuales que denotan estados de ánimo y necesidades, lo que favorece el desarrollo de modos de respuesta adecuados a las necesidades de los niños.

En segundo lugar, estos autores hacen referencia a las habilidades parentales entendidas como la plasticidad de los padres para dar respuestas adecuadas y adaptar estas respuestas a las diferentes etapas del desarrollo de los hijos, entre las que destacan:

- *Los modelos de crianza*: son modelos culturales que se transmiten de generación en generación, que tienen relación con los procesos de aprendizaje que

desarrollan los padres con sus hijos, vinculados con la protección, la educación y la satisfacción de necesidades.

- *La habilidad para participar en la comunidad y utilizar recursos comunitarios:* la parentalidad es una práctica social que requiere conformar redes de apoyo que fortalezcan y proporcionen recursos para la vida familiar. En este sentido, la existencia de redes familiares, sociales e institucionales, así como el reconocimiento y la validación de éstas por padres y cuidadores, constituyen un elemento significativo para el ejercicio de una parentalidad bientratante. Se pueden considerar los recursos institucionales cuando estos cuentan con los recursos y funcionan adecuadamente como una fuente central para el apoyo a la parentalidad y a la vida familiar. Diversas investigaciones (Arón, 2002) han revelado cómo la ausencia de redes institucionales de apoyo a la familia constituye un factor central para explicar el estrés y los conflictos en las familias y crean situaciones de riesgo para sus hijos.

Uno de los derechos fundamentales de todos los niños y adolescentes es desarrollarse adecuadamente en todos los ámbitos de la vida. Para cumplir con este derecho deben satisfacerse sus necesidades por parte de sus cuidadores y por parte del conjunto de la sociedad. En lo referente a los progenitores, es esencial que posean las competencias parentales necesarias para ejercer su parentalidad de forma positiva y eficaz.

## **2.4. Factores de riesgo y factores de protección en la familia**

### **2.4.1. Introducción**

La persona nace y crece en una familia, se socializa, aprende cómo es el mundo y cómo lo ven esas personas de su entorno inmediato, recibe afecto, cubre las necesidades básicas, etc. El individuo ve e interpreta el mundo a través de ella. La familia implica una estructura, una jerarquización de sus miembros, unas reglas que regulan las relaciones entre sus miembros y las relaciones con las personas fuera de la familia.

Sin embargo, la familia no lo es todo. Hay otros sistemas que influyen en la persona, especialmente en la etapa de la adolescencia, como el barrio, la escuela, los medios de comunicación, el grupo de iguales, etc. En todos estos ámbitos hay personas con las que el adolescente interacciona y con las que va adquiriendo una visión

específica del mundo y actuando en él de uno u otro modo (Delgado, Oliva y Sánchez-Queija, 2011).

Es evidente que la familia ejerce una influencia fundamental sobre los contextos interpersonales que rodean a los hijos. Así, el control y la educación que los jóvenes reciben en el hogar proveniente de los padres afecta necesariamente al comportamiento de estos en el ambiente escolar y en las relaciones con el grupo de amigos (Estévez, Martínez y Jiménez, 2009).

En los primeros años, la familia tiene una gran importancia en modular el peso de los otros elementos con los que interacciona. En la adolescencia va perdiendo peso en favor de los amigos y, después, cuando establece una relación estable con otra persona, pasa a formar otra familia, con lo que puede perderse parte de la influencia de su familia originaria.

La familia puede actuar, en la adolescencia, como potenciadora en la asunción de conductas de riesgo por parte de los hijos o, por el contrario, como agente protector de este tipo de conductas. La probabilidad de implicarse en conductas de riesgo está determinada por una relación de factores de riesgo y factores de protección en diferentes áreas del adolescente como el personal, familiar, escolar o laboral, grupo de iguales y conductas de riesgo. Entre estas áreas, la familiar es una de las más importantes y más influyentes, con un peso relevante en la vida del adolescente (Martínez, Fuentes, García y Madrid, 2013).

Se entiende por factor de riesgo un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso/abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas. Un factor de protección es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso/abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de las mismas (Clayton, 1992; Luengo, Romero, Gómez, García y Lence, 1999).

Existen unos supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas (Becoña, 2002b). El primero de estos supuestos asume que un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados. El segundo supuesto afirma que varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado. El tercero reconoce que el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección. Y, por último, el cuarto supuesto hace referencia a que la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas puede estar influida de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Existen numerosos estudios acerca de los diferentes factores de riesgo y de protección familiares que están relacionados con diferentes conductas de riesgo, aunque la mayoría de ellos están orientados al consumo de drogas. En la Tabla 19, se establece una relación de los principales autores que han llevado a cabo estudios significativos sobre esta cuestión.

**Tabla 19. Factores de riesgo y de protección familiares en relación al consumo de drogas**

<b>AUTOR</b>	<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>FACTOR DE PROTECCION</b>
Hawkins et al. (1992)	Expectativas para la conducta del hijo poco claras Escaso control y seguimiento de sus conductas Poco e inconsistente refuerzo de la conducta positiva Castigos excesivamente severos e inconsistentes Conflicto familiar Bajo apego a la familia Tempranos y persistentes problemas de conducta	Relaciones familiares positivas: implicación y apego Adecuada detección, seguimiento y tratamiento de los problemas en la infancia
Petterson et al. (1992)	Historia familiar de alcoholismo Uso de drogas parentales Actitudes positivas hacia el uso de drogas Carencia de claras expectativas para la conducta Fracaso en el control de los hijos Castigo excesivamente severo o inconsistente	

Pollard et al. (1997)	Baja o pobre supervisión familiar Escasa o baja disciplina familiar Conflicto familiar Historia familiar de conducta antisocial Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial o uso de drogas	Apego a la familia Oportunidades para la implicación familiar Refuerzos por la implicación
Moncada (1997)	Historia familiar de alcoholismo Pautas educativas Actitudes y modelos de conducta parentales: consumo de drogas delante de los hijos, tolerancia que muestran, etc Conflictos familiares	
Kumpfer et al. (1998)	Historia familiar de problemas de conducta Prácticas pobres de socialización Supervisión ineficaz Disciplina ineficaz Relaciones pobres entre padres e hijos Conflicto familiar excesivo Desorganización familiar y estrés Problemas de salud mental Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz Diferencias familiares en el grado de culturización	
Merikangas et al. (1998)	<u>Factores específicos:</u> Exposición a las drogas Modelados negativos de uso de drogas parentales Actitudes tolerantes parentales hacia las drogas <u>Factores no específicos:</u> Conflicto familiar Estilo educativo Exposición estrés Psicopatología parental Negligencia Abuso	
Muñoz-Rivas et al. (2000)	Alto nivel socioeconómico de los padres Padres en paro o con trabajo eventuales Inconsistencia en la aplicación de los principios de reforzamiento Ausencia de implicación maternal en las conductas de los hijos Inconsistencia de la disciplina parental Bajas aspiraciones de los padres Comunicación deficiente Conflicto familiar Conducta de consumo de drogas parental Actitudes favorables al consumo de drogas	Estabilidad familiar Presencia de hermanos mayores Implicación de la madre en la crianza Vinculación afectiva Adecuados estilos de crianza Buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia Cohesión familiar Padres no consumidores Buena estabilidad emocional

Fuente: Elaboración propia a partir de Becoña (2000)

Hawkins, Catalano y Miller (1992) indican que el riesgo de abuso de drogas se incrementa cuando las prácticas de manejo de la familia se caracterizan por expectativas para la conducta poco claras, escaso control y seguimiento de sus conductas, pocas e inconsistentes refuerzos para la conducta positiva y castigos excesivamente severos e inconsistentes para la conducta no deseada. Otro factor de riesgo es el conflicto familiar. Cuando hay una situación de conflicto o una ruptura familiar, se incrementa el riesgo tanto para conductas delictivas como para conductas de uso de drogas.

El bajo apego a la familia es otro factor de riesgo familiar que aumenta la probabilidad de consumo de sustancias por parte de los adolescentes. Cuando dentro de la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía, y la madre no se implica en actividades con ellos, se incrementa el riesgo del uso de drogas. Por el contrario, cuando las relaciones familiares son positivas, con implicación y apego, resulta un factor de protección para el consumo de drogas. Por ello, el apego a la familia se convierte en una variable de gran relevancia dado que la misma se relaciona con otros factores de tipo familiar como el conflicto familiar. Un buen apego familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la familia han internalizado ciertos valores y normas que llevan al rechazo de la sustancia o, simplemente, a no buscarla.

Otro factor que no se considera directamente relacionado con la familia, pero sí influido por ella, son los tempranos y persistentes problemas de conducta. Una adecuada detección, seguimiento y tratamiento por parte de los padres puede facilitar su control. En caso contrario, si estos comportamientos se mantienen facilitan posteriormente el uso de drogas. Dado el papel que tiene la familia en el proceso de socialización, en la práctica tiene una relevancia esencial de modo directo en los factores ya analizados, como de modo indirecto dentro de ella ese problema o las interacciones de sus hijos con otros compañeros y amigos.

Petterson, Hawkins y Catalano (1992) consideran que hay tres factores de riesgo familiar fundamentales: una historia familiar de alcoholismo, problemas en el manejo de la familia y uso de drogas y actitudes positivas hacia el uso de drogas por parte de los

padres. Respecto a la historia familiar de alcoholismo, si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.

Las estrategias inadecuadas de manejo de la normativa y de la organización familiar, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente, incrementan el riesgo de consumir drogas. Finalmente, el uso de drogas parental y las actitudes positivas hacia su uso son también factores de riesgo. En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes con el consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los hijos abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997) clasifican los factores de riesgo y de protección en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individual-iguales. Dentro del dominio familiar, los factores de riesgo son la baja o pobre supervisión familiar, la escasa o baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección en este ámbito indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar.

Moncada (1997) clasifica los factores de riesgo y de protección en dos grandes categorías: los factores de riesgo ambientales y los factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno. Dentro de estos considera los que tienen que ver con el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona. Dentro de los factores de tipo familiar considera cuatro: la historia familiar de alcoholismo, las pautas educativas, las actitudes y los modelos de conducta por parte de los padres y los conflictos familiares.

Por su parte, Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998), atendiendo a los resultados de los estudios realizados, 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 modelo de los padres o hermanos de valores antisociales y de consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, personalidad antisocial, 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 y de las compañías de los hijos.
- Disciplina ineficaz: laxa, inconsistente o excesivamente severa. Excesivo o bajo control de los hijos. 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, interacciones maladaptativas entre padres e hijos.
- 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, como la 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.

Merikangas, Dierker y Fenton (1998) hacen referencia a dos tipos de factores. Por un lado, factores específicos del consumo de drogas entre los que se encuentran la exposición a las drogas, el modelado negativo de uso de drogas parentales y actitudes tolerantes hacia el consumo de drogas. Por otro lado, están los factores no específicos que incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia como el conflicto familiar, el estilo educativo, la exposición al estrés, la presencia de psicopatología parental, la negligencia y el abuso.

Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección que agrupan en ambientales/contextuales, individuales y factores de socialización. Dentro de los factores de socialización incluyen los factores familiares,

los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares.

Específicamente, consideran cinco factores familiares:

- *La estructura y composición familiar:* se ha estudiado el tamaño de la familia y el número de hermanos. La investigación muestra que la carencia de uno de los padres, en muchos casos debido al divorcio, solo influye en un mayor consumo de drogas cuando el joven vive solo con su madre. En cambio, cuando junto a la madre está también otro adulto, la posibilidad de que los chicos sean consumidores disminuye. La mayor incidencia del consumo suele darse en los varones, en caso de que los padres se divorcien y, sobre todo, si esto coincide con la etapa adolescente del chico. Curiosamente, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad de consumo de sustancias por parte de las hijas, pero no por parte de los hijos varones. Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas. Respecto a la composición familiar, Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) concluyen que tener hermanos mayores ejerce cierto efecto protector sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.
- *Estatus socioeconómico familiar:* el mayor consumo de alcohol de los jóvenes se asocia a un mayor nivel socioeconómico de los padres. Pero también, aquellos hijos con padres en paro o con trabajos eventuales tienen hijos con mayor consumo de otras drogas. Estos datos reflejan, por una parte, que la mayor disponibilidad de dinero facilita la accesibilidad a las sustancias y, por otra, que los problemas económicos, afectivos y de otro tipo incrementan el consumo de sustancias, como una vía de salir o escapar de los mismos.
- *La disciplina familiar:* se ha encontrado que la inconsistencia en la aplicación de los principios de reforzamiento, la ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, la inconsistencia de la disciplina parental y las bajas aspiraciones de los padres, son factores que facilitan el consumo de drogas o, al menos, el inicio en las mismas. Distintos estudios han encontrado que resulta de gran relevancia el papel de la madre en la crianza para explicar el consumo o no de drogas en sus hijos (Baumrind, 1975, 1983) y que el papel de la madre va a afectar al funcionamiento de sus hijos y a la mayor o menor probabilidad de que prueben y consuman sustancias psicoactivas.
- *En las relaciones afectivas y de comunicación* se han analizado aspectos como el afecto y el vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el conflicto familiar. Respecto al afecto y vínculo afectivo paterno-filial se sabe que es de una gran relevancia para la estabilidad de la persona. En el consumo de drogas es un elemento predictivo de gran relevancia. La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección. Al mismo tiempo, cuando hay una buena vinculación afectiva hay también adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia. Otra variable importante es la comunicación familiar, la cual es de la máxima importancia en el período adolescente. Cuando esta comunicación es deficiente, los problemas surgen tanto en lo que se refiere al consumo de drogas como a otros problemas de conducta.

- *Actitudes y conductas familiares*: una actitud más favorable y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de sus hijos, tanto por el proceso de socialización como por los procesos de modelado que se dan en el aprendizaje. Así, el consumo de los padres se asocia con el consumo de drogas de sus hijos. Por el contrario, cuando los padres no consumen y hay una buena estabilidad emocional, el no consumo de los padres es un factor de protección para sus hijos e incluso influye indirectamente en el no consumo de los amigos de sus hijos.

Todo lo expuesto hasta el momento, sitúa a la familia como principal agente socializador y un elemento protector fundamental en la asunción de conductas de riesgo en la etapa de la adolescencia. Por esta razón el objeto de estudio de esta investigación se centra en los factores de riesgo y en los factores de protección familiares, concretamente en los estilos educativos parentales, los estilos de comunicación familiares, el estrés parental y el ajuste psicológico parental.

Así, el estilo educativo parental, las relaciones familiares y los modelos de conducta parentales tienen una gran relevancia en el inicio y continuación en el consumo de drogas, así como en el caso de la conducta delictiva (Becoña, 2002). En relación con los estilos educativos, se sugiere que existen patrones parentales que predicen el inicio y el consumo continuado de drogas de los hijos (Musitu et al., 2004). Tanto el estilo parental autoritario, en el que predomina el control parental sobre el calor afectivo, como el permisivo, en el que prevalece el afecto sobre el control de la conducta de los hijos, se relacionan con el consumo de drogas en los adolescentes. Sin embargo, en el caso de la conducta delictiva, el estilo parental democrático representa un importante factor protector en la implicación de conductas de riesgo, al promover en los hijos un tipo de autonomía basada en la capacidad de construir relaciones afectivas profundas. Este estilo educativo basado en el afecto y en el control se relaciona estrechamente con las funciones de apoyo social.

Por otra parte, algunos trabajos (Jiménez y Moyano, 2008; Pedrao y Cid-Monckton, 2011) indican que la cohesión familiar y la coherencia de puntos de vista sobre la educación de los hijos tienen un efecto protector en la prevención del consumo de drogas. Los jóvenes aprecian que los padres posean los valores de coherencia, cohesión y autoridad en la conducción de la familia. La presencia de estos factores reduce la aparición de imágenes negativas de sí mismo y fomenta una autoestima

adecuada en el hijo, contrarrestando la excesiva dependencia del adolescente con el grupo de iguales.

La mayoría de los estudios (Jang y Smith, 1991; Meschke, Bartholomae y Zentall, 2002) realizados coinciden en señalar que un escaso control de los padres sobre la conducta de sus hijos adolescentes en relación a qué están haciendo, dónde y con quién, está relacionado con comportamientos de riesgo de los adolescentes, como la delincuencia, las drogas o el bajo rendimiento académico. Algunos autores argumentan que la variable clave es la comunicación con los padres y no el control (Coleman y Hendry, 2003). Los padres pueden ejercer cierta supervisión si tienen la información y esto depende de si los hijos se la dan. El control y la supervisión están en función más del flujo de comunicación del joven hacia el progenitor, que si éste toma la iniciativa y busca información sobre las actividades del adolescente. De ahí la importancia de establecer buenos cauces de comunicación padres-adolescentes para prevenir determinados comportamientos.

En esta misma línea se posiciona Olson (1989) al presentar la comunicación como una dimensión facilitadora y un elemento crítico para la movilidad en la vinculación emocional. En este sentido, la capacidad de comunicación y de resolución de los conflictos en la familia cumple funciones protectoras. La ausencia de comunicación paterno-filial o las pautas negativas de comunicación tales como dobles mensajes o críticas, así como un clima familiar de conflictos frecuentes con peleas y discusiones, tanto entre padres e hijos como entre los padres, se consideran como factores facilitadores para la conducta de consumo de drogas.

En una muestra española se confirmó que las variables familiares que aumentan de manera significativa las posibilidades de consumo de drogas durante la adolescencia son la existencia de conflictos familiares, una pobre comunicación familiar, el consumo de drogas familiar y un estilo educativo parental permisivo (Villar, Luengo, Gómez y Romero, 2003). Por el contrario, como factores protectores familiares relacionados con un bajo índice de consumo de drogas, conductas antisociales y violencia durante la adolescencia están: avisar cuando salen sobre dónde van, con quién van y qué van a hacer, tener un horario límite para volver por la noche, llevarse bien con el padre y con

la madre, hacer cosas divertidas dentro del contexto familiar, ser escuchados por los padres y tomar parte en la toma de decisiones, ser elogiados y reforzados por los padres, y percibir el interés de los padres (Montañés, Bartolomé y Fernández-Pacheco, 2008).

Otro factor de riesgo relevante para el consumo de drogas en la adolescencia es el nivel de estrés parental, así como la exposición de los hijos al mismo (Merikangas et al., 1998). El estrés parental parece tener efectos graves en diferentes áreas del funcionamiento familiar. Se conoce que la percepción de la conducta de los hijos se modifica por los niveles de estrés de los padres y, a la vez, una percepción distorsionada interviene en la calidad de la interacción madre-hijo (Webster-Stratton, 1990). El estrés parental está asociado con problemas de conducta en los hijos y con conductas agresivas de las madres hacia los hijos (Herrero, Estévez y Musitu, 2006). Al mismo tiempo, altos índices de estrés experimentados en las familias se asocian con un número mayor de problemas psicológicos en los hijos (Peligrín, 2004; Peligrín y Garcés de los Fayos, 2008).

El estrés parental es el factor con mayor peso predictor de la conducta agresiva en la adolescencia (Cabrera, González y Guevara, 2012). La familia tiene cierta influencia en la prevención y en la generación de la conducta agresiva en los hijos. Así, las relaciones padres-hijos pueden favorecer las interacciones familiares, fortalecer los vínculos y crear un clima familiar que contribuya al desarrollo humano, pero también pueden presentarse relaciones padres-hijos que son estresantes y en las cuales los padres perciben que tener hijos y la relación con ellos es una carga. Esta forma de relaciones puede generar trato rudo de los padres hacia los hijos y sentimientos de malestar de los hijos hacia los padres, ocasionando en ellos conductas desadaptativas como la agresión.

Por último, un óptimo ajuste psicológico de los padres parece que predice un mejor ajuste adolescente debido a su importancia como principal agente socializador en la vida de sus hijos. Sin embargo, no existe apenas bibliografía científica sobre esta relación. En los estudios realizados por Merikangas y colaboradores (1998) aparece la presencia de psicopatología parental como un factor de riesgo que incrementa la vulnerabilidad a los problemas de conducta en la adolescencia. La investigación realizada se refiere al estudio de la relación o influencia que se da entre el estilo

educativo parental y el ajuste psicológico de los hijos (Fuentes, García, Gracia y Alarcón, 2015; Oliva, Parra, Sánchez-Quéija y López, 2007).

#### 2.4.2. Estilos educativos parentales

La familia es un elemento clave en el desarrollo de los individuos y constituye el principal componente de la socialización de los seres humanos (Maccoby, 1992). Por ser esta socialización de los hijos central en el desarrollo adulto es obvio afirmar que la familia juega un papel fundamental en la prevención de conductas de riesgo durante la adolescencia.

Uno de los aspectos más relevantes en este proceso es el estilo de crianza adoptado por los padres hacia sus hijos, es decir, el modo en que los padres educan a los hijos, aplican normas y ejercen la autoridad que puede oscilar entre el extremo de máximo control y coerción hasta el otro extremo de total tolerancia y libertad (Becoña et al., 2012b).

Se puede definir los estilos educativos parentales como esquemas prácticos que reducen las múltiples y minuciosas prácticas educativas paternas a unas pocas dimensiones que, cruzadas entre sí en diferentes combinaciones, dan lugar a diversos tipos habituales de educación familiar (Coloma, 1993). Los estilos educativos se configuran a partir de una serie de variables y en función de la importancia concedida a cada una de ellas en el entramado de las relaciones entre padres e hijo. En una revisión llevada a cabo por diversos autores (Torío, Peña y Rodríguez, 2008), se recogen las diferentes variables que se han tenido en cuenta desde mediados del siglo pasado al configurar los diversos estilos educativos parentales y que se consideran fundamentales en la socialización de los hijos. Estas variables se denominan dominio-sumisión y control-rechazo, a las que Rollins y Thomas (1979) definieron como intentos de control y apoyo parental.

Estas variables se difuminaron con el paso del tiempo y, en la actualidad, se consideran cuatro aspectos que configuran los estilos educativos parentales. Estos son el

afecto en la relación, el grado de control, el grado de madurez y la comunicación entre padres e hijos (Moreno y Cubero, 1990; Solé, 1998).

El apoyo se define como la conducta expresada por los padres hacia los hijos que hace que estos se sientan confortables en su presencia y les confirme su aceptación como persona. Han surgido otros conceptos para referirse a esta variable como aceptación, educación o amor y conductas parentales como las alabanzas, los elogios, la aprobación, la estimulación, la ayuda, la cooperación, etc. El intento de control se define como la conducta de los padres hacia los hijos con el objeto de dirigir la acción de esto de una manera deseable para los padres (Musitu, Román y Gracia, 1988). Esta variable coincide con la disciplina familiar y se utilizan términos como dominancia, restricción o coerción. El grado de madurez está relacionado con los retos y exigencias que los progenitores imponen a sus hijos. Por último, la comunicación es la posibilidad de crear una dinámica en la que es posible explicar de manera razonada las normas y las decisiones que se toman teniendo en cuenta el punto de vista de los otros.

Schwarz, Barton-Henry y Pruzinsky (1985) definieron estilos educativos parentales en base a tres dimensiones o ejes fundamentales. Una dimensión de aceptación que abarca desde la implicación positiva hasta el rechazo y la separación hostil. Una dimensión de control firme que implica grados diferentes como el refuerzo, la ausencia de refuerzo, la disciplina laxa o la autonomía extrema. Y una dimensión de control psicológico que incluye grados como la intrusión, el control hostil, la posesividad y la retirada de la relación.

Coloma (1993) también establece variables enmarcadas en dos polos opuestos. El control firme en contraposición al control laxo, el cuidado y la empatía en contraposición al rechazo e indiferencia, el calor afectivo en contraposición a la frialdad-hostilidad, la disponibilidad de los padres a responder a las necesidades de los hijos frente a la no disponibilidad y, por último, la comunicación de padres a hijos bidireccional y abierta en contraposición a una comunicación unidireccional y cerrada.

Baldwin (1948) es considerado el primer autor que identificó la relación entre el estilo de crianza ejercido por los padres y el posterior comportamiento de su

descendencia. Describió tres patrones de comportamiento en los padres: democrático, indulgente y de aceptación. Más tarde, Schaefer (1959) introdujo el término estilos parentales y propuso un modelo compuesto por dos dimensiones continuas: el control disciplinario y la calidad afectiva. La combinación de estas dos dimensiones originaba cuatro tipos de estilos educativos: democrático (alta calidez y alto control), sobreprotector (alta calidez y bajo control), autoritario (frialidad afectiva y alto control) y negligente (frialidad afectiva y bajo control).

El estudio de los estilos educativos o estilos parentales cobra especial relevancia con Baumrind (1966, 1968, 1971, 1980), convirtiéndose en una pionera en el estudio de los estilos educativos parentales. Inicialmente se centró en los estilos autoritario y democrático, ampliándolos posteriormente a otros estilos de crianza. Ella describió tres estilos parentales: democrático, autoritario y permisivo.

En sus inicios, como resultado de sus estudios, Baumrind (1973) concluía en relación al control parental que, en la primera infancia, el control con autoridad, en comparación con el control autoritario o el no control, estaba asociado con la responsabilidad social, esto es, orientación al rendimiento, simpatía hacia los iguales y cooperación hacia los adultos. Además, este control parental promovía la independencia representada en dominancia social, conducta inconformista, y propósito.

Posteriormente, Baumrind (1980) describió tres tipos de estilo parental: democrático, autoritario y permisivo. En el estilo democrático, los padres intentan dirigir la actividad de los hijos imponiéndoles roles y conductas maduras, pero utilizan el razonamiento y la negociación de forma racional. Parten de una aceptación de los derechos y deberes propios, así como los de sus hijos, lo que define la autora como reciprocidad jerárquica, cada miembro de la familia tiene derechos y deberes con respecto a los otros miembros. Este estilo se caracteriza por una comunicación bidireccional y un énfasis compartido entre la responsabilidad social de las acciones y el desarrollo de la autonomía e independencia en los hijos. Este estilo produce efectos positivos en la socialización, siendo algunos de ellos el desarrollo de competencias sociales, índices más altos de autoestima y bienestar psicológico y un nivel inferior de conflictos entre padres e hijos.

Los padres que se encuadran en el estilo autoritario valoran la obediencia como una virtud, así como la dedicación a las tareas marcadas, la tradición y la preservación del orden. Favorecen las medidas de castigo o de fuerza y están de acuerdo en mantener a los hijos en un papel subordinado y en restringir su autonomía. Dedicar muchos esfuerzos a influir, controlar y evaluar el comportamiento y las actitudes de sus hijos de acuerdo con unos rígidos patrones preestablecidos. No facilitan el diálogo y, en ocasiones, rechazan a sus hijos como medida disciplinaria. Este estilo tiene repercusiones muy negativas en la socialización de los hijos, como la falta de autonomía personal y creatividad, menor competencia social o baja autoestima y genera hijos descontentos, reservados, poco tenaces a la hora de perseguir metas, poco comunicativos y afectuosos y tienden a tener una pobre interiorización de valores morales (Belsky, Sligo, Jaffee, Woodward y Silva 2005).

Los padres que asumen un estilo permisivo proporcionan gran autonomía a los hijos siempre que no se ponga en peligro su supervivencia física. El prototipo de adulto permisivo requiere que se comporte de una forma afirmativa, aceptadora y benigna hacia los impulsos y las acciones de los hijos. Su objetivo fundamental es liberarlo del control y evitar el recurso a la autoridad, el uso de las restricciones y los castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas. Uno de los problemas que presenta este estilo es que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los hijos respecto a conductas agresivas y el logro de independencia personal. Este tipo de padres forman hijos alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de madurez y éxito personal (Banham, Hanson, Higgins y Jarrett, 2000).

Más tarde, MacCoby y Martin (1983) propusieron los cuatro estilos educativos más conocidos en la actualidad, donde a los tres estilos clásicos anteriores (democrático, autoritario y permisivo) añadieron un cuarto tipo, el indiferente o negligente.

Estos autores, apoyándose en las dimensiones básicas propuestas por Baumrind, redefinieron los estilos de crianza de acuerdo a dos aspectos: control o exigencia referida a la presión o número de demandas que los padres ejercen sobre sus hijos y

afecto o calidez aludiendo al grado de sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres ante las necesidades de los hijos. Observaron que la permisividad presentaba diferentes formas: indulgencia y negligencia. Esta última estaba ausente en el modelo de Baumrind, y así estableció los estilos democrático, autoritario, permisivo indulgente y permisivo negligente.

El estilo permisivo indulgente se define por tres características fundamentales de la conducta parental ante los hijos. Por un lado, la indiferencia ante sus actitudes y conductas tanto positivas como negativas. Por otro lado, la permisividad. Y, por último, la pasividad. Evitan la afirmación de la autoridad y la imposición de las restricciones. Hacen escaso uso de los castigos, tolerando todos los impulsos de los hijos. Se promueve la comunicación abierta y el clima democrático. Este estilo de disciplina familiar se describe, principalmente, por una interacción carente de sistematización y no suele ofrecer un modelo con el que el hijo pueda identificarse o imitar. Los padres no son directivos ni asertivos y tampoco establecen normas en la distribución de tareas o en los horarios dentro del hogar. Acceden fácilmente a los deseos de los hijos. Son tolerantes en cuanto a la expresión de impulsos, incluidos los de ira y agresividad. A pesar de esto, les preocupa la formación de sus hijos. Responden y atienden a sus necesidades.

Los padres que tiene un estilo permisivo negligente se caracterizan por la no implicación afectiva en los asuntos de sus hijos y por la dimisión en la tarea educativa. La permisividad no es debida a razones ideológicas, sino a razones pragmáticas, tanto por la falta de tiempo o de interés como por la negligencia o la comodidad. Los padres negligentes invierten en los hijos el mínimo tiempo posible y tienden a resolver las obligaciones educativas de la manera más rápida y cómoda posible. Les resulta más cómodo no poner normas, pues esto implica diálogo y vigilancia. No pueden evitar, en ocasiones, estallidos irracionales de ira contra los hijos, cuando estos traspasan los límites de lo tolerable, debido a su permisividad. Si sus recursos se lo permiten, complacen a los hijos en sus demandas, rodeándolos de halagos materiales. Es el estilo con efectos socializadores más negativos. Estos hijos obtienen las más bajas puntuaciones en autoestima, en el desarrollo de capacidades cognitivas y en los logros escolares, así como en la autonomía y en el uso responsable de la libertad.

Hoffman (1970) describe otra clasificación diferente a las de Baumrind y MacCoby y Martin. Este autor hace referencia a la afirmación de poder, la retirada de afecto e la inducción. La afirmación de poder supone el uso de castigos físicos, amenazas verbales, retirada de privilegios y una gran variedad de técnicas coercitivas. Es similar al estilo autoritario de Baumrind. La retirada de afecto utiliza el enfado de los padres y la desaprobación ante las conductas negativas, ignorando al niño sin hablarle ni escucharle. La inducción conlleva connotaciones positivas, ya que, a través de explicaciones de las normas, principios, valores y del ofrecimiento de razones para no comportarse mal, trata de inducir una motivación intrínseca en los hijos. Se asemeja al estilo democrático de Baumrind, excepto en que no se utiliza un control-guía para marcar normas y directrices claras. La inducción es el medio de control más indirecto que enfatiza las consecuencias negativas del daño causado a otros, fomentando la empatía hacia estos.

Para Kellerhalls y Montadon (1997) tres son los estilos de las familias que dependen del tipo de interacción que se establece en su seno y de su condición socioeconómica: el estilo contractualista, el estilo estatuario y el estilo maternalista. En primer lugar describen el estilo contractualista, distinguido por la importancia que los padres dan a la autorregulación y a la autonomía del niño, así como por el énfasis puesto en los valores de la imaginación y la creatividad. Este estilo se caracteriza por una escasa insistencia en la obligación o control y pone mayor énfasis en la incitación, el estímulo o la motivación. Este tipo de familias están abiertas a las influencias del exterior como el colegio, los amigos, los mass media, etc. Los roles educativos de los padres están poco diferenciados, ambos incluyen aspectos instrumentales y expresivos asumiendo un papel más cercano. Es importante señalar la importancia en este modelo de la variable clase social y de los agentes externos.

En segundo lugar, el estilo estatuario se sitúa en el polo opuesto por la gran importancia que se concede a la obediencia y a la disciplina, al tiempo que implica una menor valoración de la autorregulación y de la sensibilidad de los hijos. Sus métodos pedagógicos apelan más al control que a la motivación o a la relación. Las distancias entre padres e hijos son considerables, existiendo poca comunicación y escasas

actividades comunes. Los roles educativos de los padres están claramente diferenciados y la reserva ante los agentes de socialización del exterior es bastante significativa.

En último lugar se encuentra el estilo maternalista que se caracteriza por la insistencia en la acomodación más que en la autonomía o la autodisciplina. Sus técnicas de influencia se basan más en el control que en la motivación o en la relación. Existe una gran proximidad entre padres e hijos, se organizan muchas actividades en común, la comunicación entre ellos es estrecha y relativamente íntima, aunque los papeles educativos de los padres tienen perfiles distintos y la apertura a las influencias del exterior es bastante limitada.

Parker (1996), por su parte, define cuatro estilos parentales, diferenciándolos entre sí por el cuidado y control o protección que ejercen los padres durante la crianza de sus hijos, trazando así un cuadrante que ubica las siguientes características parentales: 1) Cuidado óptimo, definido por alto cuidado y baja sobreprotección; 2) Compulsión afectiva, combinación de excesivo cuidado y excesiva sobreprotección; 3) Control sin afecto, identificado por una sobreprotección y escaso cuidado, y 4) Negligente o descuidado, que se forma por la combinación de bajo cuidado y baja sobreprotección.

Holden (1997) señala que la sobreprotección es un factor importante para que el niño muestre dificultades en el desarrollo de sus relaciones personales. Apoyando estos resultados, Murphy (1977) afirma que la manera como los hijos perciben la relación con sus padres repercutirá positiva o negativamente en su funcionamiento general.

Con respecto a la evidencia que establece alguna relación entre los estilos educativos parentales y el consumo de drogas de los hijos Becoña y colaboradores (2012b) realizaron una revisión de los estudios publicados entre los años 1980 y 2010 sobre la influencia del estilo educativo en el consumo de drogas de los hijos. Encontraron que el estilo democrático estaba asociado a bajos niveles de consumo de alcohol y cannabis y a un mejor ajuste psicológico de los adolescentes. El estilo autoritario se relacionó con un mayor uso de alcohol y otras sustancias. Mientras que el estilo negligente estaba asociado con el consumo de drogas incluido el tabaco, el

alcohol, el cannabis, la cocaína y el éxtasis. Respecto al estilo permisivo los autores encontraron resultados contradictorios. Por un lado, se relacionó con el consumo de alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis y drogas en general. Por otro lado, algunos estudios (García y Gracia, 2009; Rothrauff, Cooney y An, 2009) señalaron que el estilo permisivo podía ser adecuado en la socialización de los hijos y estar relacionado con menores consumos de drogas en comparación con el estilo democrático. Por último, destacaron un estudio realizado por García y Gracia (2010) según el cual el mejor estilo educativo parental en España era el estilo indulgente asociado a menores consumos de sustancias entre adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años.

Rodrigo, Máiquez, Martin y Byrne (2008) destacan cuatro prácticas parentales de riesgo. En primero lugar, la existencia de una *disciplina incoherente* que se produce cuando los progenitores no son sistemáticos en sus acciones, ante una misma situación manifiestan comportamientos contradictorios (incoherencia intraparental), castigan comportamientos adecuados o premian los inadecuados, realizan un seguimiento escaso o incoherente de las acciones de sus hijos, ceden ante sus presiones y cambian de modo impredecible sus expectativas y reacciones. También se observa una falta de acuerdo entre padre y madre a la hora de establecer criterios educativos (incoherencia interparental o discrepancia educativa). En segundo lugar, la presencia de una *disciplina colérica y explosiva*. El indicador más evidente de este tipo de disciplina es el uso de tácticas coercitivas para forzar la voluntad del hijo, como pegar, gritar, insultar y amenazar y un aumento de la probabilidad de que éste responda desafiando o con una sumisión extrema (obediencia compulsiva). También se suelen producir largos episodios de conflictos padres-hijos, un aumento progresivo de la intensidad de los castigos y un uso frecuente de las humillaciones. En tercer lugar, la *baja implicación y supervisión parental* de la conducta de los hijos. Despreocupación por la salud, higiene, educación y ocio de los hijos. Se observa un desconocimiento de las necesidades emocionales y cognitivas de los hijos y una negligencia en los deberes de la protección física. Otras formas más leves de negligencia conllevan una falta de implicación en la educación de los hijos. Los padres ignoran qué actividades realizan sus hijos, no saben quiénes son sus amigos, ni cómo van en sus estudios. Los padres y madres no realizan actividades con sus hijos, no tienen disponibilidad hacia ellos. Por último, como práctica parental de riesgo los autores señalan la *disciplina rígida e inflexible*. Los

progenitores no adaptan sus estrategias de acuerdo con la edad de sus hijos, el estilo del comportamiento o el tipo de problemas implicados en la situación de conflicto. Sólo utilizan un rango muy limitado de estrategias que aplican en cualquier tipo de transgresión de las normas, sin tomar en cuenta los factores situacionales. No ajustan la intensidad de la disciplina en función de la gravedad de la infracción y no usan técnicas de negociación de conflicto. Utilizan el castigo de forma predominante, mientras que el razonamiento es muy poco probable que aparezca.

Las diferencias entre los estilos materno y paterno han recibido poca atención, dado que habitualmente se han clasificado los maternos o se han evaluado los estilos parentales de padres y madres, pero se han excluido del análisis a las familias en las que los progenitores mostraban diferentes estilos, o bien se han promediado las puntuaciones de padres y madres, lo que puede llevar a clasificar mal a las familias (McKinney y Renk, 2008). Un estilo parental consistente en ambos progenitores es más efectivo y deseable que si es inconsistente (Dwairy, 2010). Sin embargo, a pesar de que durante la infancia la coherencia entre las prácticas y los estilos educativos de padres y madres resulta fundamental, en la adolescencia esta coherencia o consistencia entre los progenitores resulta menos relevante que las ventajas que puede suponer disponer de, al menos, un progenitor democrático (Fletcher, Steinberg y Sellers, 1999; Steinberg, 2001). Los resultados más positivos para los adolescentes se consiguen cuando los dos progenitores son democráticos (McKinney y Renk, 2008; Simon y Conger, 2007). En la ausencia de este estilo parental óptimo, tener un progenitor de este tipo puede amortiguar al chico de las consecuencias perjudiciales asociadas con un menos óptimo estilo parental, ya que la diferencia existente entre el ajuste psicológico y comportamental de los chicos con dos progenitores democráticos y el de quienes solo tienen uno, es bastante menor que la diferencia entre quienes tienen, al menos, un progenitor democrático y quienes no tienen ninguno (Simons y Conger, 2007; Steinberg, 2001). Los peores resultados se encuentran cuando los dos progenitores son indiferentes. Cuando solo uno de los progenitores muestra este estilo, las combinaciones que incluyen una madre indiferente producen significativamente peores resultados que aquellas combinaciones en las que el padre lo es, lo cual indica que la influencia materna suele ser algo superior que la paterna (Hair, Moore, Garrett, Ling y Cleveland, 2008; Rodrigo et al., 2004).

Jiménez-Iglesias y Moreno (2015) llevaron a cabo un estudio sobre la influencia de las diferencias entre el padre y la madre en afecto, promoción de la autonomía, revelación, interés y conocimiento sobre el consumo de sustancias (tabaco, alcohol y cannabis) y el bienestar psicológico adolescente (calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción vital). Los resultados mostraron que los adolescentes que indicaron que su padre y sus madres coincidían en presentar altos niveles en las dimensiones familiares analizadas consumieron menos sustancias y tuvieron mejor bienestar psicológico. La dimensión más importante para el consumo de sustancias fue el conocimiento parental, es decir, la información que disponen los progenitores de sus hijos y para el bienestar psicológico lo fue el afecto parental. La revelación adolescente solo fue relevante para el consumo de alcohol y la calidad de vida, mientras que la promoción parental de la autonomía lo fue para la calidad de vida.

En síntesis, el amplio conjunto de investigaciones ha ido mostrando la existencia de una serie de características en las que los padres y madres difieren unos de otros en sus prácticas educativas. Estas prácticas educativas definen los diversos estilos educativos parentales que adoptan los progenitores en la socialización de sus hijos. No existe consenso en la delimitación y descripción de estos estilos, a pesar de coincidir mayoritariamente en la nominalización y conceptualización de las dimensiones que conforman los estilos educativos. Las dimensiones sobre las que se estructuran los diferentes estilos educativos parentales son: la dimensión de afecto, apoyo expresado, aceptación, cuidado, empatía, apego, la dimensión de control, inducción, la dimensión de grado de madurez, disponibilidad de los padres y, por último, la dimensión de la comunicación familiar. Donde sí se ha llegado a cierto consenso dentro de la comunidad científica es al establecer una relación entre el estilo educativo parental y el uso de drogas por parte de los hijos en la adolescencia.

#### 2.4.3. Estilos de comunicación familiares

La comunicación es una de las dimensiones fundamentales de las familias por la proximidad entre sus miembros y la larga interacción del proceso, así como por su impacto en el desarrollo del niño y adolescente. La funcionalidad de la familia va a depender, en gran medida, de los modelos de comunicación que se establezcan entre sus

miembros. Estos estilos, a su vez, son reflejo de factores internos: pensamientos, actitudes e intenciones (Gimeno, 1999). El model circunflejo de Olson (1985) considera la comunicación como un proceso de interacción familiar directamente relacionado con la competencia familiar. Entre las habilidades de comunicación positiva se encuentran la escucha reflexiva, la empatía y los comentarios de apoyo. Son habilidades que capacitan a las familias para compartir sus necesidades y preferencias y para adaptarse al cambio, favorecen la cohesión y la adaptabilidad. Por el contrario, se consideran habilidades de comunicación negativas el doble vínculo, el doble mensaje y las críticas que fomentan el distanciamiento y el rechazo, no invitan a compartir experiencias ni sentimientos y generan incompreensión entre los implicados facilitando la desestructuración.

Varios estudios (Cusinato, 1992; Raush, Barry, Hertel y Swain, 1974) señalan las características de la comunicación familiar de mayor diferenciación:

- Existencia de redundancias moderadas en las interacciones intrafamiliares, dándose que las familias con síntomas patológicos muestran un número de episodios de redundancia muy alto.
- Relaciones equilibradas entre interacciones simétricas y complementarias, ya que las relaciones simétricas acaban siendo competitivas y las que sólo son complementarias resultan problemáticas abocando a la rigidez de las relaciones.
- Muy escasa disyunción entre canales verbales y no verbales (digital y analógico), disyunción que conlleva emparejadas patologías graves.
- Ausencia de mensajes de descalificación, así como de mensajes contradictorios e inconsistentes, generándose ansiedad y confusión cuando se da una gran cantidad de estos mensajes.
- Ausencia de desautorización de los mensajes del otro, con la consiguiente repercusión negativa en el interlocutor.
- Consistencia intrafamiliar en la percepción de las secuencias de comunicación, con efectos negativos cuando dicha consistencia presenta características muy débiles.
- Relegación a un segundo plano de la metacomunicación, siendo los valores altos de dicho abandono propios de las familias en escalada de conflicto, mientras que la existencia de cierta capacidad de metacomunicación se convierte en uno de los medios familiares propios en el intento de abordar las disyunciones familiares.

Grotevant y Cooper (1985) trataron de identificar los aspectos de la comunicación familiar que parecen reforzar la competencia psicosocial del adolescente. Desarrollaron el modelo del proceso de individuación, definido como una propiedad de las relaciones intrafamiliares, caracterizado por la interdependencia entre individualidad y cohesión de los miembros.

La individuación es coherente con la conceptualización de la cohesión familiar como una dimensión con dos extremos. En uno de estos extremos se encuentra el aglutamiento, que implica un alto grado de cohesión, en la que los miembros de la familia actúan y piensan todos del mismo modo. En el otro extremo de este continuo está el desligamiento, que significa un bajo grado de cohesión, en el que los miembros son independientes y tienen poca influencia los unos sobre los otros. Las relaciones óptimas son aquellas que muestran un equilibrio entre individualidad y cohesión (Musitu et al., 2004).

El modelo de individuación consta de cuatro factores. Dos de estos factores reflejan aspectos de la individualidad y los otros dos factores hacen referencia al apoyo y la implicación dentro de la familia. En cuanto a los factores relacionados con la individualidad se encuentran la aserción/afirmación de sí mismo, es decir, la capacidad de tener un punto de vista y de comunicarlo con claridad, y la separación, la capacidad de expresar la diferencia entre sí mismo y los otros. Los otros dos factores relacionados con el apoyo y la implicación dentro de la familia son la permeabilidad, referida a mostrar responsividad y la apertura a las ideas de los otros y la mutualidad, entendida como mostrar sensibilidad y respeto en las relaciones con los otros.

La capacidad familiar para resolver los conflictos que surgen en esta etapa por la búsqueda del adolescente de una mayor libertad para tomar sus propias decisiones, junto con la percepción de que esa libertad está amenazada por los padres promueve una mejor o peor adaptación en esta etapa de la adolescencia. Los conflictos, en su gran mayoría, se presentan en cuestiones poco relevantes relacionadas con el modo de vestirse, la actividad en el tiempo libre o la hora de llegar a casa por la noche.

La comunicación familiar está determinada por la edad y el género. Así, los adolescentes tienen más conflictos con la madre que con el padre, al tiempo que reconocen tener con ella interacciones más positivas. Esto está relacionado con la mayor implicación de las mujeres en las rutinas cotidianas de la vida familiar. Además, los conflictos son diferentes según se traten con el padre o con la madre. Con la madre, el desacuerdo se relaciona con las buenas maneras o la buena educación, con la elección de los amigos, la ropa y las tareas domésticas, mientras que, con el padre, los adolescentes tienen problemas relativos a la paga, al uso del tiempo libre y a las actitudes hacia la escuela, los estudios y las salidas nocturnas (Rodrigo, García, Máiquez y Triana, 2005).

Aunque el conflicto se ha considerado a menudo como un indicador de incompatibilidad, hay pruebas de que puede tener una función constructiva cuando tiene lugar en condiciones intersubjetivas de confianza e intimidad. La forma en que los miembros de la familia muestren sus puntos de vista y sus desacuerdos con los otros parece predecir la capacidad de adaptación y la habilidad de relación con los hijos adolescentes.

La comunicación en cuanto transmisión y recepción de mensajes no es sólo una cuestión de estrategias y de habilidades formales, sino que es, ante todo, cuestión de intención de comunicar y de comprender la información que resulta significativa para la familia.

En una investigación llevada a cabo por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2003) se establecieron cinco formas de relación que resaltan las distintas modalidades de la comunicación. Estas formas no son excluyentes ni incompatibles entre sí, simplemente indican tendencias o prototipos:

- Modelo unidireccional, en el que la comunicación se dirige de progenitores a hijos únicamente. Tres de cada cuatro progenitores se sienten identificados con este modelo. Los padres varones muestran un esfuerzo para contactar con sus hijos. Las madres se sienten incluidas en este grupo en mayor proporción que los padres, lo que no significa que los hijos respondan menos a las madres, sino que ellas hacen más esfuerzos que los padres para establecer una comunicación con sus hijos.

- El modelo recíproco destaca por mostrar muy buenas relaciones con los hijos y no sólo de manera unidireccional. Con este modelo se identifican más de la mitad de los progenitores. Hay que reseñar que son las madres y, en concreto, refiriéndose a sus hijas, las que se sitúan en este grupo en mayor proporción. Además, esta buena comunicación entre progenitores e hijos se relaciona también con unas mejores relaciones entre los progenitores, generando un muy buen clima familiar. Es significativo que este buen clima familiar se muestra como un elemento que parece ser protector respecto a las situaciones de conflicto familiar
- Algo menos de un tercio de los progenitores se reconocen en un modelo de comunicación que no resulta especialmente espontáneo ni natural, existiendo afirmaciones del tipo “no creo que pueda decirle a mi hijo cómo me siento acerca de algunas cosas”, “hay ciertos temas que evito hablar con mi hijo” o “tengo cuidado con lo que cuento a mi hijo”.
- No llega al 15% la proporción de padres que se sitúan en una forma de relación precavida, muy cercana al modelo anterior, al que se añade un tono de desconfianza defensiva: “a veces me cuesta trabajo creer todo lo que mi hijo me dice”, “a veces no me atrevo a pedirle lo que quiero”.
- Muy minoritaria (4%), pero también muy significativa por su radicalidad, es la comunicación conflictiva, donde se agrupan los padres que peor relación tienen con sus hijos. Estos padres presentan planteamientos rígidos y no terminan de aceptar la autonomía de los hijos. Estos padres demandan, en mayor proporción que el resto, ayudas externas a la familia, como un apoyo antes las dificultades surgidas en la relación con sus hijos.

Con independencia de la mayor o menor representatividad en cada uno de estos modelos, es relevante la existencia de cierta insatisfacción que se desprende del discurso que tienen los padres cuando hacen referencia a la comunicación que establecen con sus hijos. Una de las sensaciones que recorre el discurso es la convicción de estar cediendo continuamente ante ellos, hasta el punto de sentirse sometidos en sus propias casas, algo que llega a hacer que afirmen sentirse como esclavos de sus hijos. Esto genera en los padres una gran paradoja ya que, por un lado, no se sienten capaces de cambiar esta situación, no se sienten con autoridad para ejercerla, pero, por otra parte, su experiencia como hijos les remite a la autoridad ejercida por sus propios padres cuando ellos eran jóvenes.

Esta insatisfacción aumenta cuando los padres reconocen la incomprensión y la poca valoración por parte de sus hijos, cuestión directamente relacionada con los comportamientos de entrega unidireccional de afecto, comunicación y cariño que

caracterizaban algunos de los modelos de comunicación expuestos: padres que entregan todo a sus hijos, se desviven por ellos, mientras estos no sólo se limitan a recibir sin entregar nada a cambio, sino que además no agradecen la entrega de los padres. Contextos donde existe un gran desequilibrio entre los derechos y los deberes de unos y otros, en los cuales la percepción de injusticia de los progenitores se basa en la creencia de que los hijos cuentan con multitud de derechos y carecen de deberes.

Los padres pueden manifestar diferentes estilos en la forma de comunicarse con sus hijos. Así, se distinguen tres estilos de comunicación familiar, el estilo pasivo, sumiso o inhibido, el estilo agresivo, dominante o impositivo y el estilo asertivo, autoafirmativo o dialogante (Ballenato, 2007).

En el estilo *pasivo, sumiso o inhibido*, los padres se muestran incapaces de hacer valer sus deseos y sus opiniones frente al hijo. Muestran una actitud claramente defensiva y de autoconcentración. Se sienten inseguros en su papel y deciden callarse, aguantar, adaptarse y ceder a la más mínima presión por parte del hijo. En ocasiones piensan que si anteponen sus criterios a los del hijo pueden traumatizarle o llegar a ser rechazados por éste. Se guardan sus opiniones o, como mucho, llegan a expresarlas con timidez, con excesiva laxitud, sin decisión ni convicción, con un tono de voz generalmente bajo.

A la hora de educar y de abordar las naturales diferencias de opinión en el seno de la familia, esta forma de comunicarse genera frustración, ansiedad, baja autoestima, así como sentimientos de culpa y autodesprecio en el padre. Éste vive un conflicto personal interior y se siente incapaz de controlar o dirigir la situación con arreglo a sus deseos. Normalmente tiende al retraimiento, a protegerse, a evitar las discusiones, y acaba sometido al hijo, acatando los dictados de éste, que termina por hacer su voluntad y salirse con la suya. En algún caso puntual su inhibición se puede transformar en cólera, explotando cuando alguna pequeña gota termina de colmar el vaso, con el consiguiente sentimiento de culpabilidad. Los hijos se pueden sentir superiores ante el comportamiento de sus padres, pero también culpables. Desearían ver una mayor autoconfianza en sus padres.

En *el estilo agresivo, dominante o impositivo*, los padres intentan imponer sus criterios a los hijos sin tener en cuenta la opinión de estos. El padre dominante sobrevalora y atiende casi en exclusiva sus propias opiniones, deseos y sentimientos, pero, a la vez, desoye, rechaza, desprecia o resta importancia a los de sus hijos. La balanza queda desequilibrada a su favor. Las decisiones se toman de forma unilateral. Su discurso suele estar plagado de advertencias, amenazas, obligaciones. Se trata de mandatos y dictados que hay que cumplir y sobre los que no se plantea posibilidad de discusión. El planteamiento del contenido suele ser en negativo, sobre lo que no se debe hacer o decir. Pretende informar, sin intención alguna de argumentar o debatir sobre el tema en cuestión. El resultado es una especie de monólogo exigente y en ocasiones culpabilizador. El estilo agresivo se manifiesta por la actitud desafiante, tensa, cargada de gestos de autoridad, amenaza e intimidación. Mientras se dan órdenes al hijo, se bate el puño cerrado arriba y abajo, con el dedo índice extendido en señal de advertencia.

El padre agresivo habla desde una posición de clara superioridad, con una acusada rigidez y con mensajes unidireccionales, cargados de subjetividad. Su forma de hablar se puede caracterizar por una cierta aceleración en lo que a velocidad del habla se refiere, y por un tono de voz elevado que intenta demostrar firmeza. A la menor contradicción pierde el control y no duda en ponerse a gritar mientras realiza movimientos expansivos. Puede incluso llegar a emplear la violencia física, como arma de imposición de su autoridad. Tal vez consiga un control inicial de sus hijos cuando estos son pequeños, pero con toda probabilidad las discusiones y los conflictos serán frecuentes a medida que el hijo vaya creciendo. La rebeldía propia de la etapa de la adolescencia entrará en colisión con esta forma de educar.

El estilo agresivo generalmente causa rechazo en quien lo soporta. El hijo probablemente verá quebrantados una y otra vez sus derechos. No se sentirá aceptado ni respetado. Puede terminar por considerar que no tiene suficiente valía como persona como para merecer ese respeto. Su autoestima se verá también afectada. Es fácil que el hijo se sienta humillado e invadido en ocasiones por el resentimiento. Las reacciones ante este estilo pueden variar desde la ansiedad y el enfado hasta la cólera y la agresividad. Es evidente que se trata de un estilo que infunde, sobre todo, temor y

miedo. En muchos casos generará odio y fuertes deseos de venganza, que seguramente el hijo acabará manifestando de formas diversas.

En el *estilo asertivo, autoafirmativo o dialogante*, el padre no se inhibe a la hora de manifestar sus opiniones, ni intenta imponer sus criterios de forma autoritaria, como ocurría en los dos estilos anteriores. La asertividad es la capacidad de defender activamente los derechos propios sin violar los de los demás y permite que todos expresen abierta y directamente sus ideas. Las ideas se defienden, las opiniones se razonan y las normas se argumentan, sin apelar al sometimiento ni provocar rechazo. Las opiniones y razones del hijo también son consideradas como importantes y legítimas, son escuchadas y tenidas en cuenta. Es una comunicación que se construye con la intervención de las dos partes. Resulta especialmente útil para analizar juntos las cuestiones, prevenir conflictos futuros, negociar, resolver las dificultades, buscar alternativas, encontrar posibilidades.

El padre que utiliza el estilo asertivo no habla mascullando entre dientes ni necesita levantar la voz hasta llegar a gritar. Mantiene un diálogo coherente y claro, en el que predomina el necesario contacto visual, la adecuada fluidez del habla y la naturalidad de los movimientos. Estos elementos facilitan la continuidad de la interacción. Algunos gestos característicos que puede manifestar son la apertura de manos y brazos, que revela una mente dispuesta a escuchar, así como los gestos de aprobación y asentimiento. La imagen del padre asertivo es la de una persona equilibrada, segura, satisfecha, relajada y tolerante; una persona sociable que se respeta a sí misma y que sabe respetar y valorar también a los demás. Muestra un carácter activo, decidido, colaborador y optimista. Su liderazgo personal es propio de una persona que se siente dueña de sí misma, que sabe autocontrolarse.

Con el estilo asertivo los hijos aprenden que pueden dialogar con sus padres y expresarse libremente con el mismo respeto que reciben de ellos. La comunicación entre ambos es fluida. Escuchan con más interés la información que se les proporciona, que ya no es en forma de órdenes impuestas. Se sienten apreciados, valorados, escuchados, tenidos en cuenta y respetados. Participan en las decisiones en un ambiente de colaboración.

Probablemente una de las principales cualidades de este estilo es que es percibido por el hijo como justo. El liderazgo personal, la ecuanimidad y el sentido de la justicia legitiman al padre a la hora de educar, puesto que queda investido ante los hijos de la necesaria autoridad moral. Puede contar con el respeto de estos. Como consecuencias más habituales de este estilo de comunicación, se puede destacar que el hijo se sentirá respetado, apreciado y satisfecho consigo mismo. Su autoestima se verá fortalecida, su estabilidad y equilibrio emocional se verán beneficiados. El estilo asertivo contribuye a crear un clima relajado, armónico y muy positivo, que redundará en una mejora sensible y evidente tanto en las relaciones familiares como en las relaciones sociales en general.

Por su parte, Satir (1991) diferencia cinco estilos de comunicación: el estilo aplacador o autoinculpador, el estilo acusador, el estilo calculador, el estilo distractor y el estilo nivelador, cada uno de los cuales es el reflejo de unos valores predominantes. El estilo *aplacador o autoinculpador* se caracteriza por un lenguaje no verbal que denota desvaloración manifestado por cierto retorcimiento de las manos, mirada baja, voz suave, melosa, etc. El lenguaje verbal se centra en aquellos aspectos en los que se siente menos hábil, verbalizando sentimientos devaluadores de su propia personalidad. El *estilo acusador* utiliza un tono de voz alto, voz firme y ronca, aunque en estados de irritación importantes puede cambiar el timbre. Su cuerpo aparece tenso, sobre todo los músculos del cuello, retiene la respiración y se acompaña de gestos amplios e inculpadores, mientras su piel se ve enrojecida. Con frecuencia su lenguaje deriva en descalificaciones de las acciones o de las otras personas, tendiendo a ser cada vez más intensas si considera que ello le da más posibilidades de ganar las batallas que él mismo se monta. El *estilo calculador* destaca por su capacidad de argumentación o pseudoargumentación, lo que hace inferir que se trata de personas sensatas y razonables, que abogan por la justicia, aunque olviden la generosidad. Llegan a ser grandilocuentes y hasta demagógico, no hacen una afirmación sin haber hecho antes una previsión de su efecto en los demás. Son personas correctas y respetuosas en los calificativos atribuidos a los demás, pero considera las emociones y la expresión de las mismas como signo de fragilidad y de falta de la madurez que debe tener un adulto. Su cuerpo asume movimientos fuertes y lentos, emana una serenidad que puede llegar a transformarse en

rigidez. Sabe mantener las distancias. Su tono es amable, su voz es pausada, potente y segura, y su respiración lenta y profunda, lo que potencia su capacidad de convicción. En el *estilo distractor* las expresiones habituales no guardan relación con la situación concreta que se debate, son irrelevantes, dirigidas al vacío, aunque pueden estar cargadas de ingenio y humor. La persona con estilo distractor inicia nuevos temas, evita profundizar en los conflictos, y elude sistemáticamente las preguntas de los otros que le llevan a centrar el tema. A nivel no verbal se mueve mucho, gesticula de modo ágil y hasta espectacular, puede ser coordinado y grácil, o bien descoordinado e hiperactivo. Puede invitar a que se mire hacia otro lado, o a que se cambie el tema de conversación, más preocupado por su propio estilo que por el contenido de la comunicación, y más entusiasmado por ser el centro que por resolver el problema. Por último, el *estilo nivelador* se define porque muestra una coherencia entre sus mensajes verbales y no verbales y todo el cuerpo participa en la comunicación de un mensaje. Transmite mensajes congruentes en la forma y en el fondo, armoniza la comunicación relacional con el contenido, no hiere ni descalifica a las personas, aunque puede ser contundente con sus argumentos, ya que dirige sus verbalizaciones a analizar la situación y a buscar soluciones.

Como se ha visto, el conflicto aparece como algo habitual durante la adolescencia, pero, aunque los conflictos tienden a ser sobre cuestiones aparentemente mundanas o triviales, como la apariencia personal, las citas, la hora de llegada a casa o el aspecto, no deja de ser una etapa difícil para padres y adolescentes como resultado de estos frecuentes conflictos.

Numerosos estudios han puesto de manifiesta la relación existente entre la comunicación familiar y el consumo de sustancias por parte de los adolescentes (Cava, Murgui y Musitu, 2008; Jiménez-Iglesias, 2015; Moreno, Muñoz-Tinoco, Pérez y Sánchez-Quéjija, 2006). Una comunicación negativa con los padres incide en el desarrollo de problemas conductuales y psicológicos en los adolescentes (Liu, 2003); mientras que unas relaciones paterno-filiales cálidas y caracterizadas por la aceptación y la comunicación positiva parecen tener una función protectora (Martínez y Robles, 2001; Muñoz-Rivas y Graña, 2001). Al estudiar la influencia de la facilidad y la dificultad de la comunicación con el padre y la madre en el consumo de sustancias, se

encontró que los adolescentes con un menor consumo de sustancias pertenecieron al grupo que decía tener mayor facilidad para la comunicación con ambos progenitores, seguido del grupo que dijo tener facilidad sólo con la madre. Tras ambos grupos, los adolescentes que más consumieron fueron quienes indicaron tener facilidad para comunicarse sólo con el padre y quienes no la tuvieron con ninguno de los progenitores (Moreno et al., 2006).

#### 2.4.4. Estrés parental

Pérez-López, Pérez-Lag, Ramón y Velasco (2011) señalan que aunque el concepto de estrés parental se ha abordado desde múltiples perspectivas, todas coinciden en que su desarrollo es consecuencia de los estresores diarios y de las demandas de cuidado implícitas en el rol de padre o madre; posición que también coincide con la defendida por Abidin (1995), que afirma que el estrés parental es el grado de ansiedad o malestar que tienen los progenitores a la hora de ejercer su rol como padres o madres.

El estrés parental en la adolescencia está relacionado con distintos procesos de cambio que facilitan y promueven la adaptación en esta nueva etapa de sus vidas. La familia no es un recipiente pasivo, que permanece inalterable antes los cambios, sino que se trata de un sistema intrínsecamente activo. Todo tipo de tensión, sea originada por cambios que ocurren dentro de la familia (el crecimiento de los hijos, el fallecimiento de un ser querido, etc.) o que proceden del exterior (mudanzas, pérdida de trabajo, etc.) repercuten en el funcionamiento familiar. Frente a estos eventos o situaciones se impone un proceso de adaptación, es decir, una transformación de las interacciones y de las reglas familiares capaces de mantener, por un lado, la continuidad de la familia y, por otro, permitir el crecimiento de sus miembros (Estévez, Jiménez y Musitu, 2011).

Desde una perspectiva normativa, se considera que la familia progresa a través de una serie de etapas o puntos nodales de su desarrollo. En cada punto nodal del ciclo vital la familia se reorganiza con el fin de acceder con éxito a la siguiente fase. En estas transiciones evolutivas una etapa particularmente crítica para el equilibrio familiar es la

adolescencia. En esta etapa se producen importantes cuestionamientos en relación con la interacción familiar. Las modalidades habituales de funcionamiento que hasta entonces han sido utilizadas con éxito resultan ahora inadecuadas (Erikson, 2012).

En la adolescencia los temas de autonomía y de control deben renegociarse, permitiendo de este modo la separación o distanciamiento gradual del adolescente con la familia, a través de la flexibilización en el plano normativo y en la delegación de toma de decisiones y asunción de responsabilidades. Para algunas familias esta fase representa una etapa especialmente estresante, al aumentar de forma importante los conflictos y discusiones familiares. El adolescente pide cambios que le permitan sentirse como una persona que ha crecido. Esta búsqueda de mayor autonomía implica la introducción de nuevas reglas de relación en la unidad familiar, unos cambios que con frecuencia son incompatibles con los intereses familiares. Además, aparece en escena un sistema poderoso y a menudo competidor con la familia, el grupo de iguales. Este nuevo contexto social se convierte en un referente fundamental para el adolescente siendo, de hecho, el objeto de los numerosos conflictos familiares que ocurren en esta etapa del ciclo vital.

La familia en esta fase de su estadio se encuentra, por tanto, con la tarea de sincronizar dos fuertes movimientos antagónicos: por una parte, la tendencia del sistema hacia la unidad (mantenimiento de lazos afectivos y sentimiento de pertenencia) y, por otra parte, la facilitación de la diferenciación y de la autonomía de sus miembros. La pérdida de equilibrio que genera este punto de transición puede impulsar un nuevo movimiento que favorecerá el crecimiento familiar o, por el contrario, ser el objeto de un estancamiento temporal en el desarrollo familiar.

Además de estas fuentes normativas de estrés familiar asociadas a cada etapa del ciclo vital, la familia está condicionada a vivir otros eventos estresantes inesperados o no normativos, tales como crisis económicas, muerte repentina o enfermedad crónica de alguno de sus miembros. Estas fuentes no normativas de estrés familiar, a diferencia de los estresores normativos como son los que se asocian a su ciclo vital, no son previsibles, en el sentido de que no se espera que ocurran como parte de su desarrollo

familiar. Al contrario, son eventos inesperados, de aparición generalmente abrupta y con la suficiente magnitud como para inducir importantes cambios en el sistema familiar.

Este tipo de estresor no tiene por qué ser negativo, sino que puede ser positivo. Lo importante es el manejo que haga la familia de este estresor situacional y que dependerá de la percepción que de él tenga la familia. Si los recursos están ya saturados o agotados por haber afrontado otros cambios vitales, los miembros de la familia pueden ser incapaces de hacer posteriores ajustes frente a estresores sociales adicionales.

Barudy y Marquebreucq (2006) entienden el estrés familiar como la tensión intrafamiliar creada por circunstancias del entorno o propias de la familia que amenazan el ejercicio de sus funciones, su bienestar y hasta su propia existencia. Estos autores distinguen entre tres niveles de estrés. En primer lugar, el estrés cotidiano que se produce en el cumplimiento de múltiples obligaciones, horarios apretados, atascos de tráfico, sobrecarga laboral, etc. En segundo lugar, el estrés crónico, que va asociado a situaciones de violencia doméstica, dolor crónico, graves dificultades económicas y laborales, vivienda en barrios inseguros o violentos, inmigración, etc. Por último, la presencia de sucesos vitales negativos como pérdida de un familiar, divorcio, incapacidad debida a accidente o enfermedad, cárcel, desalojo de la vivienda, embarazo no deseado, etc.

Lazarus y Folkman (1986) plantearon que el estrés se da cuando una situación particular desborda los recursos de la persona afectando a su bienestar. Este planteamiento considera como fundamental la relación individuo-entorno, en la cual no siempre es suficiente la sola situación estresante, sino que procesos de afrontamiento inadecuados en el individuo pueden llevar a un resultado no esperado o no deseado, originando una respuesta disfuncional a la exigencia del entorno. Esta definición de estrés también se refiere a un proceso evaluativo que determina hasta qué punto una relación es estresante, y para ello tiene en cuenta factores personales y situacionales.

Siguiendo con Lazarus y Folkman, esta misma situación se puede apreciar en el contexto familiar, en las relaciones padres-hijos, en la angustia o malestar que sienten

los padres con las actividades de la crianza o con el estrés parental. Si no cuentan con los recursos necesarios para enfrentar las demandas de la educación de los hijos, o si el proceso evaluativo de la relación entre padres e hijo es negativo, se origina el estrés parental (Pozo, Sarriá y Méndez, 2006).

El estrés de los padres no sólo se relaciona con el comportamiento de los hijos, si no con las molestias acumuladas que perciben respecto a su papel. En esta experiencia cotidiana los padres encuentran satisfacciones frente a su labor, las cuales generan confianza, pero también frustraciones y dificultades que los llevan a experimentar estrés.

Así, el estudio de Hughes y Huth-Bocks (2007) define el estrés parental como aquellos sentimientos negativos y la angustia que se siente en el interior de sí mismo (perspectiva parental) y en lo relacionado con la crianza de los hijos, en el contexto de la parentalidad. El estrés de la crianza se refiere al nivel de competencia de los padres para el cuidado de los hijos y la percepción sobre su temperamento y comportamiento (Burke y Abidin, 1980; Henao, 2006; Loyd y Abidin, 1985).

El estrés parental se estudia en los modelos de Abidin y Brunner (1995) quienes consideran que el estrés está determinado por el apoyo percibido del padre, los recursos y habilidades de la pareja para mantener un estado de equilibrio afectivo y una promoción adecuada del desarrollo del niño. Estos autores concluyen que la percepción del apoyo del padre es una variable importante para explicar el estrés de la crianza de la madre. Es decir, cuando la madre se siente apoyada por el padre en las actividades de la crianza, el nivel de estrés es menor. La falta de adaptación a la relación de pareja y a la paternidad puede llevar a ambos progenitores, sobre todo a la madre, a experimentar su maternidad como una actividad estresante, afectando al desarrollo de los hijos. Los eventos de la vida que parecen estresantes tienen efectos sobre la relación funcional padres-hijos.

El estrés consume recursos atencionales y deja mermadas las capacidades cognitivas (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008). Por un lado, los progenitores bajo estrés tienden a valorar las situaciones cotidianas de modo simple y automático, lo

que implica una forma más impulsiva de responder, un repertorio más limitado de comportamientos educativos y una mayor persistencia en el uso de la misma estrategia sin tener en cuenta los matices que provienen de la situación (Rohrbeck y Twenyman, 1986; Trickett y Kuczynski, 1986). Por otro lado, estos progenitores interpretan su papel como padre, las conductas de sus hijos y sus necesidades evolutivas con egocentrismo y falta de perspectivismo, es decir no prestan atención al punto de vista de sus hijos o a sus necesidades (Rodrigo, Janssens y Ceballos, 2001; Rodriguez, 2005). Por último, utilizan pocos mecanismos de autocorrección, ya que no suelen revisar las consecuencias de sus acciones en la conducta de sus hijos, lo que les hace persistir en el error (Wahler y Dumas, 1989).

A pesar de que el procesamiento automático tiene un carácter adaptativo en ambientes de riesgo, ya que permite dar una respuesta rápida ante situaciones nuevas, amenazantes o estresantes, utilizarlo de modo prioritario conlleva graves inconvenientes. En primer lugar, conduce al establecimiento de un comportamiento parental rígido, poco adaptado a los hijos y a los matices de la situación. En segundo lugar, conduce a conductas parentales muy impulsivas y azarosas que no permiten a los hijos adquirir normas y hábitos estables, establecer contingencias entre sus comportamientos y las reacciones de sus padres o viceversa. En tercer lugar, el procesamiento automático impide la reflexión sobre la acción educativa, lo que cierra el paso a la autocorrección (Rodrigo et al., 2008).

El estrés parental parece tener efectos graves en diferentes áreas del funcionamiento familiar. Se conoce que la percepción de la conducta del niño se modifica por los niveles de estrés de los padres (Webster-Stratton, 1990) y, al mismo tiempo, una percepción distorsionada interviene en la calidad de la interacción madre-hijo. El estrés parental se encuentra asociado con problemas de conducta en los niños y con conductas agresivas de las madres hacia los niños (Herrero et al., 2006). Altos índices de estrés experimentados en las familias se asocian con un número mayor de problemas psicológicos en los hijos (Peligrín, 2004; Peligrín y Garcés de los Fayos, 2008).

El estrés parental es el factor con mayor peso predictor de la conducta agresiva en la adolescencia (Cabrera et al., 2012). La familia tiene una particular relevancia en la prevención y generación de la conducta agresiva en los hijos. Así, las relaciones padres-hijos pueden favorecer las interacciones familiares, fortalecer los vínculos y crear un clima familiar que contribuya al desarrollo humano, pero también pueden presentarse relaciones padres-hijos que son estresantes y en las cuales los padres perciben que tener hijos y la relación con ellos es una carga. Esta forma de relaciones puede generar trato rudo de los padres hacia los hijos y sentimientos de malestar de los hijos hacia los padres, ocasionando en ellos conductas desadaptativas como la agresión.

Numerosos trabajos destacan que el estrés generado por la vida diaria, por el nivel económico y/o por la vivencia parental, determinan el funcionamiento y las relaciones familiares (Cnric, Hoffman y Gaze, 2005; Gerstein, Crnic, Blancher y Baker, 2009; Shin, Park, Ryu y Seomun, 2008). Pero según Gerstein et al. (2009), es el estrés parental el que genera un mayor nivel de tensión dentro del entorno familiar, puesto que el nacimiento de un hijo siempre supone una serie de cambios y reorganizaciones dentro del contexto de las familias.

Otros trabajos como el de Luthar (2003) destacan que las familias donde ambos progenitores son miembros activos en la educación de sus hijos y comparten equitativamente las responsabilidades en el cuidado de los hijos evidencian menores niveles de estrés que las familias en las que la responsabilidad de la educación de los hijos recae sólo en uno de sus miembros. Es decir, se defiende que la participación activa de ambos progenitores en las tareas de la crianza de los niños sirve como factor de protección, y que una buena interacción padres-hijos se asocia con un mejor desarrollo de los niños y un mejor ajuste familiar (Gerstein et al. 2009; Teubert y Pinquart, 2010).

Cuando se relaciona el rol que tienen los padres y madres dentro de la dinámica familiar con el estrés, es de suponer que existan diferencias al respecto entre los progenitores en función del papel que desempeñan en la crianza de los hijos. Gerstein (2009) señala que el estrés parental suele ser mayor en las madres que en los padres, especialmente dentro del modelo clásico de familia occidental donde es la madre la que

ejerce el rol más activo en la crianza de los hijos. El hecho de que las madres estén más estresadas y que su estrés aumente durante la crianza, puede verse reflejado en la cantidad de tiempo que ellas invierten en el cuidado del niño. Mientras el rol del padre como figura de crianza, al menos hasta ahora, ha sido menos definido en nuestras sociedades y sólo algunas investigaciones han sugerido que los hombres se identifican más con su rol de sostén económico de la familia o como trabajadores (Diemer, 2002).

No obstante, la competencia parental es consecuencia de un proceso transaccional en el que las características del niño y la capacidad de ajuste a los progenitores a las mismas modularán la relación, favoreciendo u obstaculizando el desarrollo de habilidades parentales adecuadas (Pérez-López et al., 2012) y los niveles de desarrollo de los niños (Ablow, Measelle, Cowan y Cowan, 2009). Desde esta óptica, controlar los niveles de estrés parental puede ser un recurso útil para mejorar el sistema de interacción familiar y ello, a su vez, se podrá ver reflejado en el desarrollo infantil. Es decir, al disminuir el estrés parental puede aumentar la sensibilidad de los padres y de las madres ante las diferentes señales de sus hijos y a su vez puede mejorar la interacción progenitores-hijos (Kaaresen, Ronning, Ulvund y Dahl, 2006).

#### 2.4.5. Ajuste psicológico parental

A lo largo de la historia, una de las mayores preocupaciones del ser humano es la de ser feliz (Rodríguez-Carvajal, Méndez, Moreno-Jiménez, Abarca y Van Dierendonck, 2010). Existen dos tradiciones diferentes, aunque relacionadas en el estudio de la felicidad: la escuela hedónica y la escuela eudaemónica.

La perspectiva hedónica defiende el placer como fin último de la vida humana, y su concepción actual ha dado lugar al constructo bienestar subjetivo, definido como una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida. Esta definición contiene los dos componentes principales del bienestar subjetivo: las respuestas emocionales de las personas o afectos, y la satisfacción con la vida.

Los eudaemonistas entienden la felicidad y el bienestar como un estado de plenitud y armonía psicológica que supone el desarrollo de las virtudes y en particular de la razón. Se centra en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo. Sus primeras concepciones se articularon en torno a conceptos como la autorrealización (Maslow, 1968), el funcionamiento pleno (Rogers, 1961), la madurez (Allport, 1961) las teorías sobre salud mental positiva (Jahoda, 1958) o las teorías sobre el ciclo vital (Erikson, 2012). Buscando puntos de convergencia entre todas estas formulaciones, Ryff (1989) ha propuesto un modelo integrado y multidimensional de bienestar. Las dimensiones teóricas que se derivan del modelo incluyen autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Díaz et al., 2006).

Van Dierendonck y Mohan (2006) han realizado una propuesta integradora de estas variables bajo el constructo de recursos internos (RI) del individuo. Son aspectos internos del individuo que favorecen mayores niveles de conciencia de las propias capacidades para el desarrollo del potencial personal. La Organización Mundial para la Salud (1984) señaló el impacto sustancial de elementos relacionados con los RI como aspectos importantes de salud, tanto física, como psicológica o social. Por tanto, el estudio de los RI del individuo, como experiencia de equilibrio personal, capacidad y fortaleza para intervenir en la propia vida, estar en sintonía con uno mismo incluso en momentos adversos, representaría un elemento adicional y significativo dentro del constructo de bienestar eudaemónico.

El bienestar psicológico también recoge un aspecto al que Ryan y Frederick (1997) denominaron vitalidad (VI). Se relaciona con la experiencia de iniciativa personal y una mayor sensación de control. Las personas experimentan mayores niveles de vitalidad cuando presentan altas tendencias de iniciativas autónomas, tienen menos conflictos internos y confían en sus propias motivaciones para realizar las tareas que se proponen. Las personas se encuentran más felices y satisfechas con sus vidas en la medida en que se sienten con mayores niveles de iniciativa, autonomía y espontaneidad (Deci y Ryan, 2000). Otros estudios han demostrado un mejor funcionamiento somático, menor estrés y más sentimientos positivos en personas con altos niveles de

vitalidad (Ryan y Frederick, 1997). Por lo tanto, la vitalidad emerge como un aspecto importante en el constructo de bienestar eudaemónico, expresión de que la persona se encuentra en consonancia con los valores y las necesidades más nucleares de sí mismo (Waterman, 1993).

Ryff (1989) integró al bienestar psicológico en un modelo multidimensional y lo describió en seis dimensiones: 1) autoaceptación, que son las actitudes positivas hacia sí mismo y la vida pasada; 2) relaciones positivas con otros, que enfatiza la importancia de la cordialidad y confianza; 3) dominio del ambiente, que es la capacidad de crear y escoger ambientes adecuados a la condición psíquica; 4) crecimiento personal, que es el desarrollo del potencial y expansión como persona; 5) propósito de vida, que se refiere a ser productivo y creativo, tomando en cuenta el aspecto emocional, y 6) autonomía, que es el centro de control interno, la capacidad de autoevaluarse y la regulación de la conducta.

Existen diferentes factores que afectan a los adultos que inciden notablemente en el bienestar psicológico de los mismos. Entre ellos se pueden encontrar el divorcio o la separación, el trabajo y la familia.

El divorcio o la separación requieren una serie de cambios con el objetivo de adaptarse a la nueva realidad de manera adecuada (Yárnoz-Yaben, 2010). Durante este proceso pueden surgir emociones negativas en alguno de los progenitores o en ambos que pueden ser adaptativas. En el caso de que sean extremas, prolongadas e inadecuadas pueden afectar al sistema inmunológico (O' Leary, 1990). Por el contrario, las emociones positivas protegen del estrés y la adversidad y pueden activar estilos de afrontamiento más adaptativos y flexibles (Kelter y Bonanno, 1997).

El divorcio es considerado como un elemento estresor importante en la vida de las personas, que afecta considerablemente en la vida de todos los miembros del grupo familiar. Referente a los efectos sobre los adultos, se han documentado problemas económicos y la consiguiente disminución del nivel de vida, un mayor riesgo de problemas de salud (Williams y Umberson, 2004), malestar psicológico y aislamiento social, o soledad (Yárnoz-Yaben, Guerra, Plazaola, Biurrun y Comino, 2008). Los

sentimientos experimentados habitualmente son enfado, rechazo, dolor, afecto, ansiedad, pánico y tristeza (Weiss, 1975).

Además de la separación y el divorcio, la familia y el trabajo son identificados también como aspectos relevantes en la satisfacción y bienestar de las personas (Guerrero, 2003). En ocasiones, estas dos realidades adquieren tal importancia en la vida de las personas que pueden llegar a obstaculizarse entre ellas originando serias dificultades en el desempeño de ambas actividades (Jiménez y Moyano, 2008). Los estudios acerca del conflicto que surge a la hora de conciliar trabajo y familia han establecido tres dimensiones o tipos de conflicto.

Por un lado, los conflictos basados en el tiempo, al existir una distribución desigual del tiempo entre los roles del individuo. Por otro lado, los conflictos basados en el estrés, cuando la tensión en un rol interfiere o afecta la participación en otro y, por último, los conflictos basados en la conducta, cuando conductas específicas son incompatibles con las expectativas de conducta en otro rol (Martínez, Vera, Paterna y Alcázar, 2002; Slan- Jerusalem y Chen 2009).

En un estudio realizado por Beutell (1996) se confirmó que el conflicto basado en el tiempo es el más preponderante (Guerrero, 2003), siendo el tiempo considerado un bien escaso al intentar distribuirlo entre ambos roles e influyendo en su desempeño (Otárola, 2007). Por otra parte, Fu y Shaffer (2001) encontraron que las mujeres manifiestan un mayor conflicto en la dimensión de tiempo y los hombres un mayor conflicto en las dimensiones de tiempo y comportamiento. Existe consenso acerca de los efectos del conflicto existente entre el trabajo y la familia a nivel organizacional como a nivel individual, asociado a angustia psicológica, deterioro de salud física y baja satisfacción vital (Lawrence, 2006; Lau, 2009).

En un estudio pionero llevado a cabo en Australia (Yuen y Toumbourou, 2011) se evaluó una intervención educativa con progenitores diseñada para prevenir los problemas de uso de sustancias de los adolescentes y su impacto en los síntomas de salud mental de los padres y el funcionamiento de la familia. Concretamente, los síntomas evaluados fueron la depresión, la ansiedad y el estrés. Los resultados arrojados

por esta investigación confirman que la educación de los padres mejora la salud mental parental mediante la promoción de estilos parentales asertivos que pueden aumentar la tensión adolescente-padre alentando fronteras más firmes de los padres y estrategias para reducir el uso de sustancias adolescentes.

En España se realizó una revisión para analizar los estudios empíricos realizados entre los años 1980 y 2010 que evaluaban la relación entre la desorganización familiar y el consumo de drogas de los hijos (Becoña et al. 2012a). En este estudio, la desorganización familiar estaba caracterizada por la presencia de una enfermedad mental de uno de los progenitores, el consumo de sustancias parental y el hecho de ser familias monoparentales como causa del divorcio o del fallecimiento de uno de los progenitores. Una de las conclusiones de la revisión realizada por estos autores hace referencia a la relación existente entre la presencia de psicopatología parental y el consumo de sustancias legales e ilegales de los hijos.

Concretamente, en una investigación llevada a cabo por Weintraub (1990) se hizo un seguimiento de 474 niños a lo largo de 10 años. Los resultados concluyeron en relación con la psicopatología de los progenitores, que el conflicto y la desorganización familiar alcanzaban niveles altos en familias en las que había un padre alcohólico, y estos niveles altos aumentaban en aquellas familias en las que el padre alcohólico presentaba además, un trastorno psiquiátrico. Los hijos procedentes de estas familias tenían más probabilidades de consumir sustancias. En otro estudio, Neff (1994) analizó una muestra de 1.784 personas y encontró que las mujeres participantes en la investigación que tenían padres con una enfermedad mental presentaban mayores niveles de depresión, ansiedad, somatización y de consumo de alcohol en comparación con los participantes que tenían padres sin trastorno mental. Por su parte, Caton y colaboradores (1994) encontraron en una muestra de 200 varones con esquizofrenia que los varones que carecían de un hogar donde vivir procedían de familias en la que había progenitores con enfermedad mental, en comparación con los que tenían una vivienda, y además presentaban un mayor consumo de sustancias.

La formación de padres y madres intenta, por un lado, promover y afirmar el ejercicio de las habilidades parentales existentes y por otro lado estimular y consolidar

el desarrollo de nuevas capacidades con el objetivo de que los padres adquieran entonces las habilidades y competencias necesarias para el mejor desempeño de sus funciones (Trivette y Dunst, 2005). La formación de padres y madres implica la posibilidad de analizar y reflexionar sobre pensamientos, comportamientos y emociones de la vida real. A través de la misma se intenta promover cambios a nivel cognitivo, emocional y comportamental en los propios padres (Rodrigo et al., 2000).

Con todo lo expuesto hasta ahora se puede concluir que el ejercicio de la parentalidad en la adolescencia puede presentar ciertas dificultades y resultar una tarea complicada, un gran reto y una gran responsabilidad para algunos progenitores, requiriendo habilidades y destrezas específicas para afrontar los desafíos que se presentan en esta etapa (Capano y Ubach, 2013). En aquellas familias en las que surgen complicaciones se hace necesario la formación de padres entendida como “un conjunto de actividades voluntarias de aprendizaje por parte de los padres que tiene como objetivo proveer modelos adecuados de prácticas educativas en el contexto familiar y modificar o mejorar prácticas existentes para promover comportamientos positivos en los hijos y erradicar los que se consideran negativos” (Vila, 1998, p.502).

La propuesta sobre la formación de los padres se encuentra basada en un enfoque que apunta a la optimización de capacidades y no solo a la compensación de deficiencias, partiendo del convencimiento de que la actuación de las madres y los padres en la crianza y educación de la infancia tiene un rol central y que es una tarea sumamente importante, aunque muy complicada, para la que los padres no llegan preparados y además no reciben una formación. Las familias necesitan de una orientación, un asesoramiento y un entrenamiento en alguna etapa del ciclo evolutivo de sus hijos e hijas, ya sea por problemas considerados menores o por grandes dificultades que puedan surgir.

### 3. EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN INDICADA DE LA FUNDACIÓN PROYECTO HOMBRE NAVARRA: PROGRAMA SUSPERTU

#### 3.1. Introducción

El programa Suspertu es el programa de apoyo a adolescentes y sus familias en la prevención de conductas de riesgo de la Fundación Proyecto Hombre Navarra (FPHN). La FPHN, además del programa Suspertu, cuenta con otros dos programas de tratamiento: la Comunidad Terapéutica, para el tratamiento en régimen de internamiento, y el programa Aldatu, para el tratamiento en régimen ambulatorio. Existe un servicio que realiza labores administrativas, judiciales y penitenciarias, que son transversales a todos los programas de la Fundación (Figura 2).



Figura 2. Organigrama actual de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

La FPHN es una entidad de interés social, privada, y sin ánimo de lucro, constituida en 1990. Su misión principal es la defensa de los hombres y de las mujeres de cualquier condición frente a la drogadicción. Para ello dispone de programas y servicios de tratamiento, prevención e investigación de la problemática de las adicciones y de sus consecuencias asociadas.

La FPHN fue promovida por Cáritas Diocesana de Pamplona en 1990. Sus objetivos son atender los problemas ocasionados por las drogodependencias y la prevención de las mismas. Como Fundación que es, su gobierno, administración y representación son desarrolladas por la Junta de Patronos. En relación con esta misión, la FPHN cuenta con unos valores que son compartidos por trabajadores, directivos y miembros del Patronato. Estos valores son la solidaridad, la colaboración, la profesionalidad, la participación, el optimismo terapéutico y la transparencia.

El primer programa en poner en marcha la FPHN fue la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre Navarra, que comenzó la admisión de pacientes en febrero del año 1991. La formación de los primeros terapeutas se realizó en los programas de Proyecto Hombre de San Sebastián (programa tutor), Vitoria y Bilbao. Asimismo, el primer director del programa de Navarra (D. Iñaki Alberdi Olano) realizó la preceptiva estancia formativa para directores en el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS) de Roma.

La Comunidad Terapéutica es un tratamiento de carácter residencial e intensivo, dirigido a personas que tienen una dependencia de las drogas que, por diversas causas (características personales, gravedad de la adicción, falta de apoyo social o escasez de recursos), no pueden seguir el tratamiento en su medio natural. La Comunidad Terapéutica ofrece actividades terapéuticas y educativas, además de un entorno normativo y altamente estructurado que favorece el autocontrol, la asunción de responsabilidades y el desarrollo de hábitos saludables.

El tratamiento en el programa de Comunidad Terapéutica incluye por tanto intervenciones de carácter sanitario (desintoxicaciones en los casos en que sea preciso, diagnóstico, consejo y seguimiento médico, administración farmacológica, coordinación con la red de salud, educación para una vida saludable), social (programa de

intervención familiar, acciones y programas para la inserción social y laboral de los adictos, gestión de ayudas sociales, apoyo en procesos judiciales y cumplimientos alternativos a la prisión) y personal (clarificación de valores y asunción de responsabilidades, atención psicológica, aprendizaje de recursos y habilidades personales).

Por otra parte, el segundo programa desarrollado por Proyecto Hombre en Navarra es el programa Aldatu. Se trata de un programa de tratamiento ambulatorio cuyo objetivo es tratar los problemas derivados del consumo de alcohol y/u otras drogas. Se ofrece un tratamiento individualizado con sesiones consistentes en entrevistas personales con una frecuencia semanal.

Cuenta con un equipo multidisciplinar especializado en adicciones: profesionales del ámbito de la medicina, la psicología, el trabajo social y la educación. El programa se dirige a personas con problemas de uso, abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, que deseen resolverlos manteniendo sus lazos familiares y su situación sociolaboral, sin necesidad de interrumpir su vida cotidiana mediante el ingreso en Comunidad Terapéutica.

Los objetivos del programa se orientan a mejorar la calidad de vida en diferentes áreas de las personas atendidas, manteniendo los lazos familiares y sociolaborales, sin necesidad de interrumpir su vida cotidiana, lograr un estilo de vida libre de drogas, así como reducir los riesgos y los daños relacionados con el consumo de drogas. Para la consecución de estos objetivos utiliza una metodología centrada en la atención individual con los usuarios, la intervención grupal para familiares y usuarios, la atención médica y la atención clínica para aquellas personas que lo requieran.

Desde el inicio, Aldatu, y por lo tanto la FPHN, han estado orientados permanentemente hacia la mejora y la adaptación del propio programa a las necesidades de los pacientes y a la validación de nuevos instrumentos que permitan una mejor observación y descripción de la realidad. Todo ello se ha llevado a cabo a través de una estrecha colaboración con la Universidad Pública de Navarra (UPNA). Como consecuencia de ello, se han llevado a cabo distintas investigaciones que han demostrado la eficacia de los programas desarrollados por la FPHN, tanto en

Comunidad Terapéutica como en régimen ambulatorio (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al, 2008; López-Goñi et al., 2010).

Hasta la actualidad la actividad investigadora y divulgativa llevada a cabo por la FPHN se ha limitado al ámbito de la intervención con adultos tanto en régimen ambulatorio como en el entorno residencial. Existe un gran vacío en el campo de la prevención que se generaliza a otros programas a nivel estatal. A pesar de ser considerado un elemento imprescindible por el OEDT se constata que todavía hay un gran desequilibrio entre lo que se sabe sobre métodos eficaces y lo que se hace en la realidad práctica de la prevención en Europa.

El tercer programa de la FPHN, el programa Suspertu, que es un programa de prevención indicada, constituye el objeto de esta tesis doctoral y su descripción se desarrolla exhaustivamente a continuación.

### **3.2. Origen del programa Suspertu**

El programa Suspertu nació en 1997 a partir de la constatación de la existencia de un nuevo perfil de consumidores jóvenes de drogas, con patrones y sustancias de consumo diferentes a los existentes hasta entonces. Estas personas necesitaban una nueva manera de enfocar la intervención, diferente respecto de los abordajes terapéuticos tradicionales. En concreto, se detectó la necesidad de poner en marcha acciones dirigidas a un grupo de población caracterizado por:

- encontrarse en edad adolescente
- ser consumidores experimentales, ocasionales o habituales de hachis y/o estimulantes (especialmente en fines de semana, y asociado a la diversión y al ocio)
- no presentar una dependencia a las sustancias
- presentar efectos negativos en la vida cotidiana, pero sin una desestructuración importante

Esta nueva configuración del fenómeno de las drogas provocó un considerable aumento de la alarma social (quizás adormecida tras la superación de la *crisis de la heroína*), fundamentalmente en relación con su incidencia sobre la salud pública, por las

consecuencias de la popularización de las nuevas drogas, los cambios en las pautas de consumo y la disminución de la edad de inicio del mismo.

Se planteó así la necesidad de dar respuesta a una demanda cada vez mayor de intervenciones con adolescentes y jóvenes, procedente fundamentalmente de padres e instituciones (centros escolares, asociaciones, centros de tutela...), dirigidas a la prevención del consumo problemático de drogas y/o de comportamientos y situaciones de riesgo de consumo. Se demandaba, asimismo, una intervención dirigida a favorecer en sus educadores las competencias necesarias para un afrontamiento efectivo de las situaciones problemáticas asociadas al consumo.

A lo largo de los 20 años de funcionamiento se ha ampliado el rango de actuación de Suspertu. Pese a enmarcarse inicialmente en el marco de la prevención de las drogodependencias, tanto el perfil de los usuarios como la metodología desarrollada han hecho necesario situar este programa dentro de la prevención general de las conductas de riesgo.

Tradicionalmente se ha abordado la conducta del consumo de drogas como un problema específico, que poco tenía que ver con otro tipo de conductas problemáticas. Se han entendido las drogodependencias como un compartimento estanco, apenas relacionado con otro tipo de conductas. Desde hace unos años, en el campo de la prevención, se ha pasado de hablar de *prevención de drogodependencias* a abordar la *prevención de conductas de riesgo*. Se tiene constancia de la relación que muchas veces existe, sobre todo en adolescentes, entre la conducta de consumir drogas y otras conductas de riesgo. De hecho, se puede considerar que las conductas relacionadas con el consumo de drogas no son más que un tipo de conductas de riesgo.

Se puede definir las *conductas de riesgo* como aquellos comportamientos en los que la probabilidad de tener efectos perjudiciales como consecuencia de los mismos es elevada. Aquellos que ponen en peligro la salud, la integridad o la vida de la persona (Gómez de Giraudo, 2000).

A lo largo de la adolescencia es más probable que se lleven a cabo las conductas de riesgo. Algunas conductas frecuentes en esta etapa son (Echeburúa, 1999; Meneses et al., 2009):

- Consumo de sustancias
- Otras conductas potencialmente adictivas: el juego, el uso de internet, las compras, el sexo, la comida, el trabajo o el ejercicio físico
- Relaciones sexuales de riesgo
- Conducción temeraria, sin casco, o bajo el efecto de sustancias
- Conductas antisociales y delincuencia

Por ello, en la actualidad el programa Suspertu trabaja también en estos contextos, ante la necesidad de adaptar los programas de prevención selectiva e indicada de modo que incidan en la prevención de las diferentes conductas de riesgo.

### **3.3. Bases teóricas del Programa Suspertu**

La intervención desarrollada por el programa Suspertu se asienta en diferentes modelos teóricos. En este apartado se describen brevemente los principales modelos teóricos que sustentan el programa.

#### **3.3.1. Aprendizaje social de Bandura**

La Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), más conocida actualmente como Teoría cognitiva social, es una teoría comprehensiva de la conducta humana que tiene en consideración, al mismo tiempo, los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

Actualmente, esta teoría aplicada al campo de las adicciones, parte de una serie de supuestos (Becoña, 2001):

- La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.
- Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro.

- Los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.
- Los hábitos de consumo se desarrollan, cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conductas alternativas.
- La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

Un concepto importante de esta teoría es el de autoeficacia (Bandura, 1997). Con el concepto de autoeficacia se intenta integrar el concepto de cognición dentro de la modificación de conducta de modo que sirva para guiar y predecir la conducta.

La teoría de la autoeficacia (Bandura, 1986) tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida.

La autoeficacia, y más concretamente las fuentes de información de la autoeficacia, se producen a través de la experiencia directa, la experiencia vicaria, la persuasión verbal o el estado fisiológico.

El programa Suspertu tiene en cuenta este modelo teórico a la hora de explicar el inicio, el mantenimiento y la finalización del consumo de drogas y, también la importancia que tiene la familia como principal agente socializador de los hijos. Por esta razón, este programa trabaja de forma intensa con los adolescentes y con sus progenitores, ya que entiende que muchos de los cambios que se van a generar en las actitudes, creencias y comportamientos de los hijos están relacionados con las transformaciones que realicen en el mismo sentido sus padres y madres.

### 3.3.2. Factores de riesgo y factores de protección

Las investigaciones en el campo de las drogodependencias, las conductas adictivas, las enfermedades mentales, etc., vienen a confirmar que existe una serie de

situaciones de índole personal y social que predisponen a una persona a consumir drogas y a tener problemas con las mismas (Becoña, 2002). Por el contrario, se ha observado igualmente que hay determinadas condiciones que protegen a las personas de este tipo de situaciones, reduciendo la probabilidad de que algún día desarrollen problemas por el consumo de sustancias. Estas condiciones explicarían, por ejemplo, por qué un adolescente que comienza con 12 años a fumar tabaco y tomar alcohol, desarrolla en su vida adulta una adicción, a diferencia de otro que, con los mismos antecedentes de consumo, abandona este consumo con 25 años y mantiene una vida satisfactoria; o por qué hay adolescentes que se sienten atraídos por el consumo, mientras que otros mantienen una absoluta indiferencia o lo rechazan de pleno.

A las circunstancias personales y sociales que favorecen la aparición de las conductas de riesgo se les denomina *factores de riesgo*; a las que reducen la probabilidad de su aparición o desarrollo, *factores de protección* (Becoña, 2002). Los *factores de riesgo* son aquellas situaciones personales o sociales que incrementan la probabilidad de que exista un consumo problemático o no deseable. Por el contrario, los *factores de protección* son aquellas situaciones que apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables, y que a su vez sirven como amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.



**Figura 3. Factores de riesgo y de protección (Becoña, 2002)**

Así, como aparece en la Figura 3 la probabilidad de tener problemas con las drogas va a depender de los factores de riesgo que existan en el numerador, por un lado y, por otro lado, de los factores de protección existentes en el denominador.

Tanto en el ámbito personal como en el social, se pueden encontrar una serie de situaciones que influyen en un sentido u otro en las conductas de riesgo. Estas situaciones podemos clasificarlas en varios apartados:

- *Personal*: autoestima, capacidad de resolución de conflictos, actitudes, autocontrol, habilidades sociales, etc.
- *Familiar*: actitudes y comportamiento de los padres respecto a las drogas, estilos educativos (control, normas...) y calidad de las relaciones familiares (afectividad, comunicación...).
- *Escolar*: calidad de las relaciones con compañeros y amigos, modelos de referencia en la escuela, adaptación a la escuela y rendimiento académico.
- *Comunidad (barrio/municipio)*: ubicación, organización, recursos existentes, tipo de población, accesibilidad a drogas, relaciones entre los vecinos, etc.
- *Sociedad*: sistema de valores, actitudes sociales, medios de comunicación, legislación, etc.

Además, hay otros factores más circunstanciales, especialmente relacionados con los momentos de crisis y de estrés psicosocial, las frustraciones y altibajos emocionales, las habilidades o dificultades para enfrentarse a los problemas y solucionar los conflictos, y determinadas etapas de la vida, que pueden tener una incidencia importante en la implicación en el consumo problemático. Una etapa especialmente importante es la de la adolescencia, la cual podríamos considerar como un factor de riesgo en sí misma, dadas las características que se asocian a esta etapa evolutiva, tal y como se desarrollará más adelante.

Respecto a estos factores de riesgo/protección es importante tener en cuenta, además:

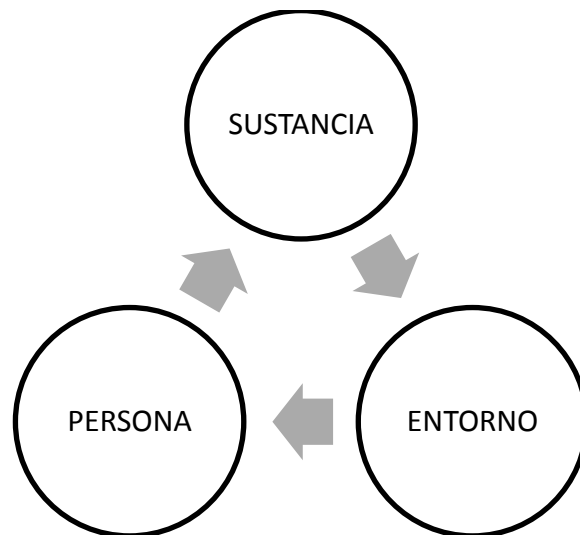
- Que los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, pues la relación entre ellos es recíproca y dinámica. Por ello, es importante que exista un equilibrio entre todos ellos, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado, ya que de este equilibrio dinámico dependerá que se dé o no el consumo abusivo de drogas.
- Que la conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del desarrollo evolutivo, pueden articularse diversos factores poniendo en peligro el desarrollo personal, y creando unas condiciones favorecedoras de los consumos problemáticos de drogas.

- Que estos factores explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, pero esto no quiere decir que tales factores de riesgo sean la causa del consumo de drogas; son sólo condiciones favorecedoras. Los factores de riesgo/protección son términos correlacionales, no existe una relación causa-efecto, y por consiguiente, se debe hablar siempre en términos de probabilidad, no de determinación.
- A la diversidad de factores conocidos que pueden incidir en el consumo de drogas se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del consumo. En cada caso se da una combinación original de factores que explica la evolución particular de cada consumidor de drogas.

El programa Suspertu basa la evaluación de las conductas de riesgo de los adolescentes en este modelo, a partir de la idea de que la probabilidad de tener problemas con los consumos de drogas está determinada por los factores de riesgo y de protección. Por esto, a través de una batería de cuestionarios y entrevistas estructuradas, la evaluación inicial de cada caso trata de identificar, tanto en el adolescente como en sus progenitores, los factores de riesgo y los factores de protección con el objetivo de minimizar o eliminar los factores de riesgo y potenciar los factores de protección.

### 3.3.3. Modelo biopsicosocial

El enfoque teórico de Suspertu parte de un modelo integrador o multicausal, según el cual el consumo de drogas es un fenómeno complejo, donde interactúan diversos factores relacionados con las propias sustancias, con las características personales de los consumidores (físicas y psicológicas), y con las variables del entorno donde este consumo se produce. Este modelo integra las aportaciones de los enfoques tradicionales en prevención de las drogodependencias (médico, ético-jurídico, psicológico, sociológico, etc.), ponderando la importancia de cada uno de los tres elementos que configuran la relación a tres bandas que establecen: las sustancias, la persona que las usa, y el contexto o entorno que la rodea (Figura 4).



**Figura 4. Elementos relacionados con el consumo de drogas**

Fuente: elaboración propia a partir de Engel (1977)

Este modelo integra las aportaciones de los enfoques tradicionales, y de él se desprenden importantes conclusiones para la prevención:

- Que el consumo de drogas no es un “compartimento estanco” dentro de la vida de un/a adolescente, sino que guarda una relación directa con su estilo de vida y con su adaptación en cada una de sus áreas.
- Que la prevención del consumo no debe focalizarse exclusivamente en aquél, sino que debe atenderse también de una manera más inespecífica (la prevención debe incluirse en el marco de una política de educación para la salud). En este sentido, los objetivos y los elementos a modificar en un programa preventivo deben estar más relacionados con los procesos psicológicos y psicosociales subyacentes que con las manifestaciones de la conducta problema (Luengo et al., 1999).
- Que, por consiguiente, en los programas preventivos hay que favorecer la implicación de mediadores (fundamentalmente padres y educadores), de manera que se favorezca que la prevención impregne todas las áreas de la vida del adolescente (familia, escuela...), pues en todas ellas podemos encontrar situaciones favorables y/o obstaculizadoras en el logro de los objetivos de la prevención.
- Que el consumo no depende únicamente de la información que los/as adolescentes posean de las sustancias, y que, por consiguiente, la información sobre las sustancias y sus efectos es únicamente un apartado más a tener en cuenta en la prevención.
- Que un buen programa de prevención con adolescentes deberá necesariamente tener en cuenta las claves evolutivas de la adolescencia.

El modelo psicologicista (Marlatt, 1985) deposita en el individuo y en su conciencia individual la responsabilidad de estar o no sano, promoviendo el fenómeno de *culpación a la víctima* (Costa y López, 1996), en la medida en que culpa al propio individuo por no estar sano, y promueve mensajes culpabilizadores, como: “tú eres el único responsable, si luego tienes problemas con las drogas será porque te lo has buscado...”. Este modelo desatiende la importancia del papel de los contextos en los que los adolescentes se desenvuelven, y promueve un tipo de prevención centrado fundamentalmente en la transmisión de información. De alguna manera, se trata de una concepción de la prevención que nace de un concepto de salud entendida únicamente como ausencia de enfermedad. El conocimiento, la información sobre las drogas, sus efectos y sus peligros, pueden ser, en efecto, necesarios, pero no suficientes, para sustituir las prácticas de riesgo por otras más saludables. Es necesario que la persona quiera, en efecto, abandonar el consumo, que posean las capacidades y habilidades necesarias para hacerle frente, y que su entorno le facilite recursos y oportunidades para actuar *más sanamente*.

Como reacción a este enfoque individualista de la prevención, han surgido otros enfoques (Bandura, 1986; Evans, 1976; Jessor y Jessor, 1977) que han puesto el acento en la necesidad de un cambio social para solucionar el problema del consumo de drogas, pues entienden que éste es, ante todo, un problema social, y ha de resolverse en el terreno de lo social y de lo político. A diferencia del enfoque individualista, esta manera de concebir la prevención puede incurrir en la exculpación del propio individuo de los problemas derivados de sus prácticas de riesgo; esta exculpación se extendería igualmente a los profesionales de la educación, y supondría que las personas vivimos en un estado de indefensión respecto a nuestros estados de salud, pues la suerte de la misma vendría determinada por instancias ajenas a nuestro control. Este enfoque, sin embargo, ha contribuido a llamar la atención sobre los peligros del fenómeno de culpación a la víctima del enfoque individualista, y ha permitido considerar la importancia de variables relacionadas con el entorno. Además, ha contribuido en señalar la responsabilidad de quienes tienen el control sobre los recursos y asumen responsabilidades de tomar decisiones que afectan a la vida social y a los grandes medios creadores de opinión pública y a los grupos y redes sociales comunitarias con capacidad de introducir cambios en el entorno (Costa y López, 1996). En este sentido,

este enfoque de la prevención ha contribuido decisivamente a traer a la luz la necesidad de complementar las prácticas de prevención y educación para la salud con la Promoción de la Salud y la creación de recursos que hagan ésta más accesible a los ciudadanos (Botvin, 1995).

El enfoque biopsicosocial de la prevención propone una visión integradora, donde la responsabilidad individual y la responsabilidad social respecto a los estados de salud de las personas se complementan entre sí. Por ello, en el programa Suspertu, además de abordar directamente los consumos y los efectos relacionados con el abuso de sustancias, se trabaja tanto personalmente con el adolescente como con los referentes educativos de los adolescentes. Como se ha comentado anteriormente, la implicación de los padres y madres resulta fundamental en el proceso de los adolescentes, pero también se implica al centro escolar manteniendo coordinaciones habituales con las personas referentes del menor y, en el caso de que la familia se encuentre dentro del Sistema de Protección Infantil, se mantienen los contactos necesarios con los responsables encargados de la intervención con esa familia. Además, se trabaja en la responsabilización personal en el consumo de drogas a través de la toma de decisiones y habilidades sociales y de comunicación.

#### 3.3.4. Análisis funcional de la conducta problema de Kantor

Como ocurre también con los adultos, la probabilidad de que los niños y jóvenes realicen o no un comportamiento, y la frecuencia con la que lo realicen, depende, sobre todo, de los resultados que obtienen (o esperan obtener) con él (Kantor, 1978). La *trampa* de las drogas no está tanto en la falta de información de los adolescentes sobre los riesgos de su uso; está, sobre todo, en que las drogas les gustan, en que con ellas consiguen consecuencias positivas.

La relación entre el consumo y los resultados que consiguen con él permite comprender por qué los jóvenes toman ciertas decisiones, pero también por qué tan a menudo no están motivados para hacer lo que les parecería conveniente y saludable, y algunas de las razones por las cuales son a veces tan difíciles los comportamientos preventivos (Bayés, 1979; Costa y López, 1996). El problema radica en que los

comportamientos de riesgo, como puede ser el consumo de drogas, tienen resultados satisfactorios seguros (que se dan prácticamente con toda probabilidad) e inmediatos, mientras que las conductas preventivas tienen resultados positivos remotos y además probables (Bayés, 1979). Así, por ejemplo, cuando un fumador “echa mano” de su cajetilla de tabaco dispuesto a fumarse un cigarrillo, poco efecto motivador de la abstinencia tendrá el hecho de saber que el tabaco está relacionado con graves enfermedades, si con ese pitillo tiene la experiencia previa de que se relaja y disfruta.

De la misma manera, la necesidad de conseguir de manera inmediata la integración en el grupo de amigos y de no quedar mal delante de estos puede influir más hacia el consumo a un adolescente en el momento de ser presionado por sus amigos a consumir que los mensajes preventivos que escuchó en un determinado momento. Evidentemente, habrá que advertirle de las futuras consecuencias negativas posibles, pero también habrá que dotarle de recursos para conseguir refuerzos sociales (como puede ser el hecho de estar integrado en el grupo) de otra manera.

Por otro lado, los resultados agradables obtenidos por la realización de un determinado comportamiento pueden ser diferentes a lo largo del tiempo; es decir, el comportamiento de consumo, por ejemplo, puede ser incentivado por reforzadores diferentes a medida que este consumo se prolonga en el tiempo. A pocos adolescentes que se inician en el consumo de tabaco les motivará tanto a repetir la experiencia sus efectos farmacológicos, cuanto su integración en un grupo de semejantes donde los demás también lo hacen, o el *regustillo* de transgredir una norma o de sentirse mayor. Posteriormente, con el desarrollo del hábito de fumar, adquirirán probablemente más peso los reforzadores farmacológicos. De la misma manera, en el consumo de drogas suele ocurrir que, si bien en el inicio el consumo se mantiene por reforzadores positivos (consumir para conseguir resultados positivos), en la dependencia este consumo pasa a estar controlado por reforzadores negativos (ya no se consume tanto para estar bien, sino para dejar de estar mal).

En la figura 5 se ofrece un modelo de análisis funcional de la conducta de consumo de drogas, donde aparecen tanto las circunstancias predisponentes al consumo de drogas como aquellas relacionadas con las mismas de una manera más próxima. Las

variables disposicionales favorecen el consumo, y las consecuencias positivas obtenidas con el mismo favorecen a su vez que éste se repita en el futuro. El consumo, a su vez, produce una serie de efectos en el entorno y en la propia persona que consume, que vuelven a funcionar como factores predisponentes (de riesgo), o por el contrario, como resistencias (por ejemplo, una adecuada respuesta familiar ante un consumo incipiente de drogas será un factor de protección; si esta reacción es inadecuada, puede predisponer aún más al consumo).

La intervención desarrollada en Suspertu tiene en cuenta todos estos factores e interviene sobre los mismos a través del trabajo realizado con los adolescentes en la toma de decisiones mediante diferentes recursos. Uno de los recursos más eficaces para trabajar la toma de decisiones y el aprendizaje por consecuencias es el control del consumo mediante la realización de analíticas de orina. Además de trabajar el autocontrol del consumo de drogas, este recurso permite al adolescente, junto con su terapeuta de referencia, realizar el análisis de la conducta, con los antecedentes y consecuencias respectivas.

<b>Variables del entorno</b>	<b>Variables del sujeto</b>
<p><b>Físicas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda</li> <li>• Barrio</li> <li>• Disponibilidad de dinero</li> <li>• Disponibilidad de droga</li> </ul> <p><b>Sociales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel socioeconómico</li> <li>• Familia de origen o adoptiva</li> <li>• Familia propia</li> <li>• Centro de convivencia</li> <li>• Amigos</li> <li>• Ocio y tiempo libre</li> <li>• Recursos sociales y escolares</li> <li>• Costumbres culturalmente aceptadas sobre el consumo de sustancias.</li> </ul>	<p><b>Biológicas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos médicos anteriores y actuales</li> <li>• Hábitos de higiene</li> <li>• Aspecto físico e imagen</li> <li>• Hábitos de salud y/o riesgo</li> </ul> <p><b>Sociales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación escolar</li> <li>• Formación</li> <li>• Situación laboral</li> <li>• Incidencias legales</li> </ul> <p><b>Psicológicas (de aprendizaje) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia de drogodependencias</li> <li>• Motivación</li> <li>• Expectativas</li> <li>• Autocontrol</li> <li>• Resolución de problemas</li> <li>• Área de refuerzo</li> <li>• Habilidades sociales</li> <li>• Manejo de estados emocionales,</li> <li>• Valores</li> </ul>



<b>Función de estímulo</b>	<b>Función de respuesta</b>	<b>Consecuencias</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Situaciones asociadas al consumo de drogas:</b> lugares, amigos, etc.</li> <li><b>Respuestas físicas</b> asociadas al consumo: euforia, ansiedad, etc.</li> <li><b>Respuestas cognitivas</b> asociadas al consumo: anticipación de efectos positivos físicos y sociales (aceptación), anticipación de auteficacia y competencia personal.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>AUTOADMINISTRACIÓN DE DROGAS:</b></p> <p>cantidad, vía, frecuencia, lugar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rituales de búsqueda de la droga.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Refuerzo positivo y autorrefuerzo:</b> sensaciones placenteras, mensajes propios de competencia, refuerzo del grupo de consumo.</li> <li><b>Refuerzo negativo:</b> reducción de ansiedad y problemas físicos o sociales.</li> <li><b>Castigos:</b> problemas físicos, familiares, sociales, legales, escolares, etc.</li> </ol>

**Figura 5. Análisis funcional de la conducta de consumo de drogas**

Fuente: elaboración propia a partir de Kantor (1978)

### 3.3.5. Modelo de competencia de Costa

Este modelo surge de la Psicología Comunitaria como una estrategia de la promoción de la salud, conceptualizando los problemas como una oportunidad para apropiarse de herramientas eficaces de búsqueda de soluciones. La idea no es evitar el afrontamiento de situaciones de riesgo, sino afrontarlas adquiriendo habilidades que se incorporen a nuestro repertorio de comportamientos.

Sus primeras aplicaciones se producen en el entorno de la prevención, donde se establece que las actuaciones deben abastecer de recursos y posibilidades a las sociedades y sus ciudadanos para rentabilizar sus competencias (Albee, 1980). Así, los individuos intervienen de forma activa en su entorno potenciando redes de apoyo, controlando los factores que generan problemas y favorecen la percepción de autoeficacia. Esto contribuye a reducir considerablemente el surgimiento de los problemas.

El modelo de competencia tiene dos objetivos fundamentales (Costa, Benito, González y López, 1989):

- Promover la competencia individual
- Desarrollar comunidades y organizaciones competentes

La relación salud-enfermedad y la promoción de la salud dependen de la mejora del entorno y del repertorio del individuo. El modelo de competencia tiene sus orígenes en el modelo teórico de prevención que propuso Albee (1982) para explicar el riesgo de presentar problemas de conducta. Posteriormente, Rhodes y Janson (1988) lo adaptaron para explicar el riesgo de comenzar a consumir drogas. Según estos autores, el riesgo de empezar a consumir sustancias se podría expresar a través de una fracción en la que en el numerador se colocaría el estrés y en el denominador el apego, las habilidades de afrontamiento y los recursos disponibles.

Al igual que ocurre en el modelo de factores de riesgo y factores de protección, cuanto mayor sea el peso del numerador y/o menor el del denominador, mayor será el riesgo de iniciarse en el consumo de drogas. El riesgo aumenta en la medida en que el individuo tenga niveles elevados de estrés, mientras que disminuye en función de un

mayor apego, de más habilidades de afrontamiento y de mayores recursos. El primer recurso para contrarrestar el factor del numerador, el estrés, sería la de fomentar una relación estrecha entre padres e hijos. La segunda, sería dotar al joven de habilidades necesarias para afrontar con éxito las dificultades a las que pueda estar expuesta la persona (Wills y Shiffman, 1985). Se incluirían fundamentalmente habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, estrategias de manejo del estrés y habilidades de autocontrol. Y la tercera, es la presencia de recursos adecuados a la comunidad. Para ello, es necesario facilitar la disponibilidad de alternativas necesarias para competir con el consumo de drogas, como escuelas adecuadamente equipadas, servicios sociales, oportunidades para el ocio y el empleo, etc. (Wills y Vaughan, 1989).

El modelo de competencia, desde la perspectiva del consumo de drogas, se centra, principalmente, en dos clases de personas. Por un lado, en los individuos que no han probado las drogas, para que no lleguen a iniciarse al consumo. Y, por otro lado, en los individuos vulnerables (hayan manifestado o no los primeros síntomas para un diagnóstico precoz de consumo de sustancias) para llevar a cabo las estrategias de intervención preventivas adecuadas a las necesidades de los mismos.

Con arreglo a este modelo, el programa Suspertu incide en los cuatro recursos propuestos por este modelo para reducir las probabilidades de iniciarse en el consumo. Por una parte, a través de la adquisición y modificación de habilidades parentales y el entrenamiento en habilidades de comunicación entre padres e hijos se mejora la relación familiar. Por otra parte, se trabaja con el adolescente en habilidades sociales, habilidades de comunicación, estrategias de autocontrol y técnicas de resolución de problemas. Y, por último, un objetivo fundamental del programa es que el adolescente se implique en actividades de ocio saludable como alternativa al consumo de drogas.

### **3.4. Población destinataria**

La intervención realizada en el programa Suspertu se dirige a diferentes grupos de población. El grupo principal son los adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 20 años con residencia en la Comunidad Foral de Navarra que están teniendo conductas de riesgo, con familiares o tutores a su cargo y que no presentan una

desestructuración personal o social que dificulte la participación en el programa. El otro grupo de atención directa son los progenitores o tutores de los adolescentes que participan en el programa o de aquellos adolescentes que por diferentes razones no acuden al programa. El último grupo destinatario son los mediadores juveniles: profesores, educadores, monitores u otros profesionales que desean favorecer la prevención desde su ámbito de intervención.

### **3.5. Objetivos del programa**

El objetivo general del programa es prevenir las conductas de riesgo entre los usuarios del programa, minimizando los factores de riesgo y potenciando el desarrollo de factores de protección. En este sentido, la prevención de conductas de riesgo impregna necesariamente todas y cada una de las áreas de la vida del adolescente, y es esta la razón por la cual el programa trata de ofrecer una atención integral, de acuerdo con el marco teórico en el que se sostiene.

En base al objetivo general previamente descrito, se plantean diversos objetivos específicos en las diferentes fases de intervención (información, evaluación inicial e intervención) según se trabaje con los adolescentes o con las familias.

#### **3.5.1. Objetivos con los adolescentes**

Los objetivos a conseguir con los adolescentes están determinados por la fase del proceso en la que se encuentren. El programa cuenta con tres fases diferenciadas: la fase de información, la fase de evaluación inicial y la fase de intervención.

La *fase de información* se desarrolla en una o dos sesiones y tiene como objetivos informar acerca de los objetivos y metodología del programa y realizar un adecuado enganche con el adolescente que favorezca la asistencia a las sucesivas sesiones. Tras informar, motivar y conseguir el compromiso de asistencia al programa del adolescente se inicia la *fase de evaluación inicial*, cuya duración oscila entre dos y tres sesiones. Los objetivos que persigue esta fase son evaluar y establecer un plan de trabajo. Una vez realizada la evaluación inicial comienza la *fase de intervención*,

totalmente determinada por la evaluación realizada y por los objetivos consensuados entre las partes implicadas (adolescente, familia y profesionales), donde se trabajan dichos objetivos. Estos se diferencian por áreas o niveles, a pesar de que, en la práctica, están completamente interrelacionados. En la Tabla 20 se señalan los diferentes objetivos a trabajar, agrupados por niveles. La duración de esta fase depende de cada proceso individual y está en continua revisión.

**Tabla 20. Objetivos de los adolescentes en las diferentes fases**

<b>FASE DE INFORMACIÓN</b>	Motivar al adolescente para pasar a la fase de evaluación Conseguir un compromiso de asistencia al centro Informarle respecto a los objetivos y metodología del programa
<b>FASE DE EVALUACIÓN INICIAL</b>	Evaluar la situación actual del adolescente respecto de sus factores de riesgo/protección Realizar un informe de evaluación inicial Establecer un Plan de Trabajo Individualizado (PTI) Coordinar el PTI del adolescente con el PTF de la familia Valorar la conveniencia de la participación del adolescente en el programa
<b>FASE DE INTERVENCIÓN</b>	<b>NIVEL PERSONAL</b>
	Mejorar la autoestima Desarrollar estrategias de afrontamiento de estados emocionales (autocontrol emocional) Aprender un procedimiento de toma de decisiones y solución de problemas (favorecer actitud crítica y pensamiento independiente) Fomentar la capacidad de autocontrol sobre su conducta Implicarse en actividades saludables de ocio Desarrollar habilidades sociales para mejorar la competencia social Mejorar la relación con la familia o núcleo de convivencia
	<b>CONSUMO DE DROGAS</b>
	Poseer conocimientos ciertos sobre las drogas y sobre la conducta de consumo Desarrollar una actitud crítica respecto a las drogas y su consumo Favorecer una reducción/eliminación del consumo a partir de los criterios de la evaluación individual
	<b>NIVEL SOCIAL</b>
	Desarrollar habilidades de afrontamiento de la presión de grupo Favorecer la puesta en contacto con no consumidores Favorecer la implicación de amigos consumidores en el programa
	<b>NIVEL OCUPACIONAL</b>
	Favorecer la inserción escolar/laboral; conectar a los adolescentes con los recursos de formación/empleo Mejorar el rendimiento escolar/laboral Mejorar la actitud hacia la escuela/trabajo

### 3.5.2. Objetivos con las familias

Al igual que sucede con los adolescentes, los objetivos de las familias están diferenciados por las fases del proceso en la que se encuentren las familias: la fase de información, la fase de evaluación inicial y la fase de intervención (Tabla 21).

**Tabla 21. Objetivos de las familias en las distintas fases**

<b>FASE DE INFORMACIÓN</b>	Recoger la demanda Informar respecto a los objetivos y metodología del programa Establecer una estrategia para implicar al adolescente Realizar una primera valoración de la adecuación de la demanda al programa
<b>FASE DE EVALUACIÓN INICIAL</b>	Efectuar una evaluación inicial de la realidad familiar Establecer un Plan de trabajo de la familia (PTF). Coordinar el PTF con el PTI del adolescente Conseguir la implicación de los padres /tutores en el programa
<b>FASE DE INTERVENCIÓN</b>	Ofrecer una información cierta sobre las drogas y sobre su consumo Desarrollar habilidades de comunicación y resolución de conflictos con los hijos Adquirir conocimientos y habilidades de manejo de contingencias Reducir los niveles de ansiedad/depresión de los padres/tutores

### 3.6. Metodología del programa

El programa de atención directa comprende dos itinerarios claramente diferenciados. Por un lado, la intervención con el adolescente; y por otro, la intervención con los padres o tutores a su cargo. Esta intervención se realiza de manera separada desde un primer momento, siendo atendidos el adolescente y sus padres/tutores por profesionales distintos, aunque debidamente coordinados entre sí. Esta forma de intervenir facilita el mantenimiento de la confidencialidad entre las dos partes, y favorece especialmente la confianza del adolescente, reservándose el responsable de su seguimiento el derecho de romperla únicamente en el caso de existir situaciones de peligro grave y/o inminente para cualquiera de las partes.

El tiempo de permanencia en el programa se establece de manera diferenciada para cada caso, si bien la estancia media en el mismo por parte de los adolescentes y de sus familias es de ocho meses. La finalización de la estancia en el programa viene determinada por la consecución de los objetivos previstos en la evaluación inicial, o por un estancamiento en el proceso hacia la consecución de dichos objetivos.

### 3.6.1. Metodología con los adolescentes

La metodología de trabajo con los adolescentes varía en relación con la fase en la que se encuentre del proceso. En la Tabla 22 se resumen las diversas formas de intervenir con los adolescentes dependiendo de la fase en la que se encuentren.

**Tabla 22. Metodología de trabajo con adolescentes**

Fase de información	Fase de evaluación inicial	Fase de intervención
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista individual abierta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista individual semi-estructurada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevistas individuales</li><li>• Encuentros familiares</li><li>• Aula de apoyo escolar</li></ul>

En la fase de información el método de intervención es la entrevista individual abierta. Se realizan entre una y tres entrevistas semanalmente. Son llevadas a cabo por el responsable del seguimiento del adolescente.

En la fase de evaluación inicial la forma de intervenir es la entrevista individual semi-estructurada. Tienen lugar entre cuatro y cinco entrevistas, con periodicidad semanal (aproximadamente mes y medio). Se trata de entrevistas de evaluación del programa. Esta fase es eminentemente evaluadora, si bien, y especialmente en la medida en que el adolescente llega al programa escasamente motivado, trata de iniciar una intervención desde un primer momento, intercalando elementos de motivación, evaluación y acción. La fase finaliza con la elaboración del informe de evaluación inicial, y el Plan de Trabajo Individualizado (PTI) con los objetivos particulares que se plantea conseguir.

Por último, en la fase de intervención la metodología es diversa. Por un lado, se llevan a cabo las entrevistas individuales con el/la adolescente, encaminadas a conseguir

los objetivos planteados en el PTI. Dichas entrevistas tienen, en un inicio, una periodicidad semanal, si bien tienden a espaciarse en el tiempo en función de la consecución de objetivos y de la participación del adolescente en otras actividades del programa. Si la intervención lo requiere, las entrevistas pueden tener mayor frecuencia. Las entrevistas son realizadas por el responsable del seguimiento del adolescente, atendiendo en las mismas los aspectos más particulares del caso, dejándose para la intervención en grupo los contenidos más generales.

Por otro lado, se realizan encuentros familiares, que consisten en una entrevista conjunta con el adolescente y con sus padres/tutores. La conveniencia y el momento de la intervención son establecidos por los respectivos responsables del seguimiento del adolescente y de la familia. Los encuentros familiares se establecen fundamentalmente como procedimientos de negociación entre padres e hijos, así como para reforzar los avances en el proceso de unos u otros.

Por último, se cuenta con un aula de apoyo escolar, en la que personas voluntarias ofertan a los adolescentes la posibilidad de recibir refuerzo en la adquisición de hábitos de estudio en las materias en las que encuentran mayores dificultades. Dichas clases son impartidas de forma individualizada, con un mínimo de una sesión semanal.

### 3.6.2. Metodología con las familias

El trabajo con las familias difiere en ciertos aspectos de la metodología empleada con los adolescentes. En la Tabla 23 se resumen las diferentes formas de intervención diferenciadas por fases.

**Tabla 23. Metodología empleada con los familiares**

Fase de información	Fase de evaluación inicial	Fase de intervención
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista individual abierta</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista individual semi-estructurada</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista individual</li><li>• Encuentros familiares</li><li>• Escuela de padres y madres</li></ul>

---

En la fase de información el método de intervención es la entrevista individual abierta. Tienen lugar entre una y tres entrevistas individuales. Son llevadas a cabo por el profesional que en adelante se hará cargo del seguimiento y la atención de la familia.

En la fase de evaluación inicial la forma de intervenir es la entrevista individual semi-estructurada. Comprende entre dos y tres entrevistas de evaluación inicial, estructuradas a partir del protocolo de evaluación elaborado al efecto, y mencionado en el caso de los adolescentes.

Por último, en la fase de intervención la metodología es diversa. Por un lado, se llevan a cabo las entrevistas individuales con los progenitores. Al igual que en el caso de los/as adolescentes, estas entrevistas, realizadas por el responsable del seguimiento de la familia, tienen en un inicio una periodicidad semanal, si bien ésta trata de acomodarse a las necesidades de cada caso y a la participación de los padres en la Escuela de padres y madres. Estas entrevistas permiten trabajar con los progenitores los aspectos más particulares del caso.

Por otro lado, como se ha comentado anteriormente, se realizan encuentros familiares, que consisten en una entrevista conjunta con el adolescente y con sus padres/tutores. La conveniencia y el momento de la intervención son establecidos por los respectivos responsables del seguimiento del adolescente y de la familia. Los encuentros familiares se establecen fundamentalmente como procedimientos de

negociación entre padres e hijos, así como para reforzar los avances en el proceso de unos u otros.

Por último, se encuentra la Escuela de padres y madres: Una vez iniciada su participación en el programa mediante entrevistas individuales, los padres de los adolescentes participan en una Escuela de padres y madres. La Escuela comprende un total de 24 sesiones de periodicidad semanal, y en ella se trata de desarrollar, con una metodología dinámica y participativa, habilidades educativas y de comunicación con hijos adolescentes, de cara a favorecer la prevención desde el ámbito familiar.

La Escuela de padres y madres es uno de los elementos más importantes en el trabajo con las familias por lo que el grupo representa para ellos, como lugar de encuentro, reconocimiento y alivio de la situación vivida con sus hijos adolescentes. A pesar de no tratarse de un grupo de autoayuda, debido a su duración (5-6 meses) y a la metodología dinámica y participativa del mismo, resulta compartir algunas características de los grupo de autoayuda como el intercambio de experiencias comunes, el apoyo emocional recibido, el intercambio de información, los consejos y la educación, la facilitación de la reestructuración cognitiva, las funciones de socialización y la promoción de sentimientos de control, confianza y autoestima (Domenech, 1998).

Los contenidos de la Escuela de padres se estructuran en cuatro grandes bloques:

- Bloque I: Educar en la adolescencia
- Bloque II : Modificación de conducta
- Bloque III : Habilidades de comunicación
- Bloque IV: Estados emocionales y autoestima

La metodología trata de combinar la exposición de contenidos teóricos con el análisis en grupo y, sobre todo, con el entrenamiento práctico de las habilidades planteadas mediante ensayos conductuales y feedback.

En la Tabla 24 se describen los objetivos planteados en los diferentes temas de la Escuela de padres y madres.

**Tabla 24. Objetivos de la Escuela de padres y madres**

<b>BLOQUE I: Educar en la adolescencia</b>
Tema: Educar, ser padre/madre
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexionar en torno al concepto de educación y saber identificar tres aspectos importantes en la educación</li> <li>- Reconocer el estilo educativo utilizado y adoptar un estilo basado en la reflexión y el conocimiento</li> <li>- Reconocer recursos educativos utilizados</li> <li>- Aprender a distinguir las responsabilidades propias de los padres/madres y las de los hijos/as</li> </ul>
Tema: El paso de responsabilidades a los hijos
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar conciencia de las dificultades en el paso de responsabilidades a los hijos/as</li> <li>- Conocer los pensamientos recíprocos e identificar algunos</li> <li>- Favorecer el paso de responsabilidades a los hijos/as</li> </ul>
Tema: La adolescencia
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar las características evolutivas de la adolescencia, identificando los riesgos y los aspectos positivos de esta etapa de la vida</li> <li>- Reconocer algunas de esas características en la propia historia personal</li> <li>- Reconocer algunas de esas características en los propios hijos/as</li> </ul>
Tema: Las drogas
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar la información sobre las drogas y las consecuencias de su consumo</li> <li>- Conocer el Modelo de Factores de Riesgo y Factores de Protección</li> <li>- Identificar factores de riesgo y factores de protección dentro de la familia</li> </ul>
<b>BLOQUE II: Modificación de conducta</b>
Tema: Modificación de conducta
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexionar sobre las causas del comportamiento humano</li> <li>- Conocer el aprendizaje por consecuencias o la influencia de las consecuencias en el comportamiento</li> <li>- Conocer el aprendizaje por asociación o la influencia de los antecedentes en el comportamiento</li> <li>- Conocer el aprendizaje vicario o por modelado</li> <li>- Aprender estrategias para establecer y afrontar normas y límites</li> </ul>
<b>BLOQUE III: Habilidades de comunicación</b>
Tema: Dimensiones de la comunicación
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer los diferentes tipos y niveles en la comunicación</li> <li>- Comprender la naturaleza interactiva de la comunicación</li> <li>- Reflexionar sobre la necesidad de mejorar la comunicación</li> <li>- Identificar obstáculos en la comunicación</li> <li>- Identificar facilitadores en la comunicación</li> </ul>
Tema: Estilos de comunicación

Objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Distinguir los tres estilos de comunicación: asertivo, agresivo y pasivo</li><li>- Conocer las principales características del estilo asertivo</li></ul>
Tema: Menú de habilidades
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Conocer la importancia de aplicar el menú de habilidades</li><li>- Saber utilizar la escucha activa y empática</li><li>- Saber hacer preguntas</li><li>- Saber utilizar la dimensión recompensante</li><li>- Saber utilizar los mensajes yo</li><li>- Saber utilizar el acuerdo parcial y el disco rayado</li></ul>
Tema: Afrontamiento de situaciones
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Saber utilizar herramientas para hacer críticas</li><li>- Saber utilizar herramientas para recibir críticas</li><li>- Saber utilizar herramientas para afrontar la hostilidad</li><li>- Saber utilizar herramientas para la resolución de conflictos</li></ul>
BLOQUE IV: Estados emocionales y autoestima
Tema: Estados emocionales
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Conocer la parte positiva de la ansiedad</li><li>- Saber cómo afecta la ansiedad a los tres niveles de comportamiento: pensamientos, sentimientos y conducta</li><li>- Conocer la relación entre la ansiedad y la depresión</li><li>- Conocer y poner en práctica la técnica de respiración profunda</li><li>- Aprender estrategias de control del comportamiento observable, fuente de ansiedad</li></ul>
Tema: Autoestima
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Aprender cómo se construye la autoestima</li><li>- Conocer la importancia de la educación parental en la construcción de la autoestima de los hijos</li></ul>

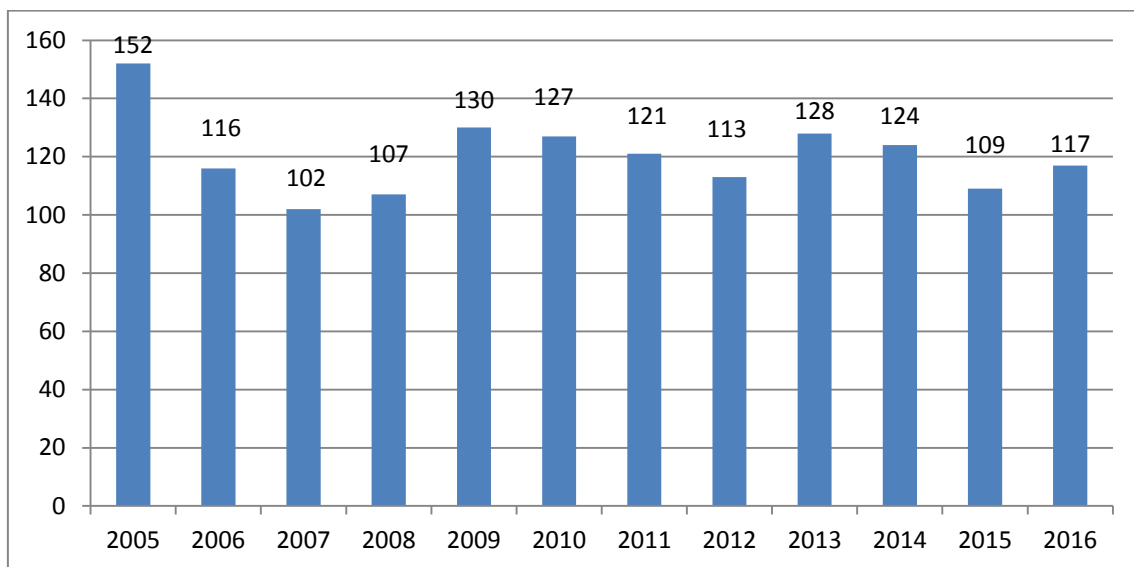
### 3.7. Suspertu en datos

A continuación se presenta el programa Suspertu a través de diversos datos que describen cuantitativamente su evolución a lo largo de los últimos años.

#### 3.7.1. Datos referidos a los adolescentes atendidos en el Programa

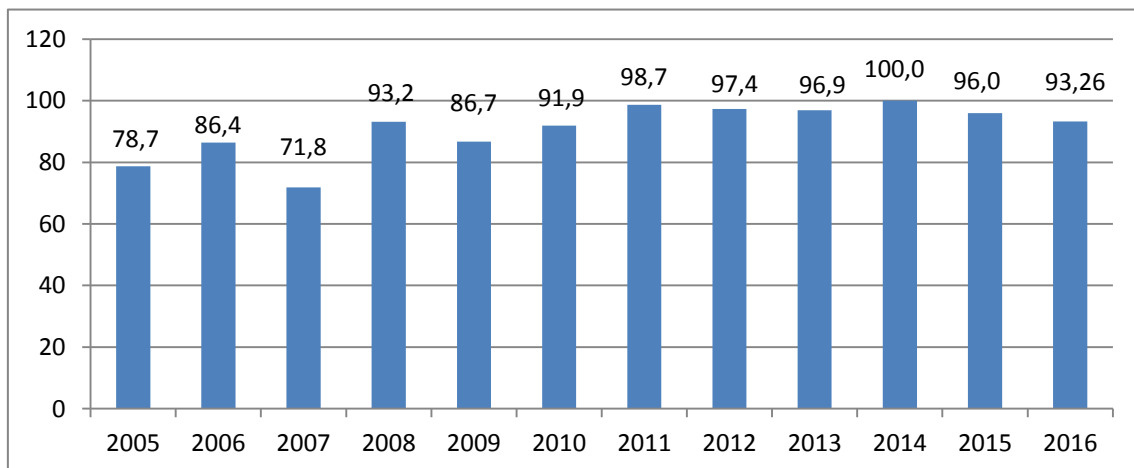
##### 3.7.1.1. Entradas y salidas del programa

Como se observa en la Figura 6, en los últimos años se encuentra una tendencia constante en el número de adolescentes atendidos en el programa.



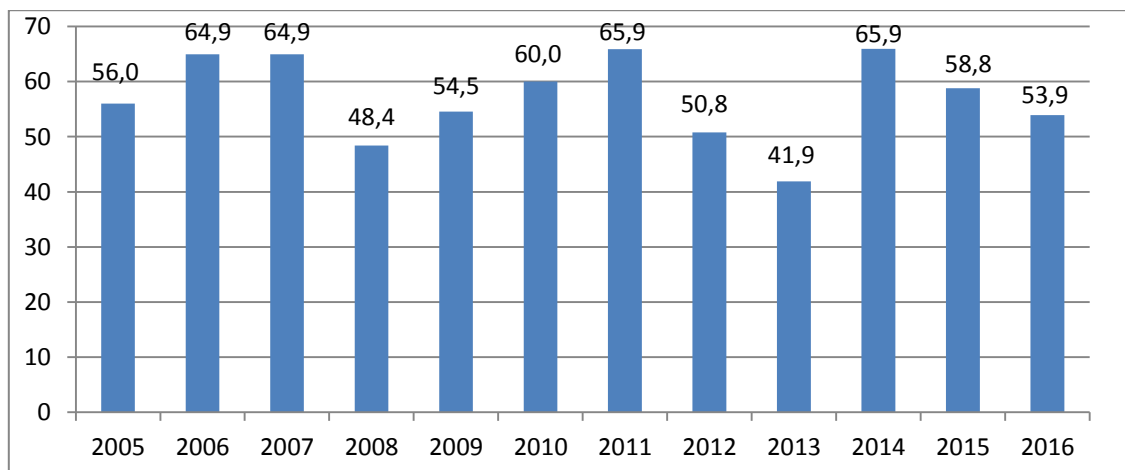
**Figura 6. Adolescentes atendidos en el periodo 2005-2016**

La cifra de adolescentes que ingresan en el programa tras contactar con el mismo ha ido aumentando a lo largo de los años. En los cuatro últimos años es superior al 95% el porcentaje de jóvenes que ingresan en el programa tras una primera entrevista (Figura 7).



**Figura 7. Porcentaje de nuevos contactos que ingresan en el periodo 2005-2016**

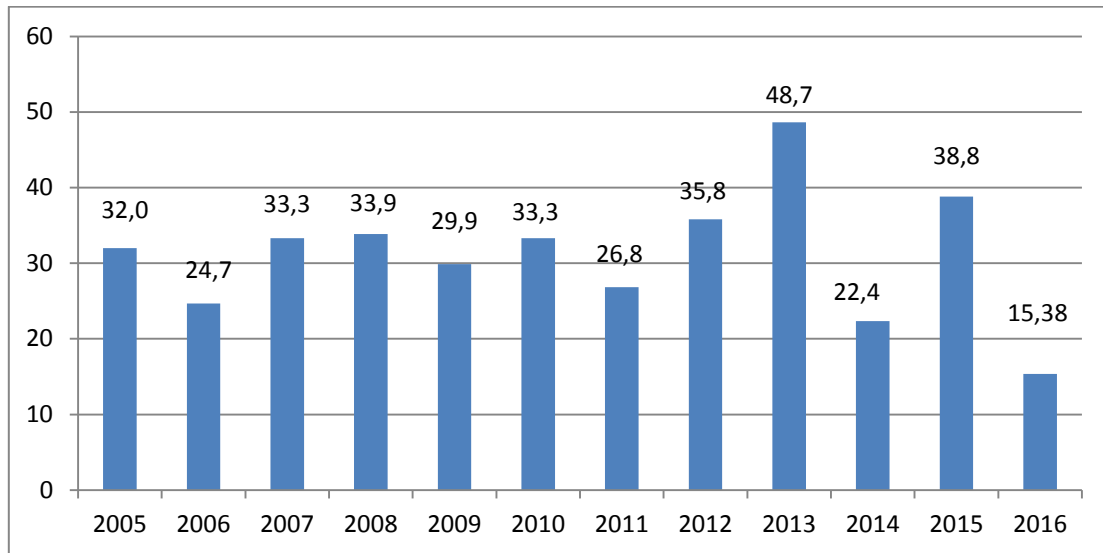
Existen diversas maneras de finalizar el programa. Por un lado, la forma óptima de terminar el proceso es el alta terapéutica, entendida como el cumplimiento de todos los objetivos planteados para el adolescente y su familia. En los últimos años se observa una tendencia variable en la tasa de altas terapéuticas en el programa, a pesar de encontrarse dentro de la normalidad en cuanto a programas de intervención con adolescentes.



**Figura 8. Porcentaje de altas terapéuticas en el periodo 2005-2016**

Por otro lado, el alta voluntaria recoge las finalizaciones que se producen en el programa por parte de los adolescentes, sin haber cumplido con todos los objetivos planteados. Como refleja la Figura 9, no ha habido grandes oscilaciones en el porcentaje

de altas voluntarias producidas en el programa, excepto en el año 2013, en el que se produjo una elevada tasa de abandonos del programa.

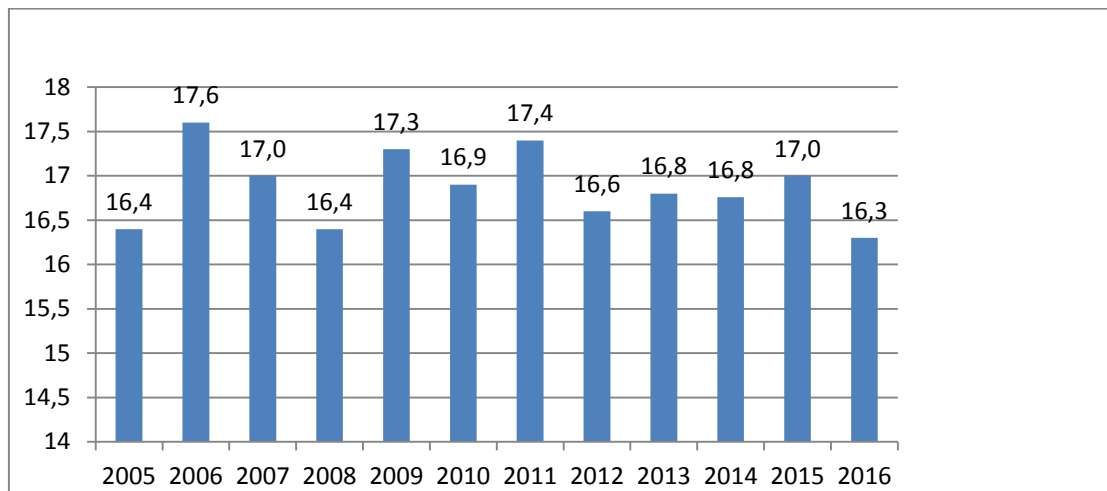


**Figura 9. Porcentaje de altas voluntarias en el periodo 2005-2016**

Como se observa hasta el momento, la tasa de retención en el trabajo con adolescentes no es elevada, debido a la escasa percepción de riesgo con la que llegan al programa, la errónea creencia de autocontrol sobre la conducta de riesgo con la que cuentan los adolescentes y/o la obligatoriedad de la asistencia a las sesiones por parte de sus progenitores, entre otras razones.

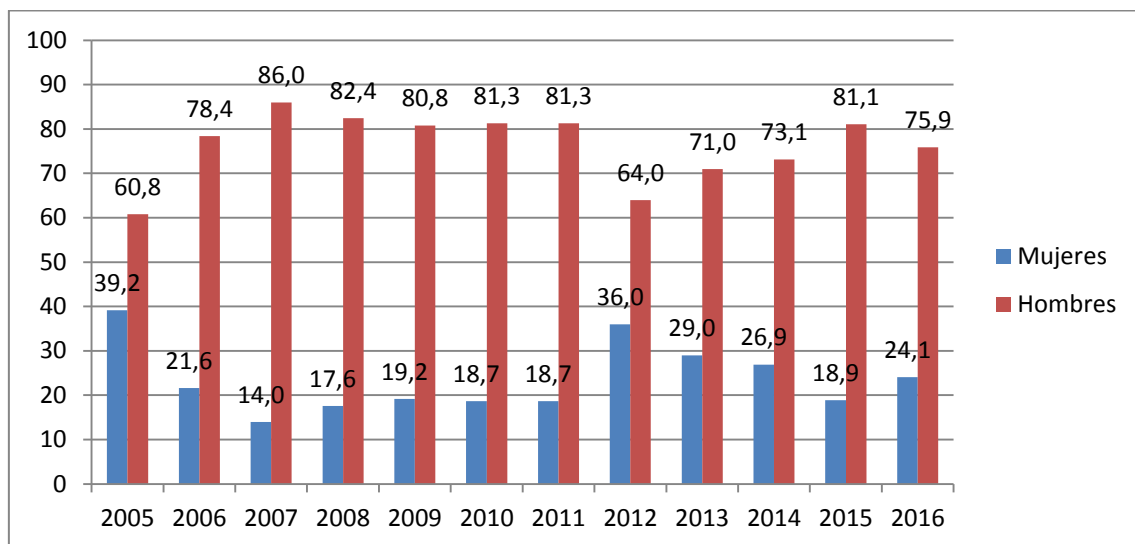
#### 3.7.1.2. Perfil de los adolescentes atendidos

A continuación se presenta una descripción detallada de la evolución del perfil de los adolescentes atendidos en el programa en los últimos diez años. La edad media de los adolescentes ha permanecido constante, encontrándose la media de edad en el rango de 16-17 años (Figura 10). El programa atiende adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 22 años, edades extremas que, aunque hace unos años no eran frecuentes en el programa, son cada vez más habituales.



**Figura 10. Edad media adolescentes atendidos en el programa**

La distribución del porcentaje de los adolescentes que realizan el programa según el sexo a lo largo de los últimos diez años, está representada en cifras acordes a lo que viene a ser habitual en este tipo de programas: 20% mujeres y 80% hombres. En la Figura 11, se puede observar, sin embargo, un aumento del porcentaje de mujeres atendidas en varios periodos de la evolución del programa.

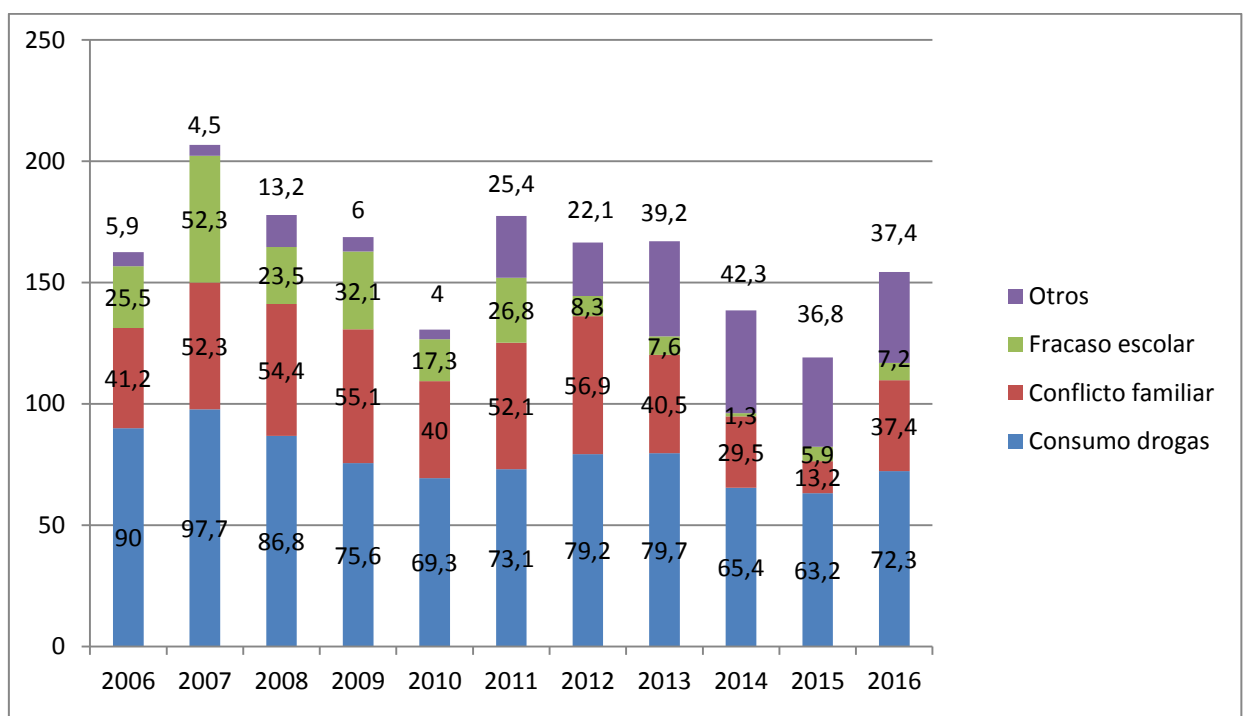


**Figura 11. Porcentaje distribución sexo**

Las primeras personas en contactar con el programa son los progenitores de los adolescentes con conductas de riesgo y son ellos quienes acuden a una primera entrevista informativa donde se recoge la problemática planteada, el itinerario realizado hasta llegar a Suspertu, los antecedentes familiares, etc. Asimismo, la persona profesional encargada de realizar estos nuevos contactos, se les explica en detalle en qué

consiste el programa y la duración del mismo, entre otras cuestiones importantes. Un aspecto relevante que se recoge en esta primera entrevista es el motivo que genera la asistencia al programa. Habitualmente, no hay un único motivo por el que los progenitores se deciden a buscar ayuda, sino que, como se observa en la Figura 12, las problemáticas se solapan. El motivo mayoritario es, sin duda, el consumo de sustancias, pero también adquiere una gran relevancia la importancia que los progenitores atribuyen a la existencia de conflicto familiar en el hogar, bien como consecuencia de ciertos consumos, bien por estilos educativos inadecuados de los padres.

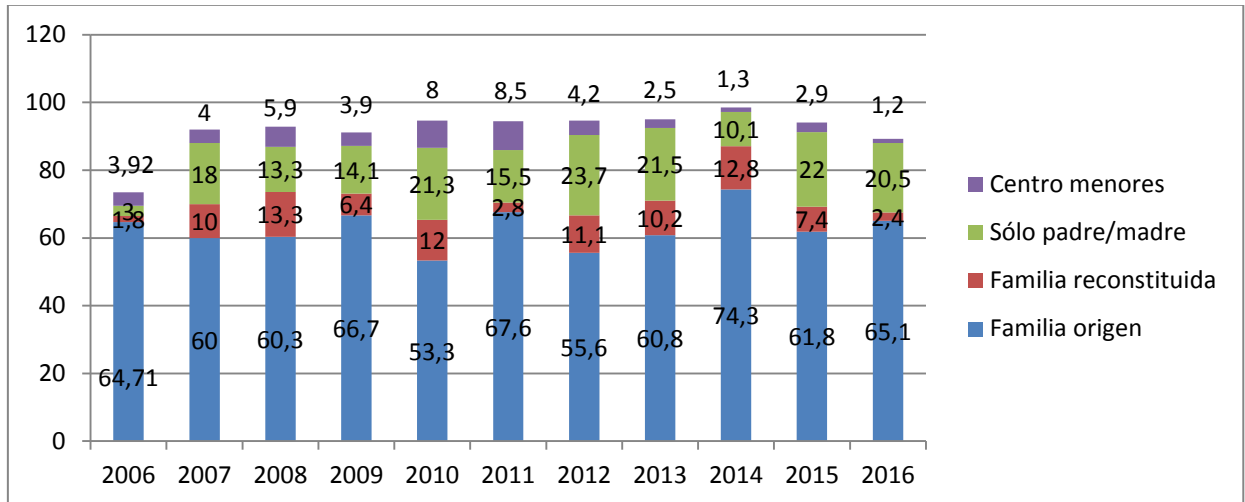
Es necesario resaltar que la recogida de esta información, el motivo de ingreso, es algo novedoso y viene recopilándose desde el año 2006, por lo que no existen datos anteriores al respecto.



**Figura 12. Motivo de ingreso en el programa**

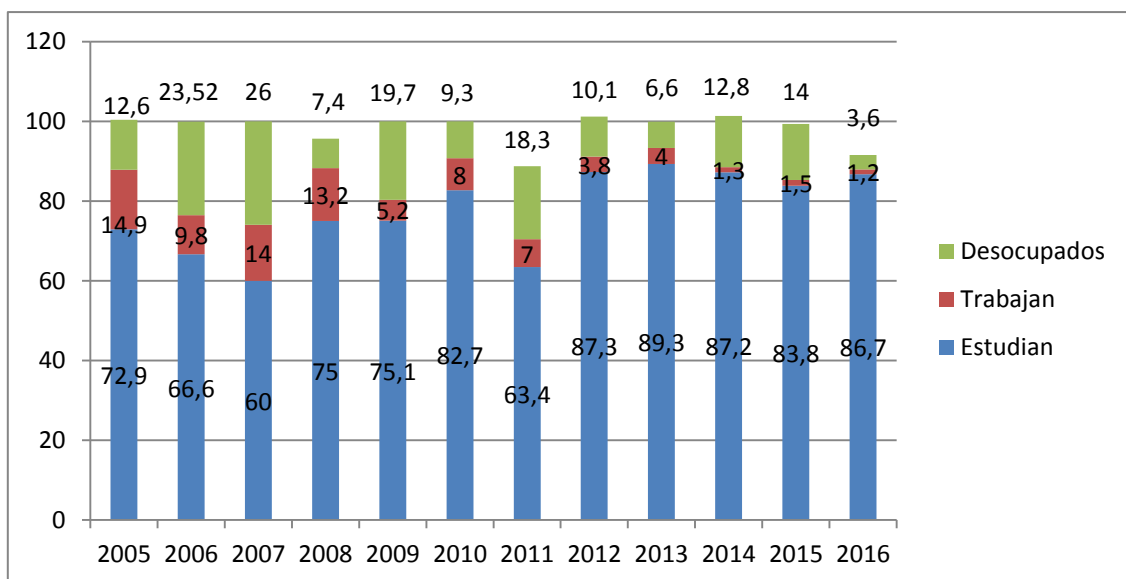
La mayoría de los adolescentes que acuden al programa conviven con la familia de origen, hecho que no ha experimentado cambios abruptos a lo largo de los años (Figura 13). Otro porcentaje importante de estos jóvenes, aunque no tan relevante como el anterior, conviven bien con el padre, bien con la madre, seguido por el porcentaje de adolescentes que conviven con la familia reconstituida de uno de los progenitores. Por último, el porcentaje de jóvenes que acuden al programa procedente de centros de

menores no dejan de ser anecdóticos, manteniéndose constantes en la evolución del programa.



**Figura 13. Núcleo de convivencia de los adolescentes que acuden al programa**

La ocupación predominante de los adolescentes que acuden al programa es la de estudiante, situación que en los últimos años se ha hecho más patente como consecuencia de la situación de crisis económica que vive la sociedad (Figura 14). El porcentaje de jóvenes desocupados, es decir, que ni estudian ni trabajan, ha sufrido una disminución significativa, lo mismo que ocurre con los adolescentes que trabajan.



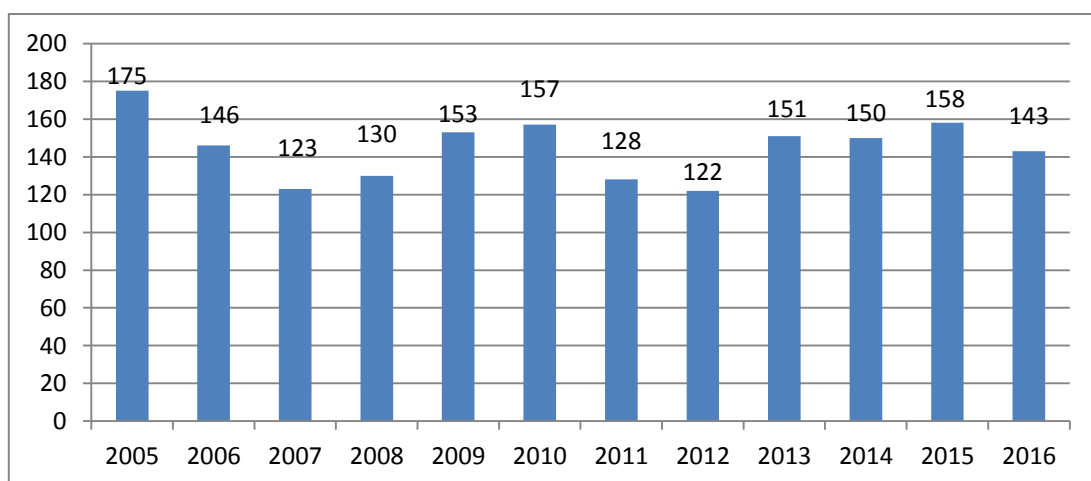
**Figura 14. Distribución de la ocupación de los jóvenes que acuden al programa**

Como muestran los datos, y a modo de resumen, el perfil de los adolescentes que acuden al programa es bastante normalizado, con una edad media comprendida entre los 16 y 17 años; pertenecen, en su gran mayoría, a familias estructuradas, presentan conductas de consumo y de conflicto familiar y se encuentran estudiando en el momento de iniciar el programa.

### 3.7.2. Datos referidos a las familias atendidas en el programa

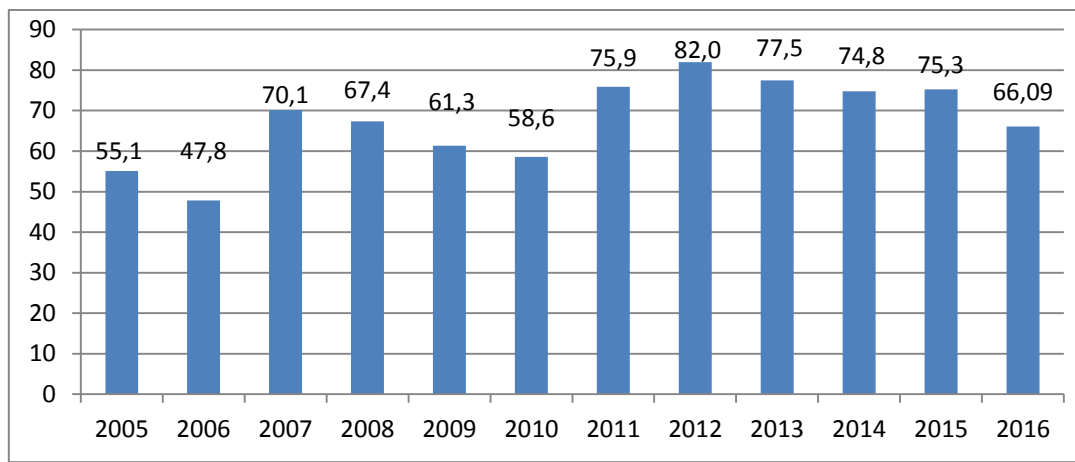
#### 3.7.2.1. Entradas y salidas de las familias

En el caso de las familias, el número de familiares atendidos en el programa se encuentra, actualmente, en cotas elevadas, habiendo pasado por períodos en los que se han experimentado descensos significativos (Figura 15). Este aumento significativo se debe a una mayor presencia en los recursos de la red general tanto sanitaria, social y educativa, a través de visitas concertadas a servicios de salud, servicios sociales y centros educativos con el fin de dar a conocer el programa o solventar creencias erróneas que poseen diversos profesionales de la red respecto al programa. Este aumento es también producto de la ampliación de actividades al exterior referidas a la prevención externa. Estas actividades al exterior son charlas y talleres enmarcadas dentro de la prevención universal dirigida tanto a adolescentes en los centros educativos, padres y madres de adolescentes, como a profesores, tutores, agentes sociales que tienen contacto y/o trabajan con adolescentes.



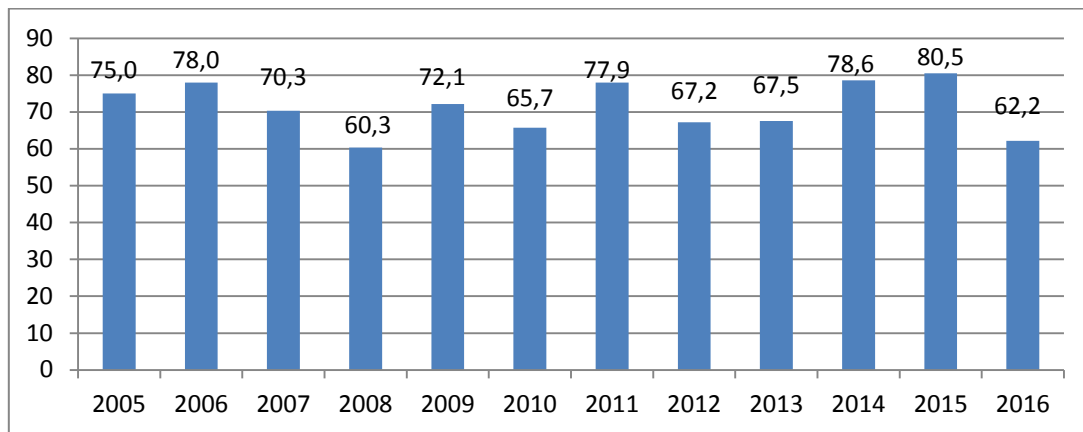
**Figura 15. Familias atendidas en el periodo 2005-2016**

El porcentaje de familiares que ingresan en el programa tras una primera entrevista informativa (nuevo contacto) es elevado (Figura 16), teniendo en cuenta que muchos de sus hijos adolescentes no cuentan con la motivación suficiente, al inicio del proceso, para realizar el programa. Este porcentaje ha crecido en los últimos años, debido a los cambios producidos en la realización de la primera entrevista, como la ampliación del tiempo dedicada a dicha entrevista, el seguimiento realizado tras ella y/o la posibilidad de comenzar el programa por parte de los progenitores, independientemente del joven.



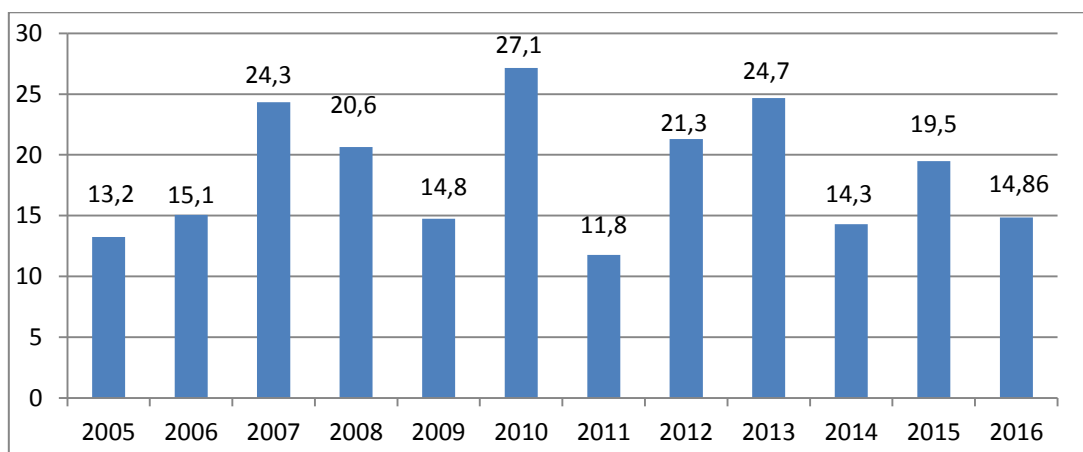
**Figura 16. Porcentaje de ingresos de familias en el periodo 2005-2016**

El porcentaje de familias que finalizan el programa habiendo cumplido con los objetivos planteados, es decir, con un alta terapéutica, oscila a lo largo de los años entre un 60% y un 80%, considerándose cifras altamente satisfactorias, si se tiene en cuenta tanto la duración del proceso (8 meses de media) como la alta exigencia del programa con los progenitores (Figura 17). Esta alta exigencia tiene que ver con la asistencia de los padres y madres a la entrevista semanal de hora y media, además de su participación en la Escuela de padres y madres, con una periodicidad semanal a lo largo de 6 meses.



**Figura 17. Porcentaje de altas terapéuticas de familias en el periodo 2005-2016**

Asimismo, el porcentaje de altas voluntarias o abandonos, aunque ha experimentado un aumento en los últimos años, puede considerarse positivo teniendo presente la tasa de altas voluntarias de los jóvenes (Figura 18). A pesar de este incremento, relacionado con el abandono de los adolescentes del proceso, en ningún momento de la evolución del programa el porcentaje de altas voluntarias por parte de los progenitores ha superado el 28%, habiendo llegado a rozar cotas del 11%, cifras muy satisfactorias en programas de prevención indicada que trabajan con adolescentes.

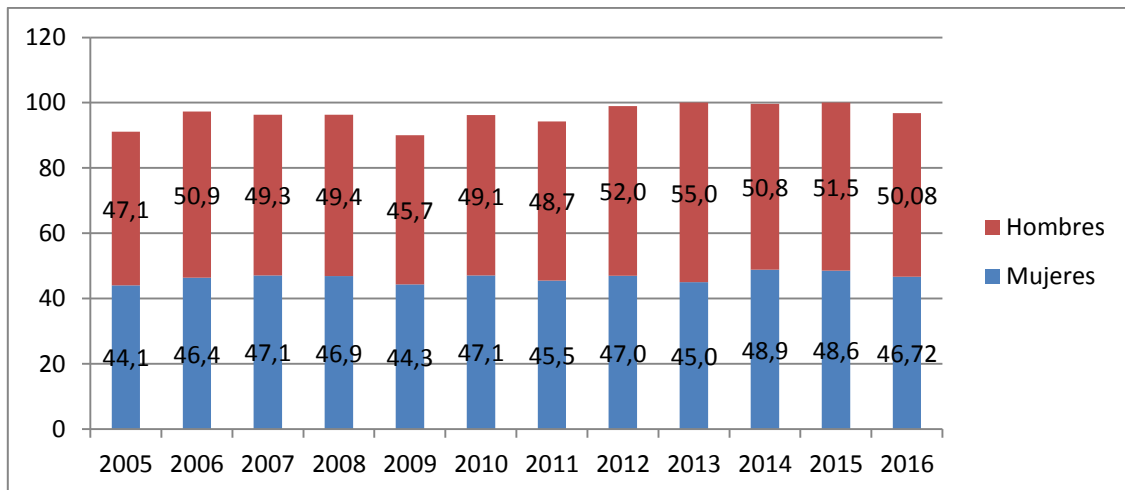


**Figura 18. Porcentaje de altas voluntarias de familias en el periodo 2005-2015**

### 3.7.2.2. Perfil de las familias atendidas

A continuación, se presenta una descripción detallada de la evolución del perfil de las familias atendidas en el programa en los últimos diez años.

La edad media de los progenitores que acuden al programa se ha mantenido sin oscilaciones importantes durante este período (Figura 19), excepto en los años 2012 y 2013, en los que experimenta un aumento significativo.



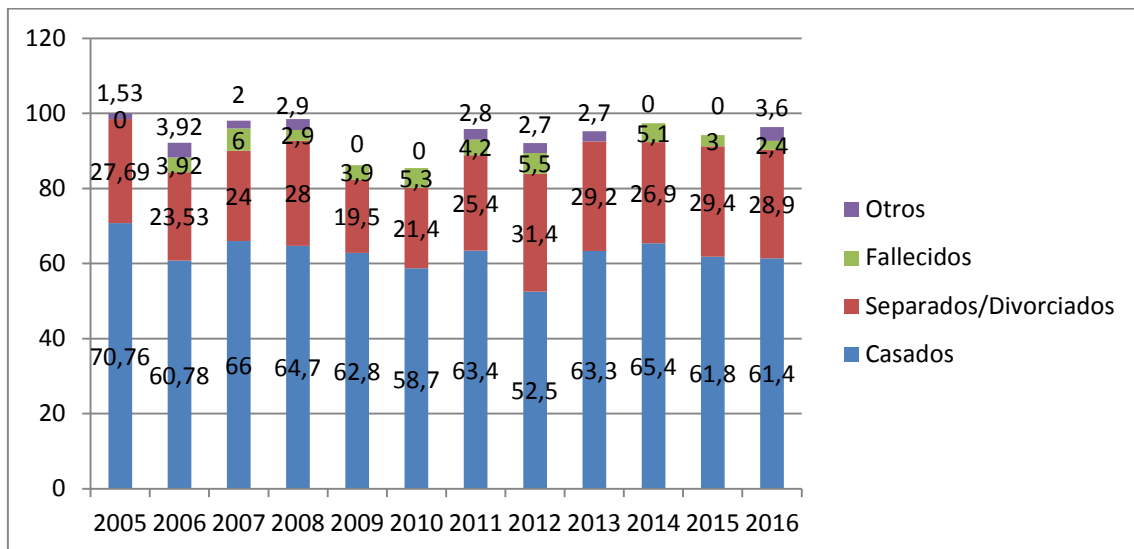
**Figura 19. Distribución edad media progenitores**

Para el éxito de la intervención en el programa Suspertu adquiere una importancia relevante la asistencia al programa de los dos progenitores del adolescente. Para ello, desde el programa se hace una intervención insistente para conseguir este objetivo, posibilitando diversas maneras de realizar las entrevistas individuales cuando la relación entre los progenitores no es fluida, realizando llamadas telefónicas con el fin de invitarle a participar en el programa al progenitor que no percibe la necesidad de buscar ayuda, etc. Por todo esto, como se observa en la Tabla 25, la participación equilibrada de hombres y de mujeres en el programa puede considerarse un éxito, teniendo en cuenta la mayor presencia habitual de mujeres en este tipo de recursos.

**Tabla 25. Distribución sexo progenitores Suspertu**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Mujeres</b>	58,7	50,0	53,3	53,2	53,8	55,1	48,0	55,1	54,2	55,0	55,9
<b>Hombres</b>	41,3	50,0	46,7	46,8	46,2	44,9	52,0	44,9	45,8	45,0	44,1

Como refleja la Figura 20, el estado civil de los progenitores que acuden al programa es en su mayoría casados, aunque también ocupan un espacio importante los padres y madres que acuden al programa hallándose separados o divorciados de sus parejas.



**Figura 20. Estado civil progenitores Suspertu**

El nivel de estudios de los progenitores se encuentra repartido entre diversas categorías recogidas en la Tabla 26. Es relevante el llamativo descenso producido en el porcentaje de padres y madres con estudios primarios, si se compara con el año 2005. A la vez, se observa un aumento, no tan abrupto, en el nivel de estudios de Formación Profesional de segundo grado (FP2) y en el de diplomatura.

**Tabla 26. Nivel de estudios progenitores Suspertu**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Primarios</b>	46,0	13,1	24,0	15,0	10,5	12,0	12,1	13,3	9,1	14,5	11,2	6,6
<b>Graduado</b>	21,8	21,1	25,3	32,5	22,6	24,0	21,5	20,0	20,5	23,7	27,1	21,3
<b>FP1</b>	15,2	16,4	13,3	11,7	17,7	13,0	20,6	8,6	18,2	10,7	19,1	16,2
<b>FP2</b>	7,9	11,5	14,7	15,8	18,5	17,0	22,4	35,2	22,7	22,9	21,3	24,3
<b>Diplomatura</b>	9,5	13,1	8,0	10,8	10,5	11,0	13,1	11,4	17,4	12,2	2,1	11,0
<b>Licenciatura</b>	9,9	6,6	12,0	10,8	14,5	10,3	9,3	9,5	11,4	14,5	10,6	15,4

El porcentaje de padres y madres de Suspertu que se encuentran trabajando en el momento de ingreso en el programa no ha sufrido grandes variaciones a lo largo de los años, pero sí lo ha hecho el porcentaje de amo/a de casa, que ha experimentado un descenso considerable si se toma como punto de referencia el año 2005, desde el cual se ha reducido a la mitad el porcentaje de progenitores que son amos/as de casa (Tabla 27). Así, también, se puede observar un aumento del porcentaje de parados/as desde el año 2005 al 2011, hecho que parece se va revirtiendo.

**Tabla 27. Situación laboral progenitores Suspertu 2005-2016**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Trabaja</b>	82,7	78,0	67,2	79,9	86,5	87,2	76,5	81,0	81,2	80,1	76,6	82,4
<b>Amo/a casa</b>	13,9	14,5	11,4	10,6	7,1	6,0	9,3	6,7	6,1	3,8	8,4	3,7
<b>Parado/a</b>	1,6	3,2	2,5	2,7	3,2	6,0	11,2	7,6	6,8	10,7	9,3	6,6

Con estos datos, se puede afirmar que el perfil de las familias que acuden al programa Suspertu es un perfil muy normalizado, en su mayoría parejas casadas, con estudios medios y/o superiores y en situación laboral activa en el momento de ingreso en el programa.

### **3.8. Evaluación del programa**

Con todo lo expuesto hasta el momento se puede reconocer el carácter eminentemente preventivo e integral del programa Suspertu, sustentado en unas sólidas bases teóricas y en una metodología estructurada que guían y orientan la intervención de los profesionales. Se trata de una intervención en paralelo con los adolescentes y sus familias, con las cuales se realiza un trabajo intenso y profundo, sin olvidar el objetivo prioritario del programa, que consiste en que los adolescentes realicen un adecuado tránsito a la vida adulta.

Como se ha comentado anteriormente al describir los programas evaluados en el ámbito nacional, este programa se encuentra en la base de datos EDDRA y cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios con el programa tras la finalización en el mismo, datos sobre niveles de retención o porcentajes de entradas y salidas, la impresión subjetiva de los terapeutas del programa, o incluso una evaluación de proceso. A pesar de esto se hace necesaria la evaluación de la eficacia del programa basada en estándares europeos de calidad, no sólo para identificar qué objetivos conviene formular en los programas, sino para conocer las estrategias, componentes y procedimientos que resultan más eficaces en la intervención con las familias.

En nuestro país, todavía es escasa la cultura de la evaluación en prevención, limitándose en la mayoría de los casos a realizar evaluaciones de proceso. Los estudios sobre la evaluación de la eficacia de los programas preventivos son escasos, así como

los estudios que identifican de manera clara y concluyente los componentes realmente necesarios para lograr una intervención o la política eficaz con determinados colectivos, como los menores vulnerables.

## II. PARTE EMPÍRICA



## 1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta segunda parte de la tesis doctoral se presenta una investigación empírica que evalúa los resultados de la intervención familiar del programa Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Además, debido a su similitud, se ha contado con la colaboración del programa Hirusta de la Fundación Gizakia de Bizkaia. Se trata de un programa de características similares, por lo que se presentan también los datos sobre los resultados obtenidos y, aunque de forma no controlada, se comparan los resultados de ambos programas.

Los principales objetivos de este estudio consisten, en primer lugar, en determinar el perfil sociodemográfico de los progenitores de los adolescentes que acuden a los dos programas de prevención indicada, así como evaluar las variables educativas y emocionales. En segundo lugar, se pretende evaluar los resultados de la intervención realizada con los progenitores en los dos programas de prevención indicada. Para ello, se evalúan las variables mencionadas en tres momentos de la intervención: al inicio del programa, a su terminación y a los seis meses de la finalización del mismo. Por último, este estudio va a determinar las variables predictoras de éxito de las intervenciones, así como las posibles áreas de mejora de las mismas.

Para ello, se ha contado con una muestra de 373 progenitores que acudieron a los dos programas de prevención indicada en busca de ayuda para sus hijos adolescentes, debido a que presentaban en ese momento alguna conducta de riesgo. La intervención con los progenitores tuvo lugar en el programa Suspertu, perteneciente a la Fundación Proyecto Hombre Navarra y desarrollado en Pamplona, y en el programa Hirusta, de la Fundación Gizakia de Bizkaia y desarrollado en Bilbao. Todos los sujetos estudiados tenían en común ser progenitores de un adolescente con alguna conducta de riesgo, y haber iniciado la intervención en alguno de los dos programas mencionados.

Con respecto a los instrumentos de evaluación, se han seleccionado cuestionarios que han sido administrados mediante entrevistas individuales por profesionales de ambos programas. Todos ellos están altamente cualificados y tienen una larga trayectoria profesional en el ámbito de la prevención de las conductas de

riesgo. Dichos instrumentos evalúan áreas significativas que tienen una relación directa con las competencias parentales. En concreto, se han estudiado variables sociodemográficas, variables educativas (estilo educativo y estilo de comunicación parental), variables psicopatológicas (síntomas psicopatológicos y nivel de estrés parental) y el grado de afectación del problema a las distintas áreas de su vida cotidiana.

En definitiva, en este estudio empírico se trata de determinar un perfil de los progenitores que acuden en busca de ayuda a los programas de prevención indicada señalados, y de evaluar los resultados de estas intervenciones familiares.

## 2. **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### 2.1. **Objetivos**

El objetivo general de esta investigación es evaluar la eficacia de la intervención realizada con los progenitores de los adolescentes que acuden a los dos programas de prevención: Suspertu e Hirusta. Además del objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas, los estilos educativos y de comunicación, el estrés parental, la sintomatología psicopatológica y la inadaptación a la vida cotidiana de los progenitores de los adolescentes en situación de riesgo que acuden en busca de ayuda a dos programas de prevención indicada de Proyecto Hombre.
  - 1.1. Analizar las características de la muestra total.
  - 1.2. Estudiar las características diferenciales en las variables estudiadas en función del sexo (padres y madres).
  - 1.3. Explorar la existencia de diferencias en las variables estudiadas en función del programa de intervención (Suspertu e Hirusta).
2. Evaluar los resultados de la intervención del programa Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra para los padres y madres de adolescentes en situación de riesgo.
  - 2.1. Valorar la evolución de los progenitores a corto (finalización del programa) y a medio plazo (seguimiento de 6 meses) en las variables educativas estudiadas: estilos educativos y estilos de comunicación.
  - 2.2. Valorar la evolución de los progenitores a corto (finalización del programa) y a medio plazo (seguimiento de 6 meses) en las variables emocionales asociadas: sintomatología psicopatológica, estrés parental e inadaptación.
  - 2.3. Determinar las variables predictoras de mejores resultados del programa.
3. Evaluar los resultados de la intervención del programa Hirusta de la Fundación Gizakia de Bizkaia para los padres y madres de adolescentes en situación de riesgo.
  - 3.1. Valorar la evolución de los progenitores a corto (finalización del programa) y a medio plazo (seguimiento de 6 meses) en las variables educativas estudiadas: estilos educativos y estilos de comunicación.
  - 3.2. Valorar la evolución de los progenitores a corto (finalización del programa) y a medio plazo (seguimiento de 6 meses) en las variables emocionales asociadas: sintomatología psicopatológica, estrés parental e inadaptación.
  - 3.3. Determinar las variables predictoras de mejores resultados del programa.

4. Comparar los resultados obtenidos por los dos programas estudiados (Suspertu e Hirusta) tanto a corto como a medio plazo.

## **2.2. Hipótesis**

En base a los objetivos planteados en este estudio se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los progenitores que acuden a los dos programas de intervención presentarán un alto grado de estrés parental, con sintomatología psicopatológica asociada (principalmente, ansiosa y depresiva) y una gran afectación en la vida cotidiana.
2. Se encontrarán diferencias entre madres y padres en cuanto a los estilos educativos utilizados (más permisivos en el caso de las madres, más autoritarios en el caso de los padres), y al grado de afectación emocional (mayor gravedad en las madres).
3. Los progenitores que acudan a los dos programas estudiados presentarán un perfil similar, sin diferencias significativas.
4. La intervención familiar del programa Suspertu conseguirá una mejoría en las variables educativas estudiadas: los estilos educativos y de comunicación utilizados.
5. La intervención familiar del programa Suspertu reducirá los problemas emocionales asociados: la sintomatología psicopatológica, el estrés parental y la inadaptación.
6. Las principales variables predictoras de mejores resultados del programa Suspertu serán el menor grado de estrés percibido, la menor presencia de sintomatología psicopatológica, y la mejor adaptación a la vida cotidiana al inicio de la intervención.
7. La intervención familiar del programa Hirusta conseguirá una mejoría en las variables educativas estudiadas: los estilos educativos y de comunicación utilizados.
8. La intervención familiar del programa Hirusta reducirá los problemas emocionales asociados: la sintomatología psicopatológica, el estrés parental y la inadaptación.
9. Las principales variables predictoras de mejores resultados del programa Hirusta serán el menor grado de estrés percibido, la menor presencia de sintomatología psicopatológica, y la mejor adaptación a la vida cotidiana al inicio de la intervención.
10. Las intervenciones con los progenitores de la muestra de los dos programas estudiados obtendrán resultados similares.

### 3. MÉTODO

#### 3.1. Participantes

La muestra de este estudio está compuesta por 373 progenitores (168 padres y 205 madres) de adolescentes que presentan conductas de riesgo. Todos ellos acuden en busca de ayuda a dos programas de prevención indicada: el programa Suspertu, de la Fundación Proyecto Hombre Navarra y el programa Hirusta, de la Fundación Gizakia de Bizkaia. La evaluación y la intervención con todos los participantes de este estudio se llevó a cabo en el período comprendido entre los años 2012 y 2016. La muestra, por tanto, está dividida en dos grupos:

- 1) Grupo del programa Suspertu: 229 progenitores (105 padres y 124 madres)
- 2) Grupo del programa Hirusta: 144 progenitores (63 padres y 81 madres)

Los criterios de inclusión usados en este estudio fueron: a) participar en uno de los dos programas de prevención indicada como padre o madre de un adolescente con conductas de riesgo; b) cumplimentar los instrumentos de evaluación; y c) firmar el consentimiento informado para participar en la investigación.

En la Tabla 28 se muestra la evolución del tamaño de la muestra a lo largo del estudio, tanto del total de participantes como del grupo Suspertu y del grupo Hirusta, en los tres momentos de medición (preintervención, postintervención y seguimiento).

**Tabla 28. Evolución del tamaño de la muestra a lo largo del estudio**

	Total		Suspertu		Hirusta	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)
Preintervención	373	(100%)	229	(100%)	144	(100%)
Postintervención	215	(57,7%)	161	(70,3%)	54	(37,5%)
Seguimiento	156	(41,8%)	125	(54,6%)	31	(21,5%)
Casos perdidos	217	(58,2%)	104	(45,4%)	113	(78,5%)

La edad media de los participantes en el estudio es de 48,8 años (DT = 5,7), siendo la edad de los padres (M = 50,5; DT = 5,3) significativamente más elevada ( $t = 5,52$ ;  $p < ,001$ ) que la de las madres (M = 47,3; DT = 5,5). La mayoría de ellos cuenta

con estudios secundarios (44,1%), seguido de universitarios (32,3%). La mayor parte de la muestra está laboralmente en activo (81,3%). En el 70,3% de los casos, el adolescente por el que los progenitores acuden a los programas convive con la familia de origen (padre, madre y/o hermanos), y en el resto de los casos (27,7%) se adoptan diferentes modalidades de convivencia: sólo con el padre (4,9%), sólo con la madre (14,9%), familia reconstituida con el padre (1,4%), familia reconstituida con la madre (4,3%), etc. En cualquier caso, la mayor parte de los progenitores de la muestra (95,1%) conviven con el hijo adolescente en el momento de la evaluación psicológica.

### **3.2. Equipo de evaluación e intervención**

La evaluación de los sujetos de la muestra (pre-intervención, post-intervención y seguimiento) ha sido llevada a cabo por el personal técnico especializado en prevención de los respectivos programas del estudio. Se trata de profesionales altamente cualificados y con una larga trayectoria profesional en el ámbito de la prevención de las conductas de riesgo en la adolescencia.

### **3.3. Diseño experimental**

Se trata de un diseño de un solo grupo con medidas múltiples y repetidas de evaluación (pre, post y seguimiento), aplicado a los dos programas estudiados: Suspertu e Hirusta. De esta forma, se analizan por separado los resultados obtenidos en la intervención desarrollada en cada uno de ellos.

Por otra parte, se han comparado los resultados obtenidos en los dos programas (pre, post y seguimiento) con una metodología cuasi-experimental. Esto es debido a que cada programa se desarrolla en una ciudad diferente, los participantes se han incorporado de forma consecutiva, y no se ha llevado a cabo una asignación aleatoria de los participantes a los grupos.

### **3.4. Instrumentos de evaluación**

#### 3.4.1. Variables sociodemográficas

- *Entrevista inicial.* Las variables sociodemográficas registrados se encuentran en la hoja de datos personales. Estas variables se recogen en la primera entrevista con los progenitores, e incluyen el sexo, la edad, el estado civil, el nivel cultural, la situación laboral, la relación con el adolescente que acude al programa y el tipo de familia.

#### 3.4.2. Variables educativas

- *Escala de Estilos de Comunicación* (Ituráin, 2011). Consta de 21 ítems de tipo Lickert (0-4) relacionados con los estilos de comunicación asertivo, agresivo y pasivo (7 ítems por cada uno de ellos). De esta forma la escala permite definir el estilo de comunicación predominante en cada caso. Se trata de una escala que se pone a prueba por primera vez en esta investigación y que, por lo tanto, carece todavía de propiedades psicométricas. El objetivo es contar con una escala que evalúe específicamente el estilo de comunicación de los progenitores de adolescentes en situación de riesgo, y que sea sensible a la intervención realizada en ambos programas en relación con las habilidades de comunicación aprendidas.

- *Cuestionario de Estilos y Dimensiones de Crianza* (PPQ) (Robinson, Mandelco, Olsen y Hart, 2001). Se compone de tres subescalas que evalúan tres estilos educativos: democrático, autoritario y permisivo. En concreto, el cuestionario presenta una serie de conductas que los padres pueden exhibir cuando interactúan con sus hijos. Estas afirmaciones deben ser respondidas por cada progenitor en una escala de tipo Likert con 4 niveles de respuesta, en función de su grado de acuerdo o desacuerdo. En este estudio se ha utilizado una versión abreviada en castellano con 34 ítems (Arranz, Oliva, Olabarrieta y Antolín, 2010). La subescala de estilo Democrático incluye 13 ítems (rango: 13-52), la subescala de estilo Autoritario incluye 11 ítems (rango: 11-44) y la subescala de estilo Permisivo incluye 10 ítems (rango: 10-40). Las puntuaciones más altas indican una mayor prevalencia del estilo

educativo evaluado. La consistencia interna es de 0,86 para escala autoritaria, 0,62 para la escala permisiva y 0,77 para la escala autoritaria.

### 3.4.3. Variables psicopatológicas

- *Listado de Síntomas* (SCL-90-R) (Derogatis, 1992). Es un cuestionario autoadministrado de evaluación de sintomatología psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio derivado de las intervenciones, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST). La consistencia interna oscila entre 0,70 y 0,90.

- *Escala de Estrés Parental* (PSS) (Berry y Jones, 1995). Es un cuestionario autoadministrado con 12 ítems que se responden en una escala de Likert con cinco opciones de respuesta que van del 1 (totalmente en desacuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo), dependiendo del grado de acuerdo con cada una de los ítems. Esta prueba evalúa el grado de estrés y gratificación percibido por los padres con respecto a su papel como padres o madres. Las puntuaciones más altas indican un mayor grado de estrés parental (rango 12-60). Además de la puntuación total, esta prueba incluye dos subescalas que ofrecen información sobre dos dimensiones del estrés percibido: a) Recompensas del hijo (cinco ítems), que evalúan el grado de gratificación percibido en su papel de padre/madre; y (b) Estresores (siete ítems), que evalúan el grado de estrés percibido en su papel de padre/madre. En este estudio se ha utilizado la adaptación española de Oronoz, Balluerka y Alonso-Arbiol (2007). La consistencia interna es 0,77 para la subescala de Recompensas, y 0,76 para la subescala de Estresores.

3.4.4. Variables relacionadas con el grado de adaptación

- *Escala de Inadaptación* (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Se trata de un instrumento que refleja el grado en que la situación problemática de cada persona afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Consta de 6 ítems, que oscilan de 0 (nada) a 5 (muchísimo) en una escala de tipo Likert. El rango de escala total es 0-30. El punto de corte que revela un desajuste significativo es 2 puntos para cada área y 12 puntos para toda la escala. La consistencia interna es 0,94.

Un resumen del protocolo de evaluación con los instrumentos utilizados en cada momento se presenta en la Tabla 29. Tanto el consentimiento informado como la hoja de datos personales son recogidas por el terapeuta de referencia. El resto de cuestionarios son autoaplicables por lo que son rellenados directamente por los propios progenitores en los tres momentos de medición.

**Tabla 29. Protocolo de evaluación a las familias**

<b>Medidas utilizadas</b>	<b>Preintervención</b>	<b>Finalización Intervención</b>	<b>Seguimiento a los 6 meses</b>
Consentimiento informado	Terapeuta	--	--
<b>Variables Sociodemográficas</b>			
Hoja de datos personales	Terapeuta	--	--
<b>Variables Psicopatológicas</b>			
Listado de Síntomas (SCL-90-R)	Familia	Familia	Familia
Escala de Inadaptación	Familia	Familia	Familia
Escala de Estrés Parental (PSS)	Familia	Familia	Familia
<b>Variables Educativas</b>			
Escala de Estilos de Comunicación	Familia	Familia	Familia
Cuestionario de estilos y dimensiones de crianza	Familia	Familia	Familia

### **3.5. Procedimiento**

Una vez seleccionados los participantes del estudio con arreglo a los criterios de inclusión previamente señalados, la evaluación de todos los participantes se llevó a cabo en el marco de la evaluación previa a la intervención. Se desarrollaron dos sesiones de evaluación con cada progenitor. En la primera sesión se recopilaban datos sobre los aspectos sociodemográficos, los aspectos relacionados con los estilos educativos y el grado de estrés percibido por los progenitores. En la segunda sesión se llevó a cabo la exploración psicopatológica mediante el SCL-90-R y se evaluó el grado de inadaptación a la vida cotidiana derivado de los problemas familiares existentes con respecto a los adolescentes. Todos los participantes fueron entrevistados por los miembros del equipo técnico de ambos programas. Las medidas de autoinforme fueron administradas con la presencia y el apoyo de los entrevistadores. Después de completar las sesiones de evaluación, los progenitores se incorporaron a los programas de intervención correspondientes. Las evaluaciones siguientes ocurrieron al final de ambos programas y en el seguimiento de los 6 meses.

### **3.6. Análisis de datos**

Se han utilizado estadísticos descriptivos para todas las variables estudiadas y estadísticos bivariados para la comparación entre las mismas. En las comparaciones bivariadas se ha empleado como contraste de hipótesis la  $\chi^2$  para las variables categóricas y la *t de Student* para las variables cuantitativas. En este último caso se ha realizado el contraste de Levene para comprobar la homogeneidad de las varianzas. Los contrastes se han realizado de forma bilateral.

Con el objetivo de conocer la relación que existe entre las distintas variables estudiadas en la preintervención se han llevado a cabo distintos análisis de correlación de Pearson. En la valoración de la correlación se han considerado las puntuaciones superiores a 0,3 como moderadas y las superiores a 0,7 como altas.

Para la valoración de los programas Suspertu e Hirusta a lo largo de los tres momentos evaluados se han realizado modelos lineales generales para calcular la F y las

pruebas t para grupos relacionados en los momentos pretratamiento-postratamiento, pretratamiento-seguimiento y postratamiento-seguimiento. Para ello, previamente se comprobó la homogeneidad de las varianzas. Para el tratamiento de los casos perdidos, se siguió el método pairwise deletion. Esto es, en los casos en los que no se habían completado la segunda y/o tercera evaluación, se mantuvieron en el análisis los datos de las evaluaciones completadas. De esta manera se analizaron todos los casos disponibles en cada variable.

Para el cálculo del tamaño del efecto se ha aplicado la fórmula consistente en el cociente entre la diferencia de medias (medida posterior – medida anterior) y la desviación típica de la media posterior (Cohen, 1988; Morales, 2013). Se ha calculado este parámetro en los pares de medidas siguientes: pretratamiento-postratamiento, pretratamiento-seguimiento y postratamiento-seguimiento. En la valoración de la magnitud del tamaño del efecto se han tenido en cuenta las recomendaciones generales de Cohen (1988), que consideran los siguientes criterios:  $d = 0,20$  (efecto pequeño),  $d = 0,50$  (efecto moderado) y  $d = 0,80$  (efecto grande). También se ha considerado que valores en torno a 0,30 pueden ser relevantes para la práctica clínica (Borg, Gall y Gall, 1993).

Asimismo, se han llevado a cabo 36 análisis de regresión lineal múltiple, con el objetivo de identificar las principales variables de la preintervención que se relacionan con la mejoría en 6 variables específicas seleccionadas como variables dependientes: estilo educativo democrático, estilo de comunicación asertivo, estrés parental, índice global de gravedad (GSI), inadaptación total e inadaptación familiar. Estos análisis se han llevado a cabo con la muestra total, así como con las muestras específicas de cada programa. En el caso de las variables dependientes, se han valorado los resultados obtenidos tanto en la postintervención como en el seguimiento de los 6 meses.

En todos los casos se ha trabajado con un nivel de significación del 5% y se han considerado significativas las diferencias con un valor de  $p < 0,05$ . Los análisis se han llevado a cabo con el programa estadístico SPSS vs. 24.0 para Windows.



#### **4. RESULTADOS**

En este capítulo de la investigación se presentan los resultados, tal como se indica a continuación:

1. En primer lugar, se ofrecen los resultados relativos al perfil de los progenitores que acuden a los dos programas de prevención indicada. Se presentan las características sociodemográficas, educativas, psicopatológicas y de adaptación de los progenitores y las relaciones existentes entre estas. A continuación se realiza una comparación de estas variables en función del sexo (padres y madres) y en función del grupo (Suspertu e Hirusta). Posteriormente, se señalan las correlaciones encontradas entre ellas.
2. En segundo lugar, se realiza la evaluación de la intervención parental de los dos programas estudiados: Suspertu e Hirusta. A continuación se comparan los resultados diferenciales obtenidos en los dos programas. Y por último, se analizan las variables predictoras de éxito de la intervención de los dos programas.

##### **4.1. Descripción de los progenitores atendidos en los dos programas de prevención indicada**

###### **4.1.1. Perfil de los progenitores atendidos**

En la Tabla 30 se presentan las características sociodemográficas de la muestra total. La edad media de los progenitores que acudieron al programa era de 48,8 años. Casi la mitad de los mismos poseían estudios secundarios y uno de cada tres progenitores tenía estudios universitarios. La mayoría de ellos se encontraban trabajando, siendo el porcentaje de desempleo del 7,3%. El 95% de los progenitores que acudieron al programa convivían con el hijo por el que solicitaban la ayuda.

Por lo que se refiere a los adolescentes implicados en el programa, la mayoría de los mismos (70,3%) convivía con la familia de origen, el 19,8% lo hacía con uno de los dos progenitores, y el 5,4% convivía con la familia reconstituida, bien del padre bien de

la madre. La edad media de los adolescentes era de 16,7 años y el 83% de los mismos acudían también al programa.

**Tabla 30. Características sociodemográficas muestra total**

<b>(N = 374)</b>	<b>M</b>	<b>(DT)</b>
<b>Edad progenitores</b>	48,8	5,7
<b>Edad adolescentes</b>	16,7	
	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Nivel educativo</b>	365	
Primarios	86	23,6%
Secundarios	161	44,1%
Universitarios	118	32,3%
<b>Situación laboral</b>	358	
Ama de casa	30	8,4%
Empleado	291	81,3%
Desempleado	26	7,3%
Jubilado	11	3,1%
<b>Tipo de familia</b>	370	
Familia de origen	260	70,3%
Familia reconstituida padre	5	1,4%
Familia reconstituida madre	16	4,3%
Sólo padre	18	4,9%
Sólo madre	55	14,9%
Otros	16	4,3%
<b>Viven con el hijo</b>	371	
Si	353	95,1%
No	18	4,9%
<b>El hijo acude al programa</b>	371	
Si	308	83%
No	63	17%

Por lo que se refiere a los estilos educativos y de comunicación de los progenitores de la muestra, los resultados de la evaluación inicial se presentan en la Tabla 31. Con el objetivo de comprender el significado de las puntuaciones medias, se han transformado las puntuaciones medias obtenidas en puntuaciones comprendidas en una escala de 0 a 100. Con este criterio, los resultados indican que la media en la escala democrática equivale a un 77,1% del total de la escala, en la permisiva a un 52,5% y en la autoritaria a un 37,9%. Por lo que se refiere a los estilos de comunicación, la puntuación media en la escala asertiva equivale al 62,3% del total de la escala, en la pasiva al 44,6% y en la agresiva al 50,4%.

**Tabla 31. Estilos educativos y de comunicación muestra total**

(N = 373)	<i>M</i>	( <i>DT</i> )
<b>Estilo educativo</b>		
Democrático (13-52)	40,14	6,67
Autoritario (11-44)	16,70	3,50
Permisivo (10-40)	21,44	3,76
<b>Estilo de comunicación</b>		
Asertivo (0-28)	17,46	4,19
Pasivo (0-28)	12,49	4,08
Agresivo (0-28)	14,11	3,94

En la Tabla 32 se presenta la sintomatología psicopatológica de los progenitores que acudieron a los programas. Por lo que se refiere al SCL-90-R, una escala presenta un percentil medio superior a 70 (total de sintomatología positiva) y siete escalas presentan un percentil medio superior a 60 (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad y el índice global de gravedad).

En cuanto al estrés parental, los resultados se presentan en la Tabla 30. Cuando se convierten las medias en puntuaciones de 0 a 100, la puntuación media en la escala de recompensas supone un 66,9% del total y en la escala de estresores un 56,1%.

**Tabla 32. Síntomas de malestar psicopatológico muestra total**

<b>Síntomas psicopatológicos<sup>1</sup> (N = 373)</b>	<i>M</i>	( <i>DT</i> )
Somatización	61,92	31,21
Obsesión-Compulsión	63,53	30,87
Sensibilidad interpersonal	61,33	31,39
Depresión	66,79	30,93
Ansiedad	63,68	29,04
Hostilidad	63,06	29,89
Ansiedad Fóbica	34,74	34,63
Ideación Paranoide	53,42	31,63
Psicoticismo	56,15	34,37
Índice Global de Gravedad	65,52	31,58
Índice de Distrés de Síntomas Positivos	47,75	29,19
Total de Sintomatología Positiva	70,27	30,31
<b>Estrés parental (12-60)</b>		
Recompensas (5-25)	16,72	4,69
Estresores (7-35)	19,65	5,32

<sup>1</sup>Percentiles respecto a la población general

Por último, por lo que se refiere al grado de inadaptación que presentaban los progenitores cuando acudieron en busca de ayuda, en la Tabla 33 se recogen las puntuaciones de la muestra total en la evaluación inicial. La muestra valorada presentaba un alto grado de afectación en su vida cotidiana, ya que cinco de las seis subescalas (trabajo, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y valoración global) tenían una puntuación superior a dos (punto de corte de cada subescala). Si se considera la puntuación total de la escala, los progenitores de la muestra superaron también como media el punto de corte total (12 puntos).

**Tabla 33. Escala de inadaptación muestra total**

<b>Escala de inadaptación (N = 373)</b>	<b>M</b>	<b>(DT)</b>
Trabajo/Estudios	2,07	1,35
Vida social	1,93	1,29
Tiempo libre	2,37	1,38
Relación de pareja	2,49	1,33
Vida familiar	2,72	1,29
Ítem global	2,74	1,15
Total	14,19	6,12

#### 4.1.2. Relaciones entre las variables estudiadas

Con el objetivo de conocer la relación que existe entre las variables estudiadas se han llevado a cabo distintos análisis de correlación. En la Tabla 34 se presentan los resultados obtenidos en la correlación entre los estilos educativos y la gravedad de los síntomas psicopatológicos, por una parte, y el estrés percibido y la gravedad de los síntomas psicopatológicos, por otra. En general, los estilos permisivos y/o autoritarios, así como la percepción estresante del papel de padre, se relacionaba de forma estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología psicopatológica. Sin embargo, los progenitores que presentaban un estilo educativo más democrático, y los que se sentían más recompensados en su papel de padres, presentaban una menor sintomatología psicopatológica.

**Tabla 34. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos muestra total**

SCL-90-R	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Autoritario		Permisivo		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
Total (N = 370)	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatización	-,059	,258	,291	<,001	,281	<,001	-,126	,015	,317	<,001	,187	<,001
Obsesión-Compulsión	-,088	,090	,294	<,001	,424	<,001	-,257	<,001	,412	<,001	,282	<,001
Sensibilidad interpersonal	-,098	,060	,304	<,001	,326	<,001	-,212	<,001	,294	<,001	,160	,002
Depresión	-,057	,276	,276	<,001	,379	<,001	-,334	<,001	,424	<,001	,248	<,001
Ansiedad	-,076	,146	,301	<,001	,344	<,001	-,289	<,001	,438	<,001	,261	<,001
Hostilidad	-,152	,003	,419	<,001	,328	<,001	-,264	<,001	,380	<,001	,263	<,001
Ansiedad Fóbica	-,064	,219	,242	<,001	,294	<,001	-,072	,165	,212	<,001	,129	,013
Ideación Paranoide	-,135	,009	,267	<,001	,256	<,001	-,123	,018	,317	<,001	,183	<,001
Psicoticismo	-,141	,007	,314	<,001	,350	<,001	-,196	<,001	,369	<,001	,205	<,001
GSI	-,073	,161	,333	<,001	,392	<,001	-,279	<,001	,434	<,001	,264	<,001
PSDI	,069	,187	,192	<,001	,354	<,001	-,223	<,001	,283	<,001	,122	,019
PST	-,125	,016	,342	<,001	,359	<,001	-,255	<,001	,423	<,001	,269	<,001

La Tabla 35 presenta los resultados del análisis de correlación entre los estilos de comunicación y la gravedad de los síntomas psicopatológicos. La escala asertiva no ha correlacionado significativamente con la sintomatología psicológica. Sin embargo, los progenitores con estilos de comunicación pasivos y/o agresivos presentaban una mayor sintomatología psicológica, con significación estadística.

**Tabla 35. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos muestra total**

SCL-90-R	Estilos de comunicación					
	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
Total (N = 370)	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatización	-,046	,380	,146	,005	,134	,010
Obsesión-Compulsión	-,030	,569	,201	<,001	,124	,017
Sensibilidad interpersonal	-,065	,211	,178	,001	,104	,045
Depresión	-,020	,707	,175	,001	,099	,057
Ansiedad	-,026	,612	,205	<,001	,103	,048
Hostilidad	-,073	,162	,128	,013	,085	,103
Ansiedad Fóbica	,003	,949	,220	<,001	,135	,001
Ideación Paranoide	-,006	,906	,162	,002	,149	,004
Psicoticismo	-,040	,442	,174	,001	,145	,005
GSI	-,041	,432	,200	<,001	,117	,025
PSDI	,084	,107	,188	<,001	,087	,093
PST	-,070	,181	,185	<,001	,127	,015

Por otra parte, se han relacionado los estilos educativos y el estrés parental percibido con el grado de inadaptación a la vida cotidiana. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 36. Las correlaciones más altas se encuentran entre el estrés parental y la inadaptación. Aquellos progenitores que se sentían más estresados en su papel de padres percibían mayor afectación en seis de las siete escalas del instrumento (vida social, tiempo libre, pareja, familia, global y total). Sin embargo, los progenitores que se mostraban recompensados presentaban menos inadaptación.

**Tabla 36. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana muestra total**

Inadaptación	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Autoritario		Permisivo		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
Total (N = 370)	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Trabajo	-,043	,411	,186	<,001	,212	<,001	-,198	<,001	,214	<,001	,130	,012
Vida social	-,071	,168	,141	,007	,191	<,001	-,239	<,001	,316	<,001	,207	<,001
Tiempo libre	-,022	,673	,110	,034	,201	<,001	-,136	,009	,339	<,001	,200	<,001
Pareja	-,140	,007	,161	,002	,258	<,001	-,281	<,001	,321	<,001	,208	<,001
Familia	-,146	,005	,216	<,001	,292	<,001	-,328	<,001	,308	<,001	,229	<,001
Global	-,043	,409	,210	<,001	,270	<,001	-,283	<,001	,323	<,001	,204	<,001
Total	-,094	,069	,209	<,001	,299	<,001	-,304	<,001	,385	<,001	,256	<,001

En relación con los estilos educativos, cuanto más altas son las puntuaciones en el estilo permisivo mayor es la inadaptación; lo mismo ocurre con el estilo autoritario, pero con más baja intensidad. Sin embargo, cuanto más alto es el estilo democrático menor gravedad se presenta en las subescalas de pareja y familia.

Respecto a los estilos de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana apenas se ha encontrado correlación (Tabla 37).

**Tabla 37. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana muestra total**

Inadaptación	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	r	p	r	p	r	p
Total (N = 373)						
Trabajo	,019	,708	,141	,006	,103	,048
Vida social	,000	,997	,021	,693	,045	,384
Tiempo libre	-,026	,618	,029	,573	,045	,387
Pareja	-,099	,056	,004	,933	,108	,037
Familia	-,109	,037	,023	,658	,051	,326
Global	-,021	,680	,009	,862	,092	,075
Total	-,044	,398	,061	,239	,101	,051

4.1.3. Comparación de las variables en función del sexo

En la Tabla 38 se presenta la comparación de las variables sociodemográficas en función del sexo. La edad media de los padres (50,5) era significativamente superior a la media de las madres (47,3). Por lo que se refiere al nivel educativo no se encuentran diferencias, pero sí respecto a la situación laboral. La tasa de amas de casa y de desempleo era más alta en el grupo de madres que de padres, y la tasa de empleo y de jubilación estaba más representada en el grupo de padres que en el grupo de madres.

**Tabla 38. Variables sociodemográficas en función del sexo**

	Padres (n = 168)		Madres (n = 205)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	<i>M</i>	( <i>DT</i> )	<i>M</i>	( <i>DT</i> )		
<b>Edad</b>	50,5	5,3	47,3	5,5	5,5 (353)	< ,001
	<i>N</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>X</i> <sup>2</sup> (gl)	<i>p</i>
<b>Nivel educativo</b>	164		201			
Primarios	43	26,2%	43	21,4%		
Secundarios	63	38,4%	98	48,8%	3,9 (2)	,140
Universitarios	58	35,4%	60	29,9%		
<b>Situación laboral</b>	160		198			
Ama de casa	3	1,9%	27	13,6%		
Empleado	139	86,9%	152	76,8%	27,3 (3)	< ,001
Desempleado	8	5,0%	18	9,1%		
Jubilado	10	6,3%	1	0,5%		
<b>Tipo de familia</b>	166		204			
Familia de origen	125	75,3%	135	66,2%		
Familia reconstituida padre	3	1,8%	2	1,0%		
Familia reconstituida madre	4	2,4%	12	5,9%	29,1 (5)	< ,001
Sólo padre	13	7,8%	5	2,5%		
Sólo madre	10	6,0%	45	22,1%		
Otros	11	6,6%	5	2,5%		
<b>Vive con el hijo</b>	167		204			
Si	154	92,2%	199	97,5%	5,7 (1)	,017
No	13	7,8%	5	2,5%		
<b>El hijo acude al programa</b>	139		169			
Si	139	83,2%	169	82,8%	0,1 (1)	,921
No	28	16,8%	35	17,2%		

Los resultados muestran que había una mayor proporción de padres que de madres conviviendo con la familia de origen del adolescente por el que acudieron al programa. Además, había una mayor proporción de madres que de padres conviviendo solas con el propio adolescente. Además, aunque en ambos casos es mayoritario, hay un

porcentaje significativamente mayor de madres que de padres que convivían con los hijos por los que se demandaba el programa.

La Tabla 39 presenta la comparación en función del sexo en los estilos educativos y de comunicación. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los padres y madres para casi todas las variables. Más específicamente, las madres generaron puntuaciones significativamente más altas que los padres en las subescalas relacionadas con los estilos educativos democrático y permisivo. Por lo que se refiere a los estilos de comunicación, se observaron diferencias significativas en los estilos asertivo y pasivo, en ambos casos con puntuaciones superiores en el caso de las madres.

**Tabla 39. Estilos educativos y de comunicación en función del sexo**

	Padres (n = 168)		Madres (n = 205)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	<i>M</i>	( <i>DT</i> )	<i>M</i>	( <i>DT</i> )		
<b>Estilo educativo</b>						
Democrático (13-52)	38,78	6,59	41,27	6,53	3,66 (372)	< ,001
Autoritario (11-44)	16,56	3,28	16,82	3,68	0,74 (372)	,462
Permisivo (10-40)	20,66	3,41	22,08	3,92	3,68 (369)	< ,001
<b>Estilo de comunicación</b>						
Asertivo (0-28)	16,24	4,00	18,46	4,08	5,27 (371)	< ,001
Pasivo (0-28)	11,73	4,03	13,11	4,03	3,28 (371)	,001
Agresivo (0-28)	13,95	3,89	14,24	3,98	0,71 (371)	,478

Además, las madres participantes en el programa presentaron mayores niveles de sintomatología psicopatológica en todas las dimensiones del SCL-90-R que los padres (Tabla 40). Cabe destacar que 4 puntuaciones superaron el percentil 70: dos índices globales de gravedad (GSI y PST) y las escalas relacionadas con la sintomatología obsesivo-compulsiva y depresiva. Por el contrario, las puntuaciones obtenidas por los padres fueron significativamente más bajas, por debajo del percentil 60 para casi todas las subescalas. Por lo que se refiere al estrés, el grupo de las madres presentaba un mayor grado de estrés parental en comparación con los padres.

**Tabla 40. Síntomas de malestar psicopatológico en función del sexo**

	Padres (n = 168)		Madres (n = 205)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	<i>M</i>	( <i>DT</i> )	<i>M</i>	( <i>DT</i> )		
<b>Síntomas psicopatológicos<sup>1</sup></b>						
Somatización	58,25	33,86	64,93	28,59	2,03 (325,6)	,043
Obsesión-Compulsión	55,20	33,36	70,35	26,88	4,74 (316,3)	< ,001
Sensibilidad interpersonal	56,32	33,46	65,44	29,03	2,77 (330,9)	,006
Depresión	59,77	33,06	72,54	27,86	3,97 (325,3)	< ,001
Ansiedad	58,27	30,33	68,10	27,21	3,25 (337,1)	,001
Hostilidad	59,20	30,67	66,22	28,93	2,26 (369)	,024
Ansiedad Fóbica	30,66	33,59	38,08	35,20	2,06 (369)	,040
Ideación Paranoide	47,49	32,30	58,28	30,30	3,31 (369)	,001
Psicoticismo	50,64	37,02	60,66	31,43	2,77 (326,7)	,006
Índice Global de Gravedad	58,75	34,15	71,06	28,20	3,73 (321,3)	< ,001
Índice de Distrés de Síntomas Positivos	40,72	27,56	53,51	29,29	4,30 (369)	< ,001
Total de Sintomatología Positiva	64,52	32,94	74,97	27,17	3,29 (320,9)	,001
<b>Estrés parental (12-60)</b>	33,88	6,71	35,29	6,82	2,01 (372)	,045
Recompensas (5-25)	16,78	4,83	16,66	4,58	0,24 (372)	,810
Estresores (7-35)	19,04	5,03	20,15	5,51	2,03 (372)	,043

<sup>1</sup>Percentiles respecto a la población general

La misma tendencia se observó con las mujeres en los niveles de inadaptación a la vida cotidiana (Tabla 41). Las madres obtenían puntuaciones significativamente más altas en todas las áreas analizadas, con la excepción de la afectación a la relación de pareja. En cualquier caso, las puntuaciones medias de las madres superaron el punto de corte (2 puntos) en todas las áreas de inadaptación. En el caso de los hombres, el punto de corte se superó en cuatro de las seis áreas evaluadas por el instrumento (tiempo libre, relación de pareja, vida familiar e ítem global).

**Tabla 41. Desajuste en la vida cotidiana en función del sexo**

	Padres (n = 168)		Madres (n = 205)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	<i>M</i>	( <i>DT</i> )	<i>M</i>	( <i>DT</i> )		
<b>Escala de inadaptación</b>						
Trabajo/Estudios	1,90	1,30	2,22	1,37	2,3 (370)	,024
Vida social	1,72	1,26	2,09	1,29	2,8 (360,8)	,005
Tiempo libre	2,19	1,31	2,53	1,42	2,4 (372)	,018
Relación de pareja	2,47	1,31	2,50	1,35	0,2 (370)	,830
Vida familiar	2,56	1,21	2,85	1,34	2,2 (370)	,031
Ítem global	2,54	1,10	2,90	1,17	3,0 (370)	,003
Total	13,33	5,81	14,90	6,30	2,5 (372)	,013

4.1.4. Correlaciones de las variables del estudio en función del sexo4.1.4.1. En el grupo de padres

Por lo que se refiere a los padres, en la Tabla 42 se presentan los resultados del análisis de correlación entre los estilos educativos y la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de padres, por una parte, y por otra parte, la correlación entre el estrés percibido y la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de padres. En relación con los estilos educativos, los padres con un estilo democrático presentaban una menor sintomatología psicopatológica. Sin embargo, los padres con un estilo más permisivo y/o autoritario mostraban un mayor grado de síntomas psicopatológicos asociados.

**Tabla 42. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de padres**

	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Permisivo		Autoritario		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
<b>Padres (N = 167)</b>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatización	-,112	,148	,324	<,001	,366	<,001	-,111	,154	,335	<,001	,177	,022
Obsesión-Compulsión	-,184	,017	,452	<,001	,350	<,001	-,304	<,001	,459	<,001	,277	<,001
Sensibilidad interpersonal	-,137	,077	,343	<,001	,297	<,001	-,205	,008	,328	<,001	,197	,011
Depresión	-,133	,085	,384	<,001	,322	<,001	-,359	<,001	,514	<,001	,307	<,001
Ansiedad	-,149	,054	,393	<,001	,320	<,001	-,358	<,001	,504	<,001	,290	<,001
Hostilidad	-,221	,004	,325	<,001	,427	<,001	-,257	,001	,371	<,001	,313	<,001
Ansiedad Fóbica	-,108	,165	,288	<,001	,126	,104	-,118	,130	,226	,003	,081	,296
Ideación Paranoide	-,265	,001	,240	,002	,250	,001	-,156	,043	,314	<,001	,174	,025
Psicoticismo	-,210	,006	,354	<,001	,285	<,001	-,187	,016	,435	<,001	,236	,002
GSI	-,162	,036	,443	<,001	,397	<,001	-,305	<,001	,471	<,001	,283	<,001
PSDI	-,031	,688	,360	<,001	,261	<,001	-,304	<,001	,364	<,001	,193	,012
PST	-,185	,017	,386	<,001	,382	<,001	-,255	,001	,444	<,001	,274	<,001

Por lo que se refiere al grado de estrés parental, cuanto más recompensante se percibía el rol de padre, menor sintomatología psicopatológica se presentaba. Por el contrario, a mayor percepción de estrés parental, mayor número de síntomas psicopatológicos asociados.

La Tabla 43 recoge los resultados del análisis de correlación entre los estilos de comunicación y la gravedad de los síntomas psicopatológicos de los hombres de la muestra. El estilo pasivo presentaba una correlación baja con la sintomatología

psicológica. El estilo asertivo presentaba una relación inversa con la sintomatología (a mayor asertividad, menor sintomatología), aunque con correlaciones bajas.

**Tabla 43. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de padres**

Padres (N = 166)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatización	-,114	,145	,181	,020	,096	,218
Obsesión-Compulsión	-,116	,135	,242	,002	,137	,078
Sensibilidad interpersonal	-,156	,044	,217	,005	,088	,260
Depresión	-,151	,052	,253	,001	,137	,079
Ansiedad	-,093	,234	,232	,003	,145	,063
Hostilidad	-,182	,019	,202	,009	,139	,075
Ansiedad Fóbica	-,087	,267	,173	,025	,074	,345
Ideación Paranoide	-,162	,037	,181	,020	,138	,076
Psicoticismo	-,085	,274	,191	,014	,154	,048
GSI	-,174	,025	,248	,001	,115	,138
PSDI	,042	,593	,216	,005	,159	,041
PST	-,197	,011	,224	,004	,121	,120

En la relación entre los estilos educativos y el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de padres apenas se observaron correlaciones significativas en el estilo democrático. Sin embargo, se encontraron correlaciones significativas en aquellos padres que tenían un estilo educativo autoritario y permisivo (Tabla 44). Los padres que tenían un estilo más permisivo señalaban una mayor afectación, tanto en el total de la escala como específicamente en el área familiar. Además, los padres que se sentían estresados por su papel de padres presentaban una elevada inadaptación a su vida cotidiana. Por el contrario, aquellos padres que percibían como más recompensante su papel señalaban una menor afectación en su vida cotidiana en la mayoría de las escalas (vida social, pareja, familia, global y total).

**Tabla 44. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de padres**

	Padres (N = 167)											
	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Autoritario		Permisivo		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	-,048	,537	,215	,005	,233	,003	-,277	<,001	,233	,002	,061	,431
Vida social	-,063	,415	,202	,009	,178	,022	-,307	<,001	,391	<,001	,228	,003
Tiempo libre	,029	,712	,079	,308	,163	,036	-,159	,039	,344	<,001	,123	,113
Pareja	-,159	,041	,163	,035	,251	,001	-,356	<,001	,396	<,001	,202	,009
Familia	-,193	,012	,291	<,001	,308	<,001	-,355	<,001	,382	<,001	,287	<,001
Global	-,094	,228	,246	,001	,229	,003	-,308	<,001	,338	<,001	,172	,026
Total	-,119	,123	,256	,001	,305	<,001	-,379	<,001	,452	<,001	,237	,002

Por último, en la Tabla 45 se presentan las correlaciones entre el estilo de comunicación y la inadaptación a la vida cotidiana. En este caso, se aprecia una ligera correlación entre el estilo agresivo y el grado de inadaptación.

**Tabla 45. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de padres**

Padres (N = 167)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	,022	,773	,171	,027	,208	,007
Vida social	,013	,870	,052	,504	,179	,020
Tiempo libre	,014	,860	,100	,196	,108	,162
Pareja	-,071	,361	,026	,743	,199	,010
Familia	-,120	,123	,018	,818	,154	,048
Global	-,042	,593	,007	,931	,234	,002
Total	-,050	,518	,099	,203	,222	,004

#### 4.1.4.2. En el grupo de madres

Por lo que se refiere a las madres, la relación del estilo educativo y del estrés parental con la severidad de los síntomas psicopatológicos se muestra en la Tabla 46. En general, se observa la misma tendencia que en el caso de los padres. En concreto, los estilos permisivos y autoritarios se relacionan con una mayor presencia de sintomatología.

**Tabla 46. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de madres**

	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Permisivo		Autoritario		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
<b>Madres (N = 204)</b>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatización	-.054	.446	.231	.001	.220	.002	-.145	.038	.292	< .001	.177	.011
Obsesión-Compulsión	-.101	.149	.357	< .001	.242	< .001	-.219	.002	.356	< .001	.256	< .001
Sensibilidad interpersonal	-.125	.075	.286	< .001	.300	< .001	-.226	.001	.248	< .001	.098	.165
Depresión	-.069	.330	.332	< .001	.233	.001	-.319	< .001	.331	< .001	.162	.021
Ansiedad	-.079	.264	.271	< .001	.279	< .001	-.229	.001	.370	< .001	.209	.003
Hostilidad	-.143	.041	.304	< .001	.410	< .001	-.270	< .001	.375	< .001	.202	.004
Ansiedad Fóbica	-.072	.308	.282	< .001	.311	< .001	-.039	.582	.187	.007	.144	.040
Ideación Paranoide	-.095	.178	.229	.001	.270	< .001	-.097	.169	.301	< .001	.161	.022
Psicoticismo	-.141	.044	.321	< .001	.333	< .001	-.209	.003	.299	< .001	.152	.030
GSI	-.069	.324	.314	< .001	.273	< .001	-.263	< .001	.390	< .001	.215	.002
PSDI	.075	.283	.299	< .001	.137	.051	-.159	.023	.201	.004	.033	.640
PST	-.144	.039	.305	< .001	.303	< .001	-.264	< .001	.393	< .001	.238	.001

En cuanto al estrés parental, las madres que percibían su rol como más estresante presentaban mayores puntuaciones en el SCL-90-R en más de la mitad de las subescalas del instrumento (obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, índice global de gravedad e índice total de sintomatología positiva). Por el contrario, las madres que se sentían más recompensadas en su papel como tales obtenían una menor puntuación en sintomatología depresiva.

En el caso de la relación entre los estilos de comunicación y la psicopatología asociada, apenas existen correlaciones significativas entre las variables en el grupo de madres (Tabla 47).

**Tabla 47. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en el grupo de las madres**

Madres (N = 204)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatización	-,045	,518	,085	,229	,166	,018
Obsesión-Compulsión	-,090	,203	,095	,176	,105	,136
Sensibilidad interpersonal	-,068	,335	,103	,144	,113	,109
Depresión	-,011	,874	,045	,526	,056	,425
Ansiedad	-,061	,387	,139	,047	,059	,401
Hostilidad	-,046	,512	,034	,630	,035	,622
Ansiedad Fóbica	,018	,794	,232	,001	,175	,012
Ideación Paranoide	,037	,603	,102	,148	,152	,030
Psicoticismo	-,082	,245	,119	,090	,132	,060
GSI	-,027	,702	,102	,146	,111	,112
PSDI	,017	,813	,115	,101	,026	,712
PST	-,051	,465	,101	,151	,126	,072

Por lo que se refiere a la relación de las variables estudiadas con el grado de inadaptación (Tabla 48), las madres que se sentían más recompensadas correlacionaban inversamente con la afectación en el área familiar. Sin embargo, aquellas que se sentían más estresadas estaban más afectadas en el grado total de inadaptación y, específicamente, en el tiempo libre.

**Tabla 48. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de madres**

	Madres (N = 205)											
	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Autoritario		Permisivo		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	-,080	,257	,162	,021	,171	,015	-,132	,059	,185	,008	,164	,019
Vida social	-,133	,058	,091	,197	,163	,020	-,182	,009	,242	<,001	,169	,015
Tiempo libre	-,104	,136	,125	,074	,196	,005	-,116	,098	,321	<,001	,239	,001
Pareja	-,133	,057	,158	,024	,270	<,001	-,219	,002	,267	<,001	,213	,002
Familia	-,157	,025	,164	,019	,259	<,001	-,310	<,001	,244	<,001	,171	,014
Global	-,059	,402	,181	,009	,264	<,001	-,265	<,001	,295	<,001	,208	,003
Total	-,124	,077	,173	,013	,267	<,001	-,246	<,001	,325	<,001	,253	<,001

Por último, en la Tabla 49 se presenta la relación entre el estilo de comunicación y la inadaptación, sin que apenas existan correlaciones significativas.

**Tabla 49. Correlación entre los estilos de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en el grupo de madres**

Madres (N = 205)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	-,038	,593	,089	,205	,019	,788
Vida social	-,082	,243	-,049	,483	-,069	,329
Tiempo libre	-,118	,091	-,061	,382	-,009	,898
Pareja	-,134	,057	-,016	,823	,038	,591
Familia	-,164	,019	-,005	,940	-,030	,672
Global	-,085	,229	-,034	,626	-,023	,744
Total	-,106	,132	-,004	,952	,005	,942

#### 4.1.5. Comparación de las variables en función del grupo

El perfil de los progenitores pertenecientes a los dos programas estudiados es bastante similar en lo referente al sexo y al nivel educativo (Tabla 50). Sin embargo, se encuentran diferencias importantes en otras variables. En primer lugar, los progenitores de Hirusta tenían más edad que los progenitores de Suspertu. En segundo lugar, el porcentaje de progenitores desempleados (10,2%) es superior en el caso del programa Suspertu. En tercer lugar, el programa Suspertu estaba formado por más progenitores cuyos hijos convivían con la familia de origen (72,1%) o sólo con el padre (6,6%). Por último, Suspertu destacaba porque en su gran mayoría los hijos acudían también al programa (95,6%), frente a los hijos de Hirusta (63,2%).

**Tabla 50. Variables sociodemográficas en función del grupo**

	<b>Hirusta</b> (n = 144)		<b>Suspertu</b> (n = 229)		<i>t (gl)</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>		
<b>Edad</b>	50,5	5,3	47,3	5,5	5,5 (353)	< ,001
<b>Sexo</b>	144		229			
Hombre	63	43,8%	105	45,9%	,158 (1)	,691
Mujer	81	56,2%	124	54,1%		
	<i>N</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>X<sup>2</sup> (gl)</i>	<i>p</i>
<b>Nivel educativo</b>	139		226			
Primarios	25	18%	61	27%	3,9 (2)	,140
Secundarios	65	46,8%	96	42,5%		
Universitarios	49	35,3%	69	30,5%		
<b>Situación laboral</b>	133		225			
Ama de casa	13	9,8%	17	7,6%	8,2 (3)	,043
Empleado	113	85%	178	79,1%		
Desempleado	3	2,3%	23	10,2%		
Jubilado	4	3%	7	3,1%		
<b>Tipo de familia</b>	144		226			
Familia de origen	97	67,4%	163	72,1%	27,7 (5)	< ,001
Familia reconstituida padre	0	0%	5	2,2%		
Familia reconstituida madre	6	4,2%	10	4,4%		
Sólo padre	3	2,1%	15	6,6%		
Sólo madre	23	16,0%	32	14,2%		
Otros	15	10,4%	1	0,4%		
<b>Vive con el hijo</b>	144		227			
No	10	6,9%	8	3,5%	2,2 (1)	,135
Si	134	93,1%	219	96,5%		
<b>El hijo acude al programa</b>	144		227			
No	53	36,8%	10	4,4%	65,6 (1)	< ,001
Si	91	63,2%	217	95,6%		

Por lo que se refiere a los estilos educativos y de comunicación, los progenitores que acuden a los dos programas presentan puntuaciones muy similares al inicio de la intervención, salvo en el estilo de comunicación asertivo. Los progenitores de Hirusta presentaron un estilo de comunicación más asertivo al inicio del programa que los progenitores de Suspertu (Tabla 51).

**Tabla 51. Estilo educativo y de comunicación en función del grupo**

	Hirusta (n = 144)		Suspertu (n = 229)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	<i>M</i>	( <i>DT</i> )	<i>M</i>	( <i>DT</i> )		
<b>Estilo educativo</b>						
Democrático (13-52)	40,72	6,90	39,79	6,52	1,3 (371)	,192
Autoritario (11-44)	16,49	3,63	16,86	3,42	-0,9 (371)	,321
Permisivo (10-40)	21,18	4,07	21,58	3,55	-0,9 (368)	,330
<b>Estilo de comunicación</b>						
Asertivo (0-28)	18,58	4,15	16,76	4,07	4,2 (371)	< ,001
Pasivo (0-28)	12,28	3,73	12,62	4,30	-0,8 (371)	,431
Agresivo (0-28)	14,46	3,70	13,90	4,07	1,4 (371)	,179

En la Tabla 52 se presenta el perfil psicopatológico de los dos grupos que han participado en el estudio. A pesar de que las diferencias no son significativas, las puntuaciones obtenidas en Suspertu fueron superiores en la mayoría de las subescalas, excepto en somatización y en el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI). En el caso del estrés parental si se encontraron diferencias significativas, presentando los progenitores de Suspertu un mayor estrés parental al inicio de la intervención.

**Tabla 52. Síntomas de malestar psicopatológico en función del grupo**

	Hirusta (n = 144)		Suspertu (n = 229)		<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
	<i>M</i>	( <i>DT</i> )	<i>M</i>	( <i>DT</i> )		
<b>Síntomas psicopatológicos<sup>1</sup></b>						
Somatización	61,94	31,83	61,78	30,90	0,1 (368)	,964
Obsesión-Compulsión	60,09	32,52	65,60	29,72	-1,6 (278,9)	,103
Sensibilidad interpersonal	57,87	32,78	63,33	30,36	-1,6 (368)	,103
Depresión	65,13	31,47	67,79	30,68	-0,8 (368)	,421
Ansiedad	61,93	29,92	64,69	28,54	-0,9 (368)	,375
Hostilidad	59,91	31,20	65,01	29,02	-1,6 (368)	,111
Ansiedad Fóbica	33,65	34,09	35,27	35,03	-0,4 (368)	,662
Ideación Paranoide	51,87	32,34	54,27	31,24	-0,7 (368)	,478
Psicoticismo	54,20	34,29	57,28	34,50	-0,8 (368)	,403
GSI	62,86	32,72	67,07	30,83	-1,3 (368)	,213
PSDI	48,81	29,82	47,16	28,89	0,5 (368)	,598
PST	67,42	31,57	71,93	29,46	-1,4 (368)	,165
<b>Estrés parental (12-60)</b>						
Recompensas (5-25)	17,22	4,42	16,42	4,83	1,6 (371)	,109
Estresores (7-35)	19,55	5,49	19,71	5,23	-0,3 (371)	,780

Respecto a la afectación a la vida cotidiana (Tabla 53), los participantes en el programa Suspertu presentaban una mayor inadaptación en el área familiar.

**Tabla 53. Desajuste en la vida cotidiana en función del grupo**

	Hirusta (n = 144)		Suspertu (n = 229)		<i>t</i> ( <i>gl</i> )	<i>p</i>
	<i>M</i>	( <i>DT</i> )	<i>M</i>	( <i>DT</i> )		
<b>Escala de inadaptación</b>						
Trabajo/Estudios	1,90	1,34	2,00	1,34	-1,97 (369)	,050
Vida social	1,79	1,36	2,09	1,23	-1,52 (281)	,129
Tiempo libre	2,32	1,45	2,40	1,33	-0,53 (371)	,595
Relación de pareja	2,46	1,42	2,50	1,28	-0,23 (369)	,817
Vida familiar	2,49	1,42	2,85	1,17	-2,52 (257)	,012
Ítem global	2,65	1,26	2,79	1,08	-1,12 (265)	,264
Total	13,49	6,60	14,61	5,78	-1,73 (371)	,085

#### 4.1.6. Correlaciones entre las variables estudiadas en función del grupo

Los progenitores de Hirusta presentaban una correlación significativa, aunque moderada, entre los estilos educativos permisivos o autoritarios y la sintomatología psicológica (Tabla 54). A mayor puntuación en estos estilos mayor afectación psicopatológica. Los progenitores que adoptaron un estilo educativo permisivo presentaron una correlación significativa con todas las subescalas del SCL-90, excepto con la somatización, la ideación paranoide y el índice de distrés de síntomas positivos. Lo mismo sucede con los progenitores que destacaron en un estilo autoritario. Estos correlacionaron significativamente con todas las subescalas del instrumento, salvo con la ansiedad fóbica y el índice de distrés de síntomas positivos. Los progenitores de Hirusta que se sentían estresados en su rol de padres también presentaban una elevada afectación psicopatológica.

**Tabla 54. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Hirusta**

	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Permisivo		Autoritario		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
(N = 142)	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Somatización	-,014	,866	,251	,003	,307	<,001	-,052	,536	,315	<,001	,242	,004
Obsesión-Compulsión	-,122	,148	,421	<,001	,361	<,001	-,208	0,13	,443	<,001	,414	<,001
Sensibilidad interpersonal	-,051	,550	,312	<,001	,392	<,001	-,094	,266	,297	<,001	,253	,002
Depresión	-,005	,954	,332	<,001	,348	<,001	-,264	,002	,392	<,001	,410	<,001
Ansiedad	,023	,790	,316	<,001	,335	<,001	-,199	,017	,389	<,001	,372	<,001
Hostilidad	-,116	,170	,317	<,001	,476	<,001	-,232	,005	,396	<,001	,395	<,001
Ansiedad Fóbica	,048	,567	,369	<,001	,320	,104	-,011	,899	,241	,004	,169	,044
Ideación Paranoide	-,096	,257	,297	<,001	,370	<,001	-,015	,860	,386	<,001	,269	,001
Psicoticismo	-,072	,391	,332	<,001	,362	<,001	-,075	,375	,404	<,001	,315	<,001
GSI	-,027	,746	,375	<,001	,414	<,001	-,185	,027	,423	<,001	,388	<,001
PSDI	,148	,079	,274	,001	,238	,004	-,124	,141	,200	,017	,203	,015
PST	-,107	,205	,335	<,001	,403	<,001	-,175	,037	,430	<,001	,387	<,001

En la Tabla 55 se presentan las correlaciones de Susperu de los estilos educativos y el estrés parental con la sintomatología psicopatológica. Los progenitores de este grupo que adoptaron un estilo permisivo presentaron una gran afectación a nivel psicopatológico, salvo en las subescalas de ansiedad fóbica e ideación paranoide, afectación que también presentaron los progenitores que se sentían muy estresados en su papel de padres. Asimismo, el estilo autoritario correlacionaba de forma significativa con la sintomatología psicopatológica. Sin embargo, al contrario de lo que ocurría con Hirusta, las correlaciones eran más bien bajas, excepto con la hostilidad. Por el contrario, aquellos progenitores que se vieron recompensados como padres correlacionaron inversamente con algunas subescalas del SCL-90-R, como depresión y ansiedad. Así, a mayor satisfacción en el rol de padre menores niveles de ansiedad y depresión.

**Tabla 55. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Suspertu**

(N = 228)	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Permisivo		Autoritario		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Somatización	-,090	,177	,305	<,001	,281	<,001	-,170	,010	,319	<,001	,158	,017
Obsesión-Compulsión	-,054	,419	,422	<,001	,241	<,001	-,279	<,001	,390	<,001	,129	,051
Sensibilidad interpersonal	-,121	,067	,332	<,001	,238	<,001	-,276	<,001	,290	<,001	,035	,601
Depresión	-,087	,192	,409	<,001	,226	,001	-,373	<,001	,444	<,001	,098	,139
Ansiedad	-,138	,037	,362	<,001	,275	<,001	-,339	<,001	,471	<,001	,155	,019
Hostilidad	-,169	,011	,331	<,001	,375	<,001	-,276	,001	,369	<,001	,112	,092
Ansiedad Fóbica	-,133	,044	,245	<,001	,193	,004	-,104	,118	,193	,003	,095	,153
Ideación Paranoide	-,158	,017	,225	,001	,197	,003	-,183	,006	,271	<,001	,099	,135
Psicoticismo	-,181	,006	,361	<,001	,280	<,001	-,260	<,001	,346	<,001	,103	,120
GSI	-,097	,145	,401	<,001	,274	<,001	-,330	<,001	,441	<,001	,133	,044
PSDI	,012	,857	,414	<,001	,165	,013	-,288	<,001	,340	<,001	,073	,270
PST	-,129	,052	,372	<,001	,296	<,001	-,297	,001	,417	<,001	,140	,035

Tanto los progenitores de Hirusta como los de Suspertu presentaban una correlación significativa, aunque baja, entre el estilo de comunicación pasivo y la sintomatología psicológica (Tabla 56 y 57). La misma correlación se encontró entre el estilo agresivo y la sintomatología en varias de las subescalas. En el caso de los progenitores de Hirusta, se presentaba una correlación significativa, aunque de intensidad baja, entre el estilo agresivo y varias subescalas del SCL-90-R (sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo).

**Tabla 56. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Hirusta**

(N = 142)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	r	p	r	p	r	p
Somatización	-,096	,254	,148	,079	,130	,124
Obsesión-Compulsión	-,107	,203	,196	,020	,121	,152
Sensibilidad interpersonal	-,130	,122	,196	,019	,174	,038
Depresión	-,068	,420	,181	,031	,142	,093
Ansiedad	-,038	,657	,270	,001	,121	,152
Hostilidad	-,086	,310	,117	,164	,105	,214
Ansiedad Fóbica	-,058	,495	,238	,004	,126	,136
Ideación Paranoide	-,061	,472	,196	,019	,244	,003
Psicoticismo	-,034	,691	,162	,054	,220	,008
GSI	-,110	,194	,191	,023	,143	,090
PSDI	,105	,215	,172	,041	,139	,098
PST	-,159	,058	,168	,045	,137	,105

En el caso de los progenitores de Suspertu (Tabla 56) esta correlación significativa de intensidad baja entre el estilo de comunicación agresivo y la sintomatología se encontró en las subescalas de la somatización, la obsesión-compulsión y la ansiedad fóbica.

**Tabla 57. Correlación de los estilos de comunicación con la gravedad de los síntomas psicopatológicos en Suspertu**

(N = 229)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatización	-,016	,816	,147	,027	,138	,038
Obsesión-Compulsión	,055	,407	,201	,002	,136	,039
Sensibilidad interpersonal	,008	,905	,164	,013	,071	,286
Depresión	,026	,691	,170	,010	,079	,235
Ansiedad	-,003	,962	,168	,011	,097	,143
Hostilidad	-,037	,583	,132	,047	,082	,217
Ansiedad Fóbica	,049	,460	,210	,001	,142	,032
Ideación Paranoide	,043	,520	,142	,032	,097	,145
Psicoticismo	-,030	,651	,178	,007	,107	,108
GSI	,027	,680	,203	,002	,109	,101
PSDI	,064	,339	,201	,002	,055	,412
PST	,015	,826	,192	,004	,129	,051

La correlación entre los estilos educativos y el desajuste en la vida cotidiana en Hirusta presentaba puntuaciones significativas para aquellos padres que tenían un estilo educativo autoritario y, especialmente, para aquellos que adoptaban un estilo educativo permisivo (Tabla 58). Estos progenitores señalaron mayor afectación en los ítems del trabajo, la familia, el ítem global y el total de inadaptación. Además, los progenitores que se sentían estresados en su papel de padres presentaban un mayor desajuste en su vida cotidiana. No obstante, las correlaciones eran más bien bajas, excepto en tres escalas: vida social, tiempo libre y puntuación total. Por el contrario, aquellos progenitores que percibían recompensas como padres señalaban menor afectación en su vida cotidiana en el área familiar.

**Tabla 58. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en Hirusta**

(N = 142)	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Autoritario		Permisivo		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	-,051	,545	,217	,009	,233	,006	-,133	,116	,293	<,001	,270	,001
Vida social	-,045	,593	,158	,059	,226	,007	-,187	,025	,327	<,001	,324	<,001
Tiempo libre	-,021	,801	,114	,174	,141	,095	-,036	,665	,323	<,001	,238	,004
Pareja	-,037	,658	,147	,080	,272	,001	-,278	,001	,270	,001	,334	<,001
Familia	-,143	,090	,201	,016	,257	,002	-,312	<,001	,188	,025	,025	<,001
Global	-,049	,560	,214	,011	,278	,001	-,235	,005	,265	,001	,307	<,001
Total	-,082	,327	,203	,015	,300	<,001	-,251	,002	,346	<,001	,371	<,001

El grupo de Suspertu presentaba una mayor correlación entre los estresores y la inadaptación en comparación con Hirusta (Tabla 59). Los progenitores de Suspertu presentaban una correlación significativa moderada en seis de las siete escalas de inadaptación (vida social, tiempo libre, pareja, familia, ítem global y total). A su vez, aquellos progenitores que se sentían recompensados en su rol de padres señalaban un mejor ajuste en el área familiar, en el ítem global y en el total de inadaptación.

**Tabla 59. Correlación del estilo educativo y del estrés parental con el desajuste en la vida cotidiana en Suspertu**

(N = 229)	Estilos educativos						Estrés parental					
	Democrático		Autoritario		Permisivo		Recompensas		Estresores		Estrés parental	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	-,027	,687	,158	,017	,191	,004	-,224	,001	,163	,014	-,043	,517
Vida social	-,082	,215	,122	,065	,158	,017	-,265	<,001	,307	<,001	,061	,358
Tiempo libre	-,019	,771	,105	,113	,245	<,001	-,195	,003	,351	<,001	,167	,012
Pareja	-,214	,001	,169	,010	,248	<,001	-,285	<,001	,358	<,001	,092	,166
Familia	-,137	,039	,220	,001	,316	<,001	-,333	<,001	,405	<,001	,095	,152
Global	-,032	,633	,202	,002	,261	<,001	-,312	<,001	,368	<,001	,078	,242
Total	-,094	,156	,207	,002	,292	<,001	-,333	<,001	,416	<,001	,106	,109

En la Tabla 60 se presenta la correlación entre el estilo de comunicación y la inadaptación a la vida cotidiana en el grupo Hirusta.. No se observaron resultados relevantes para la investigación.

**Tabla 60. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en Hirusta**

(N = 142)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	-,110	,193	,055	,516	,084	,321
Vida social	-,095	,258	-,050	,548	-,025	,764
Tiempo libre	-,087	,301	-,085	,309	-,001	,987
Pareja	-,090	,285	-,047	,583	,004	,960
Familia	-,166	,048	-,010	,902	-,002	,980
Global	-,158	,061	-,081	,338	,036	,668
Total	-,150	,072	-,032	,706	,013	,879

Por último, en la Tabla 61 se presenta la correlación entre el estilo de comunicación y la inadaptación a la vida cotidiana en el grupo Suspertu. En este caso tampoco se observaron resultados relevantes para la investigación.

**Tabla 61. Correlación entre el estilo de comunicación y el desajuste en la vida cotidiana en Suspertu**

(N = 229)	Asertivo		Pasivo		Agresivo	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Trabajo	,137	,038	,183	,006	,126	,056
Vida social	,097	,143	,058	,380	,100	,133
Tiempo libre	,025	,702	,095	,150	,077	,244
Pareja	-,105	,114	,034	,610	,176	,007
Familia	-,019	,772	,037	,573	,105	,113
Global	,101	,129	,061	,356	,138	,037
Total	,065	,327	,114	,085	,171	,010

#### **4.2. Evaluación de la intervención parental de dos programas de prevención indicada estudiados: Suspertu e Hirusta**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en las intervenciones parentales llevadas a cabo en los dos programas estudiados. En primer lugar, se presentan los resultados del programa Suspertu; en segundo lugar, los resultados del programa Hirusta; en tercer lugar, se lleva a cabo una comparación de los resultados de los dos programas en los distintos momentos de la evaluación; y, por último, se analizan las principales variables predictoras de los resultados obtenidos.

4.2.1. Evaluación de la intervención parental del programa Suspertu

Por lo que se refiere al programa Suspertu, a continuación se presentan los resultados obtenidos en la evolución de los progenitores a corto (finalización del programa) y a medio plazo (seguimiento de 6 meses) en las variables estudiadas: los estilos educativos y de comunicación, el estrés parental, la sintomatología psicopatológica y la inadaptación a la vida cotidiana.

En la Tabla 62 se presenta la evolución de los estilos educativos en los progenitores del programa Suspertu durante los tres momentos de evaluación (inicio, finalización y a los seis meses). Los progenitores experimentaron una mejora a lo largo de la intervención en los tres estilos educativos. En concreto, a lo largo del estudio los progenitores aumentaron de forma significativa el estilo educativo democrático (principalmente entre el pre y el post), y disminuyeron los estilos autoritarios y permisivos.

**Tabla 62. Estilos educativos en pre-post-seguimiento Suspertu**

	Pre		Post		Seg		<i>F</i>	<i>Pre-Post</i>		<i>Pre-Seg</i>		<i>Post-Seg</i>	
	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Suspertu													
Democrático	39,34	6,51	42,26	6,41	41,78	6,34	14,5***	5,3***	0,46	4,8***	0,38	1,3	0,08
Autoritario	16,77	3,33	14,02	2,67	13,82	2,49	44,5***	9,8***	1,03	9,8***	1,18	0,5	0,08
Permisivo	21,31	3,53	18,51	4,16	18,38	3,82	42,7***	8,7***	0,67	8,7***	0,77	0,2	0,03

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

Lo mismo sucedió con los estilos de comunicación (Tabla 63). Los progenitores adoptaron un estilo más asertivo a la finalización del programa, que se mantuvo a lo largo del seguimiento. Por el contrario, los progenitores que se comunicaban de manera pasiva y/o agresiva experimentaron una mejora al terminar el programa, que en el caso del estilo pasivo mejoró aún más entre el post y el seguimiento.

**Tabla 63. Estilos de comunicación en pre-post-seguimiento Suspertu**

Suspertu	Pre		Post		Seg		<i>F</i>	<i>Pre-Post</i>		<i>Pre-Seg</i>		<i>Post-Seg</i>	
	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Asertivo	16,60	4,09	19,14	3,87	18,46	4,53	29,3***	8,3***	0,66	4,2**	0,41	1,7	0,15
Pasivo	12,40	4,35	9,44	4,42	8,87	4,19	33,5***	7,3***	0,67	8,1***	0,84	2,0*	0,14
Agresivo	14,09	4,25	9,88	4,41	9,48	4,07	64,6***	11,0***	0,95	10,8***	1,13	1,1	0,10

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ 

Por lo que se refiere a la evolución del estrés parental (Tabla 64), los progenitores se sintieron más recompensados y menos estresados en el momento del seguimiento que en la preintervención, siendo los cambios estadísticamente significativos.

**Tabla 64. Estrés parental en pre-post-seguimiento Suspertu**

Suspertu	Pre		Post		Seg		<i>F</i>	<i>Pre-Post</i>		<i>Pre-Seg</i>		<i>Post-Seg</i>	
	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Recompensas	16,37	4,89	18,35	4,63	18,51	4,63	8,9***	4,7***	0,43	3,9***	0,46	0,2	0,03
Estresores	19,70	5,29	18,10	5,97	17,81	5,99	7,9**	3,6***	0,27	3,5**	0,32	0,0	0,05
Total	36,07	5,40	29,39	9,20	29,30	9,27	45,1***	8,8***	0,73	8,2***	0,73	0,9	0,01

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ 

Como se refleja en la Tabla 65, los síntomas de malestar psicológico evaluados mediante el SCL-90-R han experimentado un cambio estadísticamente significativo en todas las dimensiones entre el inicio del programa y la finalización del mismo. A los seis meses de la intervención la mayoría de las variables permanecen estables, con la excepción de la ansiedad y el psicoticismo que aumentan entre la postintervención y el seguimiento, aunque a niveles muy inferiores a la preintervención.

**Tabla 65. Sintomatología psicopatológica en pre-post-seguimiento Suspertu**

Suspertu	Pre		Post		Seg		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		t	d	t	d	t	d
Somatización	61,40	30,66	46,26	29,42	48,23	30,78	16,7***	6,4***	0,51	5,1***	0,43	0,0	0,06
Obsesión-compulsión	65,31	28,63	47,34	29,68	45,58	30,97	32,6***	7,6***	0,61	7,9***	0,64	1,4	0,06
Sensibilidad interpersonal	62,28	30,55	45,37	30,92	45,93	30,41	21,3***	7,1***	0,55	6,1***	0,54	0,3	0,02
Depresión	66,44	30,79	46,12	30,31	44,62	30,19	34,2***	8,5***	0,67	8,3***	0,72	1,5	0,05
Ansiedad	63,65	28,50	43,57	29,12	41,06	29,65	40,2***	9,0***	0,69	8,8***	0,76	2,4*	0,08
Hostilidad	61,98	30,34	42,57	28,21	43,91	29,69	26,8***	8,0***	0,69	6,9***	0,61	0,4	0,05
Ansiedad fóbica	34,09	35,07	23,29	30,48	21,81	28,98	12,2***	4,5***	0,35	4,7***	0,42	0,5	0,05
Ideación paranoide	51,14	32,07	38,35	31,79	39,83	28,73	10,7***	5,2***	0,40	3,9***	0,39	0,6	0,05
Psicoticismo	56,55	33,69	40,65	33,28	35,42	34,19	23,3***	5,4***	0,48	6,9***	0,62	2,3*	0,15
GSI	65,71	30,99	43,79	31,29	42,57	31,80	39,6***	9,3***	0,70	8,8***	0,73	1,6	0,04
PSDI	44,08	28,07	27,01	26,31	29,64	28,27	21,3***	7,4***	0,65	6,1***	0,51	0,0	0,09
PST	71,22	29,60	52,11	32,04	50,81	33,08	33,7***	8,3***	0,60	7,9***	0,62	1,2	0,04

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ 

La afectación que experimentaban los progenitores en las diferentes áreas de su vida también experimentó una disminución significativa en la mayoría de las subescalas a lo largo de los tres momentos de evaluación (Tabla 66). Tan solo en la vida social los progenitores experimentaron una mayor afectación en el momento de la finalización del programa; sin embargo, ésta se redujo de forma importante a los seis meses.

**Tabla 66. Desajuste en la vida cotidiana en pre-post-seguimiento Suspertu**

Suspertu	Pre		Post		Seg		<i>F</i>	<i>Pre-Post</i>		<i>Pre-Seg</i>		<i>Post-Seg</i>	
	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Trabajo	2,13	1,31	1,62	1,25	1,47	1,20	12,7***	4,3***	0,41	4,9***	0,55	1,0	0,13
Social	1,98	1,25	2,04	1,28	1,33	1,20	20,0***	5,1***	0,05	6,0***	0,54	0,4	0,59
Tiempo libre	2,42	1,34	1,75	1,40	1,57	1,32	21,3***	5,3***	0,48	6,4***	0,64	1,2	0,14
Pareja	2,47	1,22	1,71	1,32	1,46	1,29	36,1***	7,2***	0,58	8,1***	0,78	1,9	0,19
Familiar	2,89	1,14	1,83	1,29	1,66	1,28	50,2***	9,7***	0,82	9,5***	0,96	1,4	0,13
Ítem global	2,75	1,03	1,94	1,19	1,70	1,29	43,8***	8,2***	0,68	8,7***	0,81	1,8	0,19
Ítem total	14,47	5,92	10,23	6,51	9,17	6,73	44,8***	8,0***	0,65	9,0***	0,79	1,5	0,16

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

#### 4.2.2. Evaluación de la intervención parental del programa Hirusta

A continuación se presentan los datos obtenidos al evaluar la eficacia del programa de intervención Hirusta. Al igual que en el programa Suspertu, se ha valorado la evolución de los progenitores a corto (finalización del programa) y a medio plazo (seguimiento de 6 meses) en todas las variables estudiadas: los estilos educativos y de comunicación, el estrés parental, la sintomatología psicopatológica y la inadaptación a la vida cotidiana.

En la Tabla 67 se presenta la evolución de los estilos educativos en los progenitores del programa Hirusta durante los tres momentos de evaluación (inicio, finalización y a los seis meses). Los progenitores experimentaron una mejora a lo largo de la intervención en dos estilos educativos: el estilo autoritario y el estilo pasivo. Finalizaron la intervención siendo menos autoritarios y/o permisivos tanto al terminar el programa, como en el seguimiento.

**Tabla 67. Estilos educativos en pre-post-seguimiento Hirusta**

Hirusta	Pret		Post		Seg		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		t	d	t	d	t	d
Democrático	39,76	7,48	40,61	7,85	41,26	7,38	0,9	1,1	0,11	1,3	0,20	0,1	0,09
Autoritario	16,83	3,76	14,78	3,85	14,52	3,16	11,9***	4,9***	0,53	5,0***	0,73	1,4	0,08
Permisivo	21,29	4,07	20,02	3,60	19,68	4,42	4,9*	2,6*	0,35	3,2**	0,36	1,1	0,08

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ 

Lo mismo sucede con los estilos de comunicación (Tabla 68). Los progenitores disminuyeron los estilos de comunicación pasivos y agresivos.

**Tabla 68. Estilos de comunicación en pre-post-seguimiento**

Hirusta	Pre		Post		Seg		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		t	d	t	d	t	d
Asertivo	18,50	3,95	18,74	4,46	17,68	3,72	1,0	0,5	0,05	1,1	0,22	1,2	0,28
Pasivo	12,31	3,73	10,72	3,86	11,29	3,42	2,0	3,0**	0,41	1,7	0,30	0,1	0,17
Agresivo	14,15	3,89	12,76	4,58	12,03	4,23	5,6**	2,3*	0,30	3,3**	0,50	0,3	0,17

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ 

Respecto a la evolución del estrés parental (Tabla 69), no se observaron diferencias significativas.

**Tabla 69. Estrés parental en pre-post-seguimiento Hirusta**

Hirusta	Pre		Post		Seg		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		t	d	t	d	t	d
Recompensas	17,87	4,46	18,31	4,46	18,58	4,26	0,9	1,1	0,10	1,0	0,17	0,0	0,06
Estresores	19,06	5,78	19,30	5,37	18,03	5,85	0,2	0,3	0,04	0,3	0,18	0,6	0,22
Total	31,19	8,16	30,42	8,74	29,45	8,74	0,2	0,2	0,09	0,7	0,20	0,4	0,11

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

Como se refleja en la Tabla 70, los síntomas de malestar psicológico evaluados mediante el SCL-90-R experimentaron una disminución en la dimensión de la ansiedad, que experimentó un descenso significativo, tanto a la finalización del programa como en el momento del seguimiento. Las dimensiones de hostilidad y psicoticismo también presentaron diferencias significativas entre la preintervención y la postintervención y la dimensión de sensibilidad interpersonal lo hizo entre el inicio del programa y el seguimiento.

**Tabla 70. Sintomatología psicopatológica en pre-post-seguimiento Hirusta**

Hirusta	Pre		Post		Seg		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		t	d	t	d	t	d
Somatización	55,96	32,71	52,06	30,91	51,68	32,78	0,3	1,2	0,13	0,8	0,13	0,3	0,01
Obsesión-compulsión	59,30	31,83	53,67	31,40	51,94	36,56	1,4	1,4	0,18	1,6	0,20	0,2	0,05
Sensibilidad	56,74	33,55	49,30	32,08	47,23	37,35	2,5	1,9	0,23	2,2*	0,25	1,5	0,06
Depresión	60,70	31,58	55,34	33,02	53,62	33,67	1,1	1,3	0,16	1,5	0,21	1,0	0,05
Ansiedad	60,69	28,91	52,83	29,31	46,13	33,82	4,6*	2,1*	0,27	3,1**	0,43	1,3	0,20
Hostilidad	59,52	30,15	51,89	31,80	50,36	33,83	1,9	2,2*	0,24	1,7	0,27	0,3	0,05
Ansiedad fóbica	36,78	34,88	30,11	35,19	35,87	35,15	1,3	1,4	0,19	1,0	0,03	1,2	0,16
Ideación paranoide	49,44	32,12	41,52	33,87	38,90	35,80	1,7	1,6	0,23	1,8	0,29	0,7	0,07
Psicoticismo	54,22	34,34	40,59	36,28	45,26	36,33	1,3	3,0**	0,38	1,6	0,25	0,1	0,13
GSI	59,79	33,27	51,76	34,36	49,55	37,93	2,9	1,8	0,23	2,5*	0,27	0,9	0,06
PSDI	44,89	29,86	40,13	31,09	36,77	31,14	2,8	1,3	0,15	2,4*	0,26	1,1	0,11
PST	65,39	31,59	56,78	31,42	54,65	37,22	2,3	2,1*	0,27	2,2*	0,29	0,6	0,06

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

El Índice Global de Severidad, que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, disminuye entre el inicio de la intervención y el seguimiento. Lo mismo ocurre con el Índice de Distrés de Síntomas Positivos, que indica la intensidad de los síntomas presentes. Por último, el Total de Sintomatología Positiva, que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0, experimenta una disminución significativa tanto a la finalización del programa como a los seis meses.

En la Tabla 71 se presenta la evolución en la afectación que percibían los progenitores en las diferentes áreas de su vida a lo largo de los tres momentos de medición. En ningún caso se observaron diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 71. Desajuste en la vida cotidiana en pre-post-seguimiento Hirusta**

Hirusta	Pre		Post		Seg		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		t	d	t	d	t	d
Trabajo	1,63	1,28	2,02	1,28	1,58	1,26	0,7	2,0	0,30	0,0	0,04	1,1	0,35
Social	1,78	1,24	2,06	1,37	1,87	1,43	0,3	1,4	0,20	0,4	0,06	0,6	0,13
Tiempo libre	2,30	1,31	2,46	1,37	2,26	1,34	0,2	0,7	0,12	0,0	0,03	0,6	0,15
Pareja	2,19	1,23	2,41	1,42	1,84	1,57	2,2	1,0	0,15	1,5	0,22	1,9	0,36
Familiar	2,31	1,48	2,30	1,41	1,94	1,41	1,9	0,1	0,01	1,9	0,26	1,0	0,26
Ítem global	2,48	1,27	2,54	1,44	2,03	1,33	2,5	0,3	0,04	1,9	0,34	2,0	0,38
Ítem total	12,69	6,23	13,78	7,02	11,03	7,76	1,8	1,2	0,16	1,4	0,21	1,8	0,35

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$

#### 4.2.3. Comparación de los resultados de los dos programas estudiados

Una vez analizada la evolución de los dos programas estudiados, en este apartado se presentan los resultados de la comparación de ambos programas en todas las variables estudiadas a lo largo de los tres momentos de evaluación.

Por lo que se refiere a los tres estilos educativos, los resultados se presentan en la Tabla 72. A su vez, en la Figura 21 se presenta de forma gráfica la evolución de ambos programas en cada uno de los estilos.

**Tabla 72. Estilos educativos en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta**

	Total		Suspertu		Hirusta		t	gl	p	d
	M	DT	M	DT	M	DT				
<b>Democrático</b>										
Pre-intervención	40,15	6,67	39,79	6,52	40,72	6,90	1,3	371,0	,192	0,13
Post-intervención	41,84	6,82	42,26	6,41	40,61	7,85	1,4	78,5	,168	-0,21
Seguimiento	41,67	6,54	41,77	6,34	41,26	7,38	0,4	154,0	,699	-0,07
<b>Autoritario</b>										
Pre-intervención	16,71	3,50	16,86	3,42	16,49	3,63	1,0	371,0	,321	-0,10
Post-intervención	14,21	3,02	14,02	2,67	14,78	3,85	1,3	71,2	,184	0,20
Seguimiento	13,96	2,64	13,82	2,49	14,52	3,16	1,1	39,7	,258	0,22
<b>Permisivo</b>										
Pre-intervención	21,43	3,76	21,58	3,55	21,18	4,07	1,0	368,0	,330	-0,10
Post-intervención	18,91	4,07	18,51	4,16	20,08	3,58	2,4	209,0	,015	0,44
Seguimiento	18,63	3,96	18,38	3,82	19,68	4,42	1,6	154,0	,102	0,29

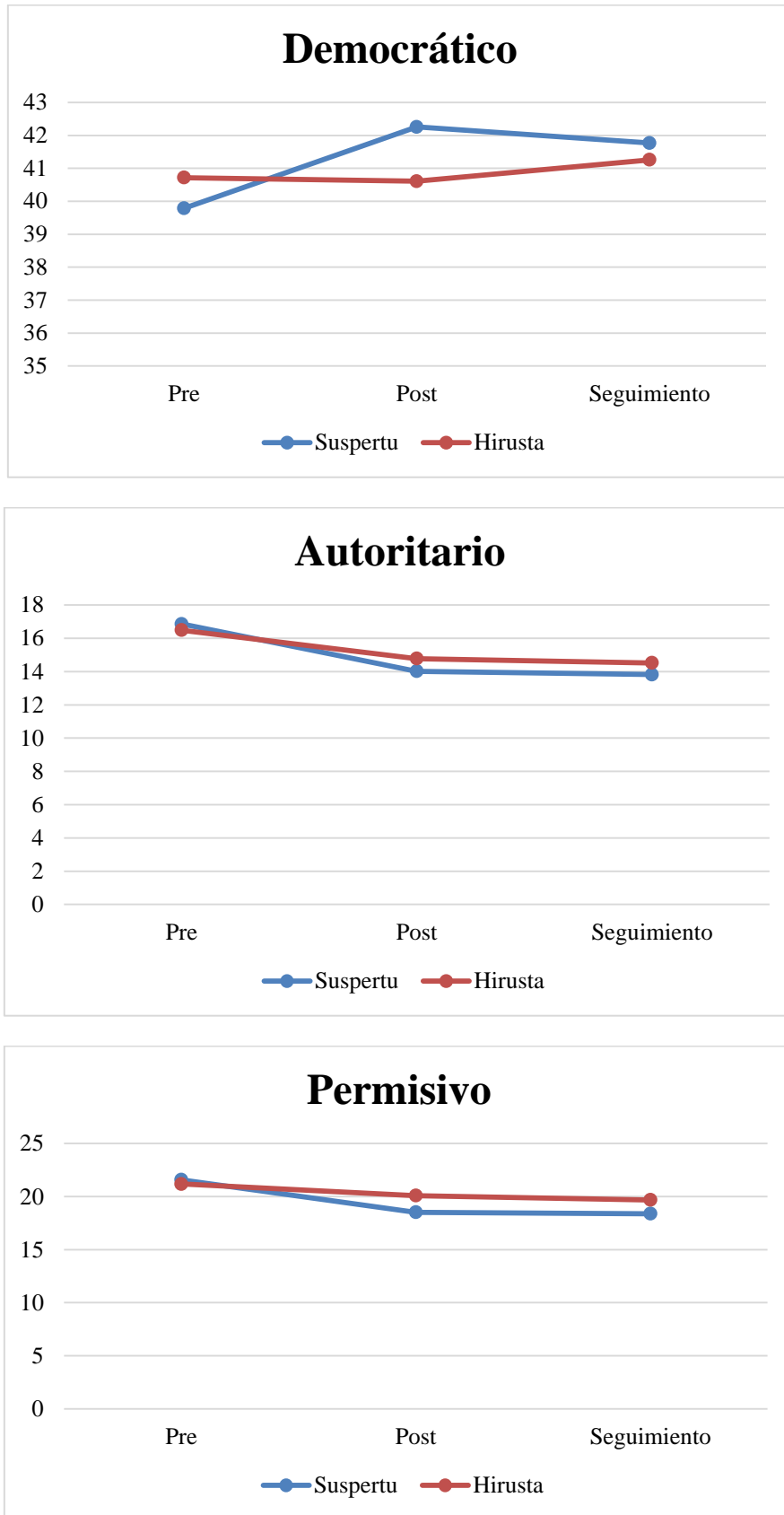
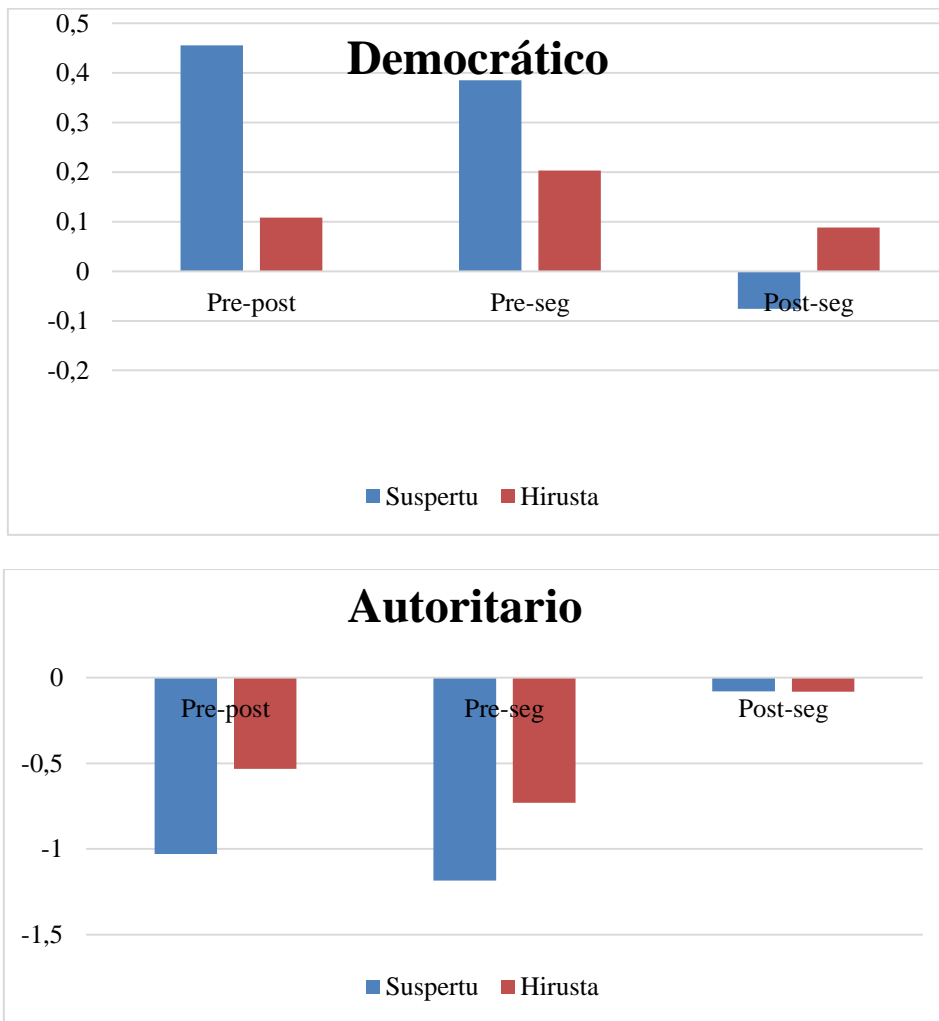
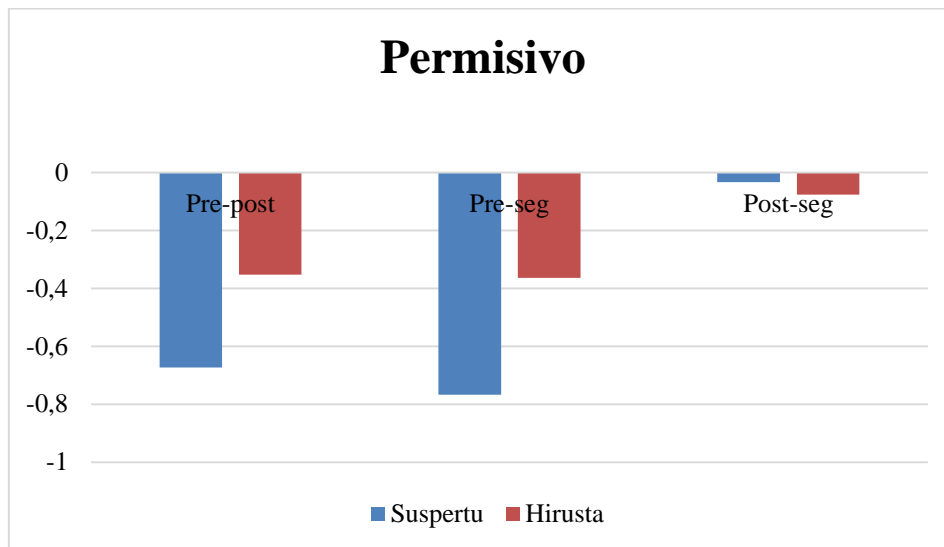


Figura 21. Evolución estilos educativos Suspertu-Hirusta en pre-post-seguimiento

En la Figura 22 se presentan los valores del tamaño del efecto en los estilos educativos. Los dos grupos mejoraron sus estilos educativos entre pretratamiento y el seguimiento, aunque el tamaño del efecto fue menor en el grupo de Hirusta que en el de Suspertu. Resulta relevante el cambio que experimentó el estilo autoritario en el grupo de progenitores de Suspertu, encontrándose un tamaño del efecto grande.





**Figura 22. Tamaño del efecto en los estilos educativos Suspertu-Hirusta**

En la Tabla 73 se presenta la evolución de los estilos de comunicación a lo largo de la intervención.

**Tabla 73. Estilos de comunicación en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta**

	Total		Suspertu		Hirusta		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				
<b>ASERTIVO</b>										
Pre-intervención	17,46	4,19	16,76	4,07	18,58	4,15	4,2	371	< ,001	0,44
Post-intervención	19,04	4,02	19,14	3,87	18,74	4,46	0,6	213	,532	-0,09
Seguimiento	18,31	4,38	18,46	4,53	17,68	3,72	0,9	154	,372	-0,21
<b>PASIVO</b>										
Pre-intervención	12,49	4,08	12,62	4,30	12,28	3,73	0,8	371	,431	-0,09
Post-intervención	9,76	4,31	9,44	4,42	10,72	3,86	1,9	213	,059	0,33
Seguimiento	9,35	4,15	8,87	4,19	11,29	3,42	3,0	154	,003	0,71
<b>AGRESIVO</b>										
Pre-intervención	14,11	3,94	13,90	4,07	14,46	3,70	1,3	371	,179	0,15
Post-intervención	10,60	4,62	9,88	4,41	12,76	4,58	4,1	213	< ,001	0,63
Seguimiento	9,99	4,21	9,48	4,07	12,03	4,23	3,1	154	,002	0,60

Como se puede observar en la Figura 23 los progenitores de Suspertu se comunicaban de manera menos asertiva que el grupo de Hirusta al inicio de la intervención. Sin embargo en el momento del seguimiento alcanzaron puntuaciones más altas. Los estilos pasivo y agresivo realizaron una evolución similar en los dos grupos, a

pesar de que el grupo de Suspertu mejoró más en ambos estilos teniendo en cuenta la semejanza al inicio de ambos programas.

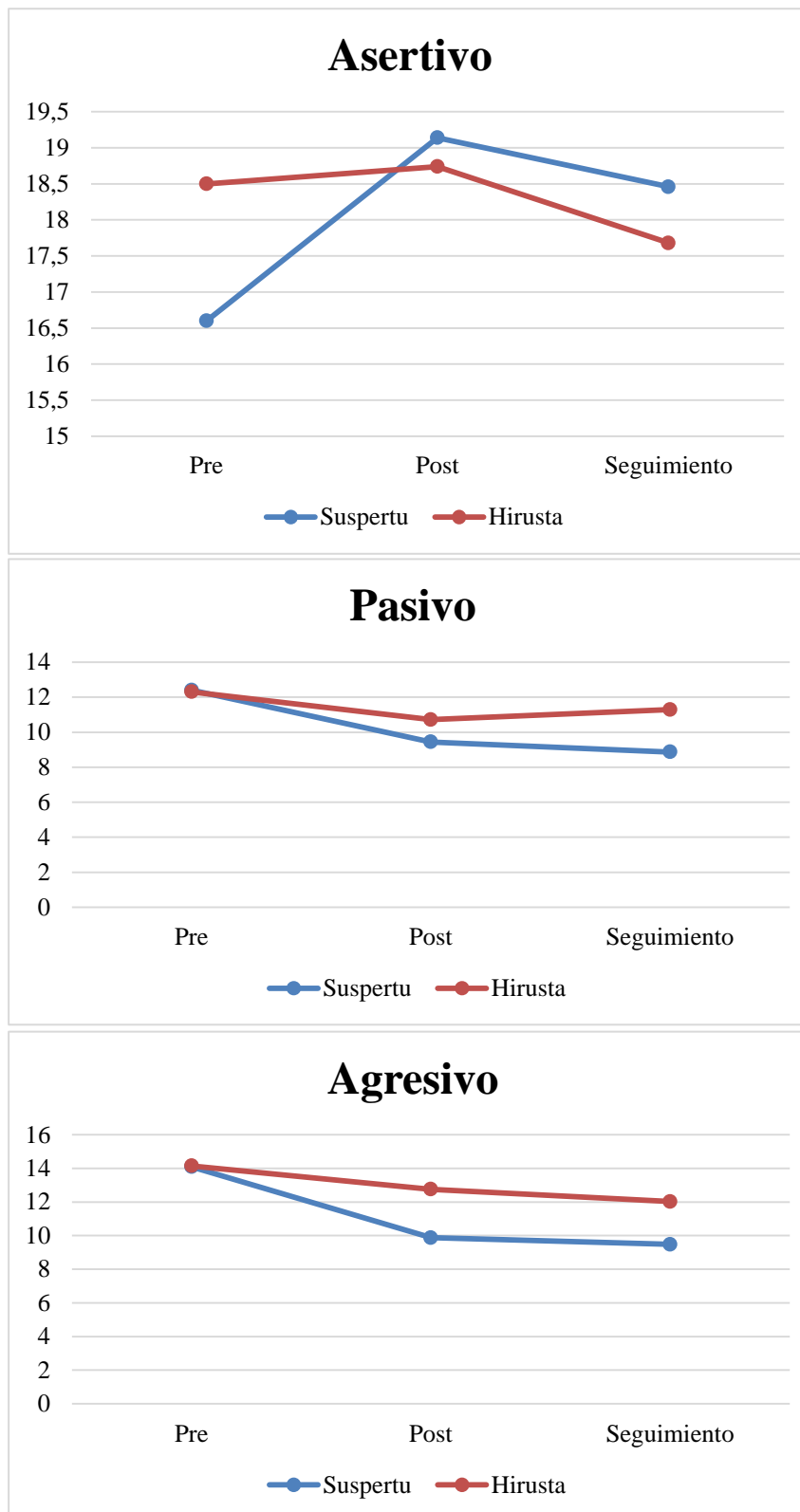
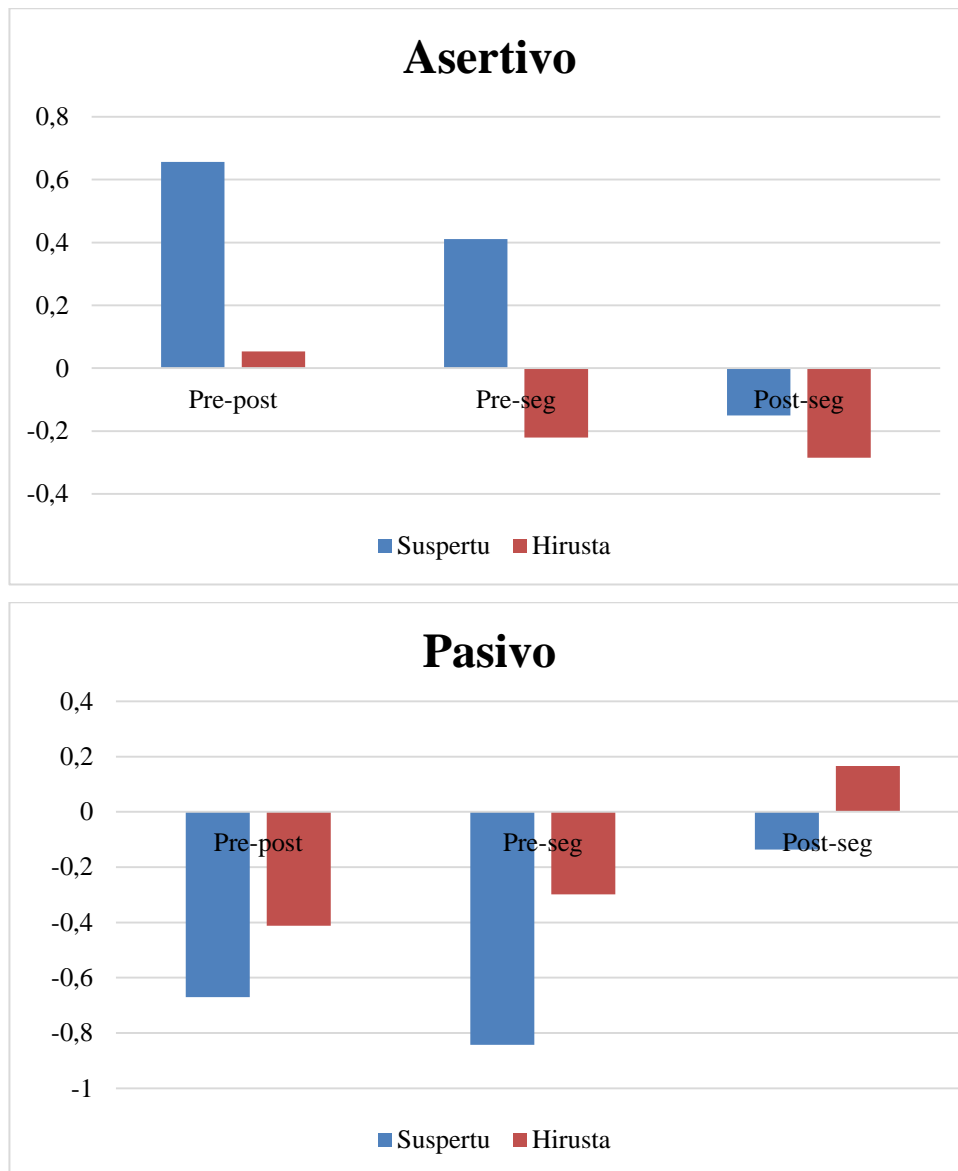


Figura 23. Evolución estilos de comunicación Suspertu-Hirusta en pre-post-seguimiento

Respecto al tamaño del efecto en los estilos de comunicación (Figura 24), se observa un mayor cambio en los progenitores de Suspertu en los tres momentos de evaluación, resultando especialmente importante el cambio experimentado en los estilos pasivo y agresivo en este grupo. El tamaño del efecto es grande en el estilo pasivo entre la preintervención y el seguimiento, así como en el estilo agresivo tanto entre el inicio y la finalización, como entre el inicio y los seis meses.



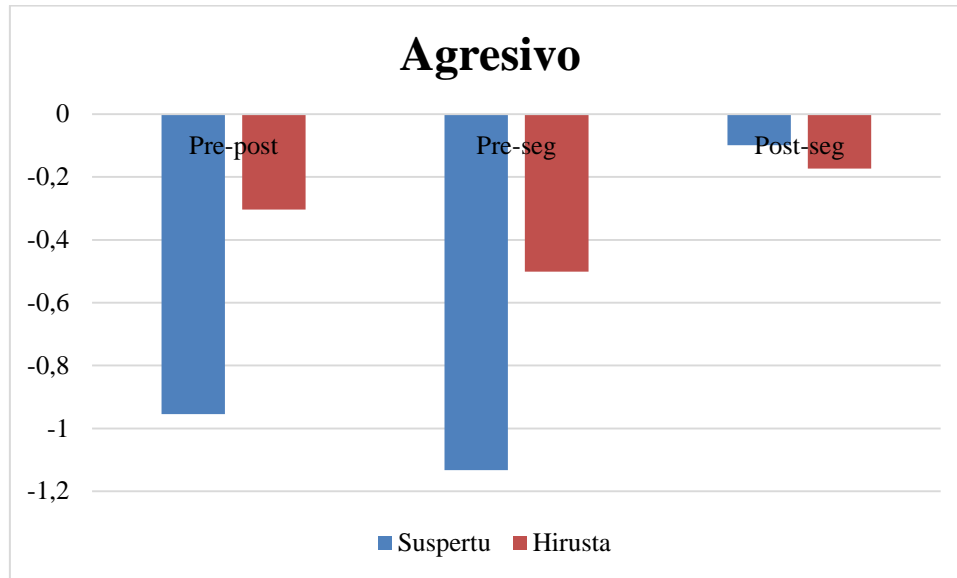


Figura 24. Tamaño del efecto en los estilos de comunicación Suspertu-Hirusta

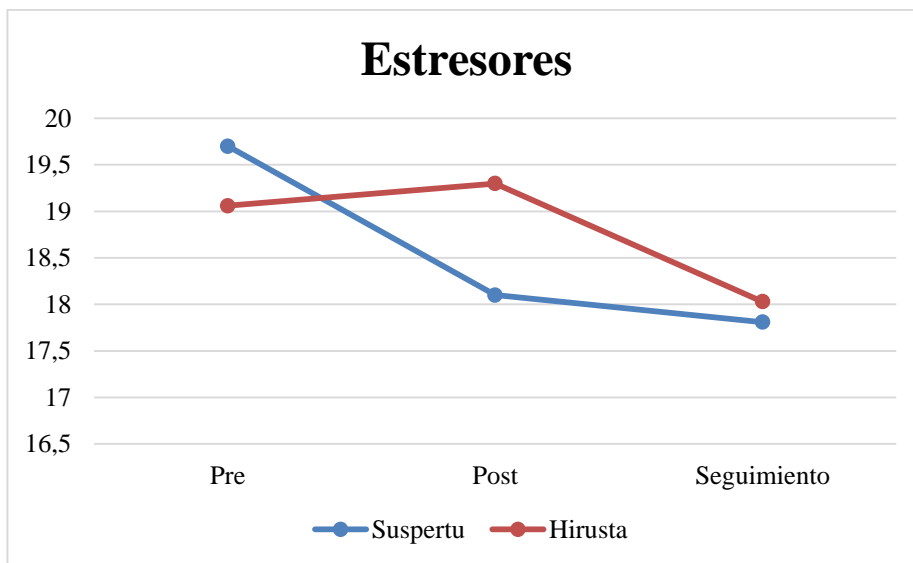
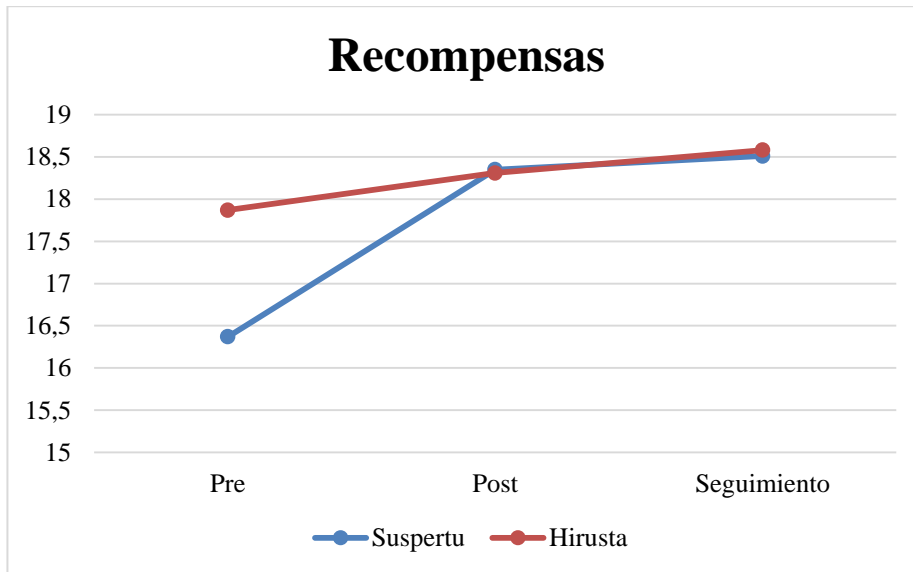
En la Tabla 74 se presentan los datos referidos a la evolución del estrés parental a lo largo de la intervención.

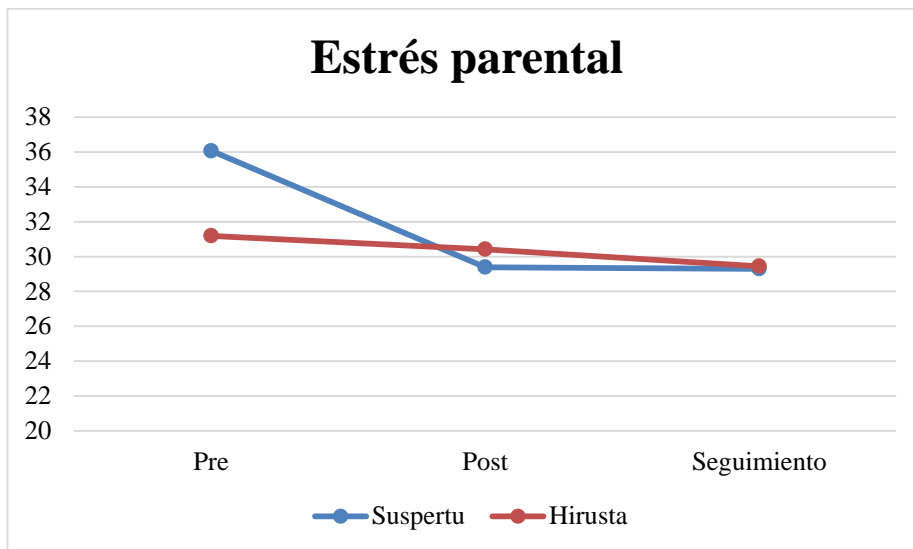
Tabla 74. Estrés parental en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta

	Total		Suspertu		Hirusta		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>				
<b>Recompensas</b>										
Pre-intervención	16,73	4,69	16,42	4,83	17,22	4,42	1,6	371,0	,109	0,18
Post-intervención	18,18	4,89	18,35	4,63	18,31	4,46	0,1	213,0	,957	-0,01
Seguimiento	18,53	4,55	18,51	4,63	18,58	4,26	0,1	154,0	,940	0,02
<b>Estresores</b>										
Pre-intervención	19,65	5,33	19,71	5,23	19,55	5,49	0,3	371,0	,780	-0,03
Post-intervención	18,23	6,07	18,10	5,97	18,61	6,39	1,3	213,0	,193	0,08
Seguimiento	17,85	5,95	17,81	6,00	18,03	5,85	0,2	154,0	,852	0,04
<b>PSS Total</b>										
Pre-intervención	34,66	6,81	36,13	5,36	32,33	8,11	5,0	221,7	<,001	-0,47
Post-intervención	29,79	9,01	29,39	9,20	30,98	8,39	1,1	213,0	,261	0,19
Seguimiento	29,33	9,14	29,30	9,27	29,45	8,74	0,1	154,0	,933	0,02

Como se observa en la figura 25, la evolución del grupo Suspertu es mayor tanto en las recompensas como en los estresores. Al inicio del programa los progenitores de Suspertu se sentían menos recompensados y más estresados en su papel de padres que los progenitores del grupo Hirusta. En el caso de las recompensas los niveles se igualaron a la finalización de los programas y se mantuvieron en el seguimiento. Sin embargo, la percepción del estrés en la postintervención disminuyó en el grupo de

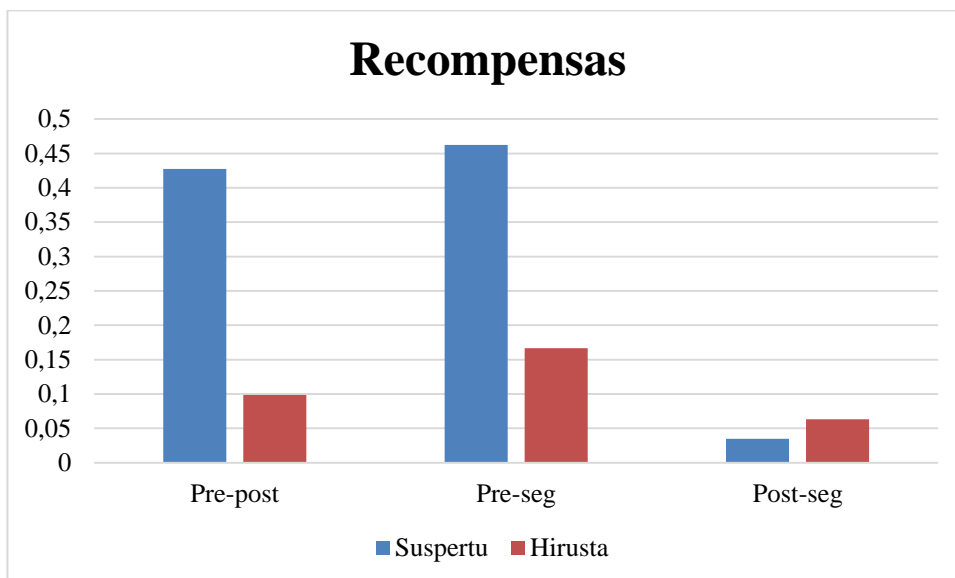
Suspertu y continuó descendiendo en el seguimiento. En el grupo de Hirusta el estrés aumentó en la finalización de la intervención y disminuyó a los seis meses.

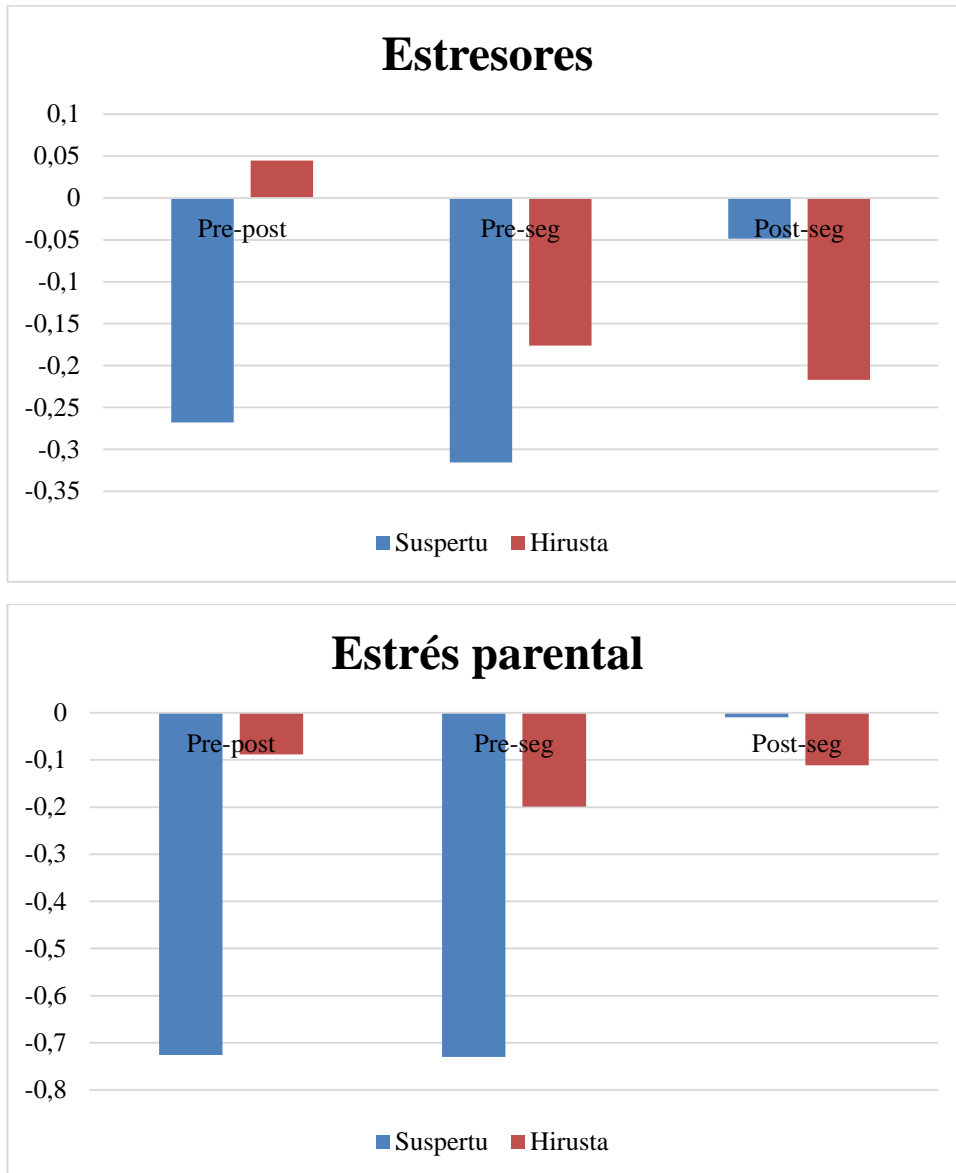




**Figura 25. Evolución estrés parental Suspertu-Hirusta en pre-post-seguimiento**

El efecto del tamaño en el estrés parental presenta diferencias importantes entre los dos grupos (Figura 26). El grupo de progenitores de Suspertu experimentó un mayor cambio a lo largo de la intervención, presentando un tamaño del efecto relevante en las recompensas y los estresores entre el inicio de la intervención y la finalización de la misma. Además, el tamaño del efecto en la puntuación total en el grupo de Suspertu es moderada tanto entre la preintervención y la postintervención, así como entre la preintervención y el seguimiento.





**Figura 26. Tamaño del efecto en el estrés parental Suspertu-Hirusta**

En la Tabla 75 se presentan los datos relativos a la sintomatología psicopatológica evaluada mediante el SCL-90-R.

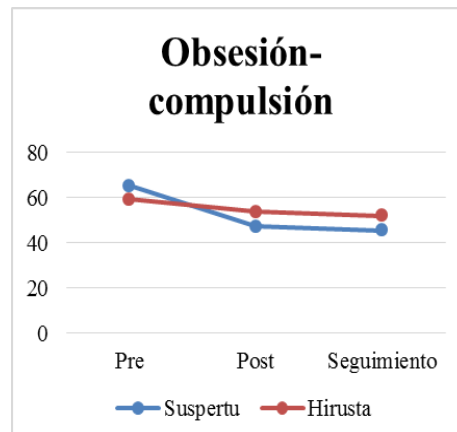
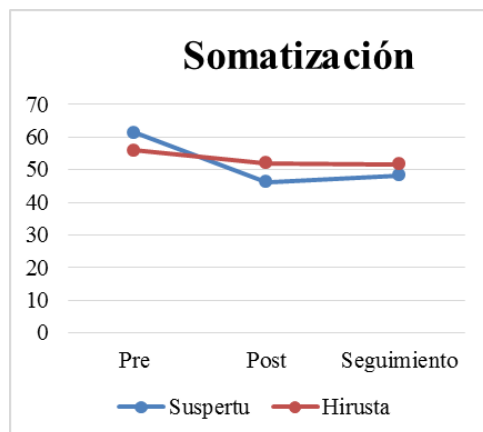
Tabla 75. Sintomatología psicopatológica en pre-post-seguimiento

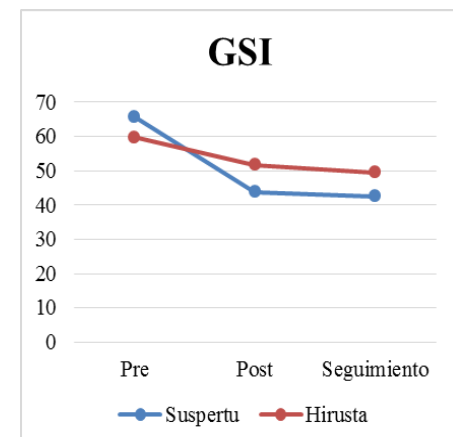
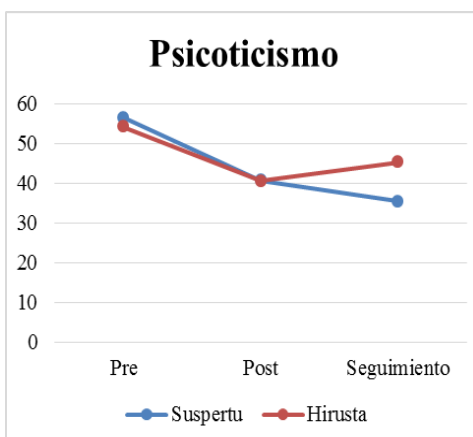
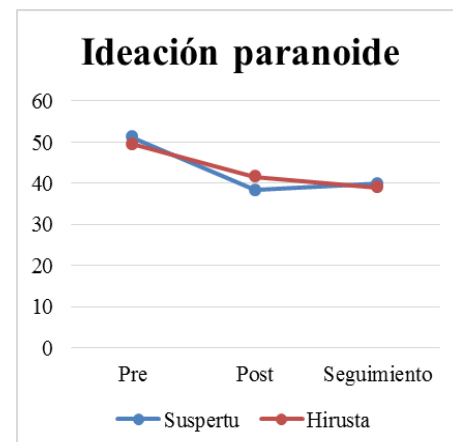
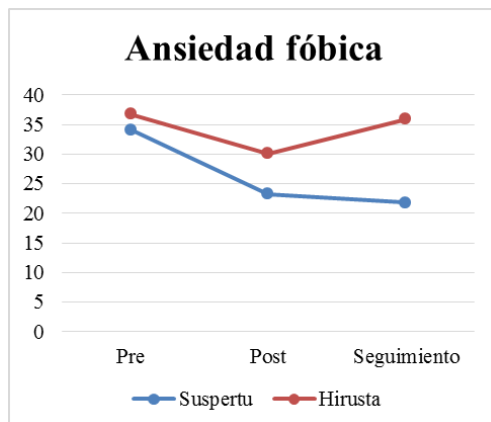
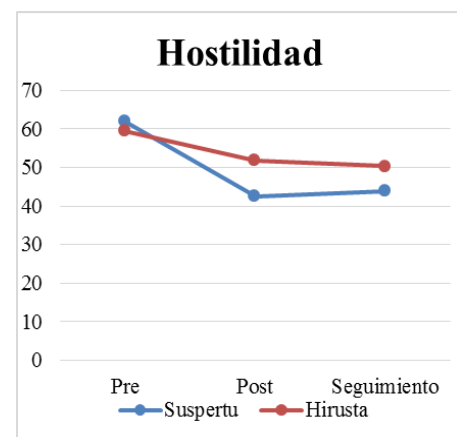
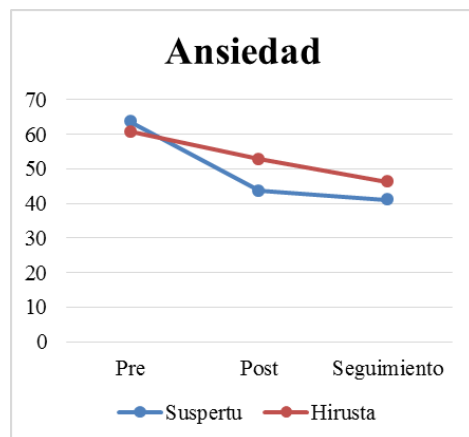
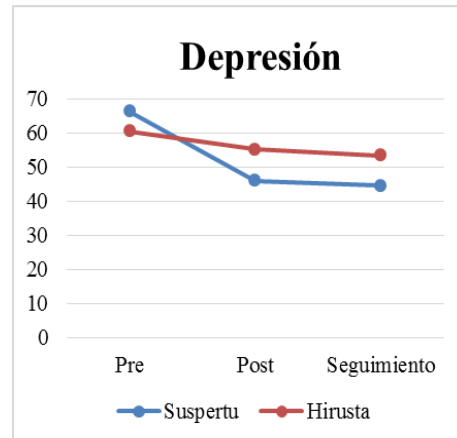
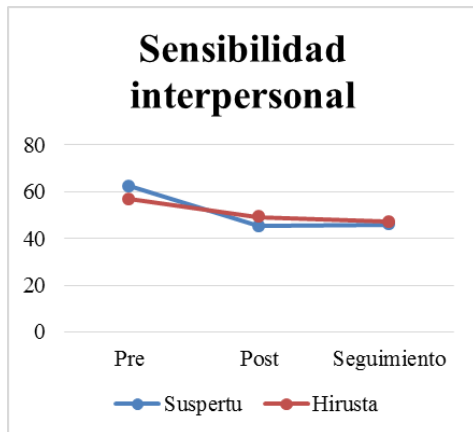
	Total		Suspertu		Hirusta		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M	DT	M	DT	M	DT				
<b>Somatización</b>										
Pre-intervención	61,84	31,21	61,78	30,90	61,94	31,83	0,1	368	,964	0,01
Post-intervención	47,90	29,87	46,50	29,48	52,06	30,91	1,2	212	,238	0,18
Seguimiento	48,92	31,11	48,23	30,78	51,677	32,78	0,6	154	,583	0,11
<b>Obsesión-compulsión</b>										
Pre-intervención	63,48	30,90	65,60	29,72	60,09	32,52	1,6	278,9	,103	-0,17
Post-intervención	49,02	30,13	47,45	29,62	53,67	31,40	-1,3	212	,190	0,20
Seguimiento	46,85	32,13	45,58	30,97	51,935	36,56	0,9	154	,326	0,17
<b>Sensibilidad interpersonal</b>										
Pre-intervención	61,24	31,38	63,33	30,36	57,87	32,78	1,6	368	,103	-0,17
Post-intervención	46,45	31,14	45,49	30,86	49,30	32,08	0,8	212	,438	0,12
Seguimiento	46,19	31,78	45,93	30,41	47,226	37,35	0,2	40,4	,859	0,03
<b>Depresión</b>										
Pre-intervención	66,77	30,97	67,79	30,68	65,13	31,47	0,8	368	,421	-0,08
Post-intervención	48,62	31,25	46,40	30,42	55,34	33,02	1,8	211	,071	0,27
Seguimiento	46,32	30,97	44,62	30,20	53,621	33,67	1,4	152	,159	0,27
<b>Ansiedad</b>										
Pre-intervención	63,63	29,06	64,69	28,54	61,93	29,92	0,9	368	,375	-0,09
Post-intervención	46,08	29,40	43,80	29,18	52,83	29,31	1,9	212	,051	0,31
Seguimiento	42,06	30,48	41,06	29,65	46,129	33,82	0,8	154	,409	0,15
<b>Hostilidad</b>										
Pre-intervención	63,05	29,93	65,01	29,02	59,91	31,20	1,6	368	,111	-0,16
Post-intervención	45,07	29,37	42,76	28,23	51,89	31,80	2,0	212	,048	0,29
Seguimiento	45,19	30,55	43,91	29,69	50,355	33,83	1,1	154	,295	0,19
<b>Ansiedad fóbica</b>										
Pre-intervención	34,65	34,64	35,27	35,03	33,65	34,09	0,4	368	,662	-0,05
Post-intervención	24,93	31,75	23,18	30,422	30,11	35,19	1,3	81,4	,199	0,20
Seguimiento	24,60	30,70	21,81	28,98	35,871	35,15	2,1	40,7	,046	0,40
<b>Ideación paranoide</b>										
Pre-intervención	53,35	31,65	54,27	31,24	51,87	32,34	0,7	368	,478	-0,07
Post-intervención	39,29	32,27	38,54	31,78	41,52	33,87	0,6	212	,559	0,09
Seguimiento	39,65	30,14	39,83	28,73	38,903	35,80	0,1	40,1	,894	-0,03
<b>Psicoticismo</b>										
Pre-intervención	56,10	34,41	57,28	34,50	54,20	34,29	0,8	368	,403	-0,09
Post-intervención	40,66	33,90	40,68	33,17	40,59	36,28	0,0	212	,987	0,00
Seguimiento	37,378	34,73	35,42	34,19	45,258	36,33	1,4	154	,159	0,27

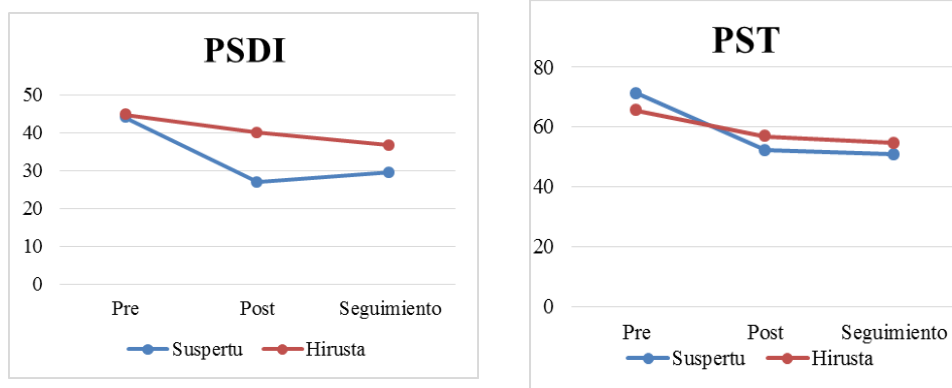
<b>SCL-90-R-GSI</b>										
Pre-intervención	65,45	31,60	67,07	30,83	62,86	32,72	1,2	368,0	,213	-0,13
Post-intervención	45,98	32,21	44,03	31,33	51,76	34,36	1,5	212,0	,127	0,22
Seguimiento	43,96	33,09	42,57	31,80	49,55	37,93	0,9	41,1	,350	0,18
<b>SCL-90-R-PSDI</b>										
Pre-intervención	47,79	29,22	47,16	28,89	48,81	29,82	0,5	368,0	,598	0,06
Post-intervención	30,34	28,04	27,03	26,23	40,13	31,09	2,8	80,0	,007	0,42
Seguimiento	31,06	28,90	29,64	28,27	36,77	31,14	1,2	154,0	,220	0,23
<b>SCL-90-R-PST</b>										
Pre-intervención	70,20	30,32	71,93	29,46	67,42	31,57	1,4	368,0	,165	-0,14
Post-intervención	53,47	31,90	52,35	32,08	56,78	31,42	0,9	212,0	,379	0,14
Seguimiento	51,57	33,85	50,81	33,08	54,65	37,22	0,6	154,0	,574	0,10

A pesar de que los progenitores llegaban a los dos programas con una alta sintomatología psicopatológica, fueron los progenitores de Suspertu los que presentaban una mayor intensidad al inicio de la intervención. Sin embargo, estos niveles disminuyeron en mayor medida que el grupo de Hirusta en el momento del seguimiento.

Estos datos son estadísticamente significativos en dos dimensiones. Por un lado, en el caso de la dimensión hostilidad, en el momento de la finalización de la intervención el grupo de Suspertu señaló una menor afectación en esta dimensión que el grupo Hirusta. En el caso del Índice de Distrés de Síntomas Positivos, que indica la intensidad de los síntomas presentes, también se mostraron diferencias significativas entre los dos grupos en el momento de la postintervención. Los progenitores de Suspertu presentaron una menor puntuación que el grupo de Hirusta.

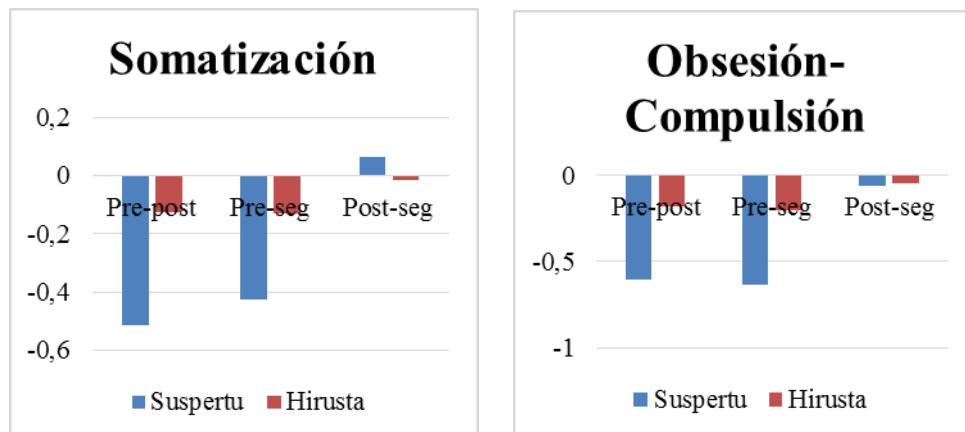


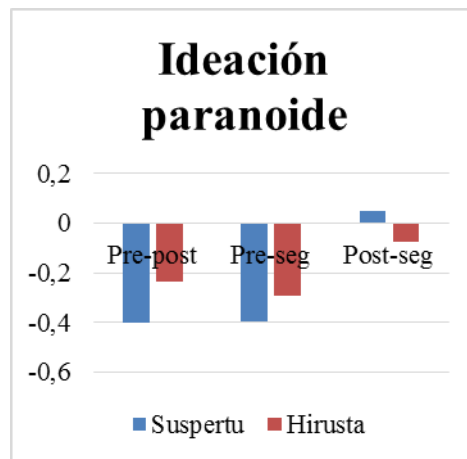
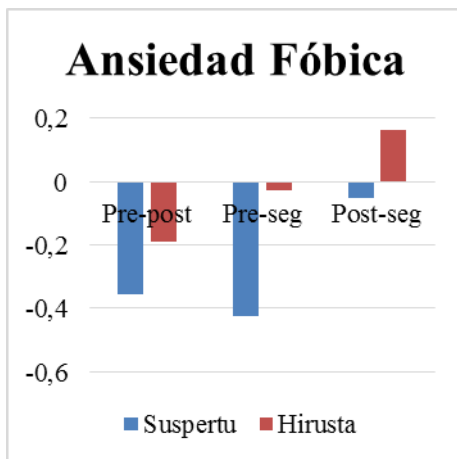
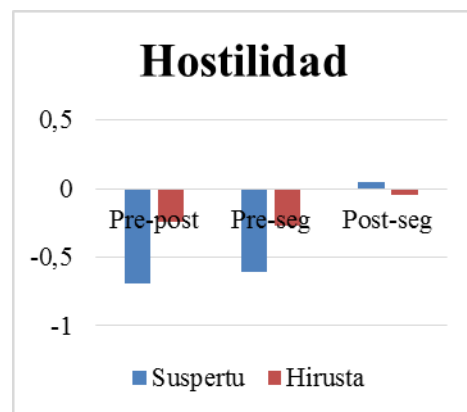
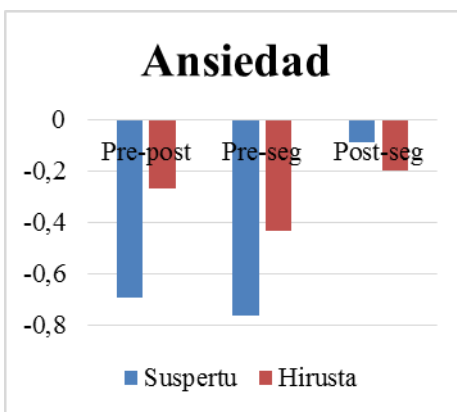
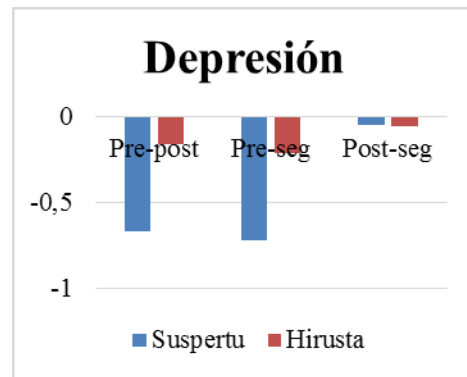
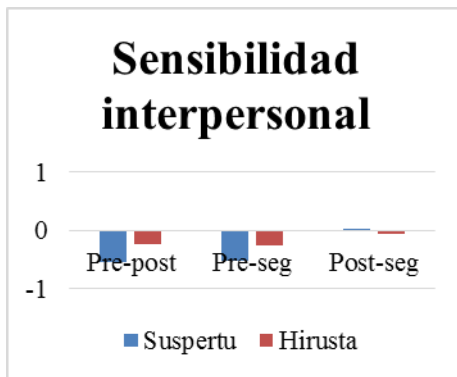


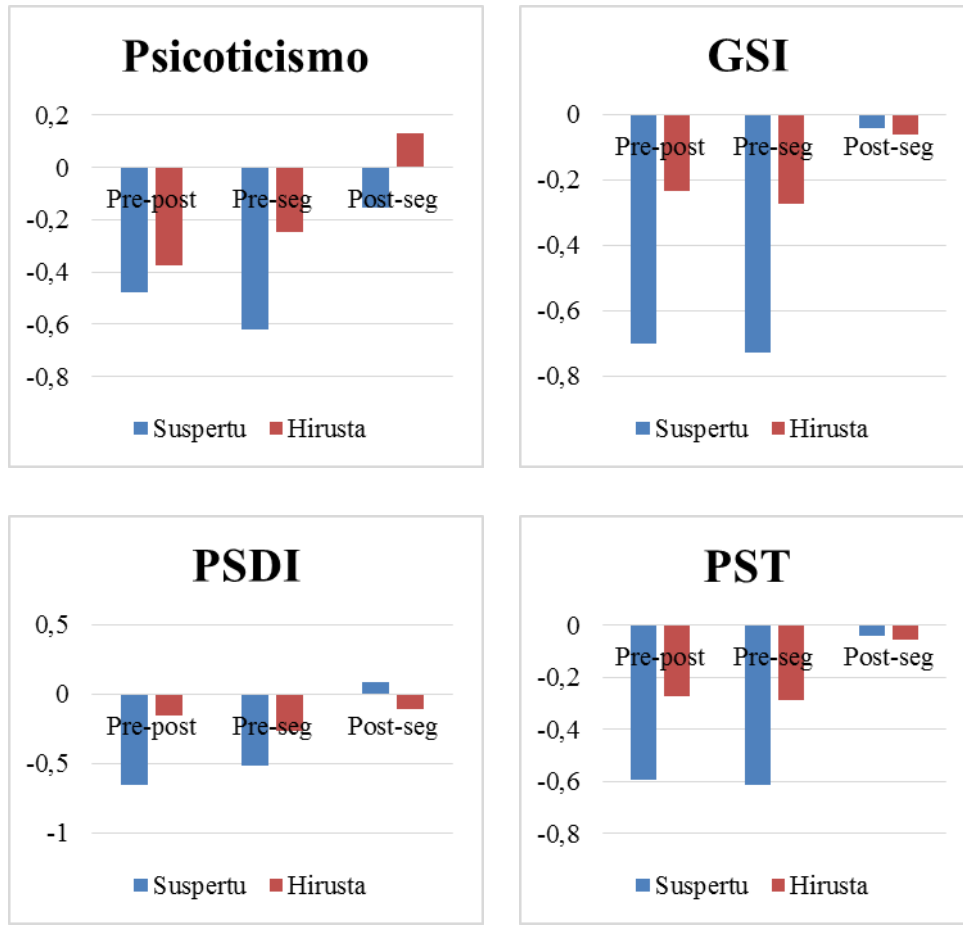


**Figura 27. Evolución sintomatología psicopatológica Suspertu-Hirusta**

El tamaño del efecto en las variables psicopatológicas evaluadas mediante el SCL-90-R se presenta en la Figura 28. Los progenitores del grupo Suspertu disminuyeron la afectación sintomatológica en todas las dimensiones en mayor medida que el grupo de Hirusta. Cabe señalar que el tamaño del efecto es relevante en todas las dimensiones en este grupo, alcanzando un tamaño moderado en las dimensiones de obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad y psicoticismo tanto entre la preintervención y la postintervención, como entre la preintervención y el seguimiento.







**Figura 28. Tamaño del efecto en la sintomatología psicopatológica Suspertu-Hirusta**

En la Tabla 76 se presentan los datos referidos a la inadaptación a la vida cotidiana de los progenitores de los dos programas estudiados en los tres momentos de medición.

**Tabla 76. Desajuste en la vida cotidiana en pre-post-seguimiento Suspertu-Hirusta**

<b>Inadaptación</b>	<b>Total</b>		<b>Suspertu</b>		<b>Hirusta</b>		<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
	<b>M</b>	<b>S.D.</b>	<b>M</b>	<b>S.D.</b>	<b>M</b>	<b>S.D.</b>				
<b>Trabajo/estudios</b>										
Pre-intervención	2,08	1,35	2,18	1,34	1,90	1,34	2,0	369	,050	-0,21
Post-intervención	1,72	1,26	1,62	1,25	2,02	1,28	2,0	213	,045	0,31
Seguimiento	1,49	1,21	1,47	1,20	1,58	1,26	0,5	154	,655	0,09
<b>Vida social</b>										
Pre-intervención	1,92	1,29	2,00	1,23	1,79	1,36	1,5	281,4	,129	-0,15
Post-intervención	1,59	1,33	1,43	1,28	2,06	1,37	3,0	213	,003	0,46
Seguimiento	1,44	1,26	1,33	1,20	1,87	1,43	2,2	154	,031	0,38
<b>Tiempo libre</b>										
Pre-intervención	2,37	1,38	2,40	1,33	2,32	1,45	0,5	371	,595	-0,06
Post-intervención	1,93	1,42	1,75	1,40	2,46	1,37	3,3	213	,001	0,52
Seguimiento	1,71	1,35	1,57	1,32	2,26	1,34	2,6	154	,010	0,51
<b>Relación de pareja</b>										
Pre-intervención	2,49	1,33	2,50	1,28	2,46	1,42	0,2	369	,817	-0,03
Post-intervención	1,88	1,37	1,71	1,32	2,41	1,42	3,3	213	,001	0,49
Seguimiento	1,54	1,36	1,46	1,29	1,84	1,57	1,4	154	,169	0,24
<b>Vida familiar</b>										
Pre-intervención	2,71	1,29	2,85	1,18	2,49	1,42	2,5	257,1	,012	-0,25
Post-intervención	1,95	1,33	1,83	1,29	2,30	1,41	2,2	213	,026	0,33
Seguimiento	1,72	1,31	1,66	1,28	1,94	1,41	1,0	154	,303	0,20
<b>Ítem global</b>										
Pre-intervención	2,74	1,15	2,79	1,08	2,65	1,26	1,1	265,4	,264	-0,11
Post-intervención	2,09	1,28	1,94	1,19	2,54	1,44	2,8	78,9	,007	0,42
Seguimiento	1,77	1,30	1,70	1,30	2,03	1,32	1,3	154	,211	0,25
<b>TOTAL</b>										
Pre-intervención	14,17	6,13	14,61	6,60	13,49	5,78	1,7	371	,085	-0,19
Post-intervención	11,12	6,80	10,23	6,51	13,78	7,02	3,4	213	,001	0,51
Seguimiento	9,54	6,96	9,17	6,73	11,03	7,76	1,3	154	,183	0,24

La evolución de la afectación en las distintas áreas de la vida ha sido diferente en los dos grupos de estudio en los tres momentos de evaluación (Figura 29). El grupo de progenitores de Suspertu presentaba una mayor afectación en las áreas de trabajo/estudios y familiar al inicio de la intervención. Sin embargo, la evolución de esta afectación ha sido en general más satisfactoria en este grupo que en el grupo de Hirusta, tanto en el momento de finalizar el programa como a los seis meses de seguimiento.

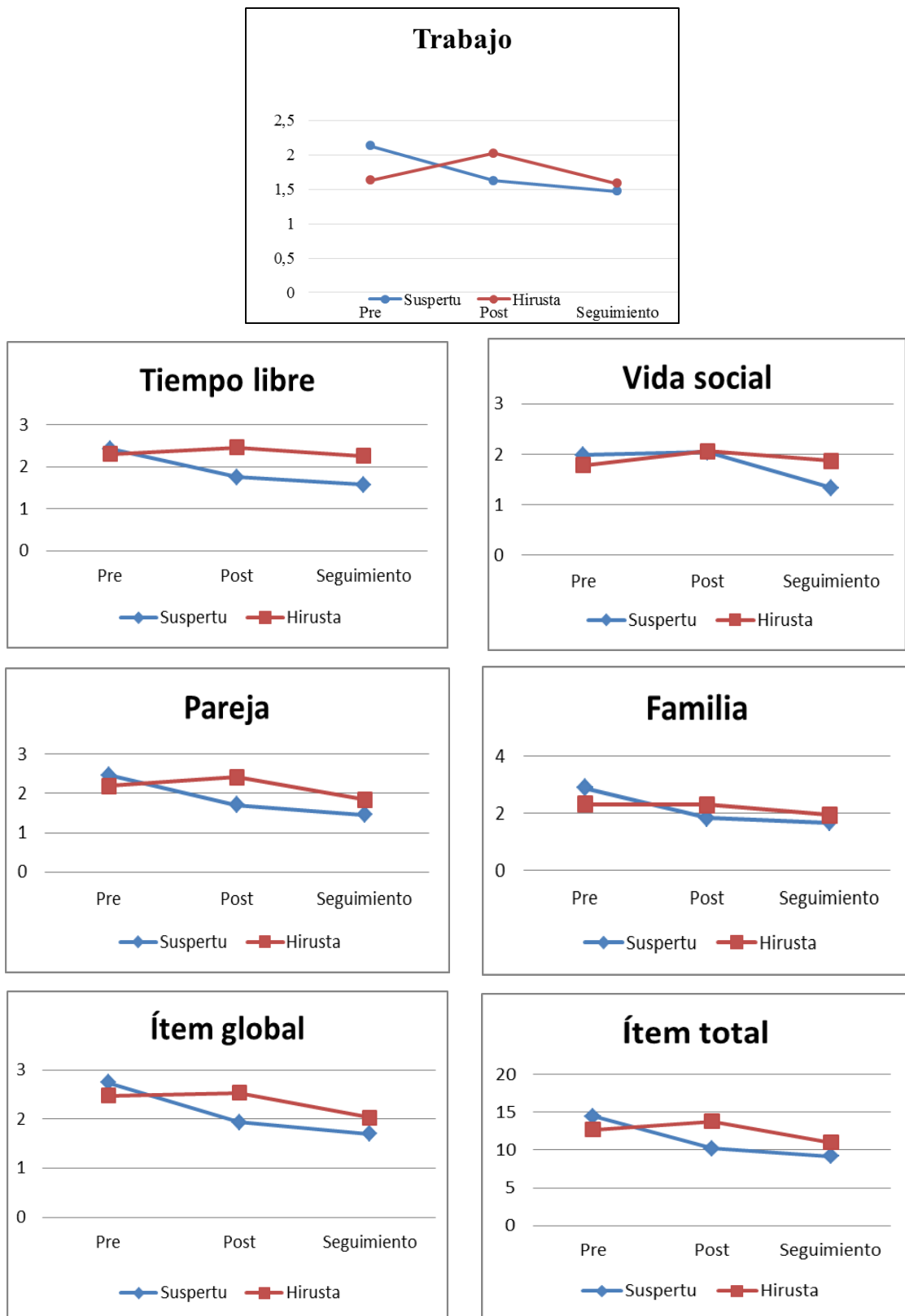
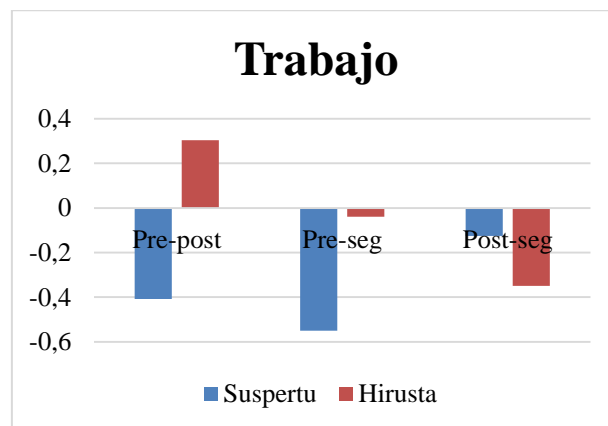


Figura 29. Evolución desajuste en la vida cotidiana Suspertu-Hirusta

Los valores del tamaño del efecto en la Escala de Inadaptación son especialmente relevantes para el grupo de progenitores de Suspertu (Figura 30), que indican una mejoría muy relevante en el grado de afectación de las diferentes áreas evaluadas mediante este instrumento. En todas las áreas el mayor tamaño del efecto corresponde al grupo de Suspertu, en los tres intervalos de tiempo evaluados. En el intervalo pretratamiento-seguimiento los valores del tamaño del efecto están por encima de 0,50 en todas las áreas, lo cual indica una diferencia muy relevante en las puntuaciones, en el sentido de una disminución muy significativa del grado de afectación de las distintas áreas.

Tanto en el período preintervención-postintervención, como en el postintervención-seguimiento, el grupo de Suspertu es el que mayor tamaño del efecto presenta en la inadaptación total, indicando una mayor mejoría en los dos “subperíodos” evaluados. Este dato se corresponde con el mayor tamaño del efecto que también ofrece este grupo en el período global pretratamiento-postratamiento.



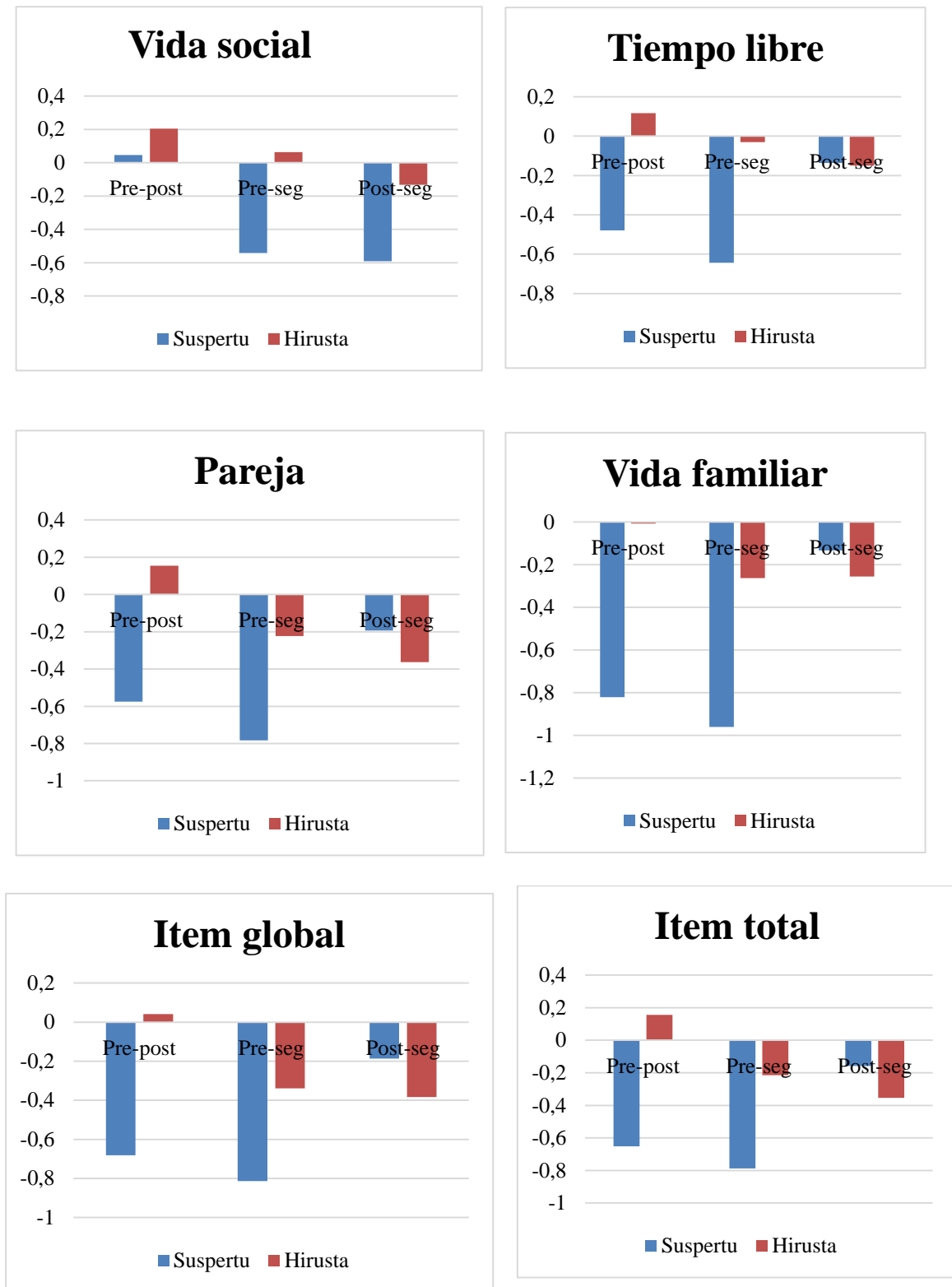


Figura 30. Tamaño del efecto del desajuste en la vida cotidiana

#### 4.2.4. Variables predictoras de éxito de la intervención en los dos programas

##### 4.2.4.1. Resultados del análisis de regresión lineal múltiple con la totalidad de la muestra

Los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple se muestran en la Tabla 77. Todas las variables cuantitativas de la preintervención se utilizaron como variables independientes y se seleccionaron seis medidas (estilo educativo democrático, estilo de comunicación asertivo, estrés parental, índice de gravedad global, inadaptación total e inadaptación familiar) como variables dependientes, tanto en la postintervención como en el seguimiento a los 6 meses.

En el caso del estilo educativo democrático, las variables que predecían un mayor aumento en este estilo en la postintervención eran el mayor estilo educativo democrático de la preintervención, la menor edad de los progenitores y el mayor estilo de comunicación asertivo. Estas variables explicaban conjuntamente el 30,3% de la varianza en la postintervención. En el caso del seguimiento a los 6 meses, el estilo educativo democrático de la preintervención explicaba el 36,8% de la varianza.

El estilo de comunicación asertivo se explicó en un 33% en la postintervención por el mayor estilo de comunicación asertivo, la menor edad y el mayor estilo educativo democrático en la preintervención. En el seguimiento, el 17,1% de la varianza del estilo asertivo se explicaba por el estilo de comunicación asertivo y el estilo educativo democrático.

En cuanto al estrés parental, la mayor puntuación en los estresores, la mayor edad de los progenitores y el estilo de comunicación permisivo explicaron el 27,1% de la varianza en la postintervención, mientras que la mayor puntuación en los estresores y la edad, junto con la menor puntuación en el estilo educativo democrático explicaron el 24,9% en el seguimiento.

En cuanto al índice de gravedad global, el propio índice en la preintervención explicó el 30,9% en la postintervención y este mismo índice junto con las recompensas explicaron el 28,6% en el seguimiento.

La inadaptación total, el estilo educativo permisivo y la mayor edad de los progenitores al inicio de la intervención explicaron el 20,9% del desajuste en la postintervención y el índice de inadaptación total y la mayor edad de los progenitores explicaron en un 16,5% en el seguimiento.

Finalmente, respecto a la inadaptación familiar, la inadaptación familiar y la mayor edad de los progenitores en la preintervención explicaron el 20,4% en la postintervención; y el índice de inadaptación total y la mayor edad de los progenitores el 12,3% en el seguimiento.

**Tabla 77. Variables predictoras de éxito en la totalidad de la muestra**

Variable dependiente = Estilo democrático									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	37,12		7,79	<,001	Constante	18.62		7.48	<,001
Democrático	0,30	0,32	4,07	<,001	Democrático	0.58	0.61	9.36	<,001
Edad	-0,28	-0,24	-3,54	,001					
Asertivo	0,41	0,27	3,41	,001					
F = 23,07; p <,001 R <sup>2</sup> = ,303					F = 87,61; p <,001 R <sup>2</sup> = ,368				
Variable dependiente = Estilo asertivo									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	14,28		5,79	<,001	Constante	8,54		4,44	<,001
Asertivo	0,44	0,46	6,78	<,001	Asertivo	0,30	0,30	3,31	,001
Edad	-0,12	-0,17	-2,96	,003	Democrático	0,12	0,19	2,08	,039
Democrática	0,08	0,14	2,07	,040					
F = 34,99; p <,001 R <sup>2</sup> = ,330					F = 16,36; p <,001 R <sup>2</sup> = ,171				
Variable dependiente = PSS Total									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-10,57		1,89	,061	Constante	17,02		2,25	,026
Estresores	0,60	0,36	5,64	<,001	Estresores	0,59	0,35	4,73	<,001
Edad	0,40	0,25	4,20	<,001	Democrático	-0,35	-0,26	3,54	,001
Permisivo	0,43	0,17	2,75	<,001	Edad	0,29	0,16	2,30	,023
F = 26,56; p <,001 R <sup>2</sup> = ,271					F = 17,45; p <,001 R <sup>2</sup> = ,249				

Variable dependiente = GSI									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	10,57		2,57	,011	Constante	-14,32		1,22	,225
GSI	0,56	0,56	9,63	<,001	GSI	0,60	0,57	7,84	<,001
					Recompensas	1,07	0,15	2,04	,043
F = 92,67; p <,001 R <sup>2</sup> = ,309					F = 30,86; p <,001 R <sup>2</sup> = ,286				
Variable dependiente = Inadaptación									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-9,55		2,23	,027	Constante	-7,55		1,48	,142
Inadaptación	0,40	0,37	5,76	<,001	Inadaptación	0,45	0,39	5,15	<,001
Permisivo	0,31	0,17	2,70	,008	Edad	0,21	0,16	2,10	,038
Edad	0,17	0,14	2,34	,020					
F = 19,11; p <,001 R <sup>2</sup> = ,209					F = 15,74; p <,001 R <sup>2</sup> = ,165				
Variable dependiente = Inadaptación familiar									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-1,51		-2,09	,038	Constante	-2,06		-2,08	,040
Vida familiar	0,42	0,39	6,30	<,001	Total	0,06	0,28	3,67	<,001
Edad	0,05	0,20	3,25	,001	Edad	0,06	0,23	2,97	,004
F = 27,49; p <,001 R <sup>2</sup> = ,204					F = 11,42; p <,001 R <sup>2</sup> = ,123				

#### 4.2.4.2. Resultados del análisis de regresión lineal múltiple en el programa Suspertu

Los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple en el programa Suspertu se muestran en la Tabla 78. Para ello se utilizaron las mismas variables independientes y dependientes que con la muestra total.

En el caso del estilo educativo democrático, las variables de la preintervención que mejor lo predecían fueron el estilo educativo democrático, la menor edad de los progenitores y el estilo de comunicación asertivo. Estas tres variables explicaron el 30,3% de la varianza en la postintervención. En el seguimiento a los 6 meses, el estilo educativo democrático de la preintervención explicaba el 34% de la varianza.

El estilo de comunicación asertivo en la postintervención se explicó en un 36% por el estilo asertivo, la menor edad de los progenitores y el menor índice de gravedad

global al inicio de la intervención; y en el seguimiento un 17,9% de la varianza se explicaba por el estilo de comunicación asertivo y el estilo educativo democrático.

En cuanto al estrés parental, los estresores y la mayor edad de los progenitores explicaron el 26% de la varianza en la postintervención, mientras que los estresores, el menor estilo educativo democrático y la mayor edad de los progenitores explicaron el 24,4% en el seguimiento.

En cuanto al índice de gravedad global, el propio índice al principio de la intervención y la mayor edad de los progenitores explicaron el 35,2% en la postintervención; y este mismo índice y las recompensas explicaron el 28,8% en el seguimiento.

La inadaptación total, la mayor edad de los progenitores y el estilo educativo permisivo explicaron el 25,2% del desajuste en la postintervención; y el índice de inadaptación total, la mayor edad de los progenitores, el estrés parental y el menor estilo de comunicación agresivo explicaron en un 16,5% de la varianza en el seguimiento.

Finalmente, respecto a la inadaptación familiar, la inadaptación total, la mayor edad de los progenitores y el estilo educativo permisivo explicaron el 21,9% de la varianza en la postintervención; y el índice de inadaptación total y la edad de los progenitores el 11,8% en el seguimiento.

**Tabla 78. Variables predictoras de éxito en el programa Suspertu**

Variable dependiente = Estilo democrático									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	37,12		7,79	<,001	Constante	19,99		7,23	<,001
Democrático	0,30	0,32	4,07	<,001	Democrático	0,55	0,59	7,99	<,001
Edad	-0,28	-0,24	-3,54	,001					
Asertivo	0,41	0,27	3,41	,001					
F = 23,07; p <,001 R <sup>2</sup> = ,303					F = 63,87; p <,001 R <sup>2</sup> = ,34				

Variable dependiente = Estilo asertivo									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	17,97		7,36	<,001	Constante	7,97		3,60	<,001
Asertivo	0,51	0,56	8,67	<,001	Asertivo	0,31	0,29	3,01	,003
Edad	-0,12	-0,18	-2,82	,005	Democrático	0,14	0,21	2,14	,035
GSI	-0,02	-0,15	-2,34	,020					
F = 30,09; p <,001 R <sup>2</sup> = ,360					F = 14,08; p <,001 R <sup>2</sup> = ,179				
Variable dependiente = PSS Total									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-5,30		-0,88	,379	Constante	12,65		1,48	,142
Estresores	0,75	0,43	6,19	<,001	Estresores	0,64	0,37	4,56	<,001
Edad	0,41	0,24	3,50	,001	Democrático	-0,32	-0,23	-2,87	,005
					Edad	0,33	0,19	2,35	,021
F = 28,21; p <,001 R <sup>2</sup> = ,260					F = 13,92; p <,001 R <sup>2</sup> = ,244				
Variable dependiente = GSI									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-38,44		-2,09	,038	Constante	-19,97		-1,57	,119
GSI	0,57	0,57	8,79	<,001	GSI	0,61	0,58	7,11	<,001
Edad	0,93	0,17	2,58	,011	Recompensas	1,35	0,20	2,40	,018
F = 42,87; p <,001 R <sup>2</sup> = ,352					F = 25,24; p <,001 R <sup>2</sup> = ,288				
Variable dependiente = Inadaptación total									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-14,35		-2,99	,003	Constante	-17,62		-2,67	,009
Total	0,42	0,38	5,36	<,001	Total	0,46	0,39	4,79	<,001
Edad	0,22	0,19	2,76	,007	Edad	0,25	0,19	2,43	,017
Permisivo	0,36	0,19	2,73	,007	PSS Total	0,32	0,23	2,89	,005
					Agresivo	-0,29	-0,18	-2,22	,029
F = 18,36; p <,001 R <sup>2</sup> = ,252					F = 10,88; p <,001 R <sup>2</sup> = ,248				
Variable dependiente = Inadaptación familiar									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-3,65		-3,75	<,001	Constante	-2,42		-2,20	,030
Total	0,64	0,30	4,08	<,001	Edad	0,07	0,26	3,06	,003
Edad	0,70	0,30	4,21	<,001	Total	0,06	0,25	2,96	,004
Permisivo	0,53	0,15	2,01	,047					
F = 15,49; p <,001 R <sup>2</sup> = ,219					F = 9,04; p <,001 R <sup>2</sup> = ,118				

#### 4.2.4.3. Resultados del análisis de regresión lineal múltiple en el programa Hirusta

Los resultados de los análisis de regresión lineal múltiple en el programa Hirusta se muestran en la Tabla 79. Para ello se utilizaron las mismas variables independientes y dependientes que con la muestra total y con el programa Suspertu.

En el caso del estilo educativo democrático, las variables de la preintervención que mejor lo predecían fueron el estilo educativo democrático, los estresores y las recompensas. Estas tres variables explicaron el 58,1% de la varianza en la postintervención. En el caso del seguimiento a los 6 meses, el estilo educativo democrático y el índice de gravedad total explicaron el 53,7% de la varianza.

El estilo de comunicación asertivo se explicó por el propio estilo asertivo en un 34,1% en la postintervención y en un 23,9% por el estilo de comunicación asertivo en el seguimiento.

En cuanto al estrés parental, la menor puntuación en las recompensas y el nivel de estrés total explicaron el 41,3% de la varianza en la postintervención, mientras que la mayor puntuación en estresores, el menor estilo educativo democrático y la mayor edad de los progenitores explicaron el 37,8% de la varianza en el seguimiento.

En cuanto al índice de gravedad global, el propio índice explicó el 28,2% en la postintervención y el 29,4% en el seguimiento.

La inadaptación total explicó el 23,3% del desajuste en la postintervención y el 20,7% en el seguimiento.

Finalmente, respecto a la inadaptación familiar, la inadaptación total explicó el 26,4% en la postintervención y el 20,4% en el seguimiento.

**Tabla 79. Variables predictoras de éxito en el programa Hirusta**

Variable dependiente = Estilo democrático									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	-2,16		-0,40	,694	Constante	7,66		1,34	,191
Democrático	0,66	0,63	5,95	<,001	Democrático	0,73	0,72	5,54	<,001
Estresores	0,40	0,29	3,02	,004	GSI	0,07	0,32	2,47	,020
Recompensas	0,50	0,29	2,68	,010					
F = 24,12; p <,001 R <sup>2</sup> = ,581					F = 17,27; p <,001 R <sup>2</sup> = ,537				
Variable dependiente = Estilo asertivo									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	6,20		2,54	,014	Constante	8,86		3,13	,004
Asertivo	0,68	0,60	5,23	<,001	Asertivo	0,47	0,52	3,13	,004
F = 27,39; p <,001 R <sup>2</sup> = ,341					F = 9,78; p =,004 R <sup>2</sup> = ,239				
Variable dependiente = PSS Total									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	31,46		3,17	,003	Constante	17,02		2,25	,026
Recompensa	-0,67	-0,36	-2,19	,033	Estresores	0,59	0,35	4,73	<,001
PSS Total	0,36	0,35	2,14	,037	Democrático	-0,35	-0,26	3,54	,001
					Edad	0,29	0,16	2,30	,023
F = 18,60; p <,001 R <sup>2</sup> = ,413					F = 9,49; p <,001 R <sup>2</sup> = ,378				
Variable dependiente = GSI									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	17,46		2,14	,038	Constante	7,53		0,61	,547
GSI	0,55	0,55	4,55	<,001	GSI	0,61	0,57	3,56	,001
F = 20,68; p <,001 R <sup>2</sup> = ,282					F = 12,68; p =,001 R <sup>2</sup> = ,294				
Variable dependiente = Inadaptación									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	6,41		3,37	,001	Constante	2,94		1,06	,300
Total	0,55	0,50	4,02	<,001	Total	0,58	0,49	2,88	,008
F = 16,15; p <,001 R <sup>2</sup> = ,233					F = 8,31; p =,008 R <sup>2</sup> = ,207				
Variable dependiente = Inadaptación familiar									
Post-intervención					Seguimiento				
Variables	B	Beta	t	p	Variables	B	Beta	t	p
Constante	0,70		1,82	,075	Constante	0,48		0,93	,359
Total	0,12	0,53	4,34	<,001	Total	0,11	0,48	2,86	,008
F = 18,97; p <,001 R <sup>2</sup> = ,264					F = 8,19; p =,008 R <sup>2</sup> = ,204				

## 5. CONCLUSIONES

En este apartado de la tesis se exponen las principales conclusiones obtenidas en relación con los objetivos e hipótesis formulados en el inicio de la parte empírica.

El **primer objetivo** del trabajo plantea conocer las características sociodemográficas, los estilos educativos y de comunicación, el estrés parental, la sintomatología psicopatológica y la inadaptación a la vida cotidiana de los progenitores de los adolescentes en situación de riesgo que acuden en busca de ayuda a dos programas de prevención indicada de Proyecto Hombre. Para ello se han establecido tres hipótesis, que afirman, en primer lugar, que los progenitores que acuden a los dos programas presentarán sintomatología psicopatológica y una afectación en las diferentes áreas de su vida; en segundo lugar, que existirán diferencias en función del sexo; y en tercer lugar, que no habrá diferencias significativas entre los progenitores de los dos programas (Tabla 80).

**Tabla 80. Contraste de las hipótesis correspondientes al primer objetivo**

HIPÓTESIS DEL PRIMER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
1. Los progenitores que acuden a los dos programas de intervención presentarán un alto grado de estrés parental, <b>con sintomatología psicopatológica asociada</b> (principalmente, ansiosa y depresiva), <b>y una gran afectación en la vida cotidiana</b>	Parcial*
2. Se encontrarán <b>diferencias entre madres y padres en cuanto a los estilos educativos utilizados (más permisivos en el caso de las madres, más autoritarios en el caso de los padres), y al grado de afectación emocional (mayor gravedad en las madres)</b>	Parcial*
3. Los progenitores que acudan a los dos programas estudiados presentarán un perfil similar, sin diferencias significativas	NO

\* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **primera hipótesis** plantea que los progenitores que acuden a los dos programas de intervención presentarán un alto grado de estrés parental, con sintomatología psicopatológica asociada (principalmente, ansiosa y depresiva), y una gran afectación en la vida cotidiana.

Respecto al estrés parental no se encuentran evidencias significativas de una gran afectación en esta área al inicio del programa, ya que los progenitores, cuando valoran su percepción como padres, obtienen puntuaciones más altas en la escala de recompensas que en la de estresores. Los progenitores de ambos programas presentan una elevada sintomatología psicopatológica en la mayoría de las dimensiones, encontrándose todas ellas por encima de los 60 puntos. Sin embargo, no se encuentra una mayor afectación en ansiedad y depresión en comparación con el resto de dimensiones. La muestra estudiada presenta un alto grado de afectación en su vida cotidiana, siendo las áreas más afectadas las de la pareja y el área familiar. No obstante, cinco de las seis subescalas (trabajo, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y valoración global) tienen una puntuación superior a dos (punto de corte de cada subescala). Si se considera la puntuación total de la escala, los progenitores de la muestra superan también como media el punto de corte total (12 puntos).

Por lo tanto, **se confirma la primera hipótesis sólo parcialmente**, ya que los progenitores que acuden a los dos programas presentan una elevada sintomatología psicopatológica y una gran afectación en las diferentes áreas de su vida, pero no señalan elevados niveles de estrés parental. En el caso de la sintomatología asociada, no destacan especialmente la sintomatología ansiosa y depresiva.

La **segunda hipótesis** afirma que se encontrarán diferencias entre madres y padres en cuanto a los estilos educativos utilizados (más permisivos en el caso de las madres, más autoritarios en el caso de los padres), y al grado de afectación emocional (mayor gravedad en las madres).

Los resultados del estudio muestran que las madres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los padres en las subescalas relacionadas con los estilos educativos democrático y permisivo. Sin embargo, no se han encontrado datos que confirmen que los padres de la muestra adopten un estilo autoritario en mayor medida que las madres. Por otro lado, las madres participantes en el programa presentaron mayores niveles de sintomatología psicopatológica en todas las dimensiones del SCL-90-R que los padres. Cabe destacar que 4 puntuaciones superaron

el percentil 70: dos índices globales de gravedad (GSI y PST) y las escalas relacionadas con la sintomatología obsesivo-compulsiva y depresiva. Por el contrario, las puntuaciones obtenidas por los padres fueron significativamente más bajas, por debajo del percentil 60 para casi todas las subescalas. Por lo que se refiere al estrés, el grupo de las madres presentaba un mayor grado de estrés parental en comparación con los padres.

De este modo, **se confirma la segunda hipótesis parcialmente**, ya que se han encontrado diferencias en los estilos educativos entre el grupo de padres y el grupo de madres en el estilo permisivo, pero no en el autoritario; y las madres señalan una mayor afectación emocional que los padres.

La **tercera hipótesis** señala que los progenitores que acudan a los dos programas estudiados presentarán un perfil similar, sin diferencias significativas.

El perfil de progenitores pertenecientes a los dos grupos presentó similitud respecto al sexo y al nivel educativo. Sin embargo, presentaron diferencias en lo referente a la edad, la situación laboral, el tipo de familia, el estilo asertivo y el estrés parental. Los progenitores de Hirusta tenían más edad que el grupo de Suspertu y presentaban un mayor porcentaje de desempleo. El programa Suspertu estaba formado por más progenitores cuyos hijos convivían con la familia de origen o sólo con el padre. Por último, Suspertu destacaba porque en su gran mayoría los hijos acudían también al programa, frente a los hijos de Hirusta.

Así pues, **no se confirma la tercera hipótesis**, ya que existen diferencias importantes en el perfil de los progenitores que acuden a ambos programas.

El **segundo objetivo** trata de evaluar los resultados de la intervención familiar del programa Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra para los padres y madres de adolescentes en situación de riesgo. Para ello se han establecido tres hipótesis que señalan la eficacia del programa en la mejora de las variables estudiadas (Tabla 81).

**Tabla 81. Contraste de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo**

HIPÓTESIS DEL SEGUNDO OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
4. La intervención familiar del programa Suspertu mejorará las variables educativas estudiadas: los estilos educativos y de comunicación utilizados	SÍ
5. La intervención familiar del programa Suspertu reducirá los problemas emocionales asociados: la sintomatología psicopatológica, el estrés parental y la inadaptación	SÍ
6. Las principales variables predictoras de mejores resultados del programa Suspertu serán el menor grado de estrés percibido, la menor presencia de sintomatología psicopatológica, y la mejor adaptación a la vida cotidiana al inicio de la intervención	SÍ

La **cuarta hipótesis** plantea que la intervención realizada con los progenitores en el programa Suspertu mejorará los estilos educativos y de comunicación de los mismos.

Los progenitores experimentaron una mejora a lo largo de la intervención en los tres estilos educativos. Finalizaron la intervención siendo más democráticos que al inicio. Eran menos autoritarios y/o permisivos al terminar el programa e incluso mejoraron en el seguimiento. Por lo que se refiere a los estilos de comunicación, los progenitores adoptaron un estilo más asertivo a la finalización del programa. Por el contrario, tanto los progenitores que se comunicaban de manera pasiva y/o agresiva experimentaron una mejora al terminar el programa, e incluso a los seis meses del mismo.

Así pues, **se confirma la cuarta hipótesis**, ya que el programa Suspertu se ha mostrado eficaz en la mejora de los estilos educativos y de comunicación utilizados.

La **quinta hipótesis** señala que la intervención familiar del programa Suspertu reducirá los problemas emocionales asociados: la sintomatología psicopatológica, el estrés parental y la inadaptación a las diferentes áreas de la vida.

Respecto a la evolución del estrés parental, los progenitores se sintieron más recompensados y menos estresados en el momento del seguimiento que en la preintervención, siendo los cambios estadísticamente significativos. A su vez, los síntomas psicopatológicos evaluados mediante el SCL-90-R han experimentado un cambio estadísticamente significativo en todas las dimensiones entre el inicio del programa y la finalización del mismo. A los seis meses de la intervención la mayoría de las variables permanecieron estables respecto a la postintervención, con una mejoría estadísticamente significativa en el caso de la ansiedad y el psicoticismo. La afectación que experimentaban los progenitores en las diferentes áreas de su vida también experimentó una disminución significativa en la mayoría de las subescalas en los tres momentos de medición. En la vida social los progenitores experimentaban mayor afectación en el momento de la finalización del programa, sin embargo ésta se reduce drásticamente a los seis meses.

De este modo, **se confirma la quinta hipótesis**, ya que se han reducido los niveles de malestar psicopatológico, el estrés parental y el desajuste en las diferentes áreas de la vida.

La **sexta hipótesis** trata de establecer las principales variables que predicen los mejores resultados del programa Suspertu, que serán el menor grado de estrés percibido, la menor presencia de sintomatología psicopatológica, y la mejor adaptación a la vida cotidiana al inicio de la intervención.

En los análisis de regresión múltiple llevados a cabo, son muchas las variables que han mostrado tener algún valor predictivo con la mejoría tras el paso por el programa. Entre ellas se incluyen las variables contempladas en la hipótesis formulada. No obstante, hay otras variables adicionales que también resultan importante a la hora de predecir la mejoría: la edad o los estilos educativos en la preintervención, por ejemplo.

Por ello, aunque **se confirma la sexta hipótesis**, las variables cotempladas nos son las únicas que tienen un valor predictivo.

El **tercer objetivo** plantea evaluar los resultados de la intervención familiar del programa Hirusta de la Fundación Gizakia de Bizkaia para los padres y madres de adolescentes en situación de riesgo. Para ello señala tres hipótesis que señalan la eficacia del programa en la mejora de las variables estudiadas (Tabla 82).

**Tabla 82. Contraste de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo**

HIPÓTESIS DEL TERCER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
7. La intervención familiar del programa Hirusta mejorará las variables educativas estudiadas: <b>los estilos educativos y de comunicación</b> utilizados	Parcial*
8. La intervención familiar del programa Hirusta reducirá los problemas emocionales asociados: <b>la sintomatología psicopatológica</b> , el estrés parental y la inadaptación	Parcial*
9. Las principales variables predictoras de mejores resultados del programa Hirusta serán el menor grado de estrés percibido, la menor presencia de sintomatología psicopatológica, y la mejor adaptación a la vida cotidiana al inicio de la intervención.	SÍ

\* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **séptima hipótesis** plantea que la intervención familiar del programa Hirusta mejorará las variables educativas estudiadas: los estilos educativos y de comunicación utilizados.

Los progenitores experimentaron una mejoría a lo largo de la intervención en dos de los tres estilos educativos. Los padres eran menos autoritarios y/o permisivos al terminar el programa e incluso mejoraron en el seguimiento. Por lo que se refiere a los estilos de comunicación, tanto los progenitores que se comunicaban de manera pasiva como los que se comunicaban de forma agresiva experimentaron una mejoría al terminar el programa, e incluso a los seis meses del mismo. Sin embargo, ni el estilo educativo democrático ni el estilo de comunicación asertivo mejoró tras la intervención.

Por lo tanto, **se confirma parcialmente la séptima hipótesis**, ya que los resultados de la intervención del programa Hirusta han mejorado los estilos educativos y de comunicación inadecuados, pero no han mejorado los estilos adecuados.

La **octava hipótesis** señala que la intervención familiar del programa Hirusta reducirá los problemas emocionales asociados: la sintomatología psicopatológica, el estrés parental y la inadaptación.

Respecto a la evolución del estrés parental, los progenitores se sintieron más recompensados en el momento del seguimiento que en la preintervención. Sin embargo, en la finalización del programa se percibieron más estresados en su papel de progenitores. Respecto a los síntomas de malestar psicológico evaluados mediante el SCL-90-R, en el caso de la ansiedad experimentó un descenso significativo, tanto a la finalización del programa como en el momento del seguimiento. Las dimensiones de hostilidad y psicoticismo también presentaron diferencias significativas entre la preintervención y la postintervención; y la dimensión de sensibilidad interpersonal lo hizo entre el inicio del programa y el seguimiento. El Índice Global de Severidad disminuye en los tres momentos de medición, siendo estadísticamente significativo entre el inicio de la intervención y el seguimiento. Lo mismo ocurre con el Índice de Distrés de Síntomas Positivos, que indica la intensidad de los síntomas presentes. Por último, el Total de Sintomatología Positiva experimenta una disminución significativa tanto a la finalización del programa como a los seis meses.

La afectación que percibían los progenitores en las diferentes áreas de su vida aumentó o se mantuvo igual, como ocurre en el caso de la vida familiar, en la postintervención. No obstante, esta situación mejoró en la evaluación del seguimiento.

Así pues, **se confirma parcialmente la octava hipótesis**, ya que se han reducido los niveles de malestar psicopatológico, pero no ocurrió lo mismo con el estrés parental y el desajuste en las diferentes áreas de la vida.

La **novena hipótesis** establece que las principales variables predictoras de mejores resultados del programa Hirusta serán el menor grado de estrés percibido, la menor presencia de sintomatología psicopatológica, y la mejor adaptación a la vida cotidiana al inicio de la intervención.

En los análisis de regresión múltiple llevados a cabo, son muchas las variables que han mostrado tener algún valor predictivo con la mejoría tras el paso por el programa. Entre ellas se incluyen las variables contempladas en la hipótesis formulada. No obstante, hay otras variables adicionales que también resultan importante a la hora de predecir la mejoría: la edad o los estilos educativos en la preintervención, por ejemplo.

Por ello, aunque **se confirma la novena hipótesis**, las variables cotempladas nos son las únicas que tienen un valor predictivo.

El **cuarto objetivo** trata de comparar los resultados obtenidos de los dos programas estudiados (Suspertu e Hirusta) tanto a corto como a medio plazo.

La **décima hipótesis** señala que los dos programas estudiados obtendrán resultados similares en la intervención con los progenitores de la muestra (Tabla 83).

**Tabla 83. Contraste de la hipótesis correspondiente al cuarto objetivo**

HIPÓTESIS DEL CUARTO OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
10. Las intervenciones con los progenitores de la muestra de los dos programas estudiados obtendrán resultados similares	NO

Respecto a los estilos educativos, los dos grupos mejoraron sus estilos educativos entre la preintervención y el seguimiento, aunque el tamaño del efecto fue menor en el grupo de Hirusta que en el de Suspertu. Resulta relevante el cambio que experimentó el estilo autoritario en el grupo de progenitores de Suspertu, encontrándose un tamaño del efecto grande.

En cuanto a los estilos de comunicación, los progenitores de Suspertu se comunicaban de manera menos asertiva que el grupo de Hirusta al inicio de la intervención. Sin embargo en el momento del seguimiento alcanzaron puntuaciones más altas. Los estilos pasivo y agresivo tuvieron una evolución similar en los dos grupos, a pesar de que el grupo de Suspertu mejoró más en ambos estilos, teniendo en cuenta la semejanza al inicio de ambos programas.

Respecto al tamaño del efecto en los estilos de comunicación, se observa un mayor cambio en los progenitores de Suspertu en los tres momentos de evaluación, resultando especialmente importante el cambio experimentado en los estilos pasivo y agresivo en este grupo. El tamaño del efecto es grande en el estilo pasivo entre la preintervención y el seguimiento, así como en el estilo agresivo entre el inicio y la finalización, y entre el inicio y los seis meses.

A su vez, la evolución del grupo Suspertu respecto al estrés parental es mayor tanto en las recompensas como en los estresores. Al inicio del programa los progenitores de Suspertu se sentían menos recompensados y más estresados en su papel de padres que los progenitores del grupo Hirusta. En el caso de las recompensas los niveles se igualaron a la finalización de los programas y se mantuvieron en el seguimiento. Sin embargo, la percepción del estrés en la postintervención disminuyó en el grupo de Suspertu y continuó descendiendo en el seguimiento. En el grupo de Hirusta el estrés aumentó en la finalización de la intervención y disminuyó a los seis meses.

El grupo de progenitores de Suspertu experimentó un mayor cambio a lo largo de la intervención, presentando un tamaño del efecto relevante en las recompensas y los estresores entre el inicio de la intervención y la finalización de la misma. Además, el tamaño del efecto en la puntuación total en el grupo de Suspertu es moderada tanto entre la preintervención y la postintervención, así como entre la preintervención y el seguimiento.

A pesar de que los progenitores llegaban a los dos programas con una gran afectación psicopatológica, fueron los progenitores de Suspertu los que presentaban una mayor intensidad al inicio de la intervención. Sin embargo, estos mayores niveles disminuyeron en mayor medida que el grupo de Hirusta en el momento del seguimiento. Estos datos son estadísticamente significativos en dos dimensiones. Por un lado, en el caso de la dimensión hostilidad, en el momento de la finalización de la intervención el grupo de Suspertu señaló una menor afectación en esta dimensión que el grupo Hirusta. En el caso del Índice de Distrés de Síntomas Positivos, que indica la intensidad de los síntomas presentes, también se mostraron diferencias significativas entre los dos grupos

en el momento de la postintervención. Los progenitores de Suspertu presentaron una menor puntuación que el grupo de Hirusta.

Los progenitores del grupo Suspertu disminuyeron la afectación sintomatológica referida a todas las dimensiones en mayor medida que el grupo de Hirusta. Cabe señalar que el tamaño del efecto es relevante en todas las dimensiones en el grupo Suspertu, alcanzando un tamaño moderado en las dimensiones de obsesión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad y psicoticismo tanto entre la preintervención y la postintervención, como entre la preintervención y el seguimiento.

La evolución de la afectación en las distintas áreas de la vida también ha sido diferente en los dos grupos de estudio en los tres momentos de evaluación. En general, la evolución de esta afectación ha sido significativamente más satisfactoria en Suspertu que en Hirusta, tanto en el momento de finalizar el programa como a los seis meses de seguimiento.

De este modo, **se rechaza la décima hipótesis**, ya que se han encontrado diferencias en los resultados obtenidos en los dos programas de intervención.

## **6. DISCUSIÓN**

En la primera parte de este apartado se comentan los aspectos más relevantes de este estudio en relación con los cuatro objetivos generales de la investigación llevada a cabo. Estos objetivos son, en primer lugar, conocer las características sociodemográficas, los estilos educativos y de comunicación, el estrés parental, la sintomatología psicopatológica y la inadaptación a la vida cotidiana de los progenitores de los adolescentes en situación de riesgo que acuden en busca de ayuda a dos programas de prevención indicada de Proyecto Hombre. En segundo lugar, evaluar los resultados de la intervención realizada en el programa Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra para los padres y madres de adolescentes en situación de riesgo. En tercer lugar, evaluar los resultados de la intervención realizada por el programa Hirusta de la Fundación Gizakia de Bizkaia para los padres y madres de adolescentes en situación de riesgo. Y, por último, comparar los resultados de los dos programas estudiados (Suspertu e Hirusta) tanto a corto como a medio plazo.

Para finalizar, se señalan las principales limitaciones y fortalezas con las que se ha contado en la realización de la investigación, así como algunos aspectos que deberían ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones relacionados con ésta.

### **6.1. Descripción del perfil de los progenitores de dos programas de prevención indicada**

Uno de los objetivos de este estudio fue examinar el perfil sociodemográfico de los progenitores de los adolescentes con conductas de riesgo que acudieron en busca de ayuda a dos programas de prevención indicada, así como el estado emocional, los síntomas psicopatológicos y los estilos educativos y de comunicación de los mismos al inicio de la intervención.

El perfil de los progenitores que acudieron a estos programas estaba formado, casi en una proporción igualitaria, por hombres y mujeres con una edad media de 48,8 años. Casi la mitad de los mismos poseían estudios secundarios, uno de cada tres progenitores tenía estudios universitarios y la mayoría de ellos se encontraban trabajando. El 95% de los progenitores que participaron en el estudio convivían con el

hijo por el que solicitaban la ayuda, con un mayor porcentaje de madres que de padres viviendo solas con sus hijos. Por lo que se refiere a los adolescentes implicados en el programa, la edad media fue de 16,7 años, la mayoría de los mismos convivían con la familia de origen y el 83% de los mismos asistían también a los programas.

Se trata de un perfil totalmente normalizado, con un nivel cultural medio-alto, laboralmente activos y con estructuras familiares en su mayoría nucleares, que engloban aquellos hogares donde conviven el padre, la madre y los hijos de ambos. Un 19,8% de los adolescentes que acuden a los programas conviven en familias monoparentales, bien con el padre, bien con la madre. Resulta significativa la mayor representatividad de los hogares monoparentales encabezados por mujeres en la muestra (14,9%). Estos datos son ligeramente superiores a los que se manejan en la población general (14,3%), ya que las cifras actuales indican que el porcentaje de hogares monoparentales encabezados por mujeres es de un 11,8% y el porcentaje de hogares encabezados por hombres de un 2,5% (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

Actualmente, diversos autores (Scarpatti et al., 2014) reclaman la necesidad de diferenciar entre familias monoparentales y familias binucleares. Por familia monoparental entienden aquella en la que hay un solo progenitor, ya sea por muerte o separación o porque los hijos nacieron fuera del matrimonio. Por familia binuclear se refieren a aquella familia que surge cuando se produce un divorcio o separación y los padres viven en casas diferentes, pero siguen compartiendo la responsabilidad y el compromiso con los hijos. Estos adolescentes viven con uno de los progenitores o con ambos de manera intermitente, pero cuentan con el apoyo de ambos.

Este tipo de familias experimentan determinados conflictos que se unen a los conflictos propios de la etapa de la adolescencia. En relación con la situación de separación o divorcio pueden aparecer dificultades como aislamiento social y soledad de los progenitores, celos de los hijos, tensiones ocasionadas por nuevas relaciones de pareja del padre o madre a cargo de los hijos y/o dificultad para asumir límites y cumplir reglas cuando el progenitor trabaja fuera de la casa. Según Rodríguez (2008), los hijos que se desarrollan en esta tipología de familias se perciben diferentes a los adolescentes que cuentan con padres que viven juntos, son hijos de fines de semana en

la relación con el progenitor con el que no convive, o con los nuevos hermanos fruto de una nueva relación sentimental. Este autor afirma que aquellos progenitores que tras la separación mantienen el conflicto abierto cuentan con menos oportunidades relacionadas con la toma de decisiones y retroalimentación en conjunto y su estilo parental es sobreprotector o permisivo para compensar la pérdida o la relación distante. En los estudios realizados por autores como Barker y Verani (2008) y Arroyo (2002), se señala la importancia de la participación de ambos progenitores en la educación de los hijos. Las ventajas que esto proporciona se resume en hijos más democráticos en sus relaciones de género, equilibrio en la distribución de roles y funciones, lo que permite mayor espacio de crecimiento individual, desarrollo de mejores habilidades sociales, cognitivas y socio-afectivas.

Una investigación realizada por Scarpati y colaboradores (2014) muestra que una familia con una madre y un padre comprometidos en la crianza de los hijos contribuye a que los hijos tengan mayores oportunidades a imitar, a ampliar sus habilidades para funcionar y adaptarse al contexto social. Sin embargo, señala que esta ventaja no se da en familias monoparentales porque en la mayoría de los casos estudiados los progenitores se separan y no trabajan conjuntamente en beneficio del desarrollo de los hijos. Esta responsabilidad la asume el progenitor con quien viven los hijos y el otro permanece ausente.

Algunos estudios señalan el divorcio o la separación como un factor de riesgo en el desarrollo emocional de los menores y de los adolescentes y lo relacionan con un incremento de manifestaciones emocionales como la ansiedad, la depresión y la agresión (Amato, 2001; Breivik y Olweus, 2006). Otros autores han comparado a los hijos de padres divorciados con hijos de familias biparentales y han encontrado que los que proceden de familias monoparentales tiene menos logros académicos, un peor autoconcepto y más problemas de conducta (Emery, Waldron, Kitzman y Aaron, 1999). Las conclusiones que se desprenden de un estudio realizado en nuestro país (Rodríguez, Del Barrio y Carrasco, 2013) señalan que ser hijo varón es un factor de riesgo para el desarrollo de conductas agresivas cuando se encuentra dentro de una estructura familiar monoparental encabezada por la madre. Por esta razón, apuntan la necesidad de ejecutar medidas preventivas para este tipo de familias.

Otros autores (Arroyo y Domínguez, 2001) se alejan de la consideración tradicional de la familia monoparental como una desviación de la familia nuclear y señalan que los problemas derivados de la socialización de los hijos en este tipo de familias están relacionados con situaciones de desventaja económica y riesgo de pobreza y no tanto por la estructura familiar.

En la bibliografía científica en el ámbito de la prevención de conductas de riesgo analizada para la realización de este estudio, apenas se considera el divorcio o la separación de los progenitores como un factor de riesgo para el desarrollo de conductas de riesgo en la adolescencia. De hecho, ni siquiera se recoge que la estructura nuclear familiar suponga un factor de protección. Sólo Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) señalan que la ausencia de uno de los progenitores únicamente influye en el consumo de drogas cuando el adolescente vive solo con la madre, y el que falta es el padre. Algunos autores señalan como factores de riesgo las variables relacionadas con el conflicto familiar, el bajo apego a la familia y/o la desorganización familiar (Hawkins et al., 1992; Merikangas et al., 1998; Pollard et al., 1997), y el apego familiar, la cohesión familiar y/o la estabilidad familiar como factores de protección (Muñoz-Rivas et al., 2000; Pollard et al., 1997).

Siguiendo con el perfil de la muestra, tanto la edad media de los adolescentes (16,7 años) como el porcentaje de los que acudieron a los programas (83,6%) se mantiene estable en ambos programas en los últimos años. Por lo que se refiere al programa Suspertu, la edad media de los adolescentes atendidos en los últimos diez años ha oscilado entre los 16,3 años en el 2016 y los 17,6 años en el 2006. El porcentaje de retención más pequeño fue en el año 2007 con un 71,8% y el más elevado se produjo en el año 2014 con un 100% de retención de los adolescentes en el programa.

Si se tiene en cuenta la escasa o nula motivación de los adolescentes por recibir ayuda y la baja percepción de riesgo de la situación que ha generado la demanda de los padres, estas cifras de retención pueden ser consideradas realmente satisfactorias. En este contexto, el reclutamiento y retención de los participantes es uno de los factores centrales que dan validez a la intervención en los programas de prevención indicada. En

la bibliografía es habitual tener en cuenta los resultados de familias que han acudido a un 50% o más de las sesiones previstas. Esto da idea de la dificultad de encontrar altas tasas de retención en los programas preventivos de este tipo (Fernández-Hermida et al., 2010). Cuando se analizan los factores que condicionan la retención se ha podido ver que las familias en las que los progenitores estaban casados contaban con altos niveles de educación, no eran fumadores y la mujer era más competente socialmente la probabilidad de ser retenidas por el programa era más elevada. En un estudio europeo realizado con familias monoparentales encabezadas por mujeres (Engels y Andries, 2007), aproximadamente un 77% de estas familias asistieron a más de la mitad del programa, pero las que no asistieron eran las que más necesidad de intervención presentaban. Estas madres mostraban un nivel elevado de conductas externalizantes, un uso de la disciplina inadecuado, una falta de supervisión de la conducta de los hijos, junto con un mayor estrés parental y un rechazo del adolescente.

En cuanto a los estilos educativos observados en los progenitores participantes en el estudio, al inicio de los programas, la mayoría de ellos adoptaban un estilo democrático, seguido de un estilo permisivo y autoritario. Los resultados mostraron que aquellos padres que utilizaban estilos educativos más democráticos presentaban menos síntomas psicopatológicos, tanto en el caso de los padres como de las madres. A su vez, cuanto más alto era el estilo democrático menor gravedad se presentaba en las áreas de la pareja y la familia. Sin embargo, los estilos educativos autoritarios y permisivos, se relacionaron con síntomas psicopatológicos más severos y con mayores niveles de inadaptación a la vida cotidiana, especialmente en el caso del estilo permisivo. Una mayor puntuación en el estilo educativo permisivo en la preintervención predijo en este estudio un mayor estrés parental y una mayor inadaptación en la postintervención. Por el contrario, la adopción de un estilo parental democrático al inicio de los programas predijo un estilo educativo más democrático, un estilo de comunicación más asertivo y una menor afectación del estrés parental en el seguimiento de los 6 meses.

Un dato interesante que arroja esta investigación es que las madres estuvieron más representadas en los estilos educativos democrático y permisivo en comparación con el grupo de padres. Sin embargo, el grupo de padres no adoptó un estilo autoritario en mayor proporción que las madres. Por otro lado, aquellos padres que tenían un estilo

educativo permisivo al inicio de la intervención señalaban una mayor afectación en todas las áreas de la vida cotidiana, siendo especialmente significativa la inadaptación en el área familiar.

Por lo tanto, parece indicado señalar como un hecho relevante que la adopción de un estilo educativo permisivo, tanto en padres como en madres, se relaciona con una mayor afectación psicopatológica e inadaptación familiar en mayor medida que la adopción de un estilo educativo autoritario. Como señala Baumrid (1980) el objetivo fundamental de los progenitores permisivos es liberarlos a ellos mismos del control y evitar ejercer el recurso de la autoridad, el uso de las restricciones y los castigos. No son exigentes en cuanto a las expectativas de madurez y responsabilidad en la ejecución de las tareas. Uno de los problemas que presenta este estilo es que los padres no siempre son capaces de marcar límites a la permisividad, pudiendo llegar a producir efectos socializadores negativos en los hijos respecto a conductas agresivas y el logro de independencia personal. Este tipo de padres forman hijos alegres y vitales, pero dependientes, con altos niveles de conducta antisocial y con bajos niveles de madurez y éxito personal (Banham, Hanson, Higgins y Jarrett, 2000).

Con respecto a la evidencia que establece alguna relación entre los estilos educativos parentales y el consumo de drogas de los hijos, Becoña y colaboradores (2012b) realizaron una revisión de los estudios publicados entre los años 1980 y 2010 sobre la influencia del estilo educativo en el consumo de drogas de los hijos. Encontraron que el estilo democrático estaba asociado a bajos niveles de consumo de alcohol y cannabis y a un mejor ajuste psicológico de los adolescentes. El estilo autoritario se relacionó con un mayor uso de alcohol y otras sustancias, mientras que el estilo permisivo negligente estaba asociado con el consumo de drogas incluido el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína y el éxtasis. Respecto al estilo permisivo, los autores encontraron resultados contradictorios. Por un lado, se relacionó con el consumo de alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis y drogas en general. Por otro lado, algunos estudios (García y Gracia, 2009; Rothrauff, Cooney y An, 2009) señalaron que el estilo permisivo podía ser adecuado en la socialización de los hijos y estar relacionado con menores consumos de drogas en comparación con el estilo democrático. Por último, un estudio realizado por García y Gracia (2010) indicaba que el mejor estilo educativo

parental en España era el estilo permisivo indulgente asociado a menores consumos de sustancias entre adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años.

Las diferencias entre los estilos materno y paterno han recibido poca atención, dado que habitualmente se han clasificado los maternos o se han evaluado los estilos parentales de padres y madres conjuntamente, pero se han excluido del análisis a las familias en las que los progenitores mostraban diferentes estilos, o bien se han promediado las puntuaciones de padres y madres, lo que puede llevar a clasificar mal a las familias (McKinney y Renk, 2008).

Los peores resultados se encuentran cuando los dos progenitores son permisivos. Cuando solo uno de los progenitores muestra este estilo, las combinaciones que incluyen una madre indiferente producen significativamente peores resultados que aquellas combinaciones en las que el padre lo es, lo cual indica que la influencia materna suele ser algo superior que la paterna (Hair et al., 2008; Rodrigo et al., 2004).

Algunos de estos progenitores desarrollan estrategias inapropiadas para hacer frente a estas condiciones familiares, como lo demuestran otros autores (Ary et al., 1998; Parker y Benson, 2004), quienes señalan la necesidad de una intervención familiar integral, no sólo con el objetivo de abordar la conducta de riesgo concreta que presenta el adolescente, sino intervenciones que aborden todas aquellas condiciones sociales y personales que conducen al adolescente a implicarse en conductas de riesgo. Los conflictos familiares y el control parental están presumiblemente influenciados por factores dentro y fuera del entorno familiar. En particular, hay pruebas de que la deprivación económica, la presencia de psicopatología en los progenitores, la historia de fracaso escolar, la ausencia de ocio saludable estructurado y/o la relación con un grupo de iguales consumidores suponen factores de riesgo en la adolescencia en la asunción de conductas de riesgo (Becoña, 2002). Por esto, se hace necesario, además de implementar programas que mejoren las habilidades parentales, diseñar intervenciones que tengan en cuenta todos los factores contextuales que interaccionan en la vida del adolescente (Patterson et al., 1992).

Respecto a los estilos de comunicación, los progenitores que participaron en este estudio señalaron adoptar un estilo de comunicación asertivo en primer lugar, seguido por el estilo de comunicación agresivo y finalmente el estilo pasivo. Aquellos progenitores con estilos de comunicación pasivos y/o agresivos presentaban una mayor sintomatología psicológica. En función del sexo, en el grupo de los padres se apreció una ligera correlación entre el estilo agresivo y el grado de inadaptación. Aquellos padres que se comunicaban de manera agresiva presentaban una mayor afectación en las áreas de su vida cotidiana. La adopción de un estilo más asertivo al inicio de la intervención predijo un estilo educativo democrático y un estilo de comunicación asertivo en el seguimiento de los 6 meses.

Dada la importancia de crear un ambiente familiar adecuado y estrategias de comunicación eficaces entre los miembros de la familia para el desarrollo de factores protectores, el desarrollo de estilos educativos adecuados y estrategias efectivas de comunicación en el contexto de la familia también debe enfatizarse en los programas de intervención que involucran a estos padres (Cava, Murgui y Musitu, 2008; Jiménez, 2011).

Otro hallazgo relevante derivado de este estudio es la relación entre las percepciones de los progenitores acerca de su papel parental (estresante o gratificante) y el estado psicopatológico y los niveles de inadaptación a la vida cotidiana. La percepción estresante del rol de padre/madre se relacionaba de forma estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología psicopatológica y con mayor afectación en las áreas de su vida. Sin embargo, aquellos progenitores que se sentían más recompensados presentaban una menor sintomatología psicopatológica y menor inadaptación. Además, una mayor puntuación en la escala de estresores en la preintervención predijo un mayor estrés parental tanto en la postintervención como en el seguimiento de los 6 meses. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, aquellos progenitores que se sentían más recompensados en su labor parental al inicio del programa presentaban una mayor afectación psicopatológica general en el GSI en la evaluación del seguimiento. Este resultado, aunque sorprendente, es un dato aislado dentro de todos los análisis estadísticos realizados.

En función del sexo, cabe señalar los datos arrojados por el estudio respecto al grupo de madres. Las madres que se sentían más recompensadas correlacionaban inversamente con la afectación en el área familiar: a mayor satisfacción parental, menor inadaptación familiar. Sin embargo, aquellas madres que se sentían más estresadas estaban más afectadas en el grado total de inadaptación y, específicamente, en el tiempo libre. El grupo de madres también presentó diferencias importantes respecto al grupo de padres en cuanto a la sintomatología psicológica. Las madres que percibían su rol como más estresante presentaban mayores niveles de obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, índice global de gravedad e índice total de sintomatología positiva. Por el contrario, las madres que se sentían más recompensadas en su papel como tales obtenían una menor puntuación en sintomatología depresiva: a mayor satisfacción, menor sintomatología depresiva.

El estrés parental se estudia en los modelos de Abidin y Brunner (1995), quienes consideran que el estrés de la madre está determinado por el apoyo percibido del padre, los recursos y habilidades de la pareja para mantener un estado de equilibrio afectivo y una promoción adecuada del desarrollo del hijo. Estos autores concluyen que la percepción del apoyo del padre es una variable importante para explicar el estrés de la crianza de la madre. Es decir, cuando la madre se siente apoyada por el padre en las actividades de la crianza, el nivel de estrés es menor. La falta de adaptación a la relación de pareja y a la paternidad puede llevar a ambos progenitores, sobre todo a la madre, a experimentar su maternidad como una actividad estresante, afectando al desarrollo de los hijos. Los eventos de la vida que parecen estresantes tienen efectos sobre la relación funcional padres-hijos. Este modelo queda obsoleto ante las nuevas realidades familiares y los nuevos roles de género más igualitarios según los cuales el padre no ejerce un apoyo a la parentalidad de la madre sino que la parentalidad es compartida en igualdad de condiciones por ambos progenitores.

El estrés consume recursos atencionales y deja mermadas las capacidades cognitivas (Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne, 2008). Por un lado, los progenitores bajo estrés tienden a valorar las situaciones cotidianas de modo simple y automático, lo que implica una forma más impulsiva de responder, un repertorio más limitado de comportamientos educativos y una mayor persistencia en el uso de la misma estrategia

sin tener en cuenta los matices que provienen de la situación (Rohrbeck y Twenyman, 1986; Trickett y Kuczynski, 1986). Por otro lado, estos progenitores interpretan su papel como padre o madre, las conductas de sus hijos y sus necesidades evolutivas con egocentrismo y falta de perspectivismo, es decir no prestan atención al punto de vista de sus hijos o a sus necesidades (Rodrigo, Janssens y Ceballos, 2001; Rodriguez, 2005). Por último, utilizan pocos mecanismos de autocorrección, ya que no suelen revisar las consecuencias de sus acciones en la conducta de sus hijos, lo que les hace persistir en el error (Wahler y Dumas, 1989).

Numerosos trabajos destacan que el estrés generado por la vida diaria, por el nivel económico y/o por la vivencia parental determina el funcionamiento y las relaciones familiares (Cnric et al., 2005; Gerstein et al., 2009; Shin et al., 2008). Pero, según Gerstein y colaboradores (2009), es el estrés parental el que genera un mayor nivel de tensión dentro del entorno familiar, puesto que el nacimiento de un hijo siempre supone una serie de cambios y reorganizaciones dentro del contexto de las familias.

Otros trabajos como el de Luthar (2003) destacan que las familias donde ambos progenitores son miembros activos en la educación de sus hijos y comparten equitativamente las responsabilidades en el cuidado de los hijos evidencian menores niveles de estrés que las familias en las que la responsabilidad de la educación de los hijos recae sólo en uno de sus miembros. Es decir, se defiende que la participación activa de ambos progenitores en las tareas de la crianza de los niños sirve como factor de protección, y que una buena interacción padres-hijos se asocia con un mejor desarrollo de los niños y un mejor ajuste familiar (Gerstein et al. 2009; Teubert y Pinquart, 2010).

Cuando se relaciona el rol que tienen los padres y madres dentro de la dinámica familiar con el estrés, es de suponer que existan diferencias al respecto entre los progenitores en función del papel que desempeñan en la crianza de los hijos. Gerstein (2009) señala que el estrés parental suele ser mayor en las madres que en los padres, especialmente dentro del modelo clásico de familia occidental donde es la madre la que ejerce el rol más activo en la crianza de los hijos. El hecho de que las madres estén más

estresadas y que su estrés aumente durante la crianza puede verse reflejado en la cantidad de tiempo que ellas invierten en el cuidado del niño. Sin embargo, el rol del padre como figura de crianza, al menos hasta ahora, ha sido menos definido en nuestras sociedades y sólo algunas investigaciones han sugerido que los hombres se identifican más con su rol de sostén económico de la familia o como trabajadores (Diemer, 2002).

Por lo tanto, los programas de intervención deben desarrollar estrategias para minimizar las percepciones de los roles parentales como estresantes y para maximizar los sentimientos de recompensa de los padres. En este sentido, no debe olvidarse que en este estudio se identifican las percepciones del rol de los padres como estresantes, carentes de sentimientos de recompensa y el uso de estilos educativos permisivos y autoritarios como algunas de las principales variables que predicen la gravedad de los trastornos psicopatológicos y desajuste.

Los resultados de esta investigación revelan la presencia de varios síntomas psicopatológicos entre los progenitores estudiados, presentando una condición psicopatológica más severa que la población general, con mayores impactos en el caso de las madres. Este grupo presentó una afectación relevante en los dos índices globales de gravedad (GSI y PST) y las escalas relacionadas con la sintomatología obsesivo-compulsiva y depresiva.

La misma tendencia se observó respecto a los niveles de inadaptación a la vida cotidiana. En los progenitores participantes en el estudio se observó un alto desajuste en la vida cotidiana. Y en este caso, también, fueron las madres quienes obtenían puntuaciones significativamente más altas en todas las áreas analizadas, con la excepción de la afectación a la relación de pareja. En cualquier caso, las puntuaciones medias de las madres superaron el punto de corte (2 puntos) en todas las áreas de inadaptación.

En España se realizó una revisión para analizar los estudios empíricos realizados entre los años 1980 y 2010 que evaluaban la relación entre la desorganización familiar y el consumo de drogas de los hijos (Becoña et al., 2012a). En este estudio, la desorganización familiar estaba caracterizada por la presencia de una enfermedad

mental de uno de los progenitores, el consumo de sustancias parental y el hecho de ser familias monoparentales como consecuencia del divorcio o del fallecimiento de uno de los progenitores. Una de las conclusiones de la revisión realizada por estos autores hace referencia a la relación existente entre la presencia de psicopatología parental y el consumo de sustancias legales e ilegales de los hijos.

Concretamente, en una investigación llevada a cabo por Weintraub (1990) se hizo un seguimiento de 474 niños a lo largo de 10 años. Los resultados concluyeron, en relación con la psicopatología de los progenitores, que el conflicto y la desorganización familiar alcanzaban niveles altos en familias en las que había un padre alcohólico, y estos niveles altos aumentaban en aquellas familias en las que el padre alcohólico presentaba, además, un trastorno psiquiátrico. Los hijos procedentes de estas familias tenían más probabilidades de consumir sustancias. En otro estudio, Neff (1994) analizó una muestra de 1.784 personas y encontró que las mujeres participantes en la investigación que tenían padres con una enfermedad mental presentaban mayores niveles de depresión, ansiedad, somatización y de consumo de alcohol en comparación con los participantes que tenían padres sin trastorno mental. Por su parte, Caton y colaboradores (1994) encontraron en una muestra de 200 varones con esquizofrenia que los varones que carecían de un hogar donde vivir procedían en mayor proporción de familias en la que había progenitores con enfermedad mental, en comparación con los que tenían una vivienda, y además presentaban un mayor consumo de sustancias.

Estos hallazgos son consistentes con los pocos estudios realizados hasta la fecha que muestran una presencia exagerada de síntomas de ansiedad y depresión en los padres/madres de adolescentes que participan en comportamientos de riesgo (Lloret, et al., 2013). Este resultado es de gran importancia, ya que los problemas familiares relacionados con los comportamientos de riesgo de los adolescentes, ya sea como causa o consecuencia, contribuyen al mantenimiento de comportamientos problemáticos en adolescentes, incluidos los de consumo de drogas o actos de violencia (Estévez, et al., 2007).

Por lo tanto, los programas de intervención que involucran a los padres de adolescentes en riesgo deben considerar las características psicopatológicas que

presentan para mejorar la atmósfera familiar y limitar los riesgos de conductas problemáticas en los adolescentes. Este tipo de intervención es especialmente necesario en el caso de las madres que, como es típico en el campo de la psicopatología (Frank, 2000) y como se muestra en este estudio, presentan mayores grados de sintomatología afectiva que se relaciona principalmente con la ansiedad y la depresión. Las intervenciones con estas madres en programas de prevención con adolescentes son probablemente más precisas que los tratamientos generales que muchos de ellos pueden estar recibiendo en atención primaria de salud o centros de salud mental en respuesta a los síntomas que presentan.

## **6.2. Resultados de la intervención familiar en los programas de prevención indicada**

El objetivo principal de este estudio fue evaluar los resultados obtenidos por las intervenciones familiares de los dos únicos programas de Proyecto Hombre de prevención familiar indicada en español incluidos en la base de datos EDDRA (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2015a, 2015b). Este tipo de intervenciones son necesarias porque, como se demostró en estudios previos, los padres de los adolescentes en riesgo, además de requerir un apoyo para el acompañamiento de sus hijos adolescentes, presentan síntomas psicopatológicos severos y desajuste en la vida cotidiana, así como estilos educativos y de comunicación inadecuados (Ary et al., 1998; Ituráin, López-Goñi, Arteaga, Deusto y Fernández-Montalvo, 2017; Parker y Benson, 2004).

Los resultados revelaron que ambas intervenciones de los progenitores fueron eficaces para mejorar las variables educativas: los estilos educativos y los estilos de comunicación. Específicamente, respecto a los estilos educativos, los progenitores de ambos grupos finalizaron la intervención siendo más democráticos y menos autoritarios y/o permisivos. Respecto a los estilos de comunicación, también se observó una mejora importante en la forma de comunicarse dentro del ámbito familiar. Los progenitores acabaron adoptando una comunicación más asertiva y menos pasiva y/o agresiva. Así, tras el paso por ambos programas, los progenitores adoptaron un estilo educativo más democrático y un estilo de comunicación más asertiva. Estos resultados están en línea

con los obtenidos en otros estudios con padres de adolescentes con el fin de promover estilos de crianza positiva en diferentes contextos (Arranz, Olabarrieta, Manzano, Martín, Cruz y Etxaniz, 2016; Centro de Psicología de la Familia, 2012; De Graaf, Speetjens, Smit, De Wolff y Tavecchio, 2008; Rodrigo, 2016).

Este hecho es de gran relevancia debido a que existe un consenso dentro de la comunidad científica en señalar estos dos factores como aspectos cruciales dentro del ámbito familiar en lo que se refiere a la prevención de conductas de riesgo durante la adolescencia (Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998; Merikangas et al., 1998; Muñoz-Rivas et al., 2000 y Pollard et al., 1997). A pesar de no referirse a estilos educativos concretos, estos autores apuntan a dimensiones concretas que engloban estilos educativos concretos, como el estilo educativo permisivo y/o agresivo. Concretamente, hacen referencia a aspectos tales como el escaso control y seguimiento de sus conductas, el poco e inconsistente refuerzo de la conducta positiva, los castigos excesivamente severos e inconsistentes, el fracaso en el control de los hijos, la baja o pobre supervisión familiar, la escasa disciplina familiar o la comunicación deficiente, entre otros.

Como se ha comentado anteriormente, está ampliamente documentada la relación que existe entre los estilos educativos y de comunicación familiares con el desarrollo de determinadas conductas de riesgo en la adolescencia, siendo las más estudiadas el consumo de drogas, las conductas violentas o el fracaso escolar.

Por otra parte, ambos grupos presentaron una disminución en el grado de afectación psicológica asociada. En el caso del estrés parental después de la intervención, los progenitores percibieron que su papel como padre/madre era menos estresante y más gratificante. También se observó una importante reducción de los síntomas psicopatológicos y desajustes después de la intervención. En general, se logró una mejora en ambos grupos principalmente en la evaluación.

En este sentido, también existe un consenso por parte de los profesionales y de los investigadores en destacar que el bienestar de los hijos se ve afectado por un ambiente desorganizado y por los problemas de estrés, la depresión y la ansiedad de los

progenitores (Espada y Méndez, 2002). Sin embargo, esta relación no está tan desarrollada y afianzada como ocurre en el caso de los estilos educativos parentales. En las revisiones llevadas a cabo en el ámbito de la prevención familiar sólo dos grupos de investigación hacen referencia a estas dimensiones. En primer lugar, Kumpfer y colaboradores (1998) señalaron como factores de riesgo familiar en la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia la desorganización familiar y el estrés parental, los problemas de salud mental de los progenitores, el aislamiento familiar y la ausencia de una red de apoyo familiar eficaz. Estos autores especifican que los problemas de salud mental, como la depresión por ejemplo, pueden causar puntos de vista negativos sobre la conducta de los hijos, así como actitudes de hostilidad hacia estos o el desarrollo de una disciplina severa. En segundo lugar, Merikangas y colaboradores (1998) apuntaron como factor de riesgo la presencia de psicopatología parental.

Por otra parte, desde la perspectiva de los factores de protección, Muñoz-Rivas y colaboradores (2000) señalan como un factor protector familiar la buena estabilidad emocional parental. Este factor, junto con la ausencia de consumo de drogas por parte de los progenitores, aparece relacionado con el menor consumo de los hijos y, de forma indirecta, con el menor consumo de los amigos de sus hijos.

No obstante, la competencia parental es consecuencia de un proceso transaccional en el que las características del niño y la capacidad de ajuste de los progenitores a las mismas modularán la relación, favoreciendo u obstaculizando el desarrollo de habilidades parentales adecuadas (Pérez-López et al., 2012) y los niveles de desarrollo de los hijos (Ablow et al., 2009). Desde esta óptica, controlar los niveles de estrés parental puede ser un recurso útil para mejorar el sistema de interacción familiar y ello, a su vez, se podrá ver reflejado en el desarrollo infantil. Es decir, al disminuir el estrés parental puede aumentar la sensibilidad de los padres y de las madres ante las diferentes señales de sus hijos y, a su vez, puede mejorar la interacción progenitores-hijos (Kaaresen et al., 2006).

Como se ha comentado anteriormente, una de las conclusiones de la revisión realizada en nuestro país (Becoña et al., 2012a) hace referencia a la relación existente entre la presencia de psicopatología parental y el consumo de sustancias legales e

ilegales de los hijos. Otros estudios apoyan esta conclusión, relacionando la presencia de un trastorno psiquiátrico en uno de los progenitores con la mayor probabilidad de consumo de drogas en los hijos adolescentes (Weintraub, 1990), con los mayores niveles de depresión, ansiedad, somatización y de consumo de alcohol en hijas (Neff, 1994) y con la probabilidad de que en la edad adulta carezcan de un hogar donde vivir (Caton et al., 1994).

Un hecho relevante que ha quedado demostrado en este estudio es la gran afectación psicopatológica que presentaban los progenitores participantes en la investigación al inicio de ambos programas. Existen diferentes factores que afectan a los adultos que inciden notablemente en el bienestar psicológico de los mismos. Entre ellos se pueden encontrar el divorcio o la separación, el trabajo y la familia. Ser padre y/o madre supone, en muchas ocasiones, una fuente de satisfacción, pero también una fuente de estrés y de malestar cuando los hijos comienzan a presentar problemas de conducta que los progenitores se sienten incapaces de gestionar. Este hecho puede generar sentimientos de fracaso y de baja autoestima, resultando en un estado de ánimo depresivo y elevados niveles de ansiedad. Si los problemas no se solucionan, los conflictos con el hijo adolescente pueden provocar un conflicto de pareja que agrava la situación y empeora la sintomatología psiquiátrica. Además, en muchas ocasiones esto se relaciona con un aislamiento social de la pareja que deja de interactuar socialmente, deja de participar en actividades sociales que hasta ese momento eran habituales a la vez, que el bajo estado de ánimo y la ansiedad mencionadas afectan a la implicación en actividades de ocio y/o de tiempo libre que acostumbraban realizar. Así, un problema familiar con el hijo o la hija puede acabar afectando a diferentes áreas de la vida de los progenitores, como se ha observado en este estudio.

Otro hecho que afecta al bienestar psicológico de los progenitores es la separación o divorcio de su pareja. El divorcio o la separación requieren una serie de cambios con el objetivo de adaptarse a la nueva realidad de manera adecuada (Yárnoz-Yaben, 2010). Durante este proceso pueden surgir emociones negativas en alguno de los progenitores o en ambos que pueden ser adaptativas. En el caso de que sean extremas, prolongadas e inadecuadas pueden afectar al sistema inmunológico (O'Leary, 1990).

Por el contrario, las emociones positivas protegen del estrés y la adversidad y pueden activar estilos de afrontamiento más adaptativos y flexibles (Kelter y Bonanno, 1997).

El divorcio es considerado como un elemento estresor importante en la vida de las personas, que afecta considerablemente en la vida de todos los miembros del grupo familiar. Referente a los efectos sobre los adultos, se han documentado problemas económicos y la consiguiente disminución del nivel de vida, un mayor riesgo de problemas de salud (Williams y Umberson, 2004), malestar psicológico y aislamiento social, o soledad (Yárnoz, Guerra, Plazaola, Biurrun y Comino, 2008). Los sentimientos experimentados habitualmente son enfado, rechazo, dolor, afecto, ansiedad, pánico y tristeza (Weiss, 1975).

El perfil de la muestra participante en este estudio estaba formado por un 70% de familias nucleares y el 25% de los progenitores formaban otro tipo de estructuras familiares entre las que se encontraban las familias reconstituidas y las familias formadas por un solo progenitor. Ambos tipos de familias han experimentado en su mayoría un divorcio o separación que ha podido influir en la presencia de mayor afectación psicopatológica, pero que sin embargo no se puso en relación en este estudio, así como tampoco se estudió la relación que este hecho puede tener con la asunción de conductas de riesgo en la adolescencia.

En general, los resultados en ambos grupos fueron homogéneos, con logros similares observados en los progenitores de las dos muestras. Sin embargo, la intervención familiar del programa Suspertu fue más eficaz en la mejora de las variables estudiadas, mostrando mayores tamaños de efecto en todas las variables. Aunque el marco teórico, la metodología y los contenidos de ambos programas era muy similar, las principales diferencias entre ellos se encontraban, en primer lugar, en las vías de acceso al programa; en segundo lugar, en la obligatoriedad de incluir a todos los miembros de la familia implicados; y por último, en la inclusión de una escuela de padres y madres estructurada en el programa Suspertu.

Respecto a las vías de acceso, en el programa Suspertu la forma de ingreso es a través del contacto directo de los progenitores. Son ellos quienes realizan el contacto

inicial con los profesionales del programa aunque vengan derivados o asesorados por otros profesionales, amigos o conocidos. Por tanto, la principal vía de acceso en el programa es la propia iniciativa de los progenitores. En el caso del programa Hirusta, este recurso se encuentra integrado dentro de la red de recursos que trabajan con menores en riesgo, por lo que ésta es la principal vía de acceso al programa.

En referencia a los criterios para la inclusión de los diferentes miembros de la familia en los programas, también existen diferencias. El programa Suspertu, teniendo en cuenta su modelo teórico, considera fundamental incluir en la intervención tanto a los dos progenitores como al adolescente por el que solicitan la ayuda. Para ello, invierten grandes recursos y esfuerzos en la consecución de este objetivo: se trabaja con los progenitores al inicio del programa para conseguir la asistencia del adolescente, que en la mayoría de los casos no accede a asistir al programa por no considerarlo necesario y/o no valorar ninguna problemática con su persona o conducta. En este sentido se trabajan con los progenitores pautas, habilidades, estrategias comunicativas a través del *rol-playing* o del modelado que favorezcan la implicación del hijo en el programa. Como muestran los datos, este objetivo se consigue, ya que el porcentaje de los hijos que participan en el programa es del 95,6%. Pero el trabajo de implicación y de motivación no sólo se realiza con el adolescente. Esto también se realiza con algunos progenitores. Una de las condiciones para la atención del adolescente en el programa es la participación de los dos progenitores, salvo en el caso de fallecimiento, residencia fuera de la Comunidad Foral de Navarra o no mantener ningún contacto con el menor. Para ello se ofrecen diferentes alternativas de intervención como atender por separado si la relación entre los progenitores es conflictiva y/o invitar a nuevas parejas de los progenitores si conviven con el adolescente. Esto demuestra la gran paridad encontrada en la muestra de progenitores de Suspertu, formada por un 45,9% de hombres y un 54,1% de mujeres. Este dato contrasta, por ejemplo, con los datos disponibles de la evaluación de proceso realizada en el año 2015 por el programa de prevención MONEO en el que el 84,4% de los participantes fueron mujeres y el 15,6% fueron hombres (<http://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1131977300924>). También se pueden comparar con el programa Conecta con tus hijos, con un 76,6% de madres participantes y un 23,4% de padres participantes (Vilaregut et al., 2012b).

Por el contrario, el programa Hirusta no prioriza implicar a progenitores y adolescentes como protocolo de actuación, por lo que pueden atender sólo al adolescente que presenta la conducta de riesgo, sólo a los progenitores o a ambas partes.

Por último, por lo que se refiere a la metodología, una de las diferencias más importantes entre ambos programas se encuentra en la Escuela de padres y madres del programa Suspertu. Se trata de una intervención grupal psicoeducativa llevada a cabo con los progenitores que se encuentran en el programa. Se trata de 25 sesiones semanales de hora y media de duración. El grupo es cerrado, es decir, una vez que se inicia no se pueden incorporar otros progenitores, la asistencia de ambos progenitores es obligatoria si las condiciones lo permiten y el objetivo de esta intervención es mejorar las habilidades parentales y los estilos de comunicación. A pesar de no tratarse de un grupo de autoayuda, debido a su duración (5-6 meses) y a la metodología dinámica y participativa del mismo, comparte algunas características de los grupos de autoayuda como el intercambio de experiencias comunes, el apoyo emocional recibido, el intercambio de información, los consejos y la educación, la facilitación de la reestructuración cognitiva, las funciones de socialización y la promoción de sentimientos de control, confianza y autoestima (Domenech, 1998).

El programa Hirusta también cuenta con una intervención grupal, pero de manera menos estructurada. La participación en los grupos no se establece de manera sistemática para todos los progenitores sino sólo para aquellos en los que se valore necesario por parte de los profesionales. Los grupos son reducidos y se trabajan temáticas concretas.

Por lo tanto, después de establecer en este estudio la utilidad de ambas intervenciones parentales, las contribuciones específicas de sus diferentes componentes, principalmente la educación de los grupos de padres, deberían ser evaluadas en futuros estudios. Desde una perspectiva predictiva, la edad de los participantes fue la variable más frecuentemente seleccionada en los análisis de regresión. En general, los padres más jóvenes lograron mejores resultados al adoptar un estilo educativo apropiado (democrático) y un papel menos estresante y más gratificante como padre/madre, así como un mejor ajuste a las diferentes áreas de la vida cotidiana. Por otra parte, la

presencia de un estilo permisivo antes de la intervención se asoció con mayor estrés paterno y desajuste después de la intervención. Este resultado coincide con otros estudios previos que demuestran que los estilos educativos inadecuados están relacionados con peores situaciones familiares con relaciones más problemáticas (Ary et al., 1998; Ituráin et al., 2017; Parker y Benson, 2004).

Uno de los objetivos de este estudio era valorar los resultados de la intervención familiar realizada en dos programas de prevención indicada que forman parte de la base de datos EDDRA. Los resultados obtenidos no se pueden comparar con otros programas evaluados a nivel nacional ni internacional debido a que la mayoría de ellos toman en consideración la intervención realizada con los hijos y realizaron las evaluaciones de proceso y de resultados. Otro inconveniente importante es que no se ha encontrado una similitud con ninguno de los programas ya que muchos de ellos se encuentran dentro de la prevención universal, otros se clasifican como prevención selectiva y otros como prevención indicada. Asimismo la edad de los hijos a los que van dirigidos los programas difieren de unos a otros.

En el ámbito nacional, el programa con el que comparte más semejanzas en la intervención familiar es el Programa de competencia familiar (PCF) (Orte et al., 2013), adaptación del *Strengthening Families Program* (SFP). Este programa ha obtenido los resultados más positivos tanto en la evaluación de proceso como en la evaluación de resultados y cuenta con la calificación más elevada de la base de datos EDDRA. Este programa supone, por tanto, un buen referente a tener en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de los programas. Sin embargo, existen diferencias importantes, como el hecho de que este programa se encuentra enmarcado dentro de la prevención selectiva y que está dirigido a niños de 8 a 12 años.

Otro programa que comparte ciertas semejanzas a nivel nacional es el programa PROTEGO (Larriba et al., 2001) que cuenta con una evaluación de proceso sistemáticamente establecida y actualmente se encuentra en fase de evaluación de resultados. Es un programa de entrenamiento familiar en habilidades educativas para prevenir las drogodependencias, dirigido al trabajo con grupos de padres y madres de (pre)adolescentes. PROTEGO es un programa de prevención selectiva que trabaja con

grupos de padres y madres de familias con presencia acumulativa de factores de riesgo y/o problemas incipientes de conducta en los hijos. Se aplica en 8 sesiones de dos horas en las que se trabaja de manera activa y participativa la mejora de las habilidades educativas y de las relaciones entre los padres y los hijos. Estos mismos autores elaboraron un programa de prevención indicada, el programa LÍMITS (Larriba y Duran, 2009), adaptación del programa PROTEGO. Es un programa de prevención indicada dirigido a padres y madres con hijos con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años que han entrado en el circuito de la justicia juvenil por haber transgredido las normas sociales. Interviene en el inicio o mantenimiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y de la reincidencia en la trasgresión de las normas sociales, por parte de los hijos de la población a la que se dirige. Este programa, al igual que el programa PROTEGO, cuenta con una evaluación de proceso y en estos momentos se encuentra en fase de evaluación de resultados.

En el ámbito internacional, los cuatro programas que han demostrado una alta efectividad en sus resultados son *Helping the Noncompliant Child*, *The Incredible Years*, *The Strengthening Families Program* y *Preparing for the Drug Free Years* (Alvarado y Kumpfer, 2000). Los resultados de estos programas tampoco se pueden comparar con los resultados obtenidos en este estudio, primero porque, como se ha comentado anteriormente, en este estudio no se cuenta con los resultados obtenidos tras la intervención con los hijos y segundo, porque se encuentran diferencias bien en el ámbito de prevención bien en la población objetivo. Los dos primeros programas, *Helping the Noncompliant Child* (McMahon y Forehand, 2003) y *The Incredible Years* (Webster-Stratton, 1990), a pesar de pertenecer al ámbito de la prevención indicada, la población destinataria son niños con edades comprendidas entre los 3-8 años y entre los 2-12 años, respectivamente. El programa *Preparing for the Drug Free Years* ahora conocido como *Guiding good choices* (Haggerty et al., 1999), es un programa de prevención universal para chicos de 8 a 14 años. Y, por último, *The Strengthening Families Program* cuenta con dos versiones. La versión selectiva e indicada va dirigida a niños y jóvenes de 6 a 12 años (Kumpfer et al., 1989) y la versión de prevención universal tiene como objetivo la población de 10 a 14 años (Molgaard et al., 2000). Tampoco se han encontrado similitudes con otros programas de prevención por estas mismas razones.

### **6.3. Limitaciones, fortalezas y líneas futuras de estudio**

A continuación se señalan las limitaciones más relevantes de este estudio, así como algunos aspectos y líneas de futuro a tener en cuenta debido a las mismas.

En primer lugar, han existido limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra utilizada. En este estudio se ha contado con una muestra inicial de 373 sujetos. Esta cifra, aunque es importante en un estudio de estas características, puede haber limitado el tratamiento estadístico de los datos obtenidos. Así, el tamaño final de la muestra puede haber conllevado el enmascaramiento de ciertos resultados, al no alcanzar significación estadística ciertas diferencias en las comparaciones entre los grupos. Por otro lado, la muestra pertenece a un contexto y a unas comunidades concretas. Al ser todos los sujetos usuarios de dos programas de Proyecto Hombre de Navarra y Bizkaia se deberá tener cautela a la hora de generalizar los resultados a otros colectivos, bien de otros tipos de recursos de prevención, bien de otras regiones con características diferenciales.

Por lo tanto, con arreglo a las limitaciones señaladas en relación con la muestra, sería interesante disponer de estudios futuros que contemplen la evaluación e intervención de muestras de progenitores más grandes. Ello permitiría contar con un mayor número de padres y madres en las evaluaciones posteriores a la intervención y de seguimiento, así como dotar a los estudios de un mayor poder estadístico. De esta forma, se podrían estudiar, por un lado, estructuras familiares concretas, como puede ser el caso de familias monoparentales encabezadas por mujeres y, por otro lado, los factores que inciden en la captación y/o retención de las familias en los programas de prevención.

En segundo lugar, otra limitación de este estudio se relaciona con la posible influencia de la deseabilidad social en las respuestas emitidas por padres y madres. Todos los cuestionarios utilizados en esta tesis son autoinformes, en los que la información es proporcionada por los propios sujetos que han participado en los programas preventivos. Este hecho conlleva un cierto sesgo en los resultados obtenidos.

Por ello, sería interesante incluir en futuros estudios otras medidas heteroaplicadas, u otras fuentes de información como, por ejemplo, la propia percepción de los hijos que acuden al programa.

En tercer lugar, en este estudio se realizó un seguimiento de 6 meses tras la finalización de la intervención. Ello ha impedido conocer la evolución de las variables estudiadas a largo plazo. En este sentido, un periodo de seguimiento más largo permitiría explorar si los resultados obtenidos se mantienen o no en el tiempo. Por lo tanto, futuros estudios deberían contar con periodos de seguimiento más prolongados.

En cuarto lugar, ha existido una dificultad importante a la hora de poder acceder a los progenitores y recoger información de los mismos. La inestabilidad en la permanencia de este tipo de usuarios en los recursos de prevención hace que a veces haya sido difícil conseguir toda la información en todos los instrumentos utilizados, ya que entre las diferentes entrevistas se ha perdido información de algunos sujetos en algunas variables. Esta cuestión ha influido también en las limitaciones señaladas con respecto al tamaño de la muestra. Pese a ello, la colaboración de los usuarios ha sido globalmente muy buena, incluso por encima de lo esperado, y la muestra finalmente obtenida ha permitido poder desarrollar la investigación conforme estaba previsto. El ímprobo esfuerzo realizado para localizar y conseguir llevar a cabo las evaluaciones, especialmente las de seguimiento, finalmente se ha visto recompensado por la respuesta obtenida.

En quinto lugar, una limitación importante de este estudio es que no se han tenido en cuenta los resultados obtenidos por los propios adolescentes que participaban en el programa (los hijos de los progenitores del estudio). Esta investigación se está llevando a cabo actualmente por un miembro del programa Suspertu para poder analizar, en un futuro, la relación de la evolución de los progenitores con la evolución de los hijos tras la intervención en el programa.

En sexto lugar, se encontraron diferencias importantes en el tamaño de las muestras de los dos programas. El hecho de que la investigadora principal de este estudio formara parte del equipo profesional del programa Suspertu supone una

diferencia relevante con el programa Hirusta, cuya responsable principal de recoger datos no tiene ninguna vinculación con este estudio, aparte del interés científico pertinente.

Finalmente, debido a la cantidad de variables analizadas se han excluido del estudio aspectos relevantes para el tema en cuestión, como por ejemplo la relación existente entre las variables sociodemográficas y las diferentes formas de finalizar el programa (alta, abandono, fin de programa, etc.), o la relación entre el perfil de los progenitores al inicio del proceso con la mayor o menor satisfacción con la intervención. Estas variables están también recogidas en el estudio. Por ello, se analizarán en futuros estudios.

No obstante, más allá de los análisis descriptivos y correlacionales entre las variables, es necesario desarrollar también estudios longitudinales que analicen las relaciones causales entre las variables estudiadas. Así, por ejemplo, sería interesante conocer la relación causal entre los síntomas psicopatológicos observados en la familia, los niveles percibidos de estrés paterno, los estilos educativos desarrollados, los estilos de comunicación y los comportamientos de riesgo entre los adolescentes de la muestra. Esto permitiría establecer directrices preventivas concretas dirigidas a desarrollar factores protectores y a limitar los factores de riesgo.

En cualquier caso, a pesar de estas limitaciones señaladas, los resultados encontrados muestran que los programas de prevención indicada para los adolescentes en riesgo son un contexto adecuado para intervenir también con sus progenitores. Estos programas están enfocados a la enseñanza de habilidades de afrontamiento adecuadas ante los comportamientos de riesgo de sus hijos, así como a superar las consecuencias emocionales y familiares derivadas de este tipo de problemáticas. No obstante, aunque positivos, los resultados de este estudio deben ser verificados por estudios posteriores.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, A., Pilgrim, C., Hendrickson, P. y Buresh, S. (2000). Evaluation of a family-based substance abuse prevention program targeted for the middle school years. *Journal of Drug Education*, 30(2), 213-228.
- Abidin, R. (1995). *Parenting stress index: Professional manual* (3ª Ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. y Brunner, J. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 31-40.
- Ablow, J. C., Measelle, J. R., Cowan, P. A. y Cowan, C. P. (2009). Linking marital conflict and children's adjustment: The role of young children's perceptions. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 485.
- Ainsworth, M. (1972). Attachment and dependency: a comparison. En J. Ferwirth (Ed.), *Attachment and Dependency* (97-136). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M., Bell, S. y Stayton, D. (1971). Individual differences in strange situation behavior of one year olds. En H. Schaffer (Ed): *The origins of human social relations*. London: Academic Press.
- Ainsworth, M. D., Velar, M. C., Walters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., Timko, C. y White, J. B. (1982). Self-monitoring and the attitude-behavior relation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(3), 426-435.
- Alhalabí-Díaz, S., Secades-Villa, R., Perez, J. M., Fernandez-Hermida, J. R., Garcia-Rodríguez, O. y Crespo, J. L. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), 327-331.
- Albee, G. W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 32, 150-161.
- Albee, G. W. (1985). The argument for primary prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 5(4), 213-219.
- Alberdi, I. (1994). *La nueva familia española*. Madrid: Pensamiento.

- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Almagiá, E. B., Fajardo, V. C., Muñoz, G. L., González, P. L., y Vera, J. S. (2014). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 231-239.
- Alsaker, F. D. y Flammer, A. (2006). Puberal maturation. En S. Jackson y L. Goossens (Eds.). *Handbook of Adolescent Development* (1-10). East Sussex: Psychology Press.
- Alvarado, R. y Kumpfer, K. (2000). Strengthening Americas Families. *Juvenile Justice*, 7(2), 8-18.
- Alvira, F. (2000). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Amato, P.R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 15, 355-370.
- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. España: ADI Servicios Editoriales.
- Archivald, A. B., Graber, J. A. y Brooks-Gunn, J. (2003). Puberal Processes and Physiological Growth in Adolescence. En G. R. Adams y M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell Handbook of Adolescence* (pp. 24-47). Oxford: Blackwell Publishing.
- Arés M P. (2003). Aportes de la Psicología a los estudios de familia. En A. Vera (Ed.), *La familia y las Ciencias Sociales* (pp. 20-32). La Habana: Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469-480.
- Arranz, E., Olabarrieta, F., Manzano, A., Martín, J. L., Cruz, N. y Etxaniz, A. (2016). Assessment of positive parenting programmes in the Autonomous Region of the Basque Country (Spain). *Psychosocial Intervention*, 25, 127-134.
- Arranz, E., Oliva, A., Olabarrieta, F. y Antolín, L. (2010). Análisis comparativo de las nuevas estructuras familiares como contextos potenciadores del desarrollo psicológico infantil. *Infancia y Aprendizaje*, 33(4), 503-513.
- Arroyo, M. (2002). *Las familias monoparentales en España: ¿Una desviación u otra forma de organización social?* Tesis doctoral no publicada. Madrid: UCM.

- Arroyo, A. y Domínguez, M. (2001). La socialización de los hijos en las familias monoparentales. *Revista de educación*, (325), 99-112.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W. y Smolkowski, D. (1998). Development of Adolescent Problem Behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 16-26.
- Baker, P. (Ed.) (1998). *Basic family therapy (4th. ed.)*. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd.
- Baldwin, A. L. (1948). Socialization and the parent-child relationship. *Child Development*, 19(3), 127-136.
- Ballenato, G. (2007). *Educar sin gritar*. Madrid: La esfera de los libros.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva York: Prentice Hall (trad. cast.: Madrid: Espasa-Calpe, 1982).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (trad. cast.: Barcelona: Martinez-Roca, 1987).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston (trad. cast.: Madrid: Alianza Editorial, 1977).
- Banham, V., Hanson, J., Higgins, A. y Jarrett, M. (2000). Parent-child communication and its perceived effects on the young child's developing self-concept. Paper presented at the *Australian Institute of Family Studies Conference*. Sydney, Australia.
- Barber, J. G. (1992). Evaluating parent education groups: Effects on sense of competence and social isolation. *Research on Social Work Practice*, 2, 28-38.
- Barker, G., y Verani, F. (2008). *La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el Caribe: una revisión de literatura crítica con consideraciones para políticas*. Recuperado de [http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material paternidades\\_0090.pdf](http://www.lazoblanco.org/wp-content/uploads/2013/08manual/bibliog/material paternidades_0090.pdf)
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.

- Bartholomew, K. y Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2007). Ponencia en el *III Congreso Mundial sobre Derechos de la Infancia y Adolescencia*. Barcelona, 14, 15 y 16 de noviembre.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Fichas de trabajo*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J. y Marquebreucq, A. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes. Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M. y Hicks, K. (2001a). Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Education & Behavior*, 28(4), 440-461.
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Pemberton, M., Hicks, K. A., King, T. S., et al. (2001b). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American journal of public health*, 91(4), 604-610.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behaviour. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. Authoritative parental control. *Adolescence*, 3(11), 255-272.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4(1), 1-102.
- Baumrind, D. (1973). The development of instrumental competence through socialization. En A. D. Pick (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology*, 7, 3-46. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35(7), 639-650.
- Bayés, R. (1979). *Psicología y Medicina*. Barcelona: Fontanella.
- 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(4), 333-342.

- Becker, M. H. y Mainan, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E. (1995). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGraw-Hill.
- Becoña, E. (1999). *Factores de riesgo y protección. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas: Plan Nacional de drogas*. España: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002a). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002b). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades. (Eds.), *Intervención Familiar en la prevención de drogodependencias* (pp. 117-140). Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2012). Documento de consenso en prevención de las drogodependencias. Tarragona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. y Fernández-Hermida, J.R. (2012a). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consume de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24 (3), 253-268.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (2012b). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(1), 1-10.
- Belsky, J., Sligo, J., Jaffee, S.R., Woodward, L. y Silva, P.A. (2005). Intergenerational transmission of warm-sensitive-stimulating parenting: a prospective study of mothers and fathers of 3 years olds. *Child Development*, 76(2), 384-396.
- Berry, J. O. y Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472.
- Beutell, N. J. (1996). Conflict between work-family and student-family roles: Some sources and consequences. *Division of Research*, W. Paul Stillman School of Business, Seton Hall University.

- Biglan, A. y Taylor, T. K. (2000). Increasing the use of science to improve child-rearing. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 207-226.
- Bloss, P. (1979). Modifications in the classical psychoanalytic model of adolescence. *Adolescent psychiatry*, 7, 6-25.
- Bond, L. A. y Hauf, C. A. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: Characteristics of effective programs. *Journal of Primary Prevention*, 24(3), 199-221.
- Bor, W., Sanders, M. R. y Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 571-587.
- Borg, W. R., Gall, J. O. y Gall, M. D. (1993). *Applying educational research: A practical guide* (3rd ed.). New York: Longman.
- Borkowski, J., Akai, C. y Smith, E. (2006). The art and science of prevention research: Principles of effective programs. En J. Borkowski y C. Weaver (Eds.), *Prevention: The science and art of promoting healthy child and adolescent development* (pp. 1-16). Baltimore: Brookes.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3(3), 333-356.
- Botvin, G. J. (1996). Through life skills training. *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*, 3, 215-240.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., y Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 437-446.
- Bowlby, J. (1973). *Separation, Anxiety and Anger: Attachment and Loss Vol. II*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1982). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York: Guildford Press.
- Bowlby, J. (1998). *El apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.

- Bradley, R. H., Whiteside, L., Mundfrom, D. J., Casey, P. H., Caldwell, B. M., y Barret, K. (1994). Impact of the Infant Health and Development Program (IHDP) on the home environments of infants born prematurely and with low birthweight. *Journal of Educational Psychology*, 86, 531-541.
- Bratton, S. y Landreth, G. (1995). Filial therapy con single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4, 61-80.
- Breivik, K. y Olweus, D. (2006). Children of divorce in a Scandinavian welfare state: are they less affected than children? *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 61-74.
- Broderick, C. B. (1993). *Understanding family process: Basics of family systems theory*. Londres: Sage.
- Brody, G. H., Murry, V. M., Gerrard, M., Gibbons, F. X., Molgaard, V., McNair, L. et al. (2004). The Strong African American Families Program: translating research into prevention programming. *Child Development*, 75(3), 900-917.
- Brody, G. H., Murry, V. M., Kogan, S. M., Brown, A. C., Anderson, T., Chen, Y. et al. (2006). The Strong African American Families Program: a cluster-randomized prevention trial of long-term effects and a mediational model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 356-366.
- Bronfenbrenner, U. (1987): *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona, Paidós.
- Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., Allen, T., Bowie, L., Mbawa, K. y Mathews, G. (2008). *Elements of promising practice for fatherhood programs: Evidence-based research findings on programs for fathers*. Gaithersburg, MD: National Responsible Fatherhood Clearinghouse.
- Bry, B. H., Catalano, R. F., Kumpfer, K. L., Lochman, J. E. y Szapocznik, J. (1998). Scientific findings from family prevention intervention research. En R. S. Ashery, E. B. Robertson y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions* (pp. 12-41). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Buhrmester, D. (1996). Need Fulfillment, Interpersonal Competence and the Developmental Contexts of Early Adolescent Friendship. En W.M. Bukowsky, A. Newcomb y W. Hartup (Eds.), *The Company they Keep: Friendship and Childhood and Adolescence* (pp. 158-185). Reino Unido: Cambridge University Press.

- Bühler, A. y Kröger, C. (2008). *EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Bukoski, W.J. (1995). Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. En C.G. Leukefeld y W.J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 11-31). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Burguess, R. (1997). Deconstructing drug prevention: Towards an alternative purpose. *Drugs: Education, prevention and policy*, 4(3), 279-283.
- Burke, W. y Abidin, R. (1980). Parenting stress index (PSI): A family system assessment approach. En R. R. Abidin (Ed.), *Parent education and intervention handbook* (pp. 516-527). Springfield, IL: Thomas.
- Burkhart, G. (2013). *North-American prevention programmes in Europe*. Lisboa: EMCDDA, thematic paper.
- Bustelo, M. (2001). *La evaluación de políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómicos en España: 1995-1999*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid.
- Cabrera, V. E., González, M. R. y Guevara, I. P. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factores asociados a la conducta agresiva. *Universitas Psychologica*, 11(1), 241-254.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de los programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias. IV. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calafat, A. y Amegual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 3(1), 75- 101.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Secció de Promoció de la Salut. Servei d'Acció Social i Sanitat.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1(2), 96-111.
- Capano, Á. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

- Carpio, M. V., García, M., De la Torre, M., Cerezo, M. y Casanova, P. (2014). Consistencia e inconsistencia en los estilos de padres y madres y ajuste psicológico en los adolescentes. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 2(1), 3-9.
- Casco, F. J. y Oliva, A. (2005). Valores y expectativas sobre la adolescencia: discrepancias entre padres, profesores, mayores y adolescentes. *Infancia y aprendizaje*, 28(2), 209-220.
- Caspe, M. y Lopez, M. E. (2006). *Lessons from family-strengthening intervention: Learning from evidence-based practice*. Cambridge, MA: Harvard Family Research Project.
- Catalano, R. F. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J. D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Catalano, R. F., Mazza, J. J., Harachi, T. W., Abbott, R. D., Haggerty, K. P. y Fleming, C. B. (2003). Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1.5 years. *Journal of School Psychology*, 41(2), 143-164.
- Caton, C. L., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., Felix, A. y Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. *American Journal of Public Health*, 84, 265-270.
- Cava, M. J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Center for Substance Abuse Prevention. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches Prevention Enhancement Protocols System (PEPS)* (DHHS Publication No. SMA 3223-FY'98). Washington, DC: US. Government Printing Office.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2013). Barómetro Octubre 2013. Madrid: CIS.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2014). Barómetro Octubre 2014. Madrid: CIS.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2015). Barómetro Octubre 2015. Madrid: CIS.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2016). Barómetro Octubre 2016. Madrid: CIS.
- Centro Universitario de Psicología de la Familia. (2012). *Estudio de campo de los programas y actividades de parentalidad positiva existentes en la Comunidad*

*Autónoma del País Vasco*. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.

- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. y Toth, S. L. (2000). The efficacy of toddler-parent Psychotherapy for fostering cognitive development of offspring in depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 135-148.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washinton, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (primera edición, 1977 New York: Academic Press).
- Cohen, E. y Franco, R. (1993). *Evaluación de Proyectos Sociales*. México: Siglo XXI.
- Coleman, J. C. y Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Collins, N. L. y Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationships quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Coloma, J. (1993). La familia como ámbito de socialización de los hijos. En J. M. Quintana, (Ed.), *Pedagogía familiar* (pp. 31-43). Madrid: Narcea.
- Comisión de Prevención (2002). *Programa de Prevención Universal Escolar y Familiar "Entre Todos"*. Aravaca: Asociación Proyecto Hombre.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-Esteem*. San Francisco: W. H. Freeman and Co.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1992). A developmental and clinical model for the prevention of Conduct Disorder: The FAST Track program. *Development and Psychopathology*, 4, 509-527.
- Connell, A. M., Dishion, T. J., Yasui, M. y Kavanagh, K. (2007). An adaptive approach to family intervention: Linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 568-579.
- COPOLAD Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid: Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE).

- Costa, M., Benito, A., González, F. L. y López, E. (1989). La educación para la Salud: aportaciones de la psicología de la salud. *Jano*, 36(856).
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Madrid: Martínez-Roca.
- Costa, M. y López, E. (1998). *Educación para la Salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.
- Costas, M. y Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy*, 8, 43-66.
- Crnic K. A., Hoffman C. y Gaze C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-32.
- Cronbach, J. L. (1982). *Designing Evaluations of Educational and Social Programs*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Cuijpers, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 10(1), 7-20.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.
- Cyrułnik, B. (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- De Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M. y Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 714-735.
- Deci, E. L. y Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Delgado, B. (2008). *Psicología del desarrollo: Desde la infancia a la vejez*. Madrid: MCGraw Hill.
- Delgado, I., Oliva, A., y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de psicología*, 27(1), 155-163.
- Derogatis, L. (1975). *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*. Minneapolis, MN: NCS Assessments.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

- Diemer, M. A. (2002). Constructions of provider role identity among African American men: an exploratory study. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 8*, 30-40.
- Dierendonck, D. V. y Mohan, K. (2006). Some thoughts on spirituality and eudaimonic well-being. *Mental health, religion and culture, 9*(3), 227-238.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S. y Kaufman, N. K. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family-centered strategy for the public middle school. *Prevention Science, 3*(3), 191-201.
- Dishion, T. J., Reid, J. B. y Patterson, G. R. (1988). Empirical guidelines for a family intervention for adolescent drug use. En R. E. Coombs (Ed.), *The Family Context of Adolescent Drug Use* (pp. 189-224). New York: Haworth.
- Dishion, T. J. y Stormshak, E. A. (2007). *Intervening in children's lives: An ecological, family-centered approach to mental health care*. American Psychological Association.
- Domenech, Y. (1998). Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 6*, 179-195.
- Donalson, S. T., Graham, J. W. y Hansen, W. B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine, 17*, 195-215.
- Durlak, J. (2003). Effective prevention and health promotion programming. En T. P. Gullota y M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (pp. 61-68). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. *The Journal of Primary Prevention, 20*(4), 337-352.
- Dwairy, M. (2010). Parental inconsistency: A third cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child and Family Studies, 19*, 23-29.
- Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernandez-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*(107), 325-340.

- Elzo, J. (2000). *El silencio de los adolescentes: lo que no cuentan a sus padres*. Madrid: Temas de hoy.
- Elzo, J. (2001). La familia española de hoy como agente de socialización. *Veintiuno: Revista de Pensamiento y Cultura*, 50, 73-82.
- Elzo, J. (2004). *La educación del futuro y los valores*. Barcelona: UOC.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2011). *European drug prevention quality standards*. A manual for prevention professionals.
- Emery, R., Waldron, M., Kitzman, K. y Aaron, J. (1999). Delinquent behaviour, future divorce or nonmarital childbearing, and externalizing behavior among offspring: A 14-year prospective study. *Journal of Family Psychology*, 13, 568-579.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a Challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- Engels, T. C. y Andries, C. (2007). Feasibility of a family-focused intervention for the prevention of problem behavior in early adolescents. *Child & Family Behavior Therapy*, 29(1), 71-79.
- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Pemberton, M., Foshee, V. A., Chuang, Y. C., King, T. S. et al. (2001). Mediation in a family-directed program for prevention of adolescent tobacco and alcohol use. *Preventive Medicine*, 33(4), 333-346.
- Erikson, E. H. (2012). *El ciclo vital completado: Edición revisada y ampliada*. Grupo Planeta Spain.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2002). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades (Eds.). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 201-227). Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Estévez, E., Jiménez, T. y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes* (Vol. 8). Valencia: Nau Llibres.

- Estévez, E., Martínez, B., y Jiménez, T. I. (2009). Las Relaciones sociales en la Escuela: El Problema del Rechazo Escolar. *Psicología Educativa*, 15(1), 5-12.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5(1), 122-126.
- Feeney, J. A. y Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.
- Fernández, P. (2016). El consumo de drogas. Un problema preocupante de salud pública. *Metas de enfermería*, 18(10), 3.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). *Program Evaluation in Spain: From legal and Economic Control toward Program Evaluation*. La Haya: European Evaluation Society Founding Conference.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Fernández-Hermida, J. R., Secades, R., Calafat, A., Becoña, E., Rosal, F., Duch, M. et al. (2010). *Una revisión de los programas de prevención familiar. Características y efectividad*. Ministerio de Sanidad y Política Social: IREFREA.
- Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research and Theory*, 18(4), 433-441.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2008). Evaluation of therapeutic community treatment of addictions: a long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 43(10), 1362-1377.
- Fewell, R. R. y Wheeden, C. A. (1998). A pilot study of intervention with adolescent mothers and their children: A preliminary examination of child outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18, 18-25.
- Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: Some applications and implications. En M. M. Page (Ed.), *Beliefs, attitudes, and values* (pp. 65-116). Lincoln, MA: University of Nebraska Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fletcher, A. C., Steinberg, L. y Sellers, E. B. (1999). Adolescents' well-being as a function of perceived interparental consistency. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 599-610.

- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G. et al. (1995). Attachment, the reflexive self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr, (Eds.), *Attachment Theory: Social Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233-178). Nueva York: Analytic Press.
- Forgatch, M. S. y DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 711-724.
- Forgatch, M. S. y DeGarmo, D. S. (2002). Extending and testing the social interactions learning model with divorced samples. En J. B. Reid, G. R. Patterson y J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents* (pp. 235-257). Washington, DC: American Psychological Association.
- Foster, S. y Gurman, A.S. (1988). Terapias de familia. En S. J. Linn y J. P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (pp. 471-522). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fox R. A. y Fox T. A. (1992). Leader's guide: STAR parenting program. Bellevue, WA: STAR Parenting.
- 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*(4), 397-411.
- Fu, C. y Shaffer, M. (2001). The tug of work and family direct and indirect domain-specific determinants of work-family conflict. *Personal Review, 30*(5), 502-522.
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F. y Gracia, E. (2015a?). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de psicología, 31*(3), 1000-1007.
- Fuentes, M.C., García, J. F., Gracia, E. y Alarcón, A. (2015b?). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica, 20*, 117-138.
- García, F. y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from Spanish families. *Adolescence, 44*(173), 101-131.
- García, F. y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años. *Infancia y aprendizaje, 33*(3), 365-384.

- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A. y Foxcroft, D. R. (2008). Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción en jóvenes. *The Cochrane Library*, 3, 1-27.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Brody, G. H., Murry, V. M., Cleveland, M. J. y Wills, T. A. (2006). A theory-based dual-focus alcohol intervention for preadolescents: the Strong African American Families Program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(2), 185-195.
- Gerstein, E. D., Crnic, K. A., Blancher, J. y Baker, B. L. (2009). Resilience and course of daily parenting stress in families of young children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 53, 981 – 997.
- Giddens, A. (2004). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gil, E. (2005) *Evaluación del Programa de Prevención Escolar y Familiar “Entre Todos”*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Glover, G. J. y Landreth, G. L. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy*, 9, 57-80.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia social*. Barcelona, Kairós.
- Gómez de Girauo, M. T. (2000). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL*, 1(4).
- Gomila, M. A., Orte, C. y Ballester, L. (2012). Le Programme de compétences familiales en Espagne: l’efficacité de l’approche familiale dans les programmes de prévention des dépendances à la drogue et l’alcool chez l’enfant. *Drogues, Santé, Société*, 11(2), 18-39.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Gordon, J., Biglan, A. y Smolkowski, K. (2008). The impact on tobacco use of branded youth anti-tobacco activities and family communications about tobacco. *Prevention Science*, 9(2), 73-87.
- Gorman, D. M., Conde, E. y Huber, J. C. (2007). The creation of evidence in 'evidence-based' drug prevention: A critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation. *Drug and Alcohol Review*, 26(6), 585-593.

- Graña, J. L. (1994). Factores de aprendizaje en las drogodependencias. En E. Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Eds.), *Drogodependencias* (pp. 117-162). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Grotevant, H. D. y Cooper, C. R. (1985). Patterns of interaction in family relationship and the development of identity formation in adolescence. *Child Development*, 56, 415-428.
- Guerrero, J. (2003). Los roles no laborales y el estrés en el trabajo. *Revista Colombiana de Psicología*, 12(1), 73-84.
- Guyll, M., Spoth, R. L., Chao, W., Wickrama, K. A. S. y Russell, D. (2004). Family-Focused Preventive Interventions: Evaluating Parental Risk Moderation of Substance Use Trajectories. *Journal of Family Psychology*, 18(2), 293-301.
- Haggerty, K. P., Kosterman, R., Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (1999). Preparing for the drug free years. *Juvenile justice bulletin, US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Washington, DC*.
- 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(12), 2008-2016.
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T. y Cleveland, K. (2008). The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Child Development*, 67, 1483-1498.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education (Vols. I & II)*. New York: Appleton.
- Halmi, A. y Golik-Gruber, V. (2002). The prevention and reduction of the consumption of alcohol and any other drugs among a high-risk group of youths through improving family resilience. *Alcoholism: Journal on Alcoholism and Related Addictions*, 38(1-2), 41-55.
- Harris, Z. L. y Landreth, G. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five-week model. *International Journal of Play Therapy*, 6, 53-73.

- 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.
- Hazan, C. y Shaver, P.R. (1987). Conceptualizing romantic love as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524
- Hazan, C. y Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- Henao, J. (2006). La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención. *Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(2), 315-339.
- Hernández, J. y López, A. (2001). La familia ante el cambio social. Actitudes, prospectiva y retos. Valencia: Nau Llibres.
- Hernández-Sampelayo, M., Crespo, M. y Pérez-Tomé, S. (2005). *¿Familia y familias? Estructura familiar en la sociedad actual*. Madrid: Sekotia.
- Herrero, J., Estévez, E. y Musitu, G. (2006). The relationships of adolescent school-related deviant behaviour and victimization with psychological distress: Testing a general model of the mediational role of parents and teachers across groups of gender and age. *Journal of Adolescence*, 29(5), 671-690.
- 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(4), 623-630.
- Hirschi, T. (2003). Una teoría del control de la delincuencia. *Capítulo criminológico*, 31(4), 5-31.
- Hoffman, M. L. (1970). Conscience, personality and socialization techniques. *Human Development*, 13, 90-126.
- Holden, G. (1997). Parents and the dynamics of child relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 937-943.
- Hughes, H. M. y Huth-Bocks, A. C. (2007). Variations in parenting stress in African-American battered women: Implications for children's adjustment and family intervention. *European Psychologist*, 12(1), 62-71.
- Hutcheson, J. J., Black, M. M., Talley, M., Dubowitz, H., Howard, J. B., Starr, R. H., et al. (1997). Risk status and home intervention among children with failure-to-thrive: follow-up at age 4. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(5), 651-668.

- Ialongo, N., Werthamer, L., Kellam, S. G., Brown, C. H., Wang, S. y Lin, Y. (1999). The proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology*, 27, 599-641.
- Iglesias de Ussel, J. (1990). La familia y el cambio político en España. *Revista de Estudios Políticos*, 67, 235-261.
- Iglesias de Ussel, J. (1998). La familia Española en el contexto europeo. En M. J. Rodrigo y J. Palacios. *Familia y desarrollo humano* (pp. 91-114). Madrid: Alianza Editorial.
- INE. (2014). Cifras INE. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística.
- Ituráin, S. (2011). Escala de Estilos de Comunicación. Instrumento no publicado.
- Ituráin, S., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., Deusto, C. y Fernández-Montalvo, J. (2017). Educational styles, parenting stressors and psychopathological symptoms in parents of adolescents with high-risk behaviours. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(2), 163-169.
- Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books.
- Jang, S. J. y Smith, C. A. (1991). A test of reciprocal causal relationships among parental supervision, affective ties, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 34, 307-336.
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jiménez, T. I. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes [Risk and protective self-esteem: A mediational role between family environment and substance use in adolescents]. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61.
- Jiménez, A., y Moyano, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Universum (Talca)*, 23(1), 116-133.
- Jimenez, T. I., Musitu, G. y Murgui, S. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 181-195.
- Jiménez-Iglesias, A. y Moreno, C. (2015). La influencia de las diferencias entre el padre y la madre sobre el ajuste adolescente. *Anales de psicología*, 31(1), 367-377.

- Johnson, Z., Howell, F. y Molloy, B. (1993). Community mothers' programme: Randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *British Medical Journal*, 306, 1449-1452.
- Jones, D. J., Foster, S. E., Olson, A. L., Forehand, R. L., Gaffney, C. A., Zens, M. S., et al. (2007). Longitudinal retention of families in the assessment of a prevention program targeting adolescent alcohol and tobacco use: The utility of an ecological systems framework. *Behavior Modification*, 31(5), 638-659.
- Kaaresen, P. I., Rønning, J. A., Ulvund, S. E. y Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1), 9-19.
- Kale, A. L. y Landreth, G. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 8, 35-56.
- 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(4), 567-589.
- Kaminski, R. A., Stormshak, E. A., Good, R. H. y Goodman, M. R. (2002). Prevention of substance abuse with rural head start children and families: Results of project STAR. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 11-26.
- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D. B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Kandel, D. B. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología Interconductual*. México: Trillas.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. y Bailey, C. A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 345-377.

- Kauman, E. (1994). *Psychotherapy of addicted persons*. Nueva York: Guildford Press.
- Kellerhalls, J. y Montandon, C. (1997). Les styles éducatifs. En F. De Singly (Ed.), *La famille l'état des saviors* (pp. 194-200). Paris: Éditions La Découverte.
- Keltner, D. y Bonanno, G. A. (1997). A study of laughter and dissociation: Distinct correlates of laughter and smiling during bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 687-702.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- Kimmel, D. C., Weiner, I. B., y Ezpeleta, L. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. y Redmond, C. (2001). Preparing for the drug free years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education*, 31(1), 47-68.
- Kuczynski, L., y Lollis, S. (2001). Four foundations for a dynamic model of parenting. En J. R. Gerris (Ed.), *Dynamics of parenting* (pp. 445-462). Appeldoorn, The Netherlands: Garant
- Kumpfer, K. L. y Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. In Z. Sloboda y W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention* (pp. 75-119). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Kumpfer, K. L. y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American psychologist*, 58(6-7), 457-465.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Tait, C. y Turner, C. (2002). Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance prevention among 6-8 year-old rural children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 65-71.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. y Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *Substance Use & Misuse*, 38(11-13), 1759-1787.

- Kumpfer, K. L., DeMarsh, J. P. y Child, W. (1989). Strengthening Families Program: Children's skills training curriculum manual, parent training manual, children's skill training manual, and family skills training manual. *Prevention Services to Children of Substance-abusing Parents*. Salt Lake City: Social Research Institute, Graduate School of Social Work, University of Utah.
- 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(1), 13-25.
- Kumpfer, K. L. y Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108.
- 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* (pp. 42-77). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- Landreth, G. y Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development*, 76, 157-165.
- Larriba, J. y Duran, A. (2009). Límits: programa d'actuació preventiva familiar de la transgressió i del consum de drogues en menors i joves que passen pel circuit de la justícia juvenil. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Larriba J, Duran A, Suelves J. (2001). PROTEGO: Programa de entrenamiento Familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias en población en riesgo social. Comunicación presentada en las VI Jornadas sobre prevención de drogodependencias. Alcorcón, 20-22 de junio de 2001.
- Larriba, J., Duran, A. y Suelves, J. (2004). *Programa selectivo de entrenamiento familiar para la prevención de las drogodependencias: Protego –versión urbana DRO-*. Montevideo: Consell Comarcal de l'Alt Empordà (CCAIE), Unió Europea.
- Recuperado de [https://www.dropbox.com/sh/sk6lnvkqika3p0/AACHiIhacvJUXV3XYbk5gr8va/Programa\\_selectivo\\_protego.pdf](https://www.dropbox.com/sh/sk6lnvkqika3p0/AACHiIhacvJUXV3XYbk5gr8va/Programa_selectivo_protego.pdf)

- Larriba, J., Duran, A. y Suelves, J. (2006). Moneo: Programa de prevención familiar del consumo de drogas. Barcelona, España: Promoción y Desarrollo Social.
- Larsen, D., Attkinson, C., Hargreaves, W. y Nguyen, T. (1979). Assessment of client patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lau, Y. (2009). The impact of Fathers' work and family conflicts on children's self-esteem: the Hong Kong case. *Social Indicators Research*, 95, 363- 376.
- Lawrence, S. (2006). An integrative model of perceived available support, work-family conflict and support mobilization. *Journal of Management and Organization*, 12, 160-178.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lebow, J. L y Gurman, A. S. (1998). Family systems and family psychology. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 473-496). Oxford, UK: Elsevier Science Ltd.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R. y Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*, 42(4), 531-544.
- Levine, H. M. (1975). Cost-effectiveness in Evaluation Research. En M. Guttentag y E. L. Struening (Eds.). *Handbook of Evaluation Research* (pp. 89-122). Beverly Hills, CA: Sage Pub.
- Lila, M., Van Aken, M., Musitu, G. y Buelga, S. (2006). Families and adolescents. En S. Jackson y L. Goossens, (Eds.), *Handbook of Adolescent Outcomes* (pp. 154-174). Nueva York: Psychology Press.
- Litrownik, A. J., Elder, J. P., Campbell, N. R., Ayala, G. X., Slymen, D. J., Parra-Medina, D., et al. (2000). Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: Promoting the protective factor of parent-child communication. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 31(2), 124-133.
- Liu, Y. (2003). Parent-child interaction and children's depression: The relationship between parent-child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *Journal of Adolescence*, 26(4), 447-457.

- Lloret, D., Espada, J. P., Cabrera, V. y Burkhart, G. (2013). Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones*, 25(3), 226-234.
- Lochman, J. E. y van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23(1), 49-114.
- López, F. (1993). El apego a lo largo del ciclo vital. En M. J. Ortiz y S. Yarnoz (Eds.), *Teoría del apego y relaciones afectivas* (pp. 11-62). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- López, F. (2001). Evolución de los vínculos de apego en las relaciones familiares. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 117-139). Madrid: Alianza Editorial.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J. C., Yudego, F., Rico, A. y Esarte, S. (2010). Group and individual change in the treatment of drug addictions: a follow-up study in therapeutic community. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 906-913.
- Lorea, I., Tirapu, J., Landa, N. y López-Goñi, J. J. (2005). Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. *Adicciones*, 17(2), 121-129.
- Loyd, B. y Abidin, R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(2), 169-177.
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez, J. A., García, A., Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- 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.
- Luthar S. (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Luyckx, K., Goossens, L. y Soenens, B. (2006). A developmental contextual perspective on identity construction in emerging adulthood: change dynamics in commitment formation and commitment evaluation. *Developmental psychology*, 42(2), 366-380.

- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socializations in the context of the family: Parent-child interactions. En P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (pp. 1-102). New York, NY: Wiley.
- Maguin, E., Zucker, R. A. y Fitzgerald, H. E. (1994). The path to alcohol problems through conduct problems: A family-based approach to very early intervention with risk. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 249-269.
- Manciaux, M. (2003). La resiliencia: resistir y rehacerse. España: Gedisa.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (Eds), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp 3-70). New York: Guilford.
- Martin, G. y Pear, J. (1999). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice-Hall.
- Martínez, M. C., Álvarez, B. y Fernández, A. P. (2009). *Orientación familiar: Contextos, evaluación e intervención*. Madrid: Sanz y Torres.
- Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F. y Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Martínez, J. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Martínez, C., Vera, J., Paterna, C. y Alcázar, A. (2002). Antecedentes del conflicto interrol y su relación con el auto-esquema de género. *Anales de Psicología*, 18, 305- 317.
- Maslow, A. H. (1955). Deficiency motivation and growth motivation. En M. R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 1-30). Nebraska: University of Nebraska Press.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Norstrand.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L., et al. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 599-605.

- Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. L. y Redmond, C. (2007). Influence of a family-focused substance use preventive intervention on growth in adolescent depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence*, 17(3), 541-564.
- Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D. y Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 34, 267-286.
- McDonald, L., Kratochwill, T., Levitt, J. y Youngerbear-Tibbits, H. (1998). *Families and Schools Together: An experimental analysis of a parent-mediated intervention program for at-risk American Indian children*. Paper presented at the American Psychological Association Annual Conference, San Francisco, CA.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. y Bellis, M. (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Liverpool, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- McKinney, C. y Renk, K. (2008). Differential parenting between mothers and fathers: Implications for late adolescents. *Journal of Family Issues*, 29, 806-827.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. L. (2003). *Helping the noncompliant child*. New York: Guilford.
- Megías, E., Elzo, J., Rodriguez, E., Navarro, J., Megías, I. y Méndez, S. (2003). *Comunicación y conflicto entre hijos y padres*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S. y Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 51-63.
- 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* (pp. 12-41). Rockville, MD: US Department of Health and Human services.
- Meschke, L. L., Bartholomae, S. y Zentall, S. (2002). Adolescent sexuality and parent-adolescent process: Promotion healthy teen choices. *Journal of Adolescent Health*, 31, 264-279.

- Molgaard, V. K., Spoth, R. L. y Redmond, C. (2000). *Competency Training: The Strengthening Families Program, for Parents and Youth 10-14*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consume de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Montañés, M., Bartolomé, R. y Fernández-Pacheco, G. (2008). Differences between boys and girls in violent behavior: the role of protective factors. *The 8<sup>th</sup> Annual Conference of the European Society of Criminology*. Edinburgh, Scotlan, 2<sup>nd</sup> -5<sup>th</sup> September. Abstracts, p.
- Morales, P. (2013). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Recuperado el 17 de febrero de 2014 de: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDelEfecto.pdf>.
- Moreno, M. C. y Cubero, R. (1990). Relaciones sociales: familia, escuela, compañeros. Años preescolares. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología evolutiva* (pp. 219-232). Madrid: Alianza Editorial.
- Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P. J. y Sánchez-Queija, I. (2006). Los adolescentes españoles y sus familias: calidad en la comunicación con el padre y con la madre y conductas de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias adictivas. *Cultura y Educación*, 18, 345-362.
- Muñoz-Rivas, M. J., y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Murphy, G. (1977). *Interpretación de las teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2004). *Familia y Adolescencia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Musitu, G., Román, J. M. y Gracia, E. (1988). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Books.

- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et al. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *The American psychologist*, 58(6-7), 449-456.
- Navarro, I., Musitu G. y Herrero, J. (2007). *Familias y problemas. Un programa especializado de intervención psicosocial*. Madrid: Editorial Síntesis.
- National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). *Non-researcher's guide to evidence-based program evaluation*. Retrieved from: <http://nrepp.samhsa.gov/LearningModules.aspx>.
- Neff, J. A. (1994). Adult children of alcoholic or mentally ill parents: Alcohol consumption and psychological distress in a triethnic community study. *Addictive Behaviors*, 19, 185-197.
- Nelson, W. P. y Levant, R. F. (1991). An evaluation of a skills training program for parents in stepfamilies. *Family Relations*, 40, 291-296.
- Nicholson, B., Anderson, M., Fox, R. y Brenner, V. (2002). One family at a time: A prevention program for at-risk parents. *Journal of Counseling and Development*, 80(3), 362-371.
- NIDA (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*. Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas>.
- O'Donnell, J., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Abbott, R. D. y Day, E. (1995). Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term intervention in elementary schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 87-100.
- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L. y Donnermeyer, J. F. (1998a). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance Use & Misuse*, 33, 1337-1366.
- Oetting, E. R. y Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F. y Deffenbacher, J.L. (1998b). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use & Misuse*, 33, 1629-1665.

- Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Trimble, J.E. y Beauvais, F. (1998c). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Substance Use & Misuse*, 33, 2075-2107.
- Observatorio Europeo de las Drogas y de las Toxicomanías (2013). *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve*. Reino Unido: Centro para la Salud Pública, Liverpool John Moores University.
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, 120(4), 832-845.
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., Jr., et al. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110(3), 486-496.
- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., et al. (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1560-1568.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108, 363-382.
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A. y Sánchez-Queija, M. I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
- Oliva, A. y Parra, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp. 96-123). Madrid: Prentice-Hall.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23(1), 49-56.

- Olson, D. H. (1989). Circumplex Model of Family Systema VIII: Family Assessment and Intervention. En D. H. Olson, C. S. Russell y D. H. Sprenkle (Eds.), *Circumplex Model: Systemic Assessment and Treatment of Families* (pp. 7-49). New York: The Haworth Press.
- Organización Mundial de la Salud (1981). *Evaluación de programas de salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial para la Salud (1984). *Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo*, novena reunión Ginebra, 18-24 de septiembre de 1984.
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I. y Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19(4), 687-692.
- Orte, C., Ballester, L., March, M. X., Amer, J., Vives, M. y Pozo, R. (2015). The Strengthening Families Programme in Spain: A long-term evaluation. *Journal of Children's Services*, 10(2), 101-119.
- Orte, C., Ballester, L. March, M. X. y Amer, J. (2013). The Spanish adaptation of the Strengthening Families Program. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 269-273.
- Orte, C., Ballester, L. y March, M. X. (2013). El enfoque de la competencia familiar, una experiencia de trabajo socioeducativo con familias. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 21, 13-37.
- Orte, C., Ballester, L., Pozo, R. y Vives, M. (2017). El mantenimiento de los cambios en un programa de prevención familiar basado en la evidencia. Un estudio longitudinal de familias. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 29, 113-127.
- Orte, C., Touza, C. y Ballester, L. (2007). Análisis del grado de fidelidad en la ejecución de un programa de competencia familiar. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 14, 95-103.
- Otárola, G. (2007). La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 139-160.
- Palacios, J. y Oliva, A. (1999). La adolescencia y su significado evolutivo. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación* (pp. 433-451). Madrid: Alianza

- Palacios, J. y Rodrigo, M. J. (2001). La familia como contexto de desarrollo humano. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 25-44). Madrid: Alianza Editorial.
- Papousek, H. y Papousek, M. (1995). Intuitive parenting. En M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (pp. 117-138). Mahwah: Erlbaum.
- Park, J., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Duncan, T. E., Duncan, S. C., et al. (2000). Effects of the 'Preparing for the Drug Free Years' curriculum on growth in alcohol use and risk for alcohol use in early adolescence. *Prevention Science, 1*(3), 125-138.
- Parker, G. (1996). Parental characteristics as influences on adjustment in adulthood. Handbook of social Support and the family. *American Journal of Psychology, 127*, 195-218.
- Parker, J. S. y Benson, M. J. (2004). Parent-adolescent relations and adolescent functioning: self-esteem, substance abuse, and delinquency. *Adolescence, 39*, 519-531.
- Parra, A., Oliva, A., Sánchez-Queija, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante la adolescencia. *Anuario de Psicología, 35*, 331-346.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Pedrão, L J y Cid-Monckton, P. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*, 738-745.
- Peligrín, A. (2004). *El comportamiento agresivo y violento: factores de riesgo y protección como mediadores de inadaptaciones y adaptaciones en la socialización del niño y el adolescente*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, España.
- Peligrín, A. y Garcés, E. (2008). Variables contextuales y personales que inciden en el comportamiento violento del niño. *European Journal of Education and Psychology, 1*, 5-20.
- Pérez-López, J., Pérez-Lag, M., Ramón, M. D. y Velasco, L. P. (2012). Estrés parental, desarrollo infantil y atención temprana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, 1*(1), 123-132.

- 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.
- Piaget, J. (1986). *Psicología evolutiva*. Madrid: Editorial Paidós.
- 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. (Eds.), *Intervención Familiar en la prevención de drogodependencias* (pp. 321-364). Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2008). Estrategia Nacional sobre Drogas 2008-2016. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. y Arthur, M. W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problema behaviors in adolescent population*. Manuscrito no publicado.
- Pozo, P., Sarriá, E. y Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18, 342-347.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Proyecto Hombre Navarra (2005). Memoria 2005. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2006). Memoria 2006. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2007). Memoria 2007. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2008). Memoria 2008. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2009). Memoria 2009. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2010). Memoria 2010. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2011). Memoria 2011. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

- Proyecto Hombre Navarra (2012). Memoria 2012. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2013). Memoria 2013. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2014). Memoria 2014. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2015). Memoria 2015. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Proyecto Hombre Navarra (2016). Memoria 2016. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Quintero, B., Ortega, J. A. y Fuentes, J. A. (2014). Evaluación del Programa de prevención de drogodependencias “Entre Todos” de Proyecto Hombre en educación secundaria. *Aula de Encuentro*, 16(2), 130-158.
- Raush, H. L., Barry, W. A., Hertel, R. K. y Swain, M. A. (1974). *Communication, conflict, and marriage*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Redmond, C., Spoth, R., Shin, C. y Hill, K. G. (2004). Engaging rural parents in family-focused programs to prevent youth substance abuse. *Journal of Primary Prevention*, 3, 223-242.
- Redmond, C., Spoth, R. y Trudeau, L. (2002). Family and community level predictors of parent support seeking. *Journal of Community Psychology*, 2, 153-171.
- Reher, D. S. (1996). *La familia en España. Pasado y presente*. Madrid: Alianza Editorial.
- Reid, J. B., Eddy, J. M., Fetrow, R. A. y Stoolmiller, M. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology*, 27, 483-517.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*, 278(10), 823-832.
- Reyno, S. M. y McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: A meta-analytic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47, 99-111.

- Robinson, C. C., Mandleco, B., Olsen, S. F. y Hart, C. H. (2001). Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ). En J. Touliatos, B. F. Perlmutter y G. W. Holden (Eds.), *Handbook of family measurements techniques* (pp. 188-189). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rodrigáñez, C. (2008). *Poner límites o informar de los límites el amor después de la etapa primal. Cuándo se cambian las órdenes por la información y la complacencia*. Recuperado de <http://www.lagatzara.files.wordpress.com/.../c-rodri-gac3b1ezponer>.
- Rodrigo, M. J. (2016). Quality of implementation in evidence-based positive parenting programs in Spain: Introduction to the special issue. *Psychosocial Intervention*, 25(2), 63-68.
- Rodrigo, M. J., Capote, C., Máiquez, M. L., Martín, J. C., Rodríguez, G., Guimerá, P. et al. (2000). *Manual del Programa Apoyo Personal y Familiar*. Santa Cruz de Tenerife: Fundación ECCA.
- Rodrigo, M. J., García, M., Máiquez, M. L. y Triana, B. (2005). Discrepancias entre padres e hijos adolescentes en la frecuencia percibida e intensidad emocional en los conflictos familiares. *Estudios de Psicología*, 26(1), 21-34.
- Rodrigo, M. J. y González, J. P. (2014). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza editorial.
- Rodrigo, M. J., Janssens, J. y Ceballos, E. (2001). The complexity of maternal thinking: its sources and consequences. *International Journal of Behavioral Development*, 25(1), 50-59.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. et al. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 203-210.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín, J. C. (2010). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Psicología Pirámide.

- Rodríguez, G. (2005). *Complejidad del razonamiento y de la acción en familias negligentes, coercitivas y resilientes*. Tesis doctoral no publicada.
- Rodríguez, M. A., Del Barrio, M. V. y Carrasco, M. A. (2013). Agresión física y verbal en hijos de familias monoparentales divorciadas y biparentales: el efecto moderador del sexo de los hijos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(2), 119-127.
- Rodríguez-Carvajal, R., Méndez, D. D., Moreno-Jiménez, B., Abarca, A. B. y Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-70.
- Rodríguez, M. y Sanz, R. (1987). La familia del toxicómano desde un abordaje sistémico. *Comunidad y drogas*, 1, 87-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rhodes, J. E. y Jason, L. A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. New York: Pergamon Press.
- Rohrbeck, C. A. y Twentyman, C. T. (1986). Multimodal assessment of impulsiveness in abusing, neglecting and nonmaltreating mothers and their preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 231-236.
- Rondón, L. (2011). Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: el tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. En E. Funes y L. M. Rondón (Eds.), *I Congreso Internacional de Mediación y Conflictología: Cambios sociales y perspectivas para el siglo XXI* (pp. 81-94). Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía.
- Rollins, B. C. y Thomas, D. L. (1979). Parental support, power and control techniques in the socialization of children. En E. R. Burr et al. (Eds.), *Contemporary theories about the family* (pp. 317-364). New York: Free Press.
- Rothrauff, T., Cooney, T., y An, J. S. (2009). Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64, 137-146.
- Rutman, L. (1980). *Planning useful evaluations: evaluability assessment*. Beverly Hills, Ca.: Sage.
- Ryan, R. M. y Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of personality*, 65(3), 529-565.

- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International journal of behavioral development*, 12(1), 35-55.
- Rubin, Z. (1974). From linking to living: patterns of attraction in dating relationships. En T. L. Houston (Ed.), *Foundations of interpersonal attraction* (pp. 383-402). New York: Academic Press.
- Rutter, M. (1985). *Psiquiatría del desarrollo*. Barcelona: Salvat.
- Sahoo, F. M. y Nanda, U. (1990). Socialization parameters of learned helplessness. *Psychological Studies*, 35(1), 52-61.
- Sáiz, M. S. y Gómez, G. R. (2010). Los procedimientos de evaluación como elementos de desarrollo de la función orientadora en la Universidad/Assessment procedures as part of the counselling process at the University. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 443-461.
- Sánchez-Queija, I. y Herranz, P. (2010). La adolescencia. Etapa de cambio y adaptación. En J. A. García y J. Delval (Eds.), *Psicología del desarrollo I* (pp. 325-344). Madrid: UNED.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Ávila, M. E., Vera, A. y Musitu, G. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(2), 71-90.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A. y Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624-640.
- Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., Kwok, O. M., Haine, R. A., et al. (2003). The Family Bereavement Program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 587-600.
- Satir, V. (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.

- Scarpati, M. P., Pertuz, M. S. y Silva, A. S. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental Con hijos adolescentes. *Diversitas*, 10(2), 225-246.
- Schaefer, E. S. (1959). A circumplex model for maternal behaviour. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 59, 226-235.
- Schinke, S., Schwinn, T. y Cole, K. (2006). Preventing Alcohol Abuse Among Early Adolescents Through Family and Computer-Based Interventions: Four-Year Outcomes and Mediating Variables. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(2), 149-161.
- Schlegel, R. P., Crawford, C. A. y Sanborn, M. D. (1977). Correspondence and mediational properties of the Fishbein model: An application to adolescent alcohol use. *Journal of Experimental Social Psychology*, 133, 421-430.
- Schuhler, M. E., Nair, P. y Black, M. M. (2002). Ongoing maternal drug use, parenting attitudes, and a home intervention: Effects on mother-child interaction at 18 months. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 87-94.
- Schwarz, J. C., Barton-Henry, M. L. y Pruzinsky, T. (1985). Assessing child-rearing behaviors: a comparison of ratings made by mother, father, child and sibling on the CRPBI. *Child Development*, 56(2), 462-479.
- Scriven, M. (1967). The methodology of Evaluation. En R.E. Stake et al. (Eds.), *Perspectives on Curriculum Evaluation* (pp. 39-83). Chicago: Rand McNally.
- Secades, R., Fernández-Hermida, J. R., García, G. y Al-Halabi, S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar: Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Secades, R., Fernández-Hermida, J. R., Vallejo, G. y Martín, E. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 14, 1-15.
- Shaver, P. y Brennan, K. (1992). Dimension of adults attachment and dynamics of romantic relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 15, 536-545.
- Shin, H., Park, Y. J., Ryu, H. y Seomun, G. A. (2008). Maternal sensitivity: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 304 – 314.
- Siegel, S. (1981). The role of pavlovian processes in drug tolerance and dependence: implications for treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 205-211.
- Siegel, D. J. (2007). *La mente en desarrollo*. Bilbao, Desclée de Brouwer.

- Simons, L. G. y Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues*, 28, 212-241.
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachments styles on romantics relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 971-980.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: McMillan (trad.cast.: Barcelona, Fontanella, 1969).
- Slan-Jerusalim, R. y Chen, C. (2009). Work-Family Conflict and Career Development Theories: A Search for Helping Strategies. *Journal of Counseling & Development*, 87, 492- 499.
- Sloboda, Z., Glantz, M. D. y Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implication of prevention. *Substance Use & Misuse*, 47, 1-19.
- Small, S. A., Cooney, S. M. y O'Connor, C. (2009). Evidence-Informed Program Improvement: Using Principles of Effectiveness to Enhance the Quality and Impact of Family-Based Prevention Programs. *Family Relations*, 58(1), 1-13.
- Social Research Unit (2012). An introduction to evidence-based programmes in children's services. Dartington: Social Research Unit. controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3), 195-206.
- Solé, I. (1998). Las prácticas educativas como contextos de desarrollo. En C. Coll (Eds.), *Psicología de la educación* (pp. 137-216). Barcelona, Edhasa.
- Spoth, R., Clair, S., Shin, C. y Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(9), 876-882.
- Spoth, R., Gyll, 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(2), 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(4), 372-381.

- Spoth, R., 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(1-2), 57-68.
- Spoth, R. y Redmond, C. (1992). Study of participation barriers in family-focused prevention: Research issues and preliminary results. *International Quarterly of Community Health Education*, 4, 365-368.
- Spoth, R. y Redmond, C. (1995). Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology*, 3, 294-310.
- Spoth, R., 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(4), 627-642.
- 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(3), 535-542.
- Spoth, R., 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(2), 209-224.
- Stanton, M. D. y Todd, T. C. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Nueva York: Guilford Press.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-9.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence* (6ª ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Stormshak, E. A. y Dishion, T. J. (2009). A school-based, family-centered intervention to prevent substance use: The family check-up. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(4), 227-232.
- Stufflebeam D. y Shinkfield, A. (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid: Paidós/MEC.

- Subdirección General de Drogodependencias (2003). *Connecta amb els teus fi lls. Com prevenir el consumo de drogues i altres conductes de risc?* Barcelona: Dirección General de Drogodependencias y Sida, Generalitat de Catalunya.
- Sutherland, E. (1960). *Principles of criminology*. Philadelphia: Lippincott.
- Sutton, A., Cherney, S. y White, R. (2008). *Crime prevention, principles perspectives and practices*. Port Melbourne: Cambridge University Press.
- 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*(4), 407-435.
- Teubert, D. y Pinquart, M. (2010). The Association Between Co-parenting and Child Adjustment: A Meta-Analysis. *Parenting: Science and Practice, 10*, 286–307.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., Henry, D. y Schoeny, M. (2009). The Benefits of Booster Interventions: Evidence from a Family-Focused Prevention Program. *Prevention Science, 10*(4), 287-297.
- Torío, S., Peña, J. V. y Rodríguez, M. C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría Educativa, 20*, 151-178.
- Trickett, P. K. y Kuczynski, L. (1986). Children's misbehaviors and parental discipline strategies in abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology, 22*, 115-123.
- Trivette, C. y Dunst, C. (2005). Community-based parent support programs. *Encyclopedia on Early Childhood Development (online)*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Tur-Porcar, A., Mestre, M. V., Samper, P. y Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre? *Psicothema, 24*(2), 284-288.
- Tzeng, M. (1992). The effects of socioeconomic heterogamy and changes on marital dissolution for first marriages. *Journal of Marriage and Family, 54*, 609-619.
- Vallés, A., Verdú, F. J., Tàpia, F., Belda, A. y Pedrosa, E. (2013). "Aprender a Comunicar": los hijos guían la prevención familiar de las conductas adictivas. *Revista Española de Drogodependencias, 38*, 263-276.
- Velleman, R. D., 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(2), 93-109.
- Vielva, I., Pantoja, L. y Abeijón, J. L. (2001). *Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos de comportamiento no problemático, consumidores y no consumidores de drogas. Avances en drogodependencias, 11*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Vila, I. (1998). Intervención psicopedagógica en el contexto familiar. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 501-5019). Madrid: Alianza.
- Vilaregut, A., Mateu, C., Virgili, C., Rusiñol, J., Estrada, M. y Cabra, Q. (2012a). Estudio descriptivo y comparativo entre padres y madres que participan en un programa de prevención sobre consumo de drogas y conductas de riesgo.
- Vilaregut, A., Vigili, C. Mateu, C. y Carratalà, E. (2012b). *Avaluació de l'eficàcia del programa "Connecta amb els teus fills". Informe final d'avaluació*. Barcelona: Documento no publicado.
- Villar, P., Luengo, M. A., Gómez, J. A. y Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15(4): 581-8.
- Vimpani, G. (2005). Getting the mix right: Family, community and social policy interventions to improve outcomes for young people at risk of substance misuse. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 111-125.
- Wahler, R. G. y Dumas, J. (1986). Changing the observational coding styles of insular and non insular mothers: A step toward maintenance of parent training effects. En R. Dangel y R. Polster (Eds.), *Parent Training* (pp. 379-416). New York: Guildford Press.
- Waldron, H. B. (1998). Substance abuse disorders. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 539-563). Oxford, RU: Elsevier Science Ltd.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678.
- Webster-Stratton, C. (1990). *The Incredible Years Parent Training Manual: Effective Communication, Anger Management and Problem-Solving (ADVANCE)*. Seattle, WA: Incredible Years.

- Weintraub, S. A. (1990). Children and adolescents at risk for substance abuse and psychopathology. *International Journal of the Addictions*, 25, 481-494.
- Weiss, C. (1988). *Evaluation*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Weiss, R. S. (1975). *Marital separation*. New York: Basic Books.
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L. y Seligman, M. E. (2003). Prevention that works for children and youth. An introduction. *The American Psychologist*, 58(6-7), 425-432.
- Werch, C. E. y DiClemente, C. C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9, 37-46.
- Wholey, J. S. (1977). Evaluability Assessment. En L. Rutman (Ed.), *Evaluation research methods: a basic guide* (pp. 41-56). Beverly Hills, CA: Sage Pub.
- Wikler, A. (1965). Conditioning factors in opiate addiction and relapse. En D. I. Wilner y G. G. Kassebaum (Eds.), *Narcotics* (pp. 85-100). Nueva York: McGraw-Hill.
- Wills, T. A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En S. Shiffman y T. A. Wills (Eds.), *Coping and Substance Use* (pp. 3-24). San Diego, CA: Academic Press.
- Wills, T. A. y Vaughan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 321-339.
- Williams, K. y Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 81-98.
- Winett, R. A., King, A. C. y Altman, D. G. (1989). *Health psychology and public health: An integrative approach*. New York: Pergamon Press.
- Xochihua, M. A. (2001). *Impacto del divorcio en el bienestar psicológico de los hijos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Puebla: Universidad de las Américas-Puebla.
- Yáñez-Yaben, S. (2010). Bienestar psicológico en progenitores divorciados: estilo de apego, soledad percibida y preocupación por la ex pareja. *Clínica y Salud*, 21(1), 77-91.
- Yáñez-Yaben, S., Guerra, J., Plazaola, M., Biurrun, J. y Comino, P. (2008). Características Demográficas, Actitudes y Dependencia en la Adaptación al Divorcio. *Ansiedad y Estrés*, 14, 43-53.

- Yuen, E. y Toumbourou, J. W. (2011). Does family intervention for adolescent substance use impact parental wellbeing? A longitudinal evaluation. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 249-263.
- Yunes, M. A. (2006). Psicología positiva e resiliencia: O foco no indivíduo e na família. En D. D. Dell'Aglio, S. H. Koller, y M. A. Yunes (Eds.), *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco a Protecção* (pp. 45-68). Sao Paulo: Casa do psicólogo.
- Zubrick, S. R., Ward, K. A., Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. A., Blair, E., et al. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science*, 6(4), 287-304.



# ANEXOS

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIAS EN EL PROGRAMA SUSPERTU**

El programa Suspertu realiza desde hace muchos años una intervención específica con las familias de adolescentes que acuden en busca de ayuda a nuestro servicio. Tras estos años de atención, la Fundación Proyecto Hombre de Navarra, junto con el departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra han elaborado un programa de evaluación de la atención prestada con el objetivo de poder mejorar el programa en el que vais a participar.

Para desarrollar este proyecto solicitamos tu colaboración y tu permiso para:

- Completar en dos sesiones una serie de cuestionarios y responder a una serie de preguntas que se te plantearán.
- Contactar contigo nuevamente (aproximadamente dentro de un año) y completar algunos cuestionarios en una o dos sesiones.

Con tu colaboración voluntaria en esta experiencia podrás contribuir a la evaluación y mejora del programa de atención. Por ello te animamos a participar. Los datos obtenidos se tratarán de forma confidencial y en todo momento preservaremos tu intimidad. Las publicaciones que puedan derivarse de este proyecto utilizarán datos disociados de cualquier referencia personal.

En cualquier caso, te recordamos que tu colaboración es totalmente voluntaria y, si no deseas participar, no se derivará ningún perjuicio para ti.

Gracias por tu colaboración.

---

D./D<sup>a</sup>.....

Ha comprendido la información anteriormente expuesta y acepta voluntariamente participar en el proyecto de evaluación de la eficacia del programa Suspertu

Firmado:.....D.N.I.: .....

En ..... a ..... de ..... de 201...

## ***Hoja de Datos Personales***

**CASO:**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**EDAD:**

**SEXO:**

1 Hombre 2 Mujer

**ESTADO CIVIL:**

1 Casado 2 Soltero 3 Separado/divorciado 4 Viudo

**NIVEL CULTURAL:**

1 Sin estudios 2 Primarios 3 Secundarios 4 Universitarios

Estudios realizados:

**NIVEL SOCIOECONÓMICO:**

1 Bajo 2 Medio-bajo 3 Medio 4 Medio-alto 5 Alto

Profesión:

Empleo actual:

Situación económica:

**HISTORIA PSIQUIÁTRICA ANTERIOR:**

0 No 1 Sí

En caso afirmativo, ¿qué tipo de trastorno?:

**ESQUEMA FAMILIAR:**

¿Vive con su pareja?:

Hijos propios: Hijos de la pareja:

## **RELACIÓN DE PAREJA Y FAMILIAR ACTUAL**

- \* Estudios realizados por la pareja:
  
- \* Profesión de la pareja:
  
- \* Empleo actual de la pareja:
  
- \* Situación económica de la pareja:
  
- \* Duración de la relación:

### **Motivo de la solicitud de ayuda**

**¿Han acudido previamente a otro servicio por el mismo motivo?**

**Caso de que sí: ¿por qué acude ahora a Suspertu?**

**¿Cómo ha llegado a Suspertu?**

## **Escala de Estilos de Comunicación (EEC)**

### **Descripción**

La Escala de Estilos de Comunicación mide tres estilos de comunicación: asertivo, agresivo y pasivo. Se presenta una serie de intervenciones comunicativas que los padres pueden exhibir cuando interactúan con sus hijos. Las afirmaciones deben ser respondidas bien por el padre, bien por la madre o bien por ambos por separado de manera que indiquen mediante una escala tipo Likert de 5 niveles de respuesta su grado de acuerdo o desacuerdo.

La composición de cada uno de los estilos de comunicación es la siguiente:

- 1.- Estilo asertivo (7 ítems): 4, 9, 13, 14, 16, 20, 21
- 2.- Estilo agresivo (7 ítems): 1, 3, 8, 10, 11, 12, 19
- 3.- Estilo pasivo (7 ítems): 2, 5, 6, 7, 15, 17, 18



## **Escala de Estilos de Comunicación**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ PRE POST SEGUIMIENTO

Rellena el siguiente cuestionario señalando cómo actúas si ocurren (o cómo actuarías en el caso en que se dieran) las siguientes situaciones. Marca el número que corresponde a la frecuencia con la que actúas (actuarías) de ese modo.

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

1. Cuando tu hijo/a no hace las tareas domésticas le trasmites tu hartazgo y le dices lo vago/a que es.	0 1 2 3 4
2. Tu hijo/a quiere hacer algo que tú crees que no tienes que dejarle hacer. A base de ser pesado/a te acaba convenciendo y consigue lo que se propone	0 1 2 3 4
3. Si tu hijo/a se salta el horario de llegada le esperas y le echas la bronca en cuanto llega.	0 1 2 3 4
4. Cada vez que tu hijo/a colabora en una tarea doméstica que no acostumbra hacer le trasmites lo orgullosa/o que te sientes de él/ella.	0 1 2 3 4
5. Si tu hijo/a no se hace la cama no le dices nada y la haces tú ya que la haces mejor y te cuesta menos	0 1 2 3 4
6. Estás segura de que tu hijo/a te ha robado dinero, pero como no le has visto no le dices nada.	0 1 2 3 4
7. Después de haber llegado a casa más tarde de la hora le pides a tu hijo/a que tenga más cuidado ya que te angustias mucho con lo que le pueda pasar.	0 1 2 3 4
8. Tu hijo/a ha suspendido tres asignaturas, pero te dicen en el centro que ha mejorado la actitud. Le felicitas por esta mejora.	0 1 2 3 4
9. Te preocupa que tu hijo/a pueda estar en riesgo de consumir alguna sustancia. Decides cogerlo después de comer, decirle que se siente contigo en el salón, y le hablas sobre el peligro que puede tener, sobre las drogas, etc	0 1 2 3 4
10. Cuando estáis enfadados o no estáis de acuerdo en algo, acabas la conversación de manera tajante con frases como "porque sí", "porque lo digo yo y punto".	0 1 2 3 4
11. Si te das cuenta de que tu hijo/a te va a pedir algo que no puede hacer, te adelantas y le dices que no.	0 1 2 3 4
12. Te han comentado en el instituto que en la cuadrilla de tu hijo/a han comenzado a fumar porros. Tú le exiges que te diga si él/ella lo hace o no.	0 1 2 3 4
13. Para hablar con tu hija/o sobre relaciones sexuales aprovechas alguna noticia de actualidad o algún hecho cercano para sacar el tema y te ofreces para aclarar alguna duda.	0 1 2 3 4
14. Encuentras en el bolsillo de la mochila de tu hijo/a un parte con faltas de asistencia del instituto con la firma falsificada. Cuando él está tranquilo afrontas directamente la situación.	0 1 2 3 4
15. Al lavar el pantalón de tu hijo/a encuentras porros en el bolsillo. Te los guardas, no le dices nada y esperas a que te los pida.	0 1 2 3 4

16. Tu hijo/a está castigado/a sin salir el sábado. Te dice que su mejor amigo/a se va a estudiar fuera y que le van a hacer una cena de despedida. Le haces saber que te haces cargo de la ilusión que le hace y te mantienes en lo pactado y se queda sin salir.	0 1 2 3 4
17. Le pides a tu hijo/a que retire las zapatillas del salón. Después de repetirlo muchas veces y ver que no lo hace, las recoges tú.	0 1 2 3 4
18. Tu hijo/a tiene la música a un volumen que os impide conversar. Vas a su habitación y le dices que con la música a ese volumen puede molestar a los vecinos.	0 1 2 3 4
19. Dado que has escuchado las mismas quejas y protestas ininidad de veces, generalmente te dedicas mentalmente a otra cosa mientras está hablando tu hijo/a.	0 1 2 3 4
20. Mientras escucho a mi hijo/a, digo cosas como Ajá! Hum...Entiendo...para hacerle saber que le estoy prestando atención.	0 1 2 3 4
21. No te gustan los amigos con los que últimamente está tu hijo/a. Decides hablar con él/ella sobre el tema, trasladarle tu preocupación, y le pides que te cuente cómo ve él lo que le estás diciendo	0 1 2 3 4

## ***Cuestionario de Prácticas Parentales*** **Parenting Practices Questionnaire (PPQ)**

(Robinson, Mandelco, Olsen & Hart, 2001)

### **Descripción**

El *Cuestionario de Prácticas Parentales (Parenting Practices Questionnaire, PPQ)* [3]. Mide tres estilos educativos: democrático, autoritario y permisivo. Está compuesto de tres escalas primarias y once subescalas o factores. Se presenta una serie de conductas que los padres pueden exhibir cuando interactúan con sus hijos. Las afirmaciones deben ser respondidas bien por el padre, bien por la madre o bien por ambos por separado de manera que indiquen mediante una escala tipo Likert de 4 niveles de respuesta su grado de acuerdo o desacuerdo.

En esta investigación se emplea una versión reducida [4] que consta de 34 ítems a través de los cuales se obtienen las puntuaciones para cada una de las escalas primarias (permisividad, autoritarismo y democracia). La composición de cada uno de los estilos educativos es la siguiente:

1.- Escala Democrática (13 ítems): 1, 2, 6, 8, 12, 14, 15, 17, 21, 24, 26, 29, 30.

2.- Escala Autoritaria (11 ítems): 4, 7, 9, 10, 16, 19, 23, 27, 31, 32, 34.

3.- Escala Permisiva (10 ítems): 3, 5, 11, 13 (invertir), 18, 20, 22, 25, 28, 33.



## Cuestionario de Prácticas Parentales (PPQ)

(Robinson, Mandelco, Olsen & Hart, 2001)

**Instrucciones:** las siguientes hojas contienen una lista de conductas que los padres pueden exhibir cuando se relacionan sus hijos. Las preguntas están designadas a medir con cuánta frecuencia manifiesta usted algunos comportamientos hacia sus hijo/a. Por favor, responda a los ítems de la forma más sincera posible, y no discuta las respuestas hasta después de que los cuestionarios sean devueltos a los profesionales.

Yo manifiesto este comportamiento

1 = Nunca 2 = De vez en cuando 3 = Muy a menudo 4 = Siempre

	1	2	3	4
1. Animar a tu hijo/a a hablar sobre sus problemas	1	2	3	4
2. Tratar de hacerle razonar en lugar de castigarle	1	2	3	4
3. Pensar que es difícil hacerle cumplir las normas	1	2	3	4
4. Pegarle cuando es desobediente	1	2	3	4
5. Aplazar una reprimenda o crítica cuando se comporta de forma contraria a nuestros deseos	1	2	3	4
6. Interesarme por él cuando está dolido o frustrado	1	2	3	4
7. Castigarle quitándole privilegios sin darle explicaciones	1	2	3	4
8. Darle consuelo y comprensión cuando está disgustado	1	2	3	4
9. Gritarle cuando se porta mal	1	2	3	4
10. Agarrarlo y zarandearlo cuando está siendo desobediente	1	2	3	4
11. Ponerle castigos que luego no le hago cumplir	1	2	3	4
12. Ser sensible a sus sentimientos y necesidades	1	2	3	4
13. Sentirte seguro de tu capacidad como padre	1	2	3	4
14. Explicarle los motivos por los que debe obedecer las reglas	1	2	3	4
15. Decirle que valoramos aquello que intenta o consigue	1	2	3	4
16. Castigarle en su habitación sin darle explicaciones	1	2	3	4
17. Ayudarle a comprender las consecuencias de su comportamiento y hablar sobre ello	1	2	3	4
18. Temer que al aplicar las normas cuando se porta mal, el niño pueda sentir rechazo hacia mí.	1	2	3	4
19. Ponerme muy furioso con mi hijo	1	2	3	4
20. Amenazarle con castigos más a menudo de lo que se le imponen	1	2	3	4
21. Expresar afecto abrazándolo y besándolo	1	2	3	4

Evaluación de los resultados de la intervención familiar en programas de prevención indicada

	1	2	3	4
22. Ignorar sus malos comportamientos	1	2	3	4
23. Usar el castigo físico como un medio para disciplinarle	1	2	3	4
24. Disculparme cuando cometo un error con él	1	2	3	4
25. Ceder cuando se emperrea con algo	1	2	3	4
26. Hablar y razonar con él cuando se comporta mal	1	2	3	4
27. Darle una bofetada cuando se comporta mal	1	2	3	4
28. Sobornarle con recompensas por ser obediente	1	2	3	4
29. Mostrar respeto por sus opiniones animándole a que las exprese	1	2	3	4
30. Explicarle cómo nos sentimos con respecto a su buen o mal comportamiento	1	2	3	4
31. Emplear amenazas de castigo con poca o ninguna justificación	1	2	3	4
32. Cuando pregunta por qué tiene que hacer algo, se tiene que conformar con la explicación "porque lo digo yo" o "porque soy tu padre/madre y quiero que lo hagas"	1	2	3	4
33. Sentirte inseguro sobre cómo solucionar su mal comportamiento	1	2	3	4
34. Empujarle cuando es desobediente	1	2	3	4

## ***Escala de Estrés Parental*** **Parental Stress Scale (PSS)**

(Berry & Jons, 1995)

### **Descripción**

La *Escala de Estrés Parental (Parental Stress Scale PSS)* [1] es un cuestionario autoadministrado con 12 afirmaciones que se responden en una escala de tipo Likert con una gradación de 1 (completo desacuerdo) a 5 (completo acuerdo). Esta prueba valora el grado de estrés producido por el papel de padre o madre. A mayor puntuación, mayor grado de estrés parental (rango 12-60).

Además de la escala total, esta escala se compone de dos dimensiones:

- 1.- “Recompensas del hijo” que integra los ítems: 1, 3, 4, 11 y 12. (Estos 5 ítems deben invertirse para obtener el grado de estrés producido).
- 2.- “Estresores” que se compone del resto de ítems: 2, 5, 6, 7, 8, 9 y 10.

En esta investigación se emplea la adaptación española de Oronoz, Alonso-Arbiol y Balluerka [2] (2007).



NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

### Escala de Estrés Parental (PSS)

(Berry & Jons, 1995)

Las siguientes preguntas describen sentimientos y percepciones acerca de la experiencia de ser padre/madre. Son afirmaciones que describen CÓMO ES TU RELACIÓN CON TU HIJO/A. Responde a cada frase indicando en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas, rodeando con un círculo el número escogido.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni desacuerdo/ni acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Me siento feliz en mi papel como padre/madre.	1 2 3 4 5
2. Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo	1 2 3 4 5
3. Me siento muy cercano/a a mi hijo/a	1 2 3 4 5
4. Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a	1 2 3 4 5
5. La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a	1 2 3 4 5
6. Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida	1 2 3 4 5
7. Tener un hijo/a ha supuesto una carga financiera	1 2 3 4 5
8. Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a	1 2 3 4 5
9. El comportamiento de mi hijo/a a menudo me resulta incómodo o estresante	1 2 3 4 5
10. Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre	1 2 3 4 5
11. Me siento satisfecho como padre/madre	1 2 3 4 5
12. Disfruto de mi hijo/a	1 2 3 4 5

POR FAVOR, COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS

MUCHAS GRACIAS.



## **Listado de síntomas (SCL-90-R)**

(Derogatis, 1975)

### **Descripción**

El *Listado de Síntomas (SCL-90-R)* [5] es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST).

### **Puntuación**

**Puntuación de cada dimensión:** Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a la dimensión y se divide por el número de ítems que comprende. El resultado debe incluir dos cifras decimales. En este apartado no se tienen en cuenta los ítems adicionales (síntomas discretos que no pertenecen a ninguna dimensión en concreto). Los ítems que corresponden a cada dimensión aparecen marcados con la siguiente clave:

- (S)**Somatización
- (O)**Obsesión-compulsión
- (SI)**Sensibilidad interpersonal
- (D)**Depresión
- (A)**Ansiedad
- (H)**Hostilidad
- (AF)**Ansiedad fóbica
- (I)**Ideación paranoide
- (P)**Psicoticismo

Los 7 ítems que no tienen letra pertenecen a los síntomas discretos.

### **Puntuación de los índices globales:**

- GSI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems de la escala (incluidos los ítems adicionales) y se divide entre 90.
- PSDI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems (incluidos los adicionales) y se divide entre la puntuación obtenida en el PST.
- PST:** Se suma el número de ítems que han sido contestados con respuestas distintas de cero.

### **Tipificación:**

Una vez obtenidos los índices de la escala (dimensionales y globales), han de transformarse en puntuaciones típicas (T), según la tabla correspondiente, en función del grupo normativo al que pertenezca el sujeto.

### **Omisión de respuestas y puntuación:**

En el caso de que el sujeto haya omitido ítems al contestar la prueba, esta no se invalida necesariamente, sino que:

- a) la escala en su globalidad se invalida cuando el sujeto ha omitido más del 20% de los ítems (>18).
- b) una dimensión particular se invalidará cuando el sujeto haya omitido más del 40% de los ítems de aquella dimensión.

En caso de no quedar invalidada la escala, habrá que realizar una serie de ajustes. Para hallar la puntuación de cada dimensión habrá que descontar del denominador el número de ítems omitidos en esa dimensión. Para hallar el índice GSI habrá que descontar del denominador el número total de ítems omitidos en la escala. El PTS y el PSDI no se ven directamente afectados por la omisión de respuestas.

### **Definición operacional de caso psiquiátrico**

Un sujeto se define en el SCL-90-R como caso positivo (con trastorno psiquiátrico) en los siguientes casos:

- a) si el sujeto obtiene una puntuación GSI (según la tabla de "no pacientes") mayor o igual a una puntuación T de 63.
- b) si el sujeto obtiene una puntuación T mayor o igual a 63 en dos dimensiones sintomatológicas.



<b>0 Nada</b>	<b>1 Un poco</b>	<b>2 Moderadamente</b>	<b>3 Bastante</b>	<b>4 Mucho</b>
13AF. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.....	0	1	2	3 4
14D.Sentirse bajo de energías o decaído.....	0	1	2	3 4
15D. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.....	0	1	2	3 4
16P. Oír voces que otras personas no oyen.....	0	1	2	3 4
17A. Temblores				0 1 2 3 4
18I. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas.....	0	1	2	3 4
19. Falta de apetito				0 1 2 3 4
20D. Llorar fácilmente.....	0	1	2	3 4
21SI. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto				0 1 2 3 4
22D. La sensación de estar atrapado o como encerrado.....	0	1	2	3 4
23A.Tener miedo de repente y sin razón.....	0	1	2	3 4
24H. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar				0 1 2 3 4
25AF. Miedo a salir de casa solo.....	0	1	2	3 4
26D.Culparse a sí mismo de todo lo que pasa				0 1 2 3 4
27S.Dolores en la parte baja de la espalda.....	0	1	2	3 4
28O.Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.....	0	1	2	3 4
29D.Sentirse solo.....	0	1	2	3 4
30D.Sentirse triste				0 1 2 3 4
31D.Preocuparse demasiado por las cosas				0 1 2 3 4
32D.No sentir interés por las cosas				0 1 2 3 4
33A.Sentirse temeroso.....	0	1	2	3 4
34SI. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.....	0	1	2	3 4

**0 Nada 1 Un poco 2 Moderadamente 3 Bastante 4 Mucho**

- 35P. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos.....0 1 2 3 4
- 36SI. La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso .....0 1 2 3 4
- 37SI. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta.....0 1 2 3 4
- 38O. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien 0 1 2 3 4
- 39A. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.....0 1 2 3 4
- 40S. Náuseas o malestar en el estómago.....0 1 2 3 4
- 41SI. Sentirse inferior a los demás 0 1 2 3 4
- 42S. Dolores musculares.....0 1 2 3 4
- 43I. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.....0 1 2 3 4
44. Dificultad para conciliar el sueño 0 1 2 3 4
- 45O. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace.....0 1 2 3 4
- 46O. Encontrar difícil el tomar decisiones.....0 1 2 3 4
- 47AF. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o Trenes 0 1 2 3 4
- 48S. Dificultad para respirar 0 1 2 3 4
- 49S. Sentir calor o frío de repente.....0 1 2 3 4
- 50AF. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo .....0 1 2 3 4
- 51O. Que se le quede la mente en blanco .....0 1 2 3 4
- 52S. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo 0 1 2 3 4
- 53S. Sentir un nudo en la garganta.....0 1 2 3 4
- 54D. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.....0 1 2 3 4

<b>0 Nada</b>	<b>1 Un poco</b>	<b>2 Moderadamente</b>	<b>3 Bastante</b>	<b>4 Mucho</b>
55O.Tener dificultades para concentrarse.....	0	1	2	3 4
56S.Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.....	0	1	2	3 4
57A.Sentirse tenso o agitado.....	0	1	2	3 4
58S.Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3 4
59.Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir.....	0	1	2	3 4
60.Comer demasiado.....	0	1	2	3 4
61SI. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3 4
62P.Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3 4
63H.Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.....	0	1	2	3 4
64.Despertarse de madrugada.....	0	1	2	3 4
65O. Tener que repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.	0	1	2	3 4
66.Sueño inquieto o perturbado.....	0	1	2	3 4
67H.Tener ganas de romper algo	0	1	2	3 4
68I. Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....	0	1	2	3 4
69SI. Sentirse muy cohibido entre otras personas	0	1	2	3 4
70AF. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.....	0	1	2	3 4
71D.Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.....	0	1	2	3 4
72A.Ataques de terror o pánico	0	1	2	3 4
73SI. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3 4
74H.Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3 4
75AF. Sentirse nervioso cuando se queda solo.....	0	1	2	3 4

<b>0 Nada</b>	<b>1 Un poco</b>	<b>2 Moderadamente</b>	<b>3 Bastante</b>	<b>4 Mucho</b>
76I.El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.....	0	1	2	3 4
77P.Sentirse solo aunque esté con más gente.....	0	1	2	3 4
78A. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo..	0	1	2	3 4
79D.La sensación de ser inútil o no valer para nada.....	0	1	2	3 4
80A.Presentimientos de que va a pasar algo malo.....	0	1	2	3 4
81H.Gritar o tirar cosas.....	0	1	2	3 4
82AF. Tener miedo de desmayarse en público.....	0	1	2	3 4
83I. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara		0	1	2 3 4
84P.Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan Bastante		0	1	2 3 4
85P.La idea de que debería ser castigado por sus pecados		0	1	2 3 4
86A.Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.....	0	1	2	3 4
87P.La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo		0	1	2 3 4
88P.No sentirse cercano o íntimo con nadie.....	0	1	2	3 4
89.Sentimiento de culpabilidad.....	0	1	2	3 4
90P.La idea de que algo anda mal en su mente.....	0	1	2	3 4



## ***Escala de Inadaptación***

(Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo 2000)

### **Descripción**

La *Escala de Inadaptación* [6] refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas.

### **Puntuación**

Se suma la puntuación obtenida en cada escala. El rango de la escala total es de 0 a 30. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En general, una puntuación igual o superior a 2 en cada ítem denota inadaptación. El punto de corte de la escala total es, por tanto, 12.



**ESCALA DE INADAPTACIÓN**  
(Echeburúa, Corral & Fernández-Montalvo, 2000)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

**Trabajo y/o Estudios**

1.- A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

**Vida social**

2.- A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

**Tiempo libre**

3.- A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Relación de pareja**

4.- A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Vida familiar**

5.- A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Escala global**

6.- A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

