

Los padres y madres ante la prevención de conductas problemáticas en la adolescencia.

La aplicación del programa Construyendo salud: Promoción de habilidades parentales

José Antonio Gómez Fraguela

Paula Villar Torres

1.	<u>Un acercamiento al fenómeno de la conducta problema en la adolescencia.</u>	
1.1.	<u>Factores de riesgo del consumo de drogas.</u>	8
1.2.	<u>El papel de la familia en la aparición de problemas de conducta.</u>	12
1.2.1.	<u>Variables familiares concretas relacionadas con la aparición de problemas de conducta</u>	13
1.2.1.1	<u>Consumo de drogas de padres y madres.</u>	14
1.2.1.2	<u>Prácticas educativas de los padres.</u>	15
1.2.1.3	<u>Conflicto familiar.</u>	17
1.2.1.4	<u>Cohesión familiar.</u>	19
1.3.	<u>IMPLICACIONES EN LA INVESTIGACIÓN PREVENTIVA.</u>	20
2.	<u>La Prevención en la adolescencia</u>	
2.1.	<u>La intervención con familias como estrategia de prevención del consumo de drogas durante la adolescencia</u>	25
2.1.1.	<u>Programas de prevención familiares de carácter universal.</u>	27
2.1.1.1	<u>Programas de grupos organizados de padres</u>	27
2.1.1.2	<u>Programas de entrenamiento de habilidades familiares</u>	30
2.1.1.3	<u>Programas multicomponente</u>	32
2.1.2.	<u>Programas de prevención selectivos.</u>	40
2.1.3.	<u>Programas de prevención indicados</u>	44
2.1.4.	<u>Valoración general de los programas de prevención del consumo de drogas centrados en la familia.</u>	¡Error! Marcador no definido.
2.2.	<u>El proyecto Construyendo Salud</u>	45
2.2.1.	<u>El componente escolar de construyendo salud</u>	45
2.2.2.	<u>El componente familiar</u>	49
2.2.2.1	<u>Descripción del programa.</u>	50
2.2.2.2	<u>Estructura del programa</u>	51
2.2.2.3	<u>Componentes del programa</u>	51
	<u>1^{er} componente: Presentación del programa.</u>	51
	<u>2^o componente: La adolescencia y los estilos educativos paternos.</u>	53

3 ^{er} componente: Habilidades de comunicación.	54
4 ^o componente: Habilidades para superar conflictos.	55
5 ^o componente: El establecimiento de una posición familiar firme sobre las drogas.	57
2.2.2.4 Aspectos metodológicos de la intervención.	58
2.2.2.5 Directrices de aplicación del programa.	59

3. Trabajo empírico

3.1. Diseño de la intervención	60
3.1.1. Curso de Formación	61
3.1.2. Primera fase: Presentación del programa a padres y madres y evaluación inicial del programa	62
3.1.3. Segunda fase: Aplicación del programa	64
3.1.4. Tercera fase: Evaluación de seguimiento	64
3.2. Variables analizadas	65
3.2.1. Relaciones familiares	66
3.2.1.1 Clima familiar	67
3.2.1.2 Estilos educativos	67
3.2.1.3 Normas familiares de consumo	69
3.2.2. Otras variables relevantes para el estudio	69
3.2.2.1 Actitudes parentales hacia las drogas	69
3.2.2.2 Consumo parental de drogas	70
3.2.2.3 Consumo de drogas de los/as adolescentes	70
3.2.2.4 Actitudes hacia las drogas	71
3.2.2.5 Intención de consumo	71
3.2.2.6 Conducta antisocial de los/as adolescentes	72
3.3. Descripción de la muestra	73
3.3.1. Características de los estudiantes	73
3.3.1.1 Consumo de drogas	73
3.3.1.2 Otras conductas problemáticas	75
3.3.2. Estructura familiar y características de los padres y madres	77
3.3.3. Relaciones entre las Variables analizadas	82
3.4. Descripción de los participantes	92

3.4.1.	<u>Características de las familias participantes</u>	95
3.5.	<u>La evaluación del proceso de implantación del programa</u>	96
3.5.1.	<u>Estrategias para la evaluación del proceso.</u>	96
3.5.2.	<u>Resultados de la evaluación del proceso</u>	100
3.5.3.	<u>Evaluación del programa por sesiones: Información de los monitores</u>	109
3.5.4.	<u>Información de las madres y los padres participantes en el programa</u>	113
3.5.5.	<u>Valoración cualitativa del programa</u>	116

4. Conclusiones generales

Bibliografía:

Este trabajo surge de una colaboración entre la Confederación Española de Asociaciones de Padres de Alumnos (CEAPA) y la Universidad de Santiago de Compostela (USC). A través de ella, se pretendía evaluar y aplicar una intervención preventiva dirigida a padres y madres de adolescentes.

El programa se centra en el entrenamiento en habilidades paternas y ha sido desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad de Santiago de Compostela. Este equipo cuenta con una amplia experiencia en el campo de las drogas y los problemas de conducta, y durante los últimos 20 años ha desarrollado una importante labor investigadora en nuestro país. Los primeros trabajos del equipo se dirigieron a cuestiones teóricas y epidemiológicas relacionadas con estos problemas. A partir de 1992 el trabajo se orientó más hacia el campo aplicado y, más concretamente, hacia la prevención. En ese año iniciamos un trabajo dirigido a la prevención del consumo de drogas en los adolescentes. Esta línea de investigación se ha continuado hasta la actualidad. Los primeros resultados se obtuvieron con la elaboración del programa escolar *Construyendo Salud: Promoción del desarrollo personal y social* (Luengo, Gómez-Fraguela, Garra, Romero y Otero, 1998) que ha sido ampliamente aplicado y evaluado en distintas Comunidades Autónomas (Luengo, Romero, Gómez-Fraguela, Garra y Lence, 1999).

Pero ese programa no constituye más que el inicio de un ambicioso proyecto de investigación sobre la prevención del consumo de drogas y las conductas problemáticas de la adolescencia. Este tipo de conductas tienen múltiples determinantes y las relaciones entre ellos son complejas. No es razonable esperar que con una intervención aislada y limitada en el tiempo se logren resultados totalmente satisfactorios. Para la consecución de efectos preventivos sobre estas conductas es necesario la realización de acciones dirigidas a los distintos determinantes que la provocan. Por esta razón hemos desarrollado dentro del proyecto un componente familiar al que denominamos *Construyendo Salud: Promoción de habilidades parentales*. Este componente es el objeto del presente trabajo.

En el trabajo que aquí presentamos, se expone el proceso de implantación y evaluación que de este componente ha realizado la CEAPA. Partiendo de un estudio piloto realizado en 1999-00, empezamos a planificar conjuntamente el diseño de la intervención a mediados de 2000. El resultado final fue la aplicación del programa a

principios del año 2001 en diecisiete centros escolares repartidos por distintas Comunidades Autónomas de nuestro Estado.

Antes de comenzar con la exposición del trabajo quisiéramos manifestar nuestra satisfacción por la experiencia realizada y nuestro agradecimiento a la CEAPA por haber contado con nosotros para esta experiencia. Creemos sinceramente que son colaboraciones de este tipo las que permitirán el desarrollo fructífero de este ámbito de intervención.

A las personas que trabajamos dentro de la Universidad, muchas veces se nos ha achacado, no sin razón, que nuestro trabajo estaba más orientado al logro académico que a la búsqueda de respuesta para las necesidades sociales reales. Por su parte, algunos investigadores y docentes critican sistemáticamente todas aquellas intervenciones nacidas sin el aval universitario. Los argumentos empleados en estas críticas son muy variados e incluyen algunos como la falta de fundamentación teórica de la intervención; la carencia de rigor metodológico; la ausencia de una adecuada evaluación, etc.

Creemos que es con trabajos en los que confluya los intereses científicos con los sociales, como se podrá ir superando poco a poco las distancias entre el campo académico y el aplicado. El trabajo aquí desarrollado pretende avanzar en esta dirección. La tarea no ha sido fácil y ha necesitado de concesiones por las dos partes. Desde la Universidad hemos tenido que renunciar a ciertos requisitos metodológicos. Desde CEAPA, han tenido que asumir como propias ciertas tareas poco gratas y alejadas de sus intereses. Los resultados por nuestra parte han resultado muy gratificantes. Esperamos que también lo hayan sido para las personas de la CEAPA que han participado en la experiencia. Vaya desde aquí nuestro reconocimiento a su trabajo.

Para finalizar esta breve introducción animamos a otros investigadores y a entidades sociales que lleven a cabo intervenciones sociales para que pongan en marcha colaboraciones de este tipo. Como hemos dicho, la tarea no es sencilla e implica concesiones mutuas. Pero en el proceso seguro que todos saldrán ganando y la experiencia será valorada positivamente.

1. Un acercamiento al fenómeno de la conducta problema en la adolescencia

El consumo de drogas, las conductas agresivas, las relaciones sexuales arriesgadas, etc., constituyen algunas de las conductas problemáticas típicas de la adolescencia. La preocupación de los padres y madres por que sus hijos se vean involucrados en esas conductas; la alarma social generada por algunos de estos actos; los costes personales y sociales derivados de ellas, justifican sobradamente la necesidad de emprender acciones dirigidas a su prevención.

El consumo de drogas es uno de los problemas más preocupantes. La atención prestada al consumo de sustancias ilegales es muy grande. Pero en la adolescencia, esos consumos prácticamente no existen, siendo mucho más preocupante el uso y abuso de drogas aceptadas socialmente como el tabaco o el alcohol. El inicio de la adolescencia (entre los 12 y 14 años aproximadamente) coincide con el periodo en el que la mayoría de las personas empiezan a experimentar con estas sustancias. Esto se produce a pesar de que el acceso al tabaco y al alcohol por parte de esta población esta legalmente restringido. Es posteriormente, dependiendo de la evolución de estos consumos, cuando algunos jóvenes llegarán a usar otro tipo de sustancias.

El uso de drogas no es un fenómeno aislado, sino que aparece relacionado con otro tipo de conductas problemáticas (conductas agresivas; absentismo escolar; actos vandálicos; etc.). A este tipo de conductas es a lo que algunos autores han denominado conductas problema (Jessor y Jessor, 1977) o problemas de externalización (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

La investigación apunta a que se pueden distinguir dos patrones generales de desarrollo de estos problemas. Uno tendría sus raíces ya en la temprana infancia y agruparía aquellos casos en los que, desde los primeros momentos, los sujetos presentan conductas disruptivas en los distintos contextos en los que se desenvuelven (la familia, la escuela, los amigos, etc.). Es lo que autores como Coie (1996) denominan “*early starters*”, El otro patrón de desarrollo incluiría a aquellos casos en los que se produce un desarrollo normal hasta la llegada de la pubertad, pero con esta empiezan a aparecer los problemas de conducta (“*late starters*”).

Este trabajo se dirige a la prevención de este segundo grupo de casos. Los cambios que se producen con la llegada de la adolescencia explican en parte la aparición de muchos de los problemas. Por ejemplo Botvin (Botvin y Botvin, 1993) habla del impacto de los factores del desarrollo sobre el uso de sustancias y cita entre las razones para que se incremente la susceptibilidad del adolescente a las influencias para fumar, beber o consumir drogas; el declive de la influencia paterna; la búsqueda de una identidad propia e independiente; la mayor dependencia del grupo de semejantes, y la evolución cognitiva, adquiriendo en estas edades un pensamiento más relativo y abstracto que permite al adolescente concebir una amplia gama de posibilidades, aceptar desviaciones de las reglas establecidas y reconocer aspectos ilógicos e inconsistentes de la conducta adulta.

1.1. Factores de riesgo del consumo de drogas

En nuestra sociedad resulta bastante frecuente un cierto grado de experimentación con el alcohol y el tabaco a partir de la adolescencia. La mayoría de las personas, después de un breve periodo de experimentación con estas sustancias, adoptan un patrón de consumo socialmente aceptado y no llegan a tener problemas con este consumo. Pero existe un número cada vez más considerable de adolescentes que, por distintas razones, progresan hacia patrones de consumo abusivos que incrementan sus posibilidades de llegar a sufrir problemas con estas u otras sustancias.

Desde un primer momento la mayoría de los teóricos que han analizado las características de este fenómeno han aludido a múltiples variables explicativas. Los hallazgos empíricos han establecido la mayor relevancia en la explicación del abuso de drogas en las que se han venido a llamar variables “psicosociales”. En este sentido, han cobrado gran fuerza los ámbitos sociales más próximos al individuo como son la familia, la escuela y los iguales, aunque no se resta importancia a otras variables de naturaleza macrosocial o individual.

En todos estos ámbitos encontramos los factores que incrementan el riesgo de llegar a abusar de las drogas. Así por ejemplo, en el ámbito social, destacan las variables de accesibilidad a las sustancias y permisividad o aceptación social del consumo; en el ámbito escolar, el fracaso escolar y la insatisfacción con la escuela; en el ámbito

individual, una baja autoestima familiar y escolar, una baja asertividad, la necesidad de aprobación social, la impulsividad y un alto nivel de búsqueda de sensaciones; en el ámbito del grupo de amigos, el consumo de los iguales y la vinculación afectiva y/o normativa con iguales desviados; y en el ámbito familiar, unas relaciones afectivas pobres en el hogar, unas estrategias educativas paternas inadecuadas y el consumo paterno de drogas.

En muchos estudios se ha encontrado que la facilidad de acceso a las sustancias se relaciona fuertemente con un mayor consumo en los adolescentes. Otros hallazgos muestran además que cuanto más alta sea la permisividad social hacia el consumo más frecuente será la implicación de los jóvenes en él. En este sentido, se hace referencia tanto a la permisividad formal (normas y leyes sobre el consumo) como a la permisividad informal (actitudes y valores sociales favorables al consumo). De hecho, existen datos que confirman tanto la importancia de las restricciones legales en el grado de consumo de distintas drogas como la influencia de los modelos sociales favorables al consumo de diversas sustancias entre los adolescentes.

La escuela como uno de las instituciones responsables de la socialización de los individuos también juega un papel importante en la aparición de estos problemas. Las investigaciones realizadas en este contexto han encontrado que son múltiples los trastornos afectivos y de conducta que se relacionan con un desajuste al medio escolar. Se ha demostrado que conductas problema como el consumo de drogas y la conducta antisocial se asocian fuertemente con un bajo rendimiento en el medio escolar; con un alto absentismo, con una baja implicación en las actividades ligadas a la escuela y, en general, con un cierto desapego emocional con respecto al entorno escolar. Parece como si los adolescentes quedasen en una situación de vulnerabilidad para el desarrollo de la conducta desviada cuando “fracasan” en su integración en un medio dedicado a promover comportamientos socialmente aceptados.

En cuanto a los factores individuales que se han relacionado con el consumo de drogas, han sido varios e incluirían aspectos cognitivos, emocionales, personales y conductuales.

Desde un principio se ha visto, por ejemplo, que factores cognitivos como las *creencias* y las *actitudes favorables a las drogas* preceden al inicio del consumo en los adolescentes. Así, existe abundante evidencia empírica de que el comienzo del uso de

una determinada sustancia va precedido de una valoración positiva de su consumo (Fishbein y Middestadt, 1987).

Otro de los factores ampliamente estudiado en el campo del consumo de drogas ha sido la *autoestima*. Como índice de bienestar emocional, la autoestima o autovaloración se ha vinculado fuertemente al desarrollo de la conducta problema durante la adolescencia. En un primer momento se barajó la hipótesis de que una baja valoración personal se relacionaba en gran medida con la aparición de la conducta desviada. Si bien esta asociación aparecía claramente en las investigaciones con población infantil, cuando los estudios se realizaban con adolescentes, los datos se mostraban confusos e incluso contradictorios. En los últimos años se admite que, para entender adecuadamente tal relación, hay que sustituir la visión de la autoestima como una característica “global” por otra que tengan en cuenta su naturaleza multidimensional (Romero, Luengo y Otero, 1995). Cuando se examinan diferentes dimensiones de este factor se encuentra que la conducta problema se relaciona con la autoestima de forma distinta. Así, se ha visto que la conducta problema se relaciona negativamente con la autoestima sentida en la familia y en la escuela; sin embargo, se relaciona positivamente con la autoestima sentida en el ámbito de los amigos. En definitiva, parece que el sujeto consumidor o aquel que realiza conductas antisociales ciertamente muestra una autoestima deteriorada en dos de sus dimensiones, la familiar y la académica; pero en la otra dimensión, en el ámbito de los amigos, muestra una valoración relativamente alta.

Otro conjunto de variables individuales que ha despertado gran interés se refieren a las capacidades de interacción social, sobre todo la *asertividad*. Muchos trabajos se han centrado en estudiar la vinculación entre la presencia de conductas desviadas y la carencia en los sujetos de habilidades para establecer relaciones, para expresar sus propias opiniones y sentimientos, o para defender sus derechos. A este respecto, se ha encontrado que los adolescentes consumidores muestran una menor competencia en las relaciones sociales y una menor capacidad para expresarse asertivamente (Scheider y Botvin, 1998). Un nivel adecuado de habilidades sociales actuarían como factores protectores que permitirían a los sujetos resistir más adecuadamente la presión social para consumir drogas o involucrarse en conductas problemáticas. De esta forma, las habilidades sociales en general, y la asertividad en particular se han venido considerando como factores de protección para evitar la aparición de muchos problemas en la adolescencia.

Otra variable ampliamente relacionada con este tipo de problemáticas ha sido la *impulsividad*. El estudio de esta variable cuenta con una larga tradición en el ámbito de la delincuencia y, actualmente, en distintas investigaciones, se ha detectado también una asociación entre la impulsividad y el consumo de drogas. La impulsividad parece asociada a dificultades en la resolución de problemas interpersonales y en la toma de decisiones y a dificultades para demorar la gratificación. La incapacidad para “pararse a pensar” ante una situación conflictiva y para tener en cuenta las consecuencias de la propia conducta da lugar a que la resolución de los conflictos sea ineficaz. Asimismo, las dificultades para aplazar la obtención de refuerzos suponen que el individuo prefiera las recompensas más inmediatas frente a las que puedan aparecer en un momento posterior en el tiempo.

En general, parece que los individuos con mayor riesgo de desarrollar conductas desviadas muestran una perspectiva temporal más orientada hacia el presente. De hecho, focalizarse en lo inmediato lleva a los sujetos a centrarse en los aspectos positivos que comportamientos como el consumo de drogas o las conductas antisociales pueden tener a corto plazo, prestando menos atención a sus consecuencias más tardías; algo que coloca en situación de riesgo a todos los adolescentes puesto que este “presentismo” es una característica propia de su pensamiento (Romero, Sobral y Luengo, 1999).

Por último, la necesidad de sensaciones novedosas e intensas y la búsqueda de riesgo y aventuras es otra de las características que se ha planteado como predictora de la conducta problema. En las últimas décadas, muchos autores han relacionado estrechamente la variable “*búsqueda de sensaciones*” con el consumo de drogas y la conducta delictiva. Se ha demostrado que los consumidores de sustancias puntúan más alto que los no consumidores en las escalas de búsqueda de sensaciones y que la “*búsqueda de sensaciones*” es un predictor significativo del inicio y de la escalada en el consumo de drogas entre los adolescentes (Luengo, Otero, Romero y Gómez Fragueta, 1996).

El uso de drogas a edades tempranas es otro predictor importante para la aparición de problemas futuros. En numerosas investigaciones se ha encontrado que cuanto más temprano sea el inicio en el consumo de una droga, más probable es que el sujeto llegue a abusar de esas sustancias o se implique en el consumo de otras.

El grupo de amigos es otro ámbito de influencias de gran interés para la explicación de la aparición de conductas problemáticas. Han sido muy numerosas las

investigaciones que han intentado examinar qué características del grupo de amigos se asocian con la conducta problema del adolescente. Los resultados obtenidos demuestran claramente que los adolescentes que se implican en conductas desviadas tienen amigos que también cometen actos desviados. Esta relación ha sido analizada por numerosos investigadores en función de dos aspectos en la relación del adolescente con el grupo de iguales: los patrones conductuales y normativos del grupo, y el grado de vinculación del individuo con el grupo.

Con respecto a los patrones conductuales y normativos dentro del grupo, se ha visto que, en general, los adolescentes que se implican con amigos consumidores, probablemente también consumirán drogas. Este fenómeno se ha explicado aludiendo tanto a un proceso de modelado y aprendizaje como al incremento de la accesibilidad a las sustancias dentro de los grupos. Ambos fenómenos se refuerzan mutuamente y se van potenciando por la presión a la conformidad que dentro del grupo se ejerce sobre sus miembros.

En cuanto al grado de vinculación o apego del adolescente al grupo, los estudios centrados en este tema parecen sugerir que para que un individuo consuma drogas no es suficiente que este en contacto con amigos consumidores, sino que debe estar también vinculado afectivamente a ellos. A este respecto, la conducta de consumo, como comportamiento aprobado y valorado por los amigos, se ve motivada por la necesidad del adolescente de ser aceptado y admirado por el grupo de iguales (Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995)

Este tipo de hallazgos han llevado a concluir que la presión de los amigos es uno de los factores con mayor impacto sobre el consumo de drogas y la conducta antisocial del adolescente.

1.2. El papel de la familia en la aparición de problemas de conducta

Como primer agente de socialización del niño, la familia es un contexto fundamental para la prevención de conductas problema, incluido el consumo de sustancias. De forma progresiva a lo largo del desarrollo se va pasando de una situación de dependencia e influencia casi absoluta de la familia hacia estadios de menor

dependencia e incremento de influencia de otros agentes sociales como la escuela, los amigos, los medios de comunicación. Pero a pesar de ello, la investigación indica que en la etapa adolescente, la influencia de los padres y madres todavía es grande, perdurando de manera importante en los valores, actitudes y creencias de sus hijos, habiendo autores que han llegado a decir que los amigos suelen tener más influencia en áreas relacionadas con la forma de vestir, la forma de hablar y las actividades a realizar, mientras que los padres tienden a tener mayor influencia en la toma de decisiones más relevantes para el futuro (Etz, Robertson, y Ashery, 1998).

Pese a que muchas investigaciones apuntan a que la influencia de los amigos es el determinante más próximo al desarrollo de la conducta problema en la adolescencia. La influencia de la familia sobre esas variables es doble. Por una parte se producen ciertas relaciones directas entre las variables familiares y la involucración de los adolescentes en esas conductas. Pero también se producen influencias indirectas mediadas por el tipo de amigos del adolescente. Ciertas variables familiares se encuentran detrás de la elección de un tipo de amigos u otro y esta elección, juega un papel clave en la implicación o no en conductas desviadas.

1.2.1. Variables familiares relacionadas con la aparición de problemas de conducta

Haciendo una revisión de la literatura y sobre el papel de la familia en la etiología de la conducta problema, encontramos que los primeros trabajos sobre variables familiares y conducta desviada se centraban en los aspectos estructurales de la familia: nivel socioeconómico familiar, número de hermanos, presencia de ambos padres en el hogar, etc. Los datos encontrados muestran la existencia de cierta relación entre conductas como el consumo de drogas y la delincuencia y un mayor número de hermanos o la falta de uno de los padres en el hogar (hogares rotos). Pero la baja significación de estos resultados llevó a buscar otras variables explicativas. La atención se centró en las variables relacionadas con el funcionamiento familiar. Este grupo de variables presentaba un impacto mayor que el encontrado con las estructurales. Además se encontró que, el efecto de estas últimas podía ser explicado en gran parte por las variables de tipo funcional.

A continuación presentamos las principales variables familiares que han sido relacionadas con el consumo de drogas y la involucración en conductas problema por parte de los adolescentes.

1.2.1.1 Consumo de drogas de padres y madres

El modelado de la familia en la conducta de consumo de drogas y las actitudes de los padres hacia el uso de sustancias, principalmente el tabaco y el alcohol, son dos aspectos que han tenido un amplio eco dentro de la investigación acerca del consumo de drogas entre los jóvenes. Ambas se consideran dos influencias de gran relevancia para el inicio del uso de alcohol, tabaco y otras sustancias a edades tempranas.

Con respecto al consumo de drogas, en las investigaciones sobre el modelado de los padres se considera que, los adolescentes con padres consumidores, son especialmente propensos a consumir drogas. En estos estudios se plantea que si los padres consumen, sus hijos percibirán esta conducta como socialmente aceptable y tendrán más probabilidades de imitarla.

Han sido muy numerosas las investigaciones que han apoyado la relación entre el consumo paterno y el consumo del adolescente. De hecho, se ha encontrado que el abuso de alcohol o el uso de drogas ilegales por parte de los padres y hermanos mayores tenía efectos directos sobre el consumo de los adolescentes, incrementando su riesgo de usar esas sustancias. Es más, los hallazgos apuntaban a que el consumo por parte de los padres no sólo afectaban al consumo de las mismas sustancias por parte de los hijos, sino que también incrementaba las probabilidades de consumir otras drogas.

Otros autores estudiaron también los efectos de las actitudes de los padres hacia el consumo de drogas (por ejemplo McDermott, 1984). La investigación de este autor indica que unas actitudes parentales permisivas hacia el consumo de alcohol u otras drogas pueden tener tanta o más importancia en la determinación del consumo de los hijos.

En suma, podemos concluir que los padres consumidores, además de proporcionar a los hijos modelos conductuales que probablemente el adolescente llegue a imitar, pueden estar promoviendo, a través de actitudes permisivas hacia el consumo de sustancias, la creación en sus hijos de actitudes favorables al uso de drogas. Mellinger (1971) defiende que los hijos no aprenden sólo el consumo de una sustancia

determinada, sino que también, y más importante, aprenden que el empleo de sustancias es *legítimo* para alterar el estado físico y/o psíquico del organismo.

1.2.1.2 Prácticas educativas de los padres

El estudio de la influencia de las prácticas educativas parentales en la conducta de los hijos es otro de los temas clásicos dentro de la investigación sobre la etiología de la conducta problema.

Se han utilizado diversos constructos para referirse al papel de los padres en el “cuidado” de los hijos. Entre ellos se incluyen: la calidad de las relaciones, el establecimiento de límites, el refuerzo positivo de los hijos, la solución de problemas familiares y la implicación con los hijos. Sin embargo, los investigadores difieren en cuáles de estos constructos tiene prioridad con respecto a la predicción de la conducta problema en los hijos y, en consecuencia, con respecto a la intervención preventiva en la familia.

En un intento por definir lo que se entiende por “cuidado” de los hijos, dos importantes autores dentro de la investigación sobre la etiología y la prevención de la conducta problema, Patterson y Dishion (1992), proponen un modelo conceptual donde estos constructos aparecen altamente interrelacionados. En este modelo, los autores distinguen tres dimensiones que se relacionan entre sí dinámicamente y que son especialmente relevantes para la prevención. Estas dimensiones son: (1) *motivación*, que representa el sistema de creencias de los padres y que incluye las normas, los valores y los objetivos en el “cuidado” de los hijos; (2) *prácticas parentales*, que incluyen la atención, el seguimiento y la estructuración de las actividades y del contexto social de los hijos; y (3) *manejo de la conducta*, representado por la capacidad para guiar la conducta de los hijos a través de la puesta en práctica de habilidades de solución de problemas y de negociación, del establecimiento de límites y del refuerzo positivo de la conducta apropiada.

Según los autores, el conjunto de la motivación, las prácticas parentales y el manejo de la conducta constituye un nuevo constructo, “calidad de la relación familiar”, una variable crítica en el desarrollo personal y social saludable de los hijos. Dentro de la variable “calidad de la relación familiar” se englobarían lo que en la literatura sobre la etiología de la conducta problema se consideran las variables funcionales familiares.

La amplitud que caracteriza a un constructo como “calidad de la relación familiar” ha hecho que los investigadores se centren en el análisis de aspectos parciales del mismo. En las áreas de la conducta antisocial o el consumo de drogas, han sido muchos los que se han centrado en el estudio de las *prácticas educativas parentales*, limitando su interés a aspectos como: la *supervisión o control* de los hijos (grado de conocimiento que los padres tienen del grupo de iguales de sus hijos y de los lugares que frecuentan dentro del vecindario); las *técnicas disciplinares* de los padres y sus características (especialmente la consistencia); y las *relaciones afectivas* en el hogar, tal como las perciben padres e hijos. En general, la mayoría de estas investigaciones tienen como población objetivo la población en edad adolescente, si bien algunas de ellas han estudiado también sujetos de edades inferiores.

Los primeros estudios sobre la importancia de las prácticas educativas parentales como factor de riesgo de la conducta problema fueron desarrollados principalmente dentro del ámbito de la conducta antisocial. Así, en diversos estudios longitudinales clásicos (Loeber y Dishion, 1983; Loeber y Stouthamer-Loeber, 1987) se encontró que aspectos relevantes dentro de las prácticas parentales como la desorganización familiar y la supervisión deficiente de los hijos, son los mejores predictores de la conducta problema en la adolescencia. Estos hallazgos son consistentes con los encontrados en un estudio que realizaron Patterson y Dishion en 1985. Estos autores demostraron que las prácticas parentales disfuncionales (caracterizadas por unas interacciones familiares coercitivas y la carente supervisión de los hijos) tienen efectos directos e indirectos en la conducta antisocial.

Existen también datos que defienden que las prácticas parentales también influyen en la progresión desde la implicación del hijo en conductas desviadas relativamente triviales hasta conductas mucho más peligrosas, y en la estabilidad de la conducta antisocial a lo largo de los años.

Kandel y Andrews (1987) comprobaron que la falta de implicación por parte de la madre en las actividades del hijo; la falta, o inconsistencia, de la disciplina paterna; y unas bajas aspiraciones educacionales de los padres con respecto a sus hijos eran fuertes predictores del inicio en el consumo de los adolescentes. Por su parte, otros autores encontraron que, realmente, había diferencias entre los efectos de las prácticas disciplinares del padre y de la madre (Brook, Brook, Gordon, Whiteman y Cohen, 1990). En concreto, encontraron que las técnicas de control ejercidas por la madre eran

más importantes que las ejercidas por el padre a la hora de explicar el uso de marihuana de los hijos.

Por su parte, Baumrind (1985) estudió la influencia del estilo parental sobre el uso de drogas de los hijos. Baumrind clasificó los distintos estilos educativos como *autoritario* (o “represivo”, “coercitivo”), *permisivo* y *con autoridad* (*authoritative*). El primer tipo se fundamenta en el castigo y la amenaza; las normas se imponen por la fuerza y los patrones de comunicación siguen un curso fundamentalmente unidireccional y descendente (de padres a hijos). Este patrón se caracteriza por un elevado control, un bajo apoyo y la primacía de la obediencia. En el segundo tipo, el permisivo, las normas y los límites a la conducta están difusos y el control parental es muy escaso o, incluso, inexistente. Finalmente, el estilo “con autoridad” (también denominado “democrático” o “fortalecedor” (Mckenzie, 1997), se produce una combinación entre control y apoyo. El control es firme, pero no rígido y las normas son comunicadas de un modo claro y razonado; además se estimula la participación de los hijos en la toma de decisiones y se fomenta progresivamente la adquisición de autonomía. En su estudio Baumrind encontró que los adolescentes que eran altamente prosociales y asertivos procedían de familias “con autoridad”. Además, la autora encontró que la falta de supervisión o permisividad de los padres contribuía en gran medida a aumentar los niveles de consumo de drogas en los adolescentes.

Existe un gran número de investigaciones realizadas en torno a lo que hemos denominado *prácticas educativas parentales*. La conclusión general que se desprende de estas investigaciones parece señalar que, en efecto, el riesgo de consumo de drogas entre los adolescentes se incrementa cuando las prácticas paternas se caracterizan por unas expectativas poco claras sobre la conducta de los hijos, la falta de supervisión, escaso e inconsistente refuerzo de la conducta positiva y castigo excesivo e inconsistente de la conducta indeseable.

1.2.1.3 Conflicto familiar

Las relaciones afectivas que se establecen dentro del hogar juegan un papel determinante en el “bienestar” de todos los miembros de la familia y, en especial, en el desarrollo cognitivo y social saludable de los hijos. En las últimas décadas se ha generado una gran cantidad de trabajos que vinculan la conducta desviada del adolescente con las características relacionales del núcleo familiar del que procede. En

este sentido, son muchos los estudios que optan por utilizar el constructo *conflicto familiar* para designar a la calidad de estas relaciones.

Los primeros estudios que se centraron en la influencia del conflicto familiar en el consumo de drogas y la conducta antisocial analizaban los efectos de las variables familiares estructurales. En concreto se centraba en estudiar la variable *hogar roto*, en el desarrollo de la conducta desviada. Este concepto hacía referencia a aquellos grupos familiares en los que uno o los dos padres estaban ausentes. Pronto algunos autores apuntaron a que en realidad, la presencia o ausencia de los padres era menos importante que la naturaleza de la relación parental. Hipotetizaban que si la relación entre los padres y entre éstos y el hijo era positiva, habría una menor probabilidad de que el adolescente se involucrase en conductas problemáticas. En este caso, la ausencia de una de las figuras parentales resulta irrelevante. Del mismo modo, si esta relación familiar era negativa, la probabilidad de consumo del hijo se incrementaría, aún cuando los dos padres biológicos conviviesen en el hogar.

De este modo, aunque los adolescentes que proceden de hogares rotos por discordias maritales presentan un alto riesgo de involucrarse en conductas antisociales y de consumo de drogas, este hecho no parece ser tanto una consecuencia de la ausencia de la figura paterna o materna, sino que más bien parece derivarse de los patrones disfuncionales de interacción que suelen preceder a la ruptura. Estas hipótesis han sido confirmadas en parte por trabajos como los de Brook, Whiteman y Gordon (1983). En ellos se encontraron que los padres de hijos consumidores informaban de una menor vinculación afectiva con su hijo y manifestaban sentirse menos preocupados por proporcionarles apoyo y atención. A su vez, los hijos presentaban un mayor grado de hostilidad en la relación con su padre y un menor grado de identificación afectiva con él. En segundo lugar, los hijos que tenían madres afectuosas y emocionalmente accesibles, en general, presentaban menores niveles de consumo. Por último, los padres de los hijos no consumidores mantenían una relación marital significativamente más afectuosa que los padres de los consumidores.

Holmberg (1984) demuestra que entre los factores que favorecen el consumo de drogas se sitúa claramente la pertenencia a una familia que este autor denomina “problemática”. Es decir, los adolescentes que, en un primer momento, informan de relaciones familiares desfavorables y de un grado de insatisfacción familiar elevado son

los que, posteriormente, manifiestan un mayor consumo de todas las sustancias, especialmente las drogas ilegales.

Existen muchos en los cuales se relaciona el consumo del adolescente y la pertenencia a familias en donde predomina un *clima familiar tenso y conflictivo*. En todos ellos se llega a la misma conclusión: los adolescentes que pertenecen a hogares con un alto grado de conflicto familiar están en mayor riesgo de involucrarse en conductas antisociales o en el abuso de drogas. De hecho, la mayoría de los estudios realizados confirman que los consumidores de drogas provienen de hogares *faltos de armonía familiar* en los cuales las relaciones entre ambos padres y entre éstos y el hijo son conflictivas y la vinculación afectiva escasa o inexistente.

1.2.1.4 Cohesión familiar

Otro de los aspectos que mayor atención ha recibido por parte de los investigadores interesados en la relación entre las variables de interacción familiar y el abuso de drogas durante la adolescencia, ha sido el nivel de unión o cercanía afectiva existente entre padres e hijos. Distintos autores han puesto etiquetas diferentes a esta dimensión; así podemos hablar de *unión familiar, vínculos afectivos dentro del hogar, cercanía familiar* etc. Pero todos coinciden en destacar su relación con la aparición de problemas de conducta en los adolescentes. Por ejemplo, Smart, Chibucos y Didier (1990) encontraron que aquellos adolescentes que informaban de unas características familiares más disfuncionales, pobre cohesión y adaptabilidad, informaban también de un mayor consumo de distintas sustancias. Además encontraron que, en este tipo de familias, el consumo de alcohol por parte de algún miembro, incrementaba la vulnerabilidad del adolescente hacia el consumo de drogas. En otro trabajo, Stoker y Swadi (1990) concluyen que los adolescentes consumidores, a diferencia de los no consumidores, perciben a sus familias como más distantes, poco unidas, con un patrón de comunicación deficiente y con mayor empleo del castigo. Un último ejemplo de los estudios realizados dentro de esta línea de investigación es el trabajo de Friedman y Utada (1992). En este caso encontraron que, aquellos casos en los que se consumían drogas, tanto las madres como los hijos coincidieron en calificar el clima familiar como más alterado que en otras familias en las que los hijos no consumían.

En conclusión, atendiendo a los hallazgos de estos y otros estudios similares podemos afirmar que, en efecto, unas relaciones entre padres e hijos caracterizadas por

la falta de cercanía afectiva y la falta de implicación parental, constituyen un importante factor de riesgo para el inicio en el consumo de drogas durante la adolescencia.

Una parte importante de los efectos derivados de las variables familiares sobre el consumo de drogas o la implicación en conductas desviadas en la adolescencia no se producen de forma directa. Su influencia se produce de forma indirecta dependiendo de la relación que tienen estas variables en la *elección* por parte de los adolescentes de un grupo de amigos u otro. La asociación con iguales “desviados” y consumidores de drogas es uno de los factores más potentes a la hora de predecir el desarrollo de este tipo de conductas. Si se comparan conjuntamente las relaciones entre estas conductas y las variables familiares y grupales, estas últimas tienen mucho más peso. Pero ocurre que, las características de las familias y el tipo de relaciones que se producen en ellas, juegan un papel muy importante en la preferencia del adolescente por un tipo de amigos u otro. Según esto, cuando hacemos referencia a la relación de las variables familiares sobre la conducta problema en la adolescencia tendríamos que hablar de un efecto directo y de efectos indirectos mediados por otras variables como el grupo de amigos.

1.3. IMPLICACIONES EN LA INVESTIGACIÓN PREVENTIVA

Como hemos visto, las variables familiares comentadas en el apartado anterior se relacionan con el consumo de drogas y/o la implicación en conductas desviadas de los adolescentes. Estas relaciones se pueden explicar de diferentes formas. Algunas de las variables comentadas actúan incrementando el riesgo de que se produzcan las conductas. Se agruparían dentro de lo que denominamos factores de riesgo. Su presencia hace más probable que un problema determinado aparezca. Otras variables sin embargo se relacionan de forma contraria con el consumo o la conducta problemática. Su presencia hace reducir la probabilidad de que los adolescentes se vean envueltos en esos actos. Se agruparían dentro de lo que denominamos factores de protección.

Entre las primeras podríamos situar el consumo de drogas por parte de los padres y madres, el mantenimiento por parte de estos de actitudes positivas hacia el consumo o la existencia de un alto grado de conflicto familiar. Entre las segundas habría que incluir la cohesión familiar o la presencia de pautas educativas adecuadas (estilos cooperativos, supervisión de la conducta de los hijos, etc.).

Las intervenciones preventivas se pueden orientar a eliminar los factores de riesgo presentes. Pero este tipo de intervenciones no siempre es factible ya que existen ciertos factores de riesgo muy difíciles de erradicar. En el caso de las drogas pensemos en la gran accesibilidad que tienen los jóvenes a sustancias como el tabaco o el alcohol. Esta limitación no debe llevarnos a pensar que ante ciertos problemas la prevención no es posible.

Las intervenciones preventivas también se pueden basar en potenciar los factores de protección. Pensemos por ejemplo en los esfuerzos para prevenir las enfermedades infecciosas. Las intervenciones clásicas se basaban en establecer cuarentenas para evitar la propagación de las bacterias (*factores de riesgo*), pero con el descubrimiento de las vacunas (*factores de protección*), apareció otra forma de prevenir esas enfermedades. De igual modo, para la prevención del consumo de drogas o la implicación en otro tipo de conductas desviadas, no es estrictamente necesario hacer desaparecer todos los factores de riesgo relacionados con esas conductas. Ante la imposibilidad de erradicar algunos de ellos, se puede optar por emprender acciones dirigidas a incrementar los recursos de los individuos para resistir sus influencias.

En el siguiente capítulo presentamos algunas intervenciones preventivas realizadas sobre estos problemas. Entre ellas presentamos nuestra propuesta que se basa fundamentalmente en esta opción de potenciar diversos factores de protección como forma de prevenir la aparición de estas conductas.

2. La Prevención en la adolescencia

La historia de la prevención del consumo de drogas está plagada de desavenencias entre investigadores, administradores y profesionales ante los intentos de desarrollar una definición clara y consensuada de lo que supone el campo de la prevención de los problemas relacionados con las drogas. Son grandes las discrepancias que se han producido entorno a preguntas como:

- ¿Deberían los programas estar diseñados para impedir el inicio del consumo de drogas, o para impedir la progresión hacia patrones de consumo abusivos?
- ¿Deberían centrarse esas intervenciones en los individuos o sería más apropiado orientarlas a un contexto más amplio en el que se incluyera a la familia, los compañeros, la escuela, la comunidad?
- ¿Tendrían esas intervenciones que dirigirse a toda la población o de forma mucho más concreta a poblaciones específicas de riesgo?
- ¿Habría que centrarlas sobre poblaciones en la primera infancia o sería mejor llevarlas a cabo sobre la adolescencia?

No existe todavía un consenso sobre las respuestas a estas preguntas. Autoridades sanitarias, profesionales de la prevención, investigadores, políticos y ciudadanos sensibilizados, han defendido unas u otras alternativas, invirtiendo mucho tiempo y esfuerzo en argumentar que sus elecciones son más adecuadas que la de los demás. Esto no ha llevado más que a fomentar un debate improductivo basado fundamentalmente en la descalificación de las posturas contrarias. Estas descalificaciones, por otra parte, han estado muy poco fundamentadas. Todo esto ha llevado a la confusión en el campo de la prevención, no estando claro en que consiste este tipo de intervenciones y, lo que es peor, generando unas expectativas poco realistas y demasiado exigentes sobre los resultados de la prevención.

No queremos entrar en este tipo de polémicas. Si lo hiciéramos posiblemente nos perderíamos en ellas y no sacaríamos nada en claro. Su superación muy probablemente venga de la integración de las posturas existentes más que de la confrontación. Para el objetivo de este trabajo nos sirve con admitir la definición que en su día hizo Bukosky (1991) sobre lo que debería ser la prevención en el campo de las drogas:

“debería ofrecer una combinación de estrategias de prevención consistentes con las necesidades y el nivel evolutivo de los individuos, al tiempo que secuenciar esas intervenciones para adecuarlas a cada etapa de la conducta del abuso de drogas” (pag. 8).

En este trabajo nos centramos sobre las actuaciones preventivas que se pueden realizar dentro de las familias con hijos adolescentes. Congruentemente con la definición anterior, consideramos que esta es una de las alternativas entre las muchas que se pueden llevar a cabo para prevenir estos problemas. Pero en ningún momento negamos otras, ni tan siquiera nos planteamos si esta es más o menos útil que las demás.

Genéricamente podríamos hablar de dos formas de abordar el problema. Podemos pensar en estrategias dirigidas a reducir la oferta de las sustancias o de acciones orientadas a reducir la demanda de esas sustancias por parte de las personas (Plan Nacional sobre Drogas, 1985).

Dentro del primer grupo de estrategias encontraríamos aquellas actuaciones encaminadas a evitar que las personas puedan acceder a esas sustancias dentro de un contexto determinado. Obviamente si la causa del problema no existe (droga) difícilmente podrán existir problemas relacionados con él.

El tipo de intervenciones dirigidas a reducir la oferta de drogas incluirían la elaboración de leyes en las que se prohíba la producción, elaboración y/o distribución de las drogas y sus precursores; leyes en las que se restrinja el uso de ciertas sustancias (medicamentos, tabaco, alcohol) prohibiendo, por ejemplo, la venta de las primeras sin receta médica y de las últimas a menores de edad, o también, leyes que limitan la promoción del consumo a través de la publicidad en los medios de comunicación. Pero dentro de esta alternativa también habría que incluir el desarrollo de aquellas medidas dirigidas a reforzar la ejecución de esas medidas (mayores recursos judiciales, policiales, aduaneros, etc.).

Este tipo de medidas, además de representar las actuaciones preventivas pioneras en la *lucha contra las drogas*, siguen siendo actualmente en las que se invierten más recursos. Por otra parte, pese a que pueda dar la sensación de que son medidas ineficaces, la evidencia apunta a lo contrario (Conner y Burns, 1995)

Pero pese a su eficacia, no es razonable pensar que con este tipo de medidas se llegue alguna vez a resolver el problema de la droga. Nos resultaría muy difícil pensar en alguna sociedad en la que no estuviese presente algún tipo de droga. Más difícil nos puede resultar pensar hoy en día en esa posibilidad si tenemos en cuenta la cantidad de intereses que se mueven entorno a estas sustancias.

Aceptando esta realidad a mediados de los años 60 empiezan a aparecer alternativas dirigidas a reducir la demanda de estas sustancias. Desde las primeras hasta nuestros días muchos han sido las intervenciones de este tipo puestas en marcha. Las intervenciones realizadas se diferencian entre sí en cuanto al contenido de las intervenciones, el sustrato teórico subyacente, el ámbito de intervención en el que se llevan a cabo, etc.

Las primeras intervenciones centradas en la demanda se dirigían exclusivamente a proporcionar información sobre los efectos de las sustancias. Estas actuaciones se basaban en una visión reduccionista del problema según la cual las personas decidían consumir drogas porque desconocían sus verdaderos efectos. De esta forma, si a estas personas se les aportaba la información adecuada se les haría ver los costes derivados de esas conductas y responsablemente decidirían no usarlas. Las evaluaciones realizadas sobre este tipo de programas mostraron resultados poco efectivos. Incluso en algunos casos los efectos logrados eran contrarios a los perseguidos. La conclusión a la que se llegó es que, si bien la información sobre los efectos de las drogas parece necesaria, por sí sola no es suficiente para evitar el consumo.

Con la realización de estudios etiológicos y la identificación de las variables relacionadas con la aparición de estas conductas se empezaron a plantear alternativas preventivas centradas en el cambio de esas variables. Así surgen a principios de los años 80 programas donde se prestaba mucha más atención a esos determinantes psicosociales del consumo. Surgen por ejemplo programas centrados en desarrollar las *habilidades de resistencia* (Evans, 1993) que pretenden, mediante el entrenamiento a través de la instrucción, el modelado y el ensayo de conducta, enseñar a los adolescentes a

identificar y resistir las influencias que les presionan hacia el uso de drogas. Este tipo de programas logran buenos resultados y despiertan gran atención entre los investigadores, dando lugar a la aparición de un gran número de intervenciones basadas en estos planteamientos (Flay, 1985).

A principios de los 80 aparecen también otro tipo de programas denominados de *entrenamiento en habilidades de vida* centrados también en las variables psicosociales pero que parten de una concepción más genérica (Botvin y Botvin, 1993). Las drogas no son consideradas como el problema sino que son el resultado de una elección equivocada en el intento del individuo por superar ciertas dificultades personales (afrentamiento a la ansiedad, superación de la timidez, incremento de la autoestima, etc.). En este sentido, además del entrenamiento en habilidades de resistencia plantean la necesidad de entrenar habilidades más básicas que le puedan servir a los adolescentes para superar de forma prosocial las dificultades personales subyacentes.

El contexto de intervención más empleado para la puesta en marcha de esta nueva generación de programas ha sido el escolar. Esto ha sido así debido fundamentalmente a las ventajas evidentes que presenta la facilidad para acceder a la población objeto de intervención. Sin embargo también se ha producido una gran expansión en las intervenciones realizadas en otros contextos como los medios de comunicación o la familia. En el siguiente apartado presentamos algunas de las actuaciones que pueden ejemplificar las intervenciones desarrolladas dentro del contexto familiar. No pretendemos realizar una revisión exhaustiva de las alternativas llevadas a cabo dentro de las familias. Los programas escogidos lo han sido simplemente por que creemos que representan buenos ejemplos del tipo de intervenciones que pretenden ilustrar.

2.1. La intervención con familias con hijos adolescentes

Antes de empezar a exponer ejemplos concretos de programas que se han llevado a cabo con familias, sería conveniente diferenciar entre los distintos tipos de intervenciones preventivas que se pueden realizar sobre un problema. Tradicionalmente se han diferenciado entre programas de *prevención primaria*, programas de *prevención secundaria* y programas de *prevención terciaria*. Los primeros serían aquellos

diseñados para evitar que un problema se produzca. Los programas de prevención secundaria estarían dirigidos a detectar los problemas en sus primeras fases y reducir su gravedad y duración. Por último, los programas de prevención terciaria, incluirían las acciones destinadas a reducir el grado de funcionamiento inadecuado de aquellos individuos ya afectados por un problema concreto.

Esta clasificación ha despertado fuertes controversias, especialmente por considerar las intervenciones terciarias como actuaciones preventivas. Los argumentos expuestos consideran que una intervención que tiene lugar después de que un problema ya se haya producido no debe ser considerada preventiva. En la actualidad son muchos los autores que hacen esta reflexión y se decantan por la propuesta de Gordon en 1987 y adoptada posteriormente por el Instituto Americano de Medicina. En esta clasificación se incluyen tan solo las intervenciones a nivel primario y secundario y se distingue entre prevención *universal*, *selectiva* e *indicada*.

Las intervenciones *universales* incluirían aquellas intervenciones preventivas primarias dirigidas a la población en general. Las intervenciones preventivas *selectivas* también serían intervenciones primarias, pero estarían orientadas a los grupos que, aunque no presentan problemas, tienen un alto riesgo de llegar a padecerlos en el futuro. Finalmente, las intervenciones *indicadas* coincidirían con las actuaciones preventivas secundarias (intervenciones en las primeras fases de un problema).

En nuestro país es raro el ayuntamiento en el que no se haya realizado alguna actuación preventiva dirigida a las familias. Cuando menos en la mayoría de los núcleos urbanos relativamente importantes se ha realizado alguna *escuela de padres* en la que se ha tratado el tema de las drogas. Pese al gran despliegue de programas de prevención existente en nuestro contexto, el conocimiento que tenemos sobre ellos es escaso. En la mayoría de los casos no se comunica las experiencias realizadas, cuando se hace se proporciona información muy parcial que sirve de poco o no se dan a conocer los datos de la evaluación de las experiencias. Afortunadamente esta situación está cambiando y experiencias como la base de datos del Sistema de Información sobre Prevención del Abuso de Drogas (www.idea-prevencion.com) o publicaciones como el Catálogo de programas de prevención del abuso de drogas (1999) son buen ejemplo de ello.

En los siguientes apartados presentamos algunos de los programas de prevención que pueden ilustrar el tipo de intervención con familias que se han realizado. Algunas de éstas experiencias se pueden consultar más extensamente en el catálogo mencionado

anteriormente.

2.1.1. Programas de prevención familiares de carácter universal.

Como ya se ha mencionado, las intervenciones preventivas universales incluirían aquellas que van orientadas a la población en general. Atendiendo al trabajo que se realiza con las familias, el propósito de estas iniciativas es actuar sobre las variables familiares que se consideran predictivas del consumo de drogas durante la adolescencia. En ellas se han utilizado una gran variedad de estrategias conductuales, afectivas y/o cognitivas dependiendo del programa en cuestión. Entre estas estrategias se encuentran las dirigidas a fomentar la interacción padres-hijo, las habilidades de comunicación, las prácticas parentales, y las habilidades de manejo familiar. Las intervenciones universales también se han diferenciado según se centrasen exclusivamente en intervenir sobre los padres y madres o hacerlo sobre toda la unidad familiar (padres, madres e hijos).

Existen distintos tipos de intervenciones familiares que se pueden enmarcar dentro de lo que hemos denominado programas universales. Entre ellos podemos encontrar programas desarrollados por asociaciones o grupos organizados de padres, programas familiares de apoyo a iniciativas preventivas centradas en la escuela, programas dirigidos exclusivamente a la población general de padres y focalizados en el entrenamiento de habilidades parentales, y programas comunitarios que incluyen la intervención directa con familias. Veamos algunos ejemplos de estos tipos de intervenciones.

2.1.1.1 Grupos de padres

La importancia de las asociaciones de padres en el campo de la prevención del consumo de drogas se inicia a principios de los años 80 dentro del contexto norteamericano. Sus inicios se relacionan con la aparición de un importante movimiento asociacionista de padres y madres preocupados por el consumo de drogas de sus hijos. Este movimiento surge de una forma espontánea y aislada en ciertas comunidades en las que padres y madres preocupados por el incremento de consumo de marihuana deciden formar grupos para poner en marcha acciones preventivas. Con el paso de los años se ha convertido en un movimiento que aglutina a cientos de grupos (Limblad, 1983). Dentro

de nuestro contexto, la intervención de grupos de padres y madres en el campo de las drogas es mucho más reciente, pero está surgiendo con gran intensidad. Ejemplo de ello son la gran cantidad de asociaciones centradas en la lucha contra la drogadicción que existen actualmente o el trabajo que desde las APAs están llevando a cabo asociaciones como la CEAPA.

Pocos han sido los estudios realizados sobre este movimiento, aunque existen algunos trabajos al respecto. Por ejemplo Moskowitz en 1985 realizó una evaluación de los dos grupos que más relevancia han adquirido dentro del contexto norteamericano. En el cuadro siguiente describimos brevemente los objetivos que perseguían esos grupos.

Ejemplos de grupos de padres	
<p style="text-align: center;">Padres unidos de América</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Establecimiento de normas de comportamiento para sus hijos y apoyo mutuo para aplicarlas ■ Aprendizaje sobre los efectos de la marihuana ■ Creación de un comité especial de concienciación ante el problema de la droga que recomienda al director del Instituto <ul style="list-style-type: none"> ■ creación de un nuevo código escolar; ■ formación de los profesores en educación sobre las drogas ■ restricción del acceso al centro de personas ajenas al mismo 	<p style="text-align: center;">Padres informados de Naples</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Actualización del reglamento escolar ■ Establecimiento de la comunicación telefónica obligatoria de las faltas a clase de los hijos ■ Obtención de efectivos policiales destinados a las escuelas secundarias ■ Establecimiento de un reglamento severo contra el uso de drogas ■ Grupos de padres para supervisar las actividades extraescolares ■ Servicio de vigilancia en la escuela para detectar transacciones sospechosas

Klitzner, Gruenewald y Bamberger en 1990 hacen una revisión de este tipo de intervenciones dentro del contexto norteamericano. Los autores revisaron 92 programas desarrollados por otras tantas asociaciones que representan a 36 estados. Para recoger la información de los mismos se utilizaron distintas fuentes de información (directores de los programas, personal de las escuelas, representantes del cuerpo policial y animadores socioculturales, padres y adolescentes) y diferentes instrumentos de evaluación (cuestionarios, entrevistas personales, entrevistas telefónicas y observación directa de las actividades desarrolladas en 10 de los programas). Los resultados más destacados que se desprenden de estos trabajos son:

- 1) El contexto dónde se desarrollan este tipo de iniciativas de intervención se caracteriza por ser comunidades blancas de clase media o media-alta y, en ningún caso, compuestas por poblaciones de alto riesgo.
- 2) La mayoría de estas intervenciones tienen una estructura informal y sus actividades abarcan los niveles familiar, grupo de adolescentes, escolar y comunitario. La actividad más citada dentro del nivel familiar es el establecimiento de normas seguida por las habilidades de comunicación, mientras que otras actividades menos comunes incluyen las habilidades parentales y las actividades de planificación dentro de la familia. Dentro del nivel del grupo de adolescentes destacan las actividades de ocio para los adolescentes. En el nivel escolar los grupos informan en mayor medida de actividades para mejorar la seguridad de las escuelas, campañas publicitarias de educación sobre drogas y actividades de entrenamiento de profesores. En el nivel comunitario las actividades son muy variadas, desde actividades para el refuerzo de la legislación anti-droga hasta la difusión de publicaciones y folletos informativos, pasando por las actividades en contra de la publicidad que favorece el consumo de drogas.
- 3) El nivel de participación de la población general de padres en estos programas es bastante bajo. En cuanto a las razones de participación, la mayor parte de los padres dicen tener miedo de que sus hijos se vean involucrados en el consumo de drogas; otra de las razones aludidas es la existencia de problemas en la escuela por parte de los hijos y la atención que el problema de las drogas recibe por parte de los medios de comunicación y por los representantes comunitarios.
- 4) En referencia a la efectividad de los programas, decir que el cambio más citado por los informantes se relaciona con el incremento del interés de la comunidad por el problema gracias a las actuaciones de los grupos, también se mencionan cambios en las escuelas y en el sistema legal, aunque tan sólo el 17% del personal encuestado informó de una reducción real en el consumo de drogas entre los adolescentes. Además de estos resultados, los autores obtuvieron ciertos datos de interés de las entrevistas realizadas a los padres y los adolescentes relacionados con las variables: “relaciones familiares”, “control parental” y “uso de sustancias”. Los hallazgos del estudio sugieren que los grupos de padres tienen cierto impacto en las relaciones familiares y en la

supervisión que ejercen los padres sobre las actividades de sus hijos. Estos cambios positivos se traducen en el mayor tiempo que las familias pasan juntas y dedican a hablar y también en el mayor control que ejercen los padres medido por el incremento de la autoridad parental. Por otra parte, en cambio, no se ha hallado una evidencia clara del impacto de los grupos de padres sobre el consumo de los adolescentes. Así por ejemplo, mientras que los jóvenes pertenecientes a las comunidades en las que existen estos grupos, informan de menores tasas de incremento de consumo a lo largo del tiempo, el nivel de consumo habitual (medido según los datos de prevalencia en un mes para el alcohol, el tabaco, la marihuana y otras drogas) es similar en ambos grupos de adolescentes.

2.1.1.2 Programas de entrenamiento de habilidades familiares

Dentro de los programas preventivos familiares podemos distinguir una serie de intervenciones fundamentadas en la idea de educar a los padres para mejorar el desarrollo personal y social de los hijos. Este tipo de iniciativas dirigidas a entrenar a los padres en una serie de habilidades parentales, conocidas comúnmente como *escuelas de padres*, han tenido un gran impacto en la prevención de un amplio rango de problemas sociales, entre ellos la delincuencia y el consumo de drogas precoces. Muchos de estos programas han sido adaptados a una gran variedad de contextos y se han desarrollado en escuelas, en hogares, en instituciones sociales, etc. En una revisión realizada por Elmquist (1995) sobre este tipo de intervenciones encuentra que entre las habilidades más entrenadas en estos programas se incluían las habilidades de comunicación, el establecimiento de reglas; las relaciones padres/hijos; el manejo y reducción del estrés, la solución de problemas o el manejo de conflictos familiares. Estas habilidades se entrenan en las sesiones que conforman el programa y, posteriormente, son puestas en práctica por los padres en sus hogares.

Dos de los programas pioneros en este campo y que mayor difusión han tenido serían el PET (*padres eficaz y técnicamente preparados*) (Gordon, 1991) y el STEP (Dinkmeyer y McKay, 1981).

El programa PET tiene como objetivo general la prevención de la desintegración familiar y/o de las conductas problema en niños y adolescentes. En este objetivo global entraría la prevención del consumo de drogas como conducta problema que surge a

partir de la adolescencia. El programa PET se centra en el refuerzo de la comunicación entre padres e hijos e incorpora como componente principal del currículum el entrenamiento de los padres en habilidades de comunicación. En él se incluye además el entrenamiento en otras habilidades parentales como las habilidades para resolver problemas familiares, las estrategias más adecuadas para influir en la conducta del hijo, o las habilidades de negociación o mediación entre padres e hijos. El programa consiste en varias sesiones de un total de 24 horas de instrucción impartidas por personal entrenado, dirigidas a pequeños grupos de padres y desarrolladas en contextos no clínicos. La instrucción incluye lecturas, discusiones en grupo, realización de ejercicios prácticos y representación de situaciones dónde los padres ponen en práctica las habilidades aprendidas.

Profundizando en el componente de comunicación, en este programa, Gordon presta especial atención a lo que él mismo denomina *el lenguaje de la aceptación*. El entrenamiento en habilidades de comunicación incluido en el programa consta de dos partes diferenciadas: en un primer momento se insta a los padres a la identificación y análisis de los distintos tipos de respuestas verbales que comunican a los hijos mensajes de “no aceptación”, y en un segundo momento se trabajan con los padres las estrategias verbales y no verbales que son efectivas para comunicar “aceptación” a los hijos y que se corresponden con “la forma activa de escuchar” y la comunicación de “mensajes yo”. Con respecto al entrenamiento en habilidades para resolver problemas familiares, en el programa se enseña una estrategia concreta para la resolución de conflictos entre padres e hijos (el método “nadie pierde”) que se fundamenta en un enfoque “democrático” y que pretende eliminar la imagen de ganador y perdedor en las relaciones familiares.

La efectividad del programa PET. ha sido analizada por Gordon en un compendio de 25 estudios de evaluación de los que se desprenden los siguientes datos: el programa incrementa la autoestima, la confianza personal y el entendimiento del hijo por parte de los padres, aumenta las actitudes y las conductas de refuerzo hacia el hijo, fortalece el razonamiento moral y los sentimientos de aceptación parentales, y eleva el desempeño escolar en el hijo (véase DeMarsh y Kumpfer, 1986).

Un segundo ejemplo de los programas de entrenamiento de padres de carácter cognitivo/comunicacional es el programa *Systematic Training For Effective Parenting* (STEP) de Dinkmeyer y McKay (1976). De este programa existe también una versión en español, el programa PECES (*Padres Eficaces Con Entrenamiento Sistemático*)

realizada en 1981. Su objetivo es similar al del programa PET y se centra en la prevención de las relaciones familiares disfuncionales y, por extensión, del desarrollo de conductas desviadas en los niños y adolescentes. Entre sus objetivos más específicos se incluyen el desarrollo de las conductas deseadas en los hijos y la estimulación de unas interacciones familiares apropiadas. El STEP consta de 8 a 12 sesiones semanales de dos horas de duración impartidas a grupos reducidos de padres (entre 8 y 12 padres) en las que, al igual que el PET, la instrucción consiste en lecturas, discusiones en grupo, realización de ejercicios prácticos y role-playing. En las sesiones se pretende ayudar a los padres a desarrollar las habilidades necesarias para fomentar en su familia una atmósfera de igualdad y democracia.

Con respecto a su efectividad, decir que existen diversos estudios que han evaluado el programa y que, entre otros hallazgos, se han encontrado cambios positivos en las actitudes de los padres hacia los hijos, los mismos padres han informado de cambios en la conducta de los hijos, y las madres se muestran menos autoritarias y menos controladoras después del entrenamiento recibido en el programa y también se sienten beneficiadas de los conocimientos y las habilidades adquiridas para el desempeño de su rol dentro de la familia (véase DeMarsh y Kumpfer, 1986).

Los ejemplos de programas de entrenamiento en habilidades parentales comentados representan una pequeña, aunque significativa, muestra de la eficacia de este tipo de intervenciones en la reducción de conductas inapropiadas en los hijos, en el incremento de las relaciones positivas y la comunicación dentro de la familia, e incluso de la autoestima y el desempeño escolar de los niños. A su vez, estas técnicas de entrenamiento en habilidades poseen un gran potencial en la prevención de las conductas problema en los niños y adolescentes ya que en muchos de los componentes de estos programas se actúa sobre las conductas familiares que han sido identificadas como precursores del consumo de drogas y la delincuencia. De hecho, muchas propuestas de prevención, entre ellas ciertas propuestas comunitarias, han incorporado en su plan de intervención la formación de escuelas de padres con el propósito de entrenarles en las habilidades parentales y de comunicación necesarias para establecer una relación adecuada con los hijos.

2.1.1.3 Programas multicomponente

Una línea de intervención muy fructífera ha sido la que integra las intervenciones familiares dentro de actuaciones más amplias en las que también se incluyen otros componentes dirigidos a la escuela, los medios de comunicación, etc. Si tenemos en cuenta que los factores de riesgo y protección del consumo de drogas proceden de distintos ámbitos nos daremos cuenta de las ventajas de esta opción que interviene simultáneamente sobre varios de estos determinantes.

Uno de los ejemplos que mejor ha ilustrado la integración del trabajo con la familia dentro de otras actuaciones y que ha recibido una importante evaluación es el proyecto de prevención del *“Midwestern”* desarrollado en Estados Unidos dentro de la Universidad del Sur de California (USC) (Pentz, 1993). El programa surge a mediados de los 80 y parte de la relevancia que para el uso y abuso de las drogas tienen las influencias sociales a las que están sometidos los menores. Partiendo de esto se proponen actuar sobre las fuentes más importantes de tales influencias (familia, escuela, iguales y comunidad). Con el propósito de operar en los niveles mencionados, en el programa se formula una intervención que consta de cinco componentes introducidos de manera secuencial en la comunidad: medios de comunicación, colegios, padres, organización comunitaria y política sanitaria. Colectivamente, los cinco componentes se centran en promover en los adolescentes las habilidades necesarias para resistir la presión social al consumo de drogas; elaborar estrategias preventivas para que padres, profesores y otros adultos apoyen la intervención escolar y divulgar y apoyar las normas y expectativas sociales contra el consumo de drogas.

La actuación centrada en los medios de comunicación consta de aproximadamente 31 segmentos de programación de televisión, radio o prensa escrita al año. La programación varía desde espacios de entrevista de una hora de duración y conferencias de prensa, hasta espacios publicitarios de quince segundos. Estos espacios de radio y televisión sirven también, cada año, para presentar a la comunidad las actividades del programa. Su contenido ilustra las habilidades preventivas a nivel individual y promueve la participación en los distintos componentes del programa mediante ejemplos en individuos, familias, colegios y comunidades.

El componente escolar es aplicado por profesores previamente instruidos e incluye de 10 a 13 clases en los dos últimos años de la enseñanza primaria o los primeros de la secundaria, 5 sesiones de refuerzo al año siguiente y actividades de apoyo y refuerzo a lo largo de toda la educación secundaria y el bachillerato. El material escolar se centra en promocionar la adquisición de habilidades de resistencia a la

presión social, en general, y la presión de los iguales a consumir drogas, en particular; en el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas en situaciones referidas al uso de drogas; en la corrección de falsas creencias con respecto a las normas sociales en el consumo de drogas; en la aportación de información sobre las consecuencias del consumo; en el reconocimiento y concienciación de la influencia de los adultos, los medios y la comunidad en el consumo de drogas; y en la transformación del clima escolar de forma que el no-uso de drogas sea la norma.

El componente dirigido a padres incluye tres actuaciones:

- tareas para casa dentro del programa escolar que tendrán que cumplimentar con ayuda de sus padres
- formación e inclusión de padres y madres dentro de un comité dentro de los centros dirigido a apoyar el desarrollo del programa.
- involucración de los padres en las actividades preventivas de carácter comunitario.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con este componente se dirigen a incrementar la comprensión de los padres de las causas del consumo de drogas entre los adolescentes, obtener la participación de los padres en las actividades del programa, mantener las escuelas y los vecindarios libres de drogas, y conseguir el apoyo de los padres en las actuaciones preventivas dentro del programa escolar.

El componente diseñado para envolver a un gran número de padres es el correspondiente a las tareas para casa de los estudiantes, que son propuestas a lo largo de las sesiones del curriculum escolar. Estos ejercicios deben realizarlos conjuntamente los dos padres (o uno de ellos) y el hijo con la finalidad de reforzar los objetivos de las lecciones e incrementar la comunicación familiar sobre el alcohol y otras drogas.

El segundo componente se dirige a crear un grupo estable de padres en cada colegio que apoyen las intervenciones preventivas que se realicen. Dentro de cada centro se forma un comité de implantación del programa compuesto por el director/a del centro, un miembro del personal del colegio, de 2 a 4 representantes de los estudiantes, y de 4 a 6 padres y madres de alumnos. Los objetivos del comité son organizar e implantar las sesiones de entrenamiento de padres y madres y coordinar la participación de los mismos en las actividades preventivas propuestas por la escuela.

El programa de entrenamiento de habilidades paternas consiste en dos sesiones conducidas por los padres y madres miembros del comité. En estas sesiones participan conjuntamente los padres, madres y los hijos. En ellas se pretende enseñar cómo pueden apoyar en sus hijos la puesta en práctica de las habilidades fomentadas en el programa escolar; cómo pueden motivarlos para escoger amigos no consumidores; cómo desarrollar expectativas y normas familiares efectivas, y cómo establecer una comunicación familiar positiva.

Los padres del comité también son entrenados para desarrollar otras actividades complementarias entre las que se incluye la coordinación de actividades para influir en la política de las escuelas sobre el uso de drogas, para promocionar el mantenimiento de los vecindarios libres de drogas y para educar a los comerciantes sobre la reducción de la venta de tabaco y alcohol a los menores.

Por último, en el programa también se pretende incrementar la involucración de los padres en las actividades preventivas de carácter comunitario. Para ello fueron incluidos en el programa varios representantes de la comunidad con el propósito de desarrollar una coalición comunitaria que apoye las actividades preventivas propuestas en el proyecto e inste a los padres a colaborar con ellos.

El componente centrado en la organización comunitaria comprende la identificación, compromiso y formación de líderes comunitarios para planificar y poner en práctica servicios de prevención del consumo de drogas. Así por ejemplo, los líderes que son directivos de empresa contribuyen con apoyo financiero, acceso a los medios de comunicación y desarrollo de recursos; los líderes educativos revisan las campañas para clarificar los mensajes educativos preventivos y proporcionan acceso a las organizaciones educativas; y los líderes del sector sanitario modifican los mensajes preventivos y los recursos para facilitar la comunicación y las redes de derivación para tratamiento médico, salud pública o salud mental.

Los profesionales de cada ámbito forman a su vez otros tantos comités responsables del desarrollo de las actividades necesarias para la consecución de objetivos comunitarios comunes de carácter legal, informativo, educativo, sanitario, etc.

Por último el componente referido a la política sanitaria se centra en el cambio de las ordenanzas locales para restringir el uso de tabaco en lugares públicos, aumentar el precio del alcohol y limitar su disponibilidad, e incluir medidas disuasorias y de

soporte a la legislación en el ámbito de las drogas. Este cambio en la política sanitaria es competencia de los comités correspondientes dentro de la organización comunitaria y su consecución es una resultante lógica del conjunto global de los objetivos y las actividades del programa.

Los resultados aportados por las evaluaciones del programa realizadas a lo largo de varios años en las dos localidades dónde se ha desarrollado son altamente satisfactorios. Las conclusiones más destacadas sobre la efectividad de este proyecto sugieren, en primer lugar, que el programa es eficaz en la reducción del consumo de drogas entre los adolescentes. Así por ejemplo, en la evaluación de los efectos del programa se ha encontrado que los adolescentes asignados a la intervención muestran tasas de prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, marihuana, e incluso cocaína y crack, consistentemente más bajas que en el caso de los adolescentes de comunidades que no participaron. Además los análisis encuentran cambios en las influencias sociales, concretamente en las normas sociales relativas a la aceptación del consumo de drogas. En segundo lugar, los hallazgos indican que el programa es capaz de modificar la conducta parental de forma positiva tanto en las familias de alto riesgo como en las de bajo riesgo, por lo que se puede considerar a esta estrategia de prevención como efectiva en una amplia gama de poblaciones. De hecho, se ha encontrado una disminución del consumo de alcohol y de marihuana en los padres de adolescentes en grupos de tratamiento en comparación con los grupos control, así como un incremento en la comunicación padre-hijo en temas de prevención de drogas, y una mayor participación de los padres en grupos de tratamiento en actividades preventivas al margen del programa. De todo ello se deduce que los programas de prevención para la juventud con involucración de los padres en actividades de soporte y de comunicación tienen alta probabilidad de éxito dentro del campo del consumo de drogas. Por último, los datos sobre el proceso del programa sugieren que la estructura elegida para su implantación, en la que toman parte tanto los técnicos del programa como los líderes comunitarios de la comunidad en la que se va a realizar, funciona adecuadamente.

Otro ejemplo de trabajo con padres dentro de una intervención multicomponente lo representa el *Proyecto de desarrollo social de Seattle (SSDP)*. Esta es una intervención preventiva que centra su intervención en el contexto escolar. La teoría que guía el SSDP es el *modelo de desarrollo social* en el cual se enfatiza el papel que los vínculos prosociales como la familia, la escuela y los amigos prosociales desempeñan

como factores de protección frente al desarrollo de la conducta problema.

La intervención se compone de actuaciones dirigidas a profesores, padres y madres y a los hijos. Las intervenciones centradas en los profesores se orientan a enseñarles estrategias pedagógicas para el manejo adecuado de la clase, de enseñanza interactiva y el aprendizaje cooperativo. Esta intervención tiene como objetivo evitar el fracaso escolar y la aparición temprana de conductas problema en los estudiantes. Concretamente, se espera que los métodos de manejo adecuado de la clase sirvan para incrementar las oportunidades de involucración entre los estudiantes y el refuerzo apropiado de la misma, mientras que se espera que la enseñanza interactiva y el aprendizaje cooperativo sirvan, además de para incrementar las oportunidades y el refuerzo de la integración en clase, para dotar a los estudiantes de las habilidades sociales que les permitan el desarrollo de conductas prosociales.

La intervención sobre los estudiantes se corresponde con el entrenamiento en habilidades cognitivas y sociales de los alumnos del primer y último curso de educación primaria. Durante el primer curso, se lleva a cabo un programa centrado en el entrenamiento de habilidades de solución de problemas interpersonales. En el último curso (6º) se aplica un programa centrado en el entrenamiento de habilidades de resistencia a la presión.

La intervención sobre los padres consta de varias sesiones de entrenamiento que se adecuan a sus necesidades en función del nivel de desarrollo evolutivo de los hijos y que son ofrecidas a lo largo de los seis cursos escolares que abarca la intervención. El primer componente de la intervención es ofrecido a los padres con hijos en 1º y 2º curso. Consta de un currículum de entrenamiento de siete sesiones. En ellas se les enseña a los padres a observar y reconocer la conducta deseable o indeseable en los hijos, a establecer expectativas adecuadas sobre la conducta de los hijos, y a reforzar positivamente la conducta deseable y establecer consecuencias lógicas sobre la indeseable de forma consistente y contingente. El segundo componente de la intervención sobre los padres se corresponde con un currículum de apoyo académico que es ofrecido al final del 2º curso y nuevamente en el 3º y se compone de cuatro sesiones dirigidas a incrementar la comunicación positiva entre padres e hijos y la implicación de los padres con sus hijos ayudándoles a desarrollar sus habilidades para la lectura y las matemáticas. Finalmente, el último componente de esta intervención se corresponde con el programa *Preparing For The Drug Free Years* (Hawkins, Catalano,

Brown y cols., 1988), un currículum de entrenamiento en habilidades formado por cinco sesiones y ofrecido a los padres de los estudiantes en el 5° y 6° curso. Los objetivos del programa son:

- a) Establecer una posición familiar con respecto a las drogas con la que todos los miembros estén de acuerdo;
- b) Enseñar a los padres a entrenar a sus hijos en las habilidades de resistencia a la presión de los iguales;
- c) Enseñar a los padres habilidades de control emocional como estrategia de reducción del conflicto familiar; y
- d) Crear oportunidades dentro del hogar para que los hijos participen en las decisiones familiares y aprendan los nuevos roles familiares que tendrán que asumir durante la adolescencia.

El objetivo fundamental del PDFY es enseñar a los padres cómo reducir los factores de riesgo que son especialmente importantes durante los últimos años de la infancia y el principio de la adolescencia y cómo incrementar los factores de protección dentro de la familia durante este período. Concretamente, los factores de riesgo sobre los que se pretenden influir con el programa son: problemas de manejo familiar, consumo parental y actitudes positivas de los padres hacia el uso de sustancias, conducta antisocial en la adolescencia temprana, amigos que consumen drogas, actitudes favorables del adolescente hacia el consumo e inicio temprano en el uso de drogas.

Este es un programa de entrenamiento que va dirigido a la población de padres de niños con edades comprendidas entre los 8 y los 14 años que consiste en cinco sesiones semanales de dos horas de duración para grupos de un máximo de veinte padres impartidas por personas consideradas líderes dentro de la comunidad y que han recibido un entrenamiento previo para llevar a cabo el programa. A lo largo de las cinco sesiones, los padres aprenden a incrementar las oportunidades de sus hijos de participar en las actividades familiares, a enseñar a sus hijos las habilidades necesarias para ser competentes personal y socialmente, y a establecer las consecuencias apropiadas a la conducta deseable e indeseable en los hijos. El contenido de cada una de las sesiones se corresponde con los siguientes temas: los factores de riesgo para el consumo de drogas, la naturaleza y la realidad del problema, cómo reducir los riesgos fortaleciendo los

vínculos familiares, cómo dirigir las reuniones familiares y fomentar la comunicación en la familia, el establecimiento de una posición familiar sobre las drogas, la identificación y establecimiento de refuerzos positivos y consecuencias negativas apropiadas a la conducta, el refuerzo del empleo, por parte del hijo, de las habilidades de resistencia a la presión del grupo, cómo expresar y controlar el enfado, cómo aumentar la participación del hijo en la familia, y cómo servir de apoyo a los hijos. Entre las estrategias y los materiales que se utilizan en las sesiones de entrenamiento se incluyen: visualización de vídeos dónde se representan situaciones que ilustran las habilidades parentales requeridas en cada sesión y que sirven para introducir las discusiones en grupo; práctica en pequeños grupos de las habilidades a entrenar (establecimiento de normas familiares, habilidades de resistencia, de manejo familiar, de resolución de conflictos y de comunicación); y puesta en práctica posterior de esas habilidades con sus hijos en el hogar. Cada participante recibe, además, un libro de actividades con las tareas para completar entre las sesiones.

El programa *Preparing for the Drug Free Years* cuenta con el aval de haber sido implantado y evaluado rigurosamente en distintas poblaciones desde sus inicios. De hecho, se han realizado múltiples estudios dirigidos a desarrollar estrategias eficaces de diseminación del programa y a comprobar su efectividad en poblaciones con diferente grado de riesgo de consumo de sustancias..

Otro buen ejemplo de este tipo de aproximaciones preventivas que combinan la actuación escolar en los adolescentes y la actuación en los padres, es el programa de intervención multicomponente desarrollado en el contexto anglosajón denominado: *Adolescent Drug Use: A social-cognitive approach*. El programa, dirigido a reducir las tasas de consumo de drogas entre los adolescentes, tiene como poblaciones objetivo a los estudiantes preadolescentes y sus padres.

El programa dirigido a los estudiantes pretende dotar a los participantes de habilidades de competencia social en un momento en el que todavía no se han iniciado en el consumo de sustancias. Este componente consta de un currículum de doce sesiones diseñado para incrementar las habilidades de los estudiantes en el proceso de toma de decisiones y en la resistencia a la presión de los iguales. El contenido del curso se basa en la asunción de que si los adolescentes desarrollan su capacidad para tomar decisiones de forma razonada, la aplican en el manejo de la presión del grupo de iguales y generalizan su uso a un amplio rango de situaciones de interacción social, serán más

competentes a la hora de enfrentarse a las demandas sociales.

De forma similar, el programa dirigido a los padres, denominado *Preparing Parents for Teenagers* (Grady, Gersick y Boratynsky, 1985), se basa en el entrenamiento en habilidades genéricas con el propósito, en este caso, de incrementar las habilidades parentales y, por extensión, de reducir el consumo de sustancias en los hijos. Concretamente, el programa para padres tiene como objetivo complementar el currículum de los estudiantes y enseñarles a los padres las técnicas de educación de los hijos más efectivas. Este componente consta de seis sesiones semanales de dos horas de duración en las que se pretende incrementar la efectividad de los padres en la toma de decisiones ante conflictos familiares (los padres aprenden a identificar los problemas, a considerar las alternativas de solución y a explorar sus consecuencias) y en sus habilidades de comunicación (habilidades de escucha y de emisión de mensajes). Además, los padres aprenden también las estrategias para establecer límites o normas familiares y hacer que se cumplan. En el programa, todas ellas se consideran habilidades cruciales en el desarrollo y mantenimiento de una relación positiva con los adolescentes y en el apoyo que los padres pueden ofrecer a sus hijos ayudándoles a ser más competentes en la toma de sus propias decisiones.

En las evaluaciones realizadas sobre esta intervención se encuentra que, en comparación con un grupo de padres que no recibió el programa, los participantes mostraron un incremento significativo en su habilidad para responder de forma empática a los comentarios de los preadolescentes y en su habilidad para ayudarles a considerar las alternativas y las consecuencias dentro del proceso de toma de decisiones.

2.1.2. Programas de prevención selectivos

Las intervenciones selectivas suelen ser más largas e intensivas que las intervenciones universales. Ejemplos de este tipo de actuaciones preventivas dentro del contexto norteamericano, son el *Programa de fortalecimiento familiar* (SFP), el *Programa de transición adolescente* (ATP) o el programa FAST (*Families and Schools Together*). Los programas mencionados se centran sobre familias que presentan un alto riesgo de llegar a tener hijos consumidores de drogas. Comparten también el hecho que su desarrollo resulta mucho más costoso que el tipo de intervenciones comentadas anteriormente por el grado de intensidad de la intervención y también por el grado de

formación que deben tener los responsables de su aplicación.

El *Programa de fortalecimiento familiar* (SFP) está dirigido a familias de alto riesgo caracterizada porque alguno de los padres presenta un problema de adicción a las drogas. Se compone de un currículum focalizado en la familia altamente estructurado, de una duración de 14 semanas y que incluye tres componentes de aplicación simultánea: entrenamiento de padres, entrenamiento en habilidades de los hijos y entrenamiento en habilidades familiares. Con el programa se pretende reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección con el objetivo último de elevar la resistencia personal de los jóvenes que están en alto riesgo de consumir drogas. El SFP se fundamenta en modelos teóricos desarrollados por los mismos autores y en ellos se propone que la implicación de la familia es un factor muy importante en la determinación del uso de alcohol u otras drogas por parte de los adolescentes. Kumpfer y colaboradores se basan en la hipótesis de que fortaleciendo las relaciones de afecto familiares y creando un clima familiar positivo se puede ayudar a las familias en situación de riesgo a proteger a sus hijos de influencias negativas (por ejemplo, los iguales consumidores) y, en consecuencia, evitar su involucración en conductas de consumo de drogas.

Con la finalidad de conseguir tales objetivos, los autores proponen un programa con actividades dirigidas a los padres y madres y otras dirigidas a los hijos. La intervención dentro del programa se estructura de la siguiente manera: en un primer momento, los padres y los hijos, de forma separada, aprenden las habilidades o roles que tienen que desempeñar en las interacciones familiares y, posteriormente, practican, de forma conjunta, esas habilidades. En las sesiones de entrenamiento para padres, éstos aprenden a aumentar las conductas deseadas en sus hijos incrementando la atención y el refuerzo de las mismas, estableciendo metas de conducta a sus hijos, adquiriendo habilidades de comunicación y de resolución de problemas, practicando el establecimiento de límites, y recibiendo formación referente al alcohol y otras drogas. El programa de entrenamiento en habilidades para los hijos incluye información sobre el funcionamiento de los grupos, educación afectiva, habilidades de comunicación y de resistencia a la presión de los amigos, habilidades de resolución de problemas, discusiones sobre el alcohol y otras drogas, cumplimiento de las reglas familiares, comprensión y comunicación de emociones, y habilidades de control emocional. En las sesiones de entrenamiento en habilidades familiares, padres e hijos disponen de un

tiempo para practicar las habilidades aprendidas interactuando de forma positiva.

La eficacia de este programa ha sido evaluada por Kumpfer y colaboradores en familias de varias poblaciones distintas de alto riesgo de abuso de drogas y delincuencia con resultados altamente satisfactorios. Los resultados sugieren que el programa SFP alcanza los objetivos propuestos y es válido para modificar positivamente los factores de riesgo y de protección del abuso de drogas considerados. Además, los autores resaltan el efecto combinado que los tres componentes del programa ejercen en la mejora de los factores de riesgo teóricamente identificados: la existencia de conductas problema en los hijos, unas prácticas parentales disfuncionales y un funcionamiento familiar deficiente con relación a la comunicación, clarificación de normas, relaciones familiares distantes y conflictivas y aislamiento social de la familia. Así, han encontrado que el módulo de entrenamiento de padres incrementa, de forma significativa, sus habilidades parentales y su autoeficacia, el módulo dirigido a los hijos aumenta sus habilidades prosociales, y el módulo de habilidades familiares incrementa las relaciones positivas en el hogar y la implicación de los padres con los hijos. De igual forma, la combinación de los tres componentes reduce el riesgo de consumo de drogas de los hijos más pequeños y el uso de tabaco y alcohol de los hijos mayores que ya son consumidores. Al mismo tiempo, los progenitores también reducen su consumo y aumenta su eficacia como padres.

La evaluación de seguimiento realizada a los cinco años ha proporcionado la evidencia de que el impacto positivo del programa en las familias y en los niños se mantiene a largo plazo (Kumpfer, 1998).

El *Programa de transición adolescente* (PTA), desarrollado por Thomas J. Dishion, es una estrategia preventiva para preadolescentes (entre 10 y 14 años) de alto riesgo (que pertenecen a familias disfuncionales y que presentan una historia de problemas de conducta antisocial) que se centra en el trabajo con la unidad familiar. El programa sigue los principios cognitivos-conductuales e incorpora la aplicación de dos componentes distintos, uno para los padres y otro para los hijos. Consta de doce sesiones semanales de hora y media de duración dónde padres e hijos, de forma separada, van adquiriendo las habilidades propuestas en cada sesión y que pondrán en práctica en el hogar al realizar las tareas para casa que se incluyen en ellas. En cada una de las reuniones se van desarrollando las áreas temáticas que componen los módulos del

programa, el de padres y el de hijos, con la finalidad de cambiar las prácticas educativas parentales inadecuadas, los patrones de interacción familiar disfuncionales y los patrones de conducta desviada en los hijos.

El componente del ATP dirigido a los padres tiene como objetivo potenciar prácticas parentales adecuadas y una relación positiva entre padres e hijos. Para ello, a lo largo de las doce sesiones, los padres aprenden a identificar las metas de conducta aceptable en sus hijos y las estrategias de manejo y de refuerzo de esas conductas, adquieren las habilidades de solución de problemas familiares y las habilidades de comunicación positiva que les permitirán establecer una relación apropiada con los adolescentes, aprenden estrategias para establecer límites y consecuencias a la conducta de sus hijos y, también, estrategias efectivas de supervisión de las actividades y de las compañías del adolescente fuera del hogar.

Por otra parte, con la inclusión del componente dirigido a los preadolescentes, Dishion pretende poner a su disposición una serie de habilidades que les permitan ser más competentes personal y socialmente y tener control sobre la propia conducta problema, disminuyendo así los factores de riesgo de carácter personal (presencia temprana de conducta antisocial) y del grupo de iguales (asociación con amigos desviados) e incrementando, igualmente, los factores de protección de los que disponen. Así, en las doce sesiones del programa, los adolescentes aprenden a proponerse metas de conducta prosocial y a mostrarse conformes con las reglas familiares, adquieren habilidades de manejo de las emociones negativas, habilidades de interacción social y de resistencia a la presión de los iguales, y habilidades de comunicación positiva y de solución de problemas interpersonales.

El programa *Families And Schools Together* (FAST) desarrollado por McDonald (1996) fue diseñado en 1987 con el objetivo de prevenir problemas de conducta tales como el consumo de drogas o la conducta antisocial grave durante la adolescencia entre la población de niños en alto riesgo. El programa pretende reducir la probabilidad del desarrollo de problemas a largo plazo (durante la adolescencia) en niños (entre 5 y 9 años) y preadolescentes (entre 10 y 14 años) y sus familias, los cuales son considerados en situación de riesgo por tener un rendimiento académico muy bajo, riesgo de fracaso escolar, y presentar problemas de conducta o un consumo precoz de alcohol u otras drogas. Los objetivos del programa con respecto a la familia incluyen el incremento de la proximidad familiar y la reducción del aislamiento social.

El programa FAST incluye tres fases de intervención: 1) reclutamiento de los participantes por medio de visitas al hogar, 2) encuentros con el total de la familia de dos horas y media con una periodicidad de ocho semanas, y 3) dos años de encuentros mensuales con toda la familia con el propósito de seguir el programa FAST y ofrecer apoyo social a las familias. En estas sesiones se incluyen una reunión familiar conjunta y sesiones separadas para adultos y jóvenes. Los componentes del programa pretenden desarrollar repertorios de conducta que permitan a los padres llegar a tener una mejor relación con sus hijos a través del entrenamiento y la práctica de toda la familia en habilidades de comunicación y de la adquisición por parte de los padres de habilidades para superar los conflictos familiares.

2.1.3. Programas de prevención indicados

Los programas de prevención indicados estarían orientados a familias con hijos que ya presentan problemas de drogas o de conductas problema. El objetivo de estas intervenciones es atajar esas conductas en las primeras fases de desarrollo y evitar que vayan a más. Estos programas son los más intrusivos y largos y pueden incluir terapia en el hogar, sesiones de apoyo, y ayuda social a las familias. En realidad son intervenciones muy cercanas al tratamiento que suponen en muchos casos la realización de sesiones individualizadas con terapeutas expertos. Por esta razón no vamos a extendernos en ellos. Simplemente valga como ejemplo de este tipo de intervención la *Terapia funcional familiar* (FFT) desarrollada por Alexander y Parsons (1982).

Este programa combina los conceptos cognitivos y conductuales del aprendizaje social con los conceptos del enfoque de sistemas familiares y fue desarrollado y evaluado con familias con hijos delincuentes leves y predelincuentes. Los objetivos fundamentales de las sesiones del programa eran aumentar la reciprocidad y el refuerzo positivo entre los miembros de la familia, establecer una comunicación clara, ayudar a especificar las conductas que los miembros de la familia desean unos de otros, negociar constructivamente y ayudar a identificar soluciones para los problemas interpersonales. Los resultados encontrados con esta intervención han demostrado ser eficaces a la hora de reducir la reincidencia de los adolescentes.

2.2. El proyecto Construyendo Salud

En este apartado presentamos nuestra propuesta preventiva. Como ya comentamos en la introducción de este trabajo, nuestra experiencia en el campo de la prevención se remonta al año 1992. Nuestros primeros esfuerzos fueron dirigidos a desarrollar y evaluar un programa de prevención escolar. Tras varios años de trabajo hemos logrado diseñar un material útil para su aplicación dentro de este contexto. Los resultados obtenidos con su aplicación han sido positivos, concretándose en una alta satisfacción del profesorado encargado de su aplicación, una buena respuesta por parte del alumnado que lo ha recibido y, lo que es más importante, con resultados positivos a la hora de prevenir el inicio del consumo de drogas así como la implicación en conductas problemáticas.

A lo largo de estos años de trabajo nos hemos encontrado con un gran número de demandas referidas a la necesidad de implicar en la labor preventiva también a las familias. De estos comentarios y de nuestra convicción de que la intervención a nivel familiar ayudaría a mejorar los resultados preventivos ya obtenidos desarrollamos el componente familiar del programa *Construyendo salud*.

En las siguientes líneas describimos resumidamente los dos componentes de nuestro programa.

2.2.1. El componente escolar de construyendo salud

El programa *Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social* (Luengo, y cols. 1998) representa el componente escolar de nuestra intervención y ha sido elaborado a partir de uno de los programas de prevención del consumo de drogas mejor evaluados y que ha logrado resultados muy prometedores (Botvin y Tortu, 1993).

La base teórica del programa está constituida por la teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977); la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), y el modelo de progresión en el consumo de drogas (Kandel, 1975). Con este sustrato teórico, el uso de drogas es concebido como una conducta funcional para el adolescente, que es aprendida dentro de su contexto social y que puede evolucionar desde patrones de consumo de escasa relevancia hacia otros con graves implicaciones personales y sociales.

Los adolescentes adquieren la conducta del consumo como consecuencia de un proceso de aprendizaje social. La existencia de figuras dentro de la familia, la escuela, la comunidad en general, que usan estas sustancias, modela el propio consumo de los jóvenes. La motivación para el consumo puede tener especial intensidad en aquellos casos en los que el adolescente no dispone de los recursos necesarios para alcanzar ciertos objetivos personales y sociales (la afirmación de la propia identidad; la sensación de independencia; la aceptación y refuerzo por parte de los compañeros, el incremento de la propia autoestima, etc.). En estos casos, el consumo de drogas, o otras conductas problemáticas, se pueden convertir en un medio alternativo para satisfacer esas necesidades.

Por otra parte, el abuso de drogas no es algo que aparezca de la noche a la mañana. Su desarrollo se produce de una forma progresiva a lo largo de un periodo de tiempo más o menos largo. Su inicio se produce habitualmente con el consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol. Cuanto más temprano sea este inicio, más probabilidades hay de que se progrese hacia consumos más intensos que, en ocasiones, pueden llegar a convertirse en abusivos. Del mismo modo, en algunos casos se da una escalada en el tipo de sustancias, pasando del consumo temprano de tabaco y alcohol a otras sustancias socialmente menos aceptadas como el cannabis, la cocaína, la heroína, etc.

Concibiendo el consumo de drogas de esta forma, los objetivos del programa se podrían concretar en:

- Evitar el inicio en el consumo de drogas o retrasar la edad en que esto se produzca.
- Reducir la frecuencia de consumo de los adolescentes que ya se han iniciado en este hábito y evitar la progresión hacia patrones de consumo de mayor gravedad.
- Evitar o reducir la involucración de los adolescentes en otro tipo de actividades antisociales.

Estos objetivos se pretenden alcanzar fomentando en los adolescentes una serie de competencias personales y sociales. Estas competencias van dirigidas fundamentalmente a resistir la presión social hacia el consumo de drogas (compañeros, publicidad, etc.) y enseñar y fomentar el empleo de las habilidades sociales necesarias para poder satisfacer (de una forma prosocial) las necesidades personales y sociales de los adolescentes.

El programa escolar (Luengo y otros, 1998) está compuesto por un Manual del Profesor, un Manual del Alumno y una serie de materiales complementarios (cinta de relajación, materiales para realizar una serie de experimentos acerca del tabaco, etc.). El *Manual del Profesor* constituye la guía para la aplicación del programa. En el se detallan todos los objetivos que se pretenden conseguir y se describen pormenorizadamente todas las actividades a realizar. Por su parte, el Manual del Alumno constituye un material de apoyo. En el se presenta a los alumnos información sobre los distintos temas tratados en el programa y se proponen actividades que deben realizar.

Este programa consta de diecisiete sesiones diseñadas para ser aplicadas en clases de 50 minutos, agrupadas en torno a siete componentes tal como se refleja en la tabla 1.

Tabla1: Estructura del programa Construyendo Salud

Componente	Unidad	Sesiones
Información	Tabaco	2 sesiones
	Alcohol	1 sesión
	Marihuana y otras drogas	1 sesión
Autoestima	Autoestima y autosuperación	1 sesión
Toma de Decisiones	Toma de decisiones	1 sesión
	Persuasión y pensamiento independiente	1 sesión
	Publicidad	1 sesión
Control Emocional	Control emocional	2 sesiones
Habilidades Sociales	Habilidades de comunicación	1 sesión
	Habilidades sociales	2 sesiones
	Asertividad	2 sesiones
Ocio	Actividades de ocio	1 sesión
Tolerancia	Tolerancia y cooperación	1 sesión

La primera unidad del programa se centra en un componente informativo. A pesar de que se ha demostrado que la información, por sí sola, no es suficiente para prevenir el consumo, aportar ciertos datos sobre las drogas es algo necesario. Este componente está configurado por cuatro sesiones. La primera proporciona información sobre el consumo de tabaco, dando especial importancia a la prevalencia del consumo y a la decreciente aceptación social del tabaco. Se discuten también los efectos del tabaco y el proceso de iniciación en el consumo. La segunda se centra en los efectos fisiológicos inmediatos del consumo de tabaco y, utilizando un aparato de biofeedback y otros experimentos, se demuestran estos efectos. Las sesiones 3 y 4 son similares a la

primera, pero se centran respectivamente en el alcohol y el consumo de otras drogas (cannabis y drogas de síntesis). A lo largo de estas sesiones, se presta especial atención a los efectos a corto plazo del consumo de esas sustancias y a rebatir las falsas creencias existentes sobre cada una de ellas.

La segunda unidad del programa trata el tema de la autoimagen, examinando con los adolescentes el significado del concepto, su formación y su relevancia para la conducta. Por otra parte se presenta una guía para el logro de la autoeficacia. En ella se sistematizan una serie de pasos útiles para llegar a alcanzar las metas deseadas. A partir de esta guía, se pide a los alumnos que diseñen y pongan en marcha un *proyecto de autosuperación* centrado en el logro de algo deseado. La ejecución de este proyecto es evaluada a lo largo de ocho semanas.

El tercer componente se dirige a la toma de decisiones. Está integrado por tres sesiones con las que se pretende potenciar el desarrollo de un pensamiento crítico y proporcionar habilidades de toma de decisiones de forma responsable. En la primera de ellas se enseña y se practica un procedimiento racional para tomar decisiones. En la segunda se aborda el papel que la influencia de otras personas juegan en la determinación de las propias decisiones. En la tercera se introduce a los estudiantes en las tácticas empleadas por los publicistas para manipular la conducta del consumidor, tomando como ejemplos anuncios de tabaco y alcohol.

El cuarto bloque se centra en el control emocional. En el se examina lo que son las emociones (prestando especial atención a la ansiedad y la ira) y se enseñan algunas técnicas para afrontarlas adecuadamente. Este componente se desarrolla a lo largo de dos sesiones. En ellas se les pide que identifiquen situaciones en las que se ponen ansiosos o experimentan sentimientos agresivos y reacciones de ira. También se les enseñan diferentes técnicas de control emocional (relajación muscular, respiración profunda, ensayo mental, pensamiento positivo).

El quinto componente es el más amplio y está orientado al entrenamiento de ciertas habilidades sociales básicas. Esta parte está compuesta por cinco unidades centradas en enseñar y practicar distintas habilidades. Se incluyen tanto habilidades sociales de tipo general como habilidades de comunicación o habilidades para comportarse asertivamente u otras más concretas centradas en resistir la presión de los iguales para consumir tabaco, alcohol u otras drogas.

Los dos últimos componentes del programa están compuestos por una sesión cada uno. El sexto se centra en la tolerancia y la cooperación. En el se trabaja la importancia de reconocer y respetar el valor de las diferencias. También se discute la importancia del trabajo cooperativo dirigido a promover actitudes prosociales. Por su parte, en el último componente se trata el tema de la ocupación del tiempo libre. Dentro de esta sesión se trabaja sobre las alternativas de ocio disponibles dentro del contexto de los estudiantes. A lo largo de toda esta sesión se destaca la importancia de decidir responsablemente sobre la ocupación del tiempo libre.

Estas sesiones pueden ser reforzadas con unas sesiones de apoyo que se realizarían al año siguiente y en las que se vuelven a tratar los principales componentes del programa.

2.2.2. El componente familiar

El diseño del programa para padres se ha basado en la misma concepción teórica que el componente escolar de Construyendo salud. Tras una revisión exhaustiva del cúmulo de trabajos existentes sobre las variables familiares que se pueden considerar predictoras del inicio y del mantenimiento de los comportamientos problemáticos, se seleccionaron para este programa aquellas que han demostrado tener mayor poder predictivo.

Así, el programa pretende incidir en las variables familiares que mayoritariamente se han relacionado con el consumo de drogas y la involucración en conductas antisociales de los adolescentes. Concretamente, el estilo educativo pobre e inconsistente, un bajo grado de comunicación entre padres e hijos, y una baja supervisión o control parental son factores de riesgo de los trastornos de conducta, la delincuencia y el abuso de sustancias. Entre otros factores de riesgo del consumo de drogas destacan también la existencia de conflicto familiar, unas actitudes de los padres favorables al consumo de alcohol u otras drogas de los jóvenes y el consumo abusivo paterno de alcohol u otras drogas. De forma inversa, otras características familiares como el apoyo por parte de los padres a las competencias o capacidades de sus hijos, el calor y afecto familiar, y la presentación de unas expectativas o normas prosociales claras, pueden servir como “factores de protección” del desarrollo de conductas desadaptadas en los hijos, incluido el consumo de drogas.

A lo largo de nuestro programa para padres se van trabajando estos aspectos siguiendo las indicaciones de aquellos programas que han demostrado su validez en otros contextos. Los objetivos que se pretenden alcanzar son, por una parte, promover en los padres una serie de habilidades que les permitirán proteger a su familia de los factores mencionados y, por otra, producir cambios concretos en la conducta de los hijos con relación al consumo de las drogas predominantes en la primera etapa de la adolescencia, el tabaco y el alcohol.

El programa para padres y madres *Construyendo Salud. Promoción de Habilidades Parentales* se ha diseñado como un complemento de la intervención escolar, aunque se ha diseñado de tal forma que puede ser aplicado de forma independiente.

2.2.2.1 Descripción del programa

Teniendo en cuenta que la filosofía subyacente del programa para padres propuesto en estas páginas concuerda con la noción de que los programas preventivos eficaces deben apuntar a la reducción de los factores de riesgo y al incremento de los factores de protección del consumo de drogas más relevantes (una parte importante de los cuales pertenecen al entorno familiar), podemos decir que la presente intervención surge como una propuesta preventiva familiar de apoyo a una iniciativa de prevención basada en la escuela.

Si bien el planteamiento de origen de este programa familiar coincide con otros programas dirigidos a padres planteados con el objetivo primordial de reforzar las intervenciones preventivas escolares centradas en el desarrollo de la competencia personal y social de los adolescentes, en el programa para padres “Construyendo Salud” se pretenden integrar, además, ciertos aspectos de interés en prevención que pertenecen a aquellas intervenciones fundamentadas en educar a los padres para mejorar el desarrollo personal y social de los hijos, los denominados en páginas anteriores *programas dirigidos exclusivamente a los padres*. Como se ha mencionado en su momento, estos programas de entrenamiento en habilidades parentales han mostrado su potencial en la prevención de conductas problema en adolescentes ya que en muchos de sus componentes se actúa sobre las conductas familiares que han sido identificadas como precursores del consumo de drogas y la delincuencia.

En función de estas dos ideas, el programa para padres “Construyendo Salud” se focaliza, fundamentalmente, en la prevención del consumo de drogas y, **por extensión,**

de la conducta antisocial, en los adolescentes, siendo su principal propósito enseñar a los padres cómo reducir los factores de riesgo especialmente importantes en el desarrollo de tales conductas al inicio de la adolescencia, y cómo incrementar aquellos factores de protección dentro de la familia que, por el contrario, inhiben la aparición de las conducta problema en sus hijos.

2.2.2.2 Estructura del programa

El programa para padres “Construyendo Salud” es un programa de entrenamiento que va dirigido a la población de padres de alumnos de E.S.O. de edades comprendidas entre los 12 y 14 años. El programa consta de cinco sesiones semanales de una hora y media o dos horas de duración que serán impartidas por paraprofesionales entrenados a grupos de padres y madres de veinte personas como máximo.

El material preventivo que se utiliza en las sesiones se compone de un Manual. En él se detallan los objetivos que se pretenden conseguir a lo largo de la intervención y se describen minuciosamente el contenido de cada una de las sesiones y las actividades que se deben realizar en cada una de ellas (discusiones en grupo, práctica en pequeños grupos de las habilidades a entrenar, representación de situaciones de conflicto familiar reales...).

A lo largo de las cinco sesiones que componen el programa se pretende concienciar a los padres y madres sobre el papel que juega el inicio temprano en el consumo de tabaco y alcohol en el desarrollo futuro de problemas relacionados con el uso de estas y otras drogas. También se pretende promocionar en ellos habilidades relacionadas con la comunicación y con el manejo familiar que ayuden a prevenir el inicio temprano de estos consumos y la aparición de otro tipo de conductas problemáticas. El contenido de cada una de las sesiones se corresponde con los siguientes temas: presentación del programa (e inclusión en el problema de las drogas); la adolescencia y los estilos educativos paternos; habilidades de comunicación; habilidades para superar conflictos; y el establecimiento de una posición familiar firme sobre las drogas.

2.2.2.3 Componentes del programa

1^{er} componente: Presentación del programa

El primer componente del programa está dedicado a proporcionar a los padres una información muy clara y concisa sobre el problema del consumo de drogas durante la adolescencia y el papel de la familia dentro de su prevención.

En este componente se pretende hacer llegar a los padres la realidad del problema del consumo de drogas con relación a la edad adolescente. Para ello, tras un breve acercamiento al concepto de droga se debate con los padres la importancia de prevenir el consumo de las drogas “de entrada”, el tabaco y el alcohol, las cuales, además de ser las mayoritariamente consumidas por los adolescentes más jóvenes, son las que constituyen la primera etapa de consumo dentro del modelo secuencial de Kandel y, por lo tanto, el primer paso dentro del proceso evolutivo en función del cual se va desarrollando el consumo problemático de drogas. Tras discutir con el grupo la relevancia de las ideas propuestas por Kandel acerca del inicio y progresión en el consumo desde los primeros contactos con las drogas legales hasta el consumo de drogas ilegales y resaltar la importancia de la prevención de las primeras para prevenir también la progresión hacia las sustancias ilegales, se aborda el tema de las posibles causas del consumo de drogas entre los adolescentes. Para ello, se comentan con los padres los más importantes hallazgos de la investigación sobre los factores de riesgo y de protección del consumo de drogas haciendo una breve recopilación de los factores más relevantes en la predicción del consumo entre los adolescentes: facilidad para conseguir drogas, actitudes sociales favorables al consumo de sustancias, modelos de consumo, grado de involucración en actividades convencionales, clima familiar, estrategias educativas paternas, consumo precoz de alcohol y presencia de problemas conductuales tempranos, y características individuales; todos ellos tenidos en cuenta en la tarea de elaboración del material del programa.

Finalmente, en esta primera sesión se intenta resaltar el papel de la familia, y de los padres en concreto, en la prevención del inicio en el consumo de drogas en los hijos adolescentes. Con este apartado se pretende, en primer lugar, hacer llegar a los padres la importancia de la familia como factor de protección del consumo de sustancias y agente fortalecedor de los hijos frente a los distintos factores de riesgo del consumo de drogas durante la adolescencia, y en segundo lugar, introducir los demás componentes del programa dirigidos a modificar ciertos aspectos de la relación familiar considerados de gran relevancia en el desarrollo de las intervenciones preventivas del consumo de drogas dirigidas a la familia tales como: las prácticas educativas parentales, los patrones

de comunicación familiar, o el manejo de conflictos.

2º componente: La adolescencia y los estilos educativos paternos

El segundo componente del programa está dedicado a promover la comprensión de los cambios evolutivos que se producen en la adolescencia, a hacer conscientes a los padres de los distintos estilos educativos paternos y a fomentar el empleo de un estilo educativo cooperativo dentro de la familia. Así pues, en esta unidad del programa se procura, en primer lugar, dar a conocer a los padres los importantes cambios en el ámbito físico, cognitivo y social que representan la entrada en la adolescencia y que suponen para los jóvenes la adquisición de las capacidades fundamentales para su desarrollo hacia la adultez. Por una parte, la introducción de este tema en el programa responde a la necesidad de profundizar en las características del período adolescente que hacen al individuo más susceptible de desarrollar conductas desviadas. De hecho, los expertos en el estudio de la conducta problema coinciden en resaltar la adolescencia como la etapa de mayor riesgo para que el individuo incurra en actividades desviadas y, en consecuencia, la etapa más relevante a la hora de desarrollar las intervenciones preventivas. Por otra parte, responde a la premisa de que la comprensión por parte de los padres de los cambios que, ineludiblemente, perciben en sus hijos, les permitirá entender cuál es el comportamiento diferente del adolescente inherente a su edad y reconocer la conveniencia de ir adaptando la conducta con respecto a sus hijos a medida que éstos van adquiriendo esas nuevas capacidades evolutivas que les permiten asumir un mayor grado de autonomía e independencia, de forma que, desde la familia, se vaya fomentando la adquisición saludable de la práctica que le permita al adolescente llegar a dominar sus nuevos recursos cognitivos y conductuales.

En segundo lugar, este componente del programa incluye la actuación sobre una de las variables familiares de mayor relevancia en la prevención del consumo de drogas, las *prácticas educativas parentales*. En concordancia con los fundamentos teóricos en que se basa nuestra intervención, con los datos encontrados por la investigación y con los principales programas de prevención dirigidos a la familia, en la unidad se pretende fomentar la práctica de un estilo educativo adecuado, en donde las interacciones familiares estén caracterizadas por el respeto mutuo, la participación activa de los hijos en la toma de decisiones que les afectan, el fomento de la responsabilidad en el

cumplimiento de unas reglas familiares básicas, y el empleo de la cooperación en la resolución de problemas familiares. Para conseguir este objetivo, se resalta la importancia del estilo educativo paterno en la determinación de la rapidez con la que los hijos adquieren la autonomía y responsabilidad necesaria para su desarrollo y se comentan con los padres las características que diferencian a los estilos educativos identificados por Baumrind (1985) y posteriormente retomados por McKenzie (1997) (permisivo, autoritario y cooperativo) con respecto, fundamentalmente, a las creencias, la forma de resolver los conflictos y lo que aprenden los hijos, en cada uno de ellos.

Para finalizar esta sesión, se establece un debate con el grupo acerca de las pautas de interacción familiar que se corresponden con los estilos autoritario, permisivo y cooperativo, y de su adecuación para la educación de los hijos como personas responsables y con capacidad para comportarse independientemente.

3^{er} componente: Habilidades de comunicación

A lo largo de este tercer componente se presentan y ponen en práctica unas de las habilidades necesarias para lograr un estilo educativo parental adecuado, las habilidades de comunicación. Específicamente, en esta sesión se pretende resaltar la importancia de la comunicación entre padres e hijos y entrenar habilidades muy concretas para mejorar la comunicación dentro de la familia.

Con el propósito de hacerles llegar a los padres la importancia de la comunicación familiar en la prevención del consumo de drogas y otras conductas problema durante la adolescencia, se comentan con los participantes los hallazgos más relevantes de la investigación sobre el papel del clima familiar en la prevención de la conducta problema. Este primer aspecto de la sesión entronca con los estudios sobre factores de riesgo familiares ya comentados, que ponen de manifiesto que unas relaciones entre padres e hijos caracterizadas por la falta de cercanía afectiva y un patrón de comunicación deficiente y por la carencia de implicación parental con los hijos, constituyen un importante factor de riesgo de consumo entre los adolescentes. Con respecto a ello, lo que en el programa se pretende dejar patente es la importancia de la vinculación familiar afectiva (caracterizada por unas relaciones familiares positivas y un patrón de comunicación entre padres e hijos adecuado) como factor de protección del desarrollo de la conducta problema en la adolescencia. Además, en este primer apartado

de la sesión se establece un debate con los participantes acerca de la importancia relativa de los padres y los amigos a la hora de influenciar sobre los adolescentes con el objetivo de hacerles llegar a los padres la idea de que, si bien los compañeros adquieren gran poder de influencia durante la adolescencia, los padres y madres de familias dónde existe una relación afectuosa entre los miembros y una buena comunicación con los hijos siguen manteniendo su influencia sobre los hijos a lo largo de la etapa adolescente.

En una segunda parte de este componente del programa se entrena a los padres en habilidades concretas que les sirvan para establecer una buena comunicación con sus hijos en el hogar. Como modelo de entrenamiento de estas habilidades se ha seguido el elemento de comunicación del programa PET de Gordon (1991). Si bien, ciertamente, la inmensa mayoría de los programas preventivos centrados en la familia incluyen como parte de sus componentes el entrenamiento de los padres en habilidades de comunicación, se ha optado por el programa cognitivo/comunicacional de Gordon como guía de intervención por ser uno de los modelos de entrenamiento que ha demostrado mayor efectividad con respecto al cambio en los patrones de comunicación entre padres e hijos y que más se adecua a los objetivos particulares de esta sesión del programa. Concretamente, la adaptación que se ha hecho en el programa de la propuesta de Gordon se corresponde con la utilización de las estrategias verbales y no verbales que son efectivas para comunicar aceptación a los hijos (*la forma activa de escuchar* y la comunicación de *mensajes yo*) como forma de entrenamiento de los padres en habilidades concretas que les ayuden a potenciar la comunicación dentro de sus familias y evitar el uso de la crítica y la culpabilidad para controlar al hijo.

4º componente: Habilidades para superar conflictos

El cuarto componente del programa sigue dedicado a trabajar con los padres las habilidades concretas para conseguir un estilo educativo que hemos denominado cooperativo. Así, en esta sesión se pretende entrenar a los participantes en habilidades para solucionar conflictos familiares de forma consensuada y enseñarles los principios adecuados para manejar la conducta de sus hijos que faciliten el aprendizaje de la responsabilidad por parte de los adolescentes.

A lo largo de estas páginas se ha puesto de manifiesto la importancia concedida por los expertos en el estudio de la conducta problema a la forma de solucionar los

conflictos familiares como variable de peso en la predicción del consumo de drogas entre los adolescentes. Ciertamente, han sido muchos los autores que han destacado la relevancia de la existencia de conflicto familiar como factor de riesgo del consumo de drogas en los hijos y los que, por otra parte, han señalado la importancia de las habilidades paternas en la solución de problemas y en el ejercicio de una disciplina positiva como factores protectores muy importantes en la prevención del uso temprano de drogas al inicio de la adolescencia. Siguiendo este último planteamiento, los más efectivos programas preventivos centrados en la familia incluyen entre sus componentes el entrenamiento de los padres en habilidades de solución de problemas o conflictos familiares.

Para el desarrollo de este componente dentro de nuestro programa se ha optado por el entrenamiento de los padres en un proceso para tomar decisiones o resolver los conflictos que les ayudará a acercarse más a un estilo educativo cooperativo y a dar cabida a la participación de los hijos en la toma de decisiones familiares fomentando así, progresivamente, la adquisición de autonomía en los adolescentes. Dicho proceso se corresponde con una versión del “Proceso de cinco pasos para resolver problemas”, un método de entrenamiento en habilidades sociales empleado dentro del programa escolar “Construyendo Salud” orientado a desarrollar en los adolescentes la capacidad de tomar decisiones responsables. Esta adaptación para los padres del proceso se compone de los siguientes pasos: definir el problema; considerar las alternativas; valorar las consecuencias de cada alternativa; elegir la mejor alternativa; aplicar la alternativa escogida y comprobar si los resultados son satisfactorios.

Tras la práctica del proceso en la sesión, se procede a trabajar en otro de los aspectos de relevancia en la superación de los conflictos con los hijos: el establecimiento de los acuerdos familiares de forma clara y firme y la consecución de un compromiso real con ellos por parte de los hijos. En este caso, también son varios los autores que destacan la importancia de aspectos como la consistencia, contingencia y la firmeza en el establecimiento de normas familiares (aplicación de consecuencias positivas y negativas) en la prevención del consumo de drogas.

Este aspecto de las prácticas educativas de los padres ha sido tratado dentro de los programas preventivos dirigidos a la familia de mayor eficacia bajo la forma de entrenamiento en estrategias para establecer límites y consecuencias a la conducta de los hijos, o habilidades para establecer normas familiares y hacer que se cumplan. En el

programa “Construyendo Salud” se insta a los padres a facilitar el aprendizaje en responsabilidad de los hijos ejerciendo cierto grado de control sobre las consecuencias de los actos de los adolescentes y reforzando de forma apropiada sus conductas en función del cumplimiento o incumplimiento de las normas familiares acordadas. Para ello, se instruye a los padres en las características que deben reunir las consecuencias para facilitar el aprendizaje y en la forma adecuada de establecerlas; todo ello con el propósito de conseguir que los adolescentes cumplan con las exigencias que les harán ganar en autonomía y se hagan responsables de sus acciones manteniendo, al mismo tiempo, unas relaciones familiares positivas.

5º componente: El establecimiento de una posición familiar firme sobre las drogas

Este último componente se centra de forma exclusiva en el abordaje del tema concreto del consumo de drogas dentro de la familia. En esta sesión, pues, se pretende, en primer lugar, enfatizar la importancia de otro de los factores de riesgo del consumo de drogas más estudiado por los expertos en el desarrollo de esta conducta en los hijos adolescentes: el modelado de consumo por parte de los padres; y, en segundo lugar, presentar una forma para establecer y reforzar normas familiares claras hacia las drogas. Para ello, en la sesión se trabajan tres aspectos claves para establecer un posicionamiento familiar hacia el consumo de las dos drogas de mayor relevancia al inicio de la adolescencia y sobre las que la posición familiar está menos clara, el tabaco y el alcohol. Estos son: los modelos que los padres aportan a sus hijos tanto en lo que respecta a las conductas de consumo así como en relación a las actitudes mantenidas hacia las drogas; el establecimiento de unas expectativas claras y coherentes hacia la conducta de los hijos en relación con el consumo de drogas; y la supervisión paterna de la conducta del adolescente y el refuerzo de las normas familiares por medio de las consecuencias oportunas.

El propósito general de este componente se corresponde con la integración del conjunto de contenidos y habilidades que han sido tratados a lo largo de las sesiones anteriores del programa y su aplicación al tratamiento explícito del tema de las drogas dentro del hogar. El primer paso para esta integración coincide con la especificación del papel que juegan los padres como modelos de consumo para sus hijos a través de sus

actitudes y conductas hacia las drogas. El segundo paso se relaciona con la potencialización de la familia como factor protector de otros modelos de consumo inadecuados fuera del hogar (medios de comunicación, amigos, otros adultos de influencia en el adolescente...) por medio del establecimiento de una serie de expectativas y normas familiares explícitas acerca de las drogas recurriendo a lo ya trabajado dentro del programa con respecto a la comunicación con los hijos y al establecimiento y refuerzo de normas en la familia.

2.2.2.4 Aspectos metodológicos de la intervención

La metodología a utilizar en la aplicación del programa trasciende lo meramente informativo o instruccional para centrarse de forma prioritaria en promover la adquisición de habilidades específicas en los padres por medio de una estrategia activa y participativa y en la que los padres son los auténticos dinamizadores de las sesiones.

A lo largo de las sesiones, los cinco componentes del programa incluyen contenidos de carácter conceptual y aspectos más estrictamente procedimentales, es decir, aspectos relacionados con la adquisición de determinadas habilidades. En el primer caso, los recursos metodológicos que se proponen pretenden promover la intervención de los padres recurriendo a técnicas de discusión y debate de las ideas transmitidas por el responsable de la aplicación del programa. En el segundo caso, para el entrenamiento en las habilidades parentales se recurre a estrategias que guardan una estrecha relación con las técnicas cognitivo-conductuales de modificación de conducta, de demostrada eficacia en la promoción de nuevos repertorios conductuales. En concreto, los procedimientos explícitamente utilizados abarcan las instrucciones, el modelado, el ensayo conductual, la retroalimentación y el reforzamiento de las conductas practicadas. Por medio de ellos, se pretende instar a los padres a poner en práctica en las sesiones las habilidades a entrenar bajo el formato de role-playing (es decir, representación de situaciones reales que ejemplifican las relaciones cotidianas de los padres con sus hijos adolescentes y los conflictos que surgen en el hogar) participando todo el grupo de padres en las tareas de valoración, retroalimentación y refuerzo de las habilidades entrenadas.

2.2.2.5 Directrices de aplicación del programa

El programa propuesto va dirigido a la población general de padres con hijos preadolescentes. La selección de este sector de la población para llevar a cabo la actuación preventiva centrada en la familia responde, además de al requerimiento derivado del diseño de la intervención preventiva global “*Construyendo Salud*” de hacer coincidir la intervención en la escuela con la intervención dirigida a sus padres, a la conveniencia de desarrollar una intervención precoz al inicio de la adolescencia. En este sentido, una actuación temprana resulta fundamental para trabajar con mayores garantías de éxito, ya que, como se ha visto en la introducción de este trabajo, los distintos estudios epidemiológicos que se llevan a cabo periódicamente en nuestro país nos muestran que es hacia los 12-14 años cuando se producen los primeros consumos de drogas legales; un fenómeno que, es un importante factor de riesgo del consumo problemático de éstas y otras sustancias a lo largo de la adolescencia.

En lo que respecta a cuál sería el personal más apropiado para desarrollar el programa, la recomendación propuesta es que los responsables de su aplicación sean personas (padres y madres) entrenados para ello. En este caso, el proceso de entrenamiento tendría como objetivo que el personal responsable tenga un conocimiento profundo de los fundamentos y contenidos del programa y de la metodología a utilizar en su aplicación. Por otra parte, el hecho de que los materiales del programa estén altamente estructurados garantiza, en última instancia, su implantación estandarizada en la población objetivo.

3. Trabajo empírico

Con la intervención que proponemos a continuación se pretenden conseguir los objetivos siguientes:

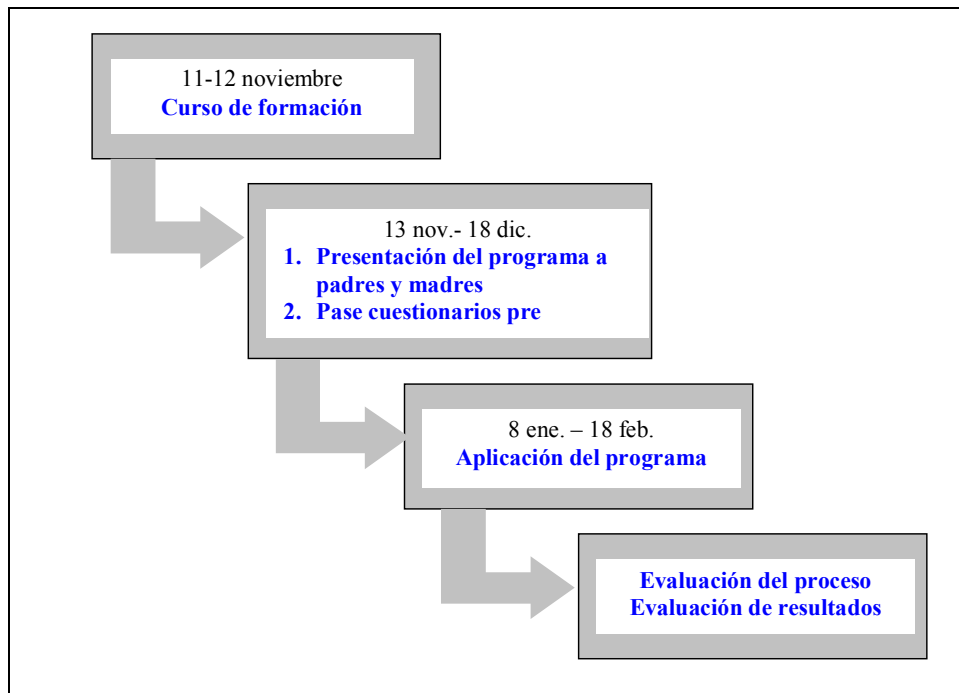
1. Aplicar el programa “Construyendo Salud: Promoción de habilidades parentales”.
2. Verificar si es adecuada la relación que se ha establecido entre las variables tratadas en el programa y el inicio en el consumo de drogas y/o la implicación en conductas problemáticas de los/as adolescentes.
3. Analizar el grado de participación de padres y madres en el programa así como las características diferenciales con respecto a los que no participan.
4. Evaluar el proceso y el grado de implantación del programa logrado en esta experiencia.

La puesta en marcha de esta intervención se inició en junio del 2000. Empezó con la edición del programa por parte de la CEAPA. Simultáneamente, se envió una carta por parte de la dirección de la CEAPA a todas las Federaciones. En la carta se les ofertaba la participación en la experiencia y se establecían unos criterios para su selección. Entre ellos estaba el que hacía referencia a que, dentro de las federaciones, existiesen centros en los cuales hubiese disposición a participar en el programa por parte del equipo directivo y de la APA. Además se pedía que existiese algún miembro de la federación dispuesto a comprometerse en aplicar el programa. Esta persona debía comprometerse a asistir al curso de formación inicial; llevar a cabo las sesiones del programa con un grupo de padres y asistir a una reunión de evaluación final una vez que se finalizase el programa.

3.1. Diseño de la intervención

En la figura 1 presentamos un esquema en el que representamos las distintas fases seguidas para la puesta en marcha de la intervención.

Figura 1: Planificación de la intervención



3.1.1. Primera fase: Curso de Formación

El curso de formación previo al desarrollo del programa en cada localidad tuvo lugar en Madrid el 11 y 12 de Noviembre. Fue aplicado por dos miembros de nuestro equipo de investigación y a él asistieron 17 personas de diferentes federaciones y un técnico de formación de CEAPA. Esta persona sería la responsable de coordinar la intervención desde Madrid. Las 17 personas que participaron pertenecían a distintas federaciones. En concreto, dos procedían de las federaciones de Cantabria, Madrid, Huelva, Málaga y Valencia; cuatro de la FAPA de Alicante, y una persona de cada una de las FAPAs de Las Palmas de Gran Canaria, Aragón y Extremadura.

Durante las 16 horas de duración del curso se presentó, en primer lugar, el proyecto *Construyendo Salud* y se hizo un resumen de su historia. En esta presentación se puso especial énfasis en el componente familiar del proyecto. Posteriormente se presentaron los componentes de la intervención y se profundizó en su fundamentación teórica. Por último se dedicó algún tiempo a presentar el diseño de la investigación. Durante el curso se trabajó sobre distintos aspectos organizacionales como el procedimiento para presentar la actividad a los padres y madres; la metodología a seguir en el proceso de evaluación del programa (planificación del pase de cuestionarios a los hijos/as y el envío y recogida de los cuestionarios de padres y madres); y la

programación del desarrollo del programa (la periodicidad y duración de las sesiones; el tamaño de los grupos a los que se aplicará el programa; los materiales didácticos a utilizar, etc.). El objetivo general de este trabajo era fomentar la implicación de los participantes en el proyecto y llegar a acuerdos sobre la forma de realizar estas tareas. Estos aspectos más formales se abordaron en pequeños grupos que trabajaron de forma independiente los temas. En una segunda fase se realizó una puesta en común de lo tratado y se establecieron unas directrices generales para todos.

3.1.2. Segunda fase: Presentación del programa y evaluación inicial

El primer paso del trabajo consistió en el contacto con los padres y madres para informarles del estudio que se iba a realizar y pedir su colaboración. Para ello se les hicieron llegar desde las APAs cartas a todos los padres de alumnos de 1º y 2. En esta carta además de ofertarles la participación en el curso se les pedía su colaboración en la respuesta a los cuestionarios. El modelo de carta utilizado se presenta en el cuadro siguiente:

MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

Estimados padres y madres:

Un año mas desde la APA queremos continuar promoviendo acciones de formación que nos ayuden en nuestra labor como madres y padres.

La CEAPA con la colaboración de la Universidad de Santiago y a través de las distintas federaciones va a poner en marcha, a nivel nacional, un proyecto de formación para madres y padres en habilidades comunicación y en resolución de conflictos.

Debido al interés demostrado por nuestra APA y al apoyo encontrado en el equipo directivo, nuestro centro ha sido escogido para la realización de este programa.

Los objetivos del proyecto son aportarnos formación sobre los principales problemas que se producen en nuestros hijos e hijas en el período de la adolescencia y, mas en concreto, ayudarnos a estudiar alternativas para que se asuman las normas en casa, como hacerlas cumplir y de la manera mas adecuada para resolver los diferentes conflictos que cotidianamente se producen con nuestros hijos e hijas.

Para impartir este curso tenemos la suerte de contar con un material específico elaborado por la Universidad de Santiago.

Si estáis interesados y para explicaros los contenidos de este programa os convocamos el (FECHA) en (LUGAR).

Paralelamente a la aplicación del programa de habilidades parentales (que constara de 5 sesiones) os van a pasar unos cuestionarios que debéis rellenar para poder evaluar el proyecto y así poder mejorarlo para futuras ocasiones. Os rogamos que los rellenéis detenidamente y los hagáis llegar a los centros.

Agradeciendo vuestra atención y esperando contar con vosotros se despide atentamente,

Presidente del APA

Una vez enviada esta carta se paso por los centros y se llevó a cabo el pase de los cuestionarios a todos los alumnos de 1º y 2º de ESO de los centros en los que se iba a llevar a cabo la intervención. Los cuestionarios fueron pasados dentro del horario escolar y se procuró evitar la presencia de los profesores. Tras una breve presentación de los cuestionarios se enfatizó el carácter confidencial de los datos y la importancia de que los respondiesen sinceramente. Para resaltar la confidencialidad de los datos, el único procedimiento de identificación utilizado consistió en pedirles a los alumnos que

elaborasen una clave personal a partir de su día de su nacimiento, la inicial de su segundo apellido y el orden que ocupaba entre sus hermanos.

Junto al pase de cuestionarios se les entregó a los alumnos los cuestionarios para su padre y su madre y un sobre. Se les dijo que después de que los rellenasen sus padres debían entregarlos en el centro dentro del sobre cerrado. Con esto se quería reforzar el carácter confidencial de los cuestionarios y la libertad de los padres y madres para contestar. Al entregarlos en sobres cerrados podían devolverlos cubiertos o en blanco y no debían temer a que la información fuese utilizada de forma indebida. Por otra parte, para garantizar el anonimato de sus respuestas, los cuestionarios eran identificados a través de la clave personal de sus hijos.

Al cabo de unos días, los responsables de la realización del programa en cada localidad pasaron por los centros para recoger los cuestionarios de los padres y madres. Estos cuestionarios fueron remitidos a la Universidad de Santiago de Compostela junto con los de sus hijos para proceder a su codificación y análisis.

3.1.3. Tercera fase: Aplicación del programa

El siguiente paso del proceso se correspondió con la aplicación del programa en cada uno de los centros. La única limitación que se estableció para su aplicación era que, como mínimo, debía llevarse a cabo una sesión por semana. Pero se dejó libertad a cada una de las personas encargadas de llevarlo a cabo para que, si lo creían conveniente, lo realizasen de forma más intensiva. Los plazos establecidos para la realización del programa iban del 8 de enero hasta el 18 de febrero.

De los 17 centros en los que iba realizar el programa, en todos se llevó a cabo la experiencia con mayor o menor éxito salvo en el C.P. Alcudia (Alicante). Incluso hubo alguna localidad en la que se desarrolló en un centro más de los que estaban inicialmente programados.

3.1.4. Cuarta fase: Evaluación del programa

En el curso de formación se acordó también las condiciones en las que se realizaría la evaluación del programa. La evaluación se dividió en dos fases. La primera se centraría en la evaluación del proceso y se llevaría a cabo tras finalizar la aplicación del programa. Para su realización, entre otros procedimientos, se estableció una reunión

final para el día 10 de marzo en la que se analizarían todas las incidencias relacionadas con la aplicación del programa.

La segunda fase de la evaluación consistiría en la evaluación de los resultados. El objetivo propuesto para esta evaluación era conocer el grado en que el programa había logrado incidir sobre las variables familiares tratadas y el impacto de esos cambios sobre el consumo y las conductas problema en los adolescentes. Teniendo en cuenta que los efectos preventivos no aparecen inmediatamente, sino que necesitan de un tiempo para que se puedan manifestar, se considero necesario dejar transcurrir un tiempo entre la finalización del programa y la evaluación de sus resultados. Por ello se fijó un plazo de seis meses desde la finalización del programa (en los meses de Septiembre y Octubre) para volver a pasar los cuestionarios y comprobar los efectos de la intervención.

3.2. Variables analizadas

Las variables que se incluyen en la evaluación realizada sobre el programa se han seleccionado de acuerdo con los objetivos de la intervención mencionados anteriormente y harían referencia tanto a los factores de riesgo y protección familiares como al consumo de drogas de los adolescentes y a la realización de actos antisociales.

Para dar cuenta del primer objetivo del programa se evaluaron los diversos aspectos de la relación familiar de interés en la predicción de la conducta desviada en los/as hijos/as. Así pues, en los instrumentos de medida utilizados en el proceso de evaluación se incluyeron variables que hacen referencia a:

1. El grado de conflicto familiar,
2. La calidad de la comunicación entre el padre, la madre y el/la hijo/a,
3. El tipo de estilo educativo parental,
4. Las actitudes del padre y la madre hacia las drogas
5. La existencia de normas familiares sobre el consumo y
6. El consumo de drogas de padres y madres.

En la evaluación de todas estas variables se ha contado con la información aportada por el padre, la madre y el/la adolescente.

Además fueron evaluadas las variables que hacen referencia a los comportamientos adolescentes relacionados con el consumo de sustancias y la realización de conductas antisociales. Entre las variables de consumo se han incluido las siguientes:

1. La frecuencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis,
2. La intención de consumirlas
3. La cantidad de consumo de tabaco y alcohol,
4. Las actitudes de los/as adolescentes hacia el consumo de drogas.
5. La frecuencia de realización de actos antinormativos propios de la adolescencia.

3.2.1. Relaciones familiares

Para la evaluación del programa aplicado, en primer lugar, hemos tenido en cuenta que las medidas empleadas se centrasen en evaluar con la mayor precisión posible aquellos aspectos sobre los que se centraba la intervención desarrollada. Así por ejemplo hemos incluido en nuestro instrumento de evaluación preguntas referidas a las variables familiares relacionadas con el conflicto y la comunicación familiar, el estilo educativo parental, las normas familiares de consumo de drogas. También hemos tenido cuidado de especificar un periodo temporal determinado en las preguntas. De esta forma las preguntas se han referido al periodo del último mes. Por otra parte, hemos procurado adecuar la redacción de las preguntas según fuesen dirigidas a padres y madres o a sus hijos e hijas. Finalmente hemos procurado simplificar y reducir las escalas utilizadas, para facilitar así su aplicación y comprensión por parte de padres, madres e hijos/as. Creemos que esto ha servido para incrementar el número de personas que han respondido a los mismos.

Ante la imposibilidad de aplicar cuestionarios estandarizados en su integridad, lo cual haría la evaluación excesivamente larga y compleja, hemos optado por aplicar versiones reducidas de escalas como la *de Clima Familiar* de Moos y Moos ; el *Cuestionario de Conducta Conflictiva* de Printz o la *Escala de Relación* de Gorman-Smith.

Veamos cuál ha sido resultado final de este proceso de elaboración del cuestionario analizando con detenimiento los instrumentos utilizados para medir las variables familiares de importancia en este trabajo:

3.2.1.1 Clima familiar

Las preguntas que miden las relaciones afectivas que se establecen en el hogar entre el padre, la madre y el hijo conforman una escala de 11 ítems que, a su vez, está compuesta por dos subescalas. En ellas se miden de forma separada las variables de conflicto y comunicación familiar.

La subescala de conflicto consta de 6 ítems que deben ser respondidos por el padre, la madre y el/la adolescente en cuestionarios diferentes. Para responder a estos ítems se proporciona una escala con cinco alternativas de respuesta que hacen referencia a la frecuencia con la que esos actos han ocurrido en el último mes (nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces, siempre). Las respuestas son codificadas de 0 (nunca) a 4 (siempre) con lo que se puede lograr una puntuación máxima de 24. Los ítems incluidos en la versión para padres y madres de esta escala serían:

- *Mi hijo/a y yo nos enfadamos el uno con el otro por lo menos una vez a la semana*
- *Me resulta difícil ponerme de acuerdo con mi hijo/a*
- *Cuando me surge algún problema con mi hijo/a solemos llegar a un acuerdo.*
- *Mi hijo/a y yo tenemos grandes discusiones por pequeñas cosas.*
- *Tengo que gritar para que mi hijo/a haga lo que le pido.*

La subescala de comunicación consta de 5 ítems con alternativas de respuesta similares a las anteriores. En esta escala la puntuación máxima que se puede obtener es de 20. A continuación presentamos las preguntas incluidas en la versión para hijos/as.

- *(Mi padre/madre) se preocupa por tener algún tiempo para hablar conmigo todos los días*
- *Tenemos conversaciones agradables a diario*
- *Me gusta hablar con mi madre/padre*
- *(Mi padre/madre) me escucha cuando necesito hablar de algo*
- *Entiende mi punto de vista incluso cuando no está de acuerdo conmigo*

3.2.1.2 Estilos educativos

Esta escala está compuesta por un total de 12 ítems que deben responder de forma separada los padres, madres e hijos/as. Con ellos se obtienen puntuaciones sobre tres estilos educativos: permisivo, autoritario y cooperativo. Las preguntas son respondidas en una escala con 5 alternativas (nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre) que son puntuadas de 0 a 4.

El estilo educativo permisivo es evaluado por un total de tres ítems , pudiéndose obtener una puntuación máxima de 12. Las preguntas de esta subescala para los padres y madres serían los siguientes:

- *Cuando mi hijo/a no hace lo que le pido, prefiero hacerlo por mí mismo/a que insistirle*
- *Suelo amenazar a mi hijo/a con castigos que después no cumplo*
- *Cuando ni hijo/a y yo no estamos de acuerdo dejo que haga lo que él/ella quiera*

Los ítems de estilo permisivo para hijos/as son equivalentes y deben responderlos de forma separada en relación a su padre y a su madre. Las respuestas reflejan la percepción que el/la adolescente tiene de los comportamientos de su padre y su madre a este respecto.

El estilo autoritario también es medido por tres ítems, pudiéndose lograr una puntuación máxima de 12. Las preguntas utilizadas en el caso de padres y madres serían:

- *No permito que mi hijo/a cuestione lo que le mando*
- *Cuando surge un problema con mi hijo/a se hace lo que yo digo*
- *En casa soy yo quien pone las normas que mi hijo/a debe obedecer*

Por último el estilo cooperativo se evalúa a través de seis ítems, siendo la puntuación máxima de esta subescala de 24. La versión de padres y madres incluyen las siguientes preguntas:

- *En mi casa existen unas normas mínimas que hay que cumplir.*
- *En mi casa todos participamos a la hora de establecer las normas familiares.*
- *En mi casa todos saben cuáles son las consecuencias de no asumir sus responsabilidades.*
- *Si tengo un conflicto con mi hijo/a intento solucionarlo juntamente con él/ ella.*
- *Me mantengo firme en el castigo que debe cumplir mi hijo cuando se salta una norma familiar.*
- *Me preocupo por saber qué hace mi hijo/a cuando está fuera de casa.*

3.2.1.3 Normas familiares de consumo

Para evaluar la existencia dentro del hogar de normas familiares referidas al uso de tabaco y alcohol se han incluido en los cuestionarios cuatro ítems que hacen referencia a conductas concretas sobre este tema. Para estas preguntas se proporciona 5 alternativas de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo (son puntuadas de 0 a 4). La puntuación máxima en esta escala es de 16. Como en los casos anteriores, estas preguntas deben ser respondidas de forma independiente por padres, madres e hijos/as. Las preguntas concretas incluidas en esta escala son las siguientes:

- *Le he dicho a mi hijo/a que no fume o beba alcohol cuando sale.*
- *Mi hijo/a sabe lo que yo opino sobre que él/ella consuma tabaco y alcohol.*
- *En mi casa existen normas claras acerca del tabaco.*
- *En casa hemos hablado sobre lo que hay hacer cuando te ofrecen bebidas alcohólicas.*

3.2.2. Otras variables relevantes

Las escalas comentadas hasta el momento hacen referencia a distintos aspectos de la interacción entre padres y madres con sus hijos/as. Pero también se han evaluado en este trabajo otros aspectos importantes. En el siguiente apartado veremos, en primer lugar, las escalas empleadas para evaluar las actitudes de padres y madres acerca de las drogas y su consumo. En segundo lugar, presentaremos los instrumentos utilizados para evaluar el consumo de drogas, la implicación en conductas problemáticas de los adolescentes y algunas variables relacionadas con esas conductas.

3.2.2.1 Actitudes parentales hacia las drogas

Las actitudes parentales juegan teóricamente un papel de gran relevancia en la prevención del consumo de drogas en los hijos/as. Por ello hemos incorporado esta variable al cuestionario dirigido a los padres y las madres. Para su medición se utilizaron un total de seis ítems con cinco alternativas de respuesta que iban desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. La puntuación máxima de esta escala es de 24.

Los enunciados incluidos en ella serían los siguientes:

- *El tabaco es una droga tan peligrosa como cualquier otra.*
- *A mi hijo/a le dejo probar bebidas con alcohol en fechas especiales.*
- *Me parece normal que los adolescentes beban una copa cuando salen.*
- *Apruebo que mi hijo/a fume un pitillo de vez en cuando.*
- *Me sentiría mal si viera a mi hijo/a bebiendo una cerveza.*
- *Me preocupa que mi hijo/a pruebe el alcohol o el tabaco cuando sale con sus amigos.*

Con estas preguntas también se incluían dos referidas a la disposición de padres y madres a participar en iniciativas preventivas sobre el consumo de drogas en los adolescentes. Estos ítems serían:

- *Es necesario desarrollar actividades dirigidas a padres y madres para prevenir el consumo de drogas*
- *En caso de que tales actividades se realizasen en mi localidad estaría dispuesto a participar en ellas*

3.2.2.2 Consumo parental de drogas

El interés por analizar las características del consumo de drogas por parte del padre y de la madre se deriva de la importancia de esta variable como factor de riesgo familiar para el consumo de drogas en los adolescentes.

Para evaluar esta variable se han incluido en los cuestionarios siete ítems con los que se pretende conocer el nivel de uso por parte del padre y de la madre de distintas sustancias legales e ilegales (tabaco, vino, cerveza, licores, tranquilizantes sin receta médica, cannabis u otras drogas) y sus pautas de consumo dentro y fuera del hogar de las dos sustancias de mayor relevancia para los objetivos de nuestro programa, el tabaco y el alcohol. Estas preguntas debían ser contestadas en una escala con 7 alternativas de respuestas (nunca, lo ha probado, menos de una vez al mes, una vez a la semana, varias veces a la semana, todos los días). Las respuestas se transformaron en una escala que iba desde 0 (nunca) a 6 (todos los días).

3.2.2.3 Consumo de drogas de los/as adolescentes

El instrumento utilizado para evaluar los efectos del programa sobre el consumo de drogas de los adolescentes se deriva del *Cuestionario de Consumo de Drogas (CCD)* elaborado por nuestro equipo de investigación y utilizado en estudios previos (Luengo y cols., 1995; 1999). Para este estudio seleccionamos 12 preguntas referidas a la

frecuencia y cantidad de consumo de tabaco y alcohol; la frecuencia de consumo de cannabis. Entre estas preguntas también se incluían preguntas referidas al consumo de tabaco y alcohol por parte de padres, madres, hermanos y también amigos/as. Junto a estas preguntas también se incluyen algunas referidas a aspectos escolares (satisfacción escolar, rendimiento, absentismo).

3.2.2.4 Actitudes hacia las drogas

La evaluación de las actitudes de los adolescentes hacia las drogas parte del cuestionario sobre actitudes propuesto por Escámez (1990). La versión de este cuestionario coincide con la utilizada en un trabajo previo (véase Luengo y cols., 1999) y consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de tres puntos (“De acuerdo”, “en desacuerdo”, “indiferente”). Ejemplos de estos ítems serían:

- *Creo que consumir algún tipo de bebidas alcohólicas me ayudaría a relacionarme con mis amigos/as*
- *Fumar tabaco me ayudaría a centrarme en los estudios y sentirme mejor*
- *Todas las drogas son igualmente peligrosas y podrían dañar mi salud*

3.2.2.5 Intención de consumo

Para medir la intención de consumo de los adolescentes con respecto al tabaco, el alcohol y el cannabis se ha utilizado una escala de nueve ítems resultante de los análisis realizados con anterioridad sobre un cuestionario elaborado por Maciá (1995) para medir actitudes. De ellos se extrajeron los ítems utilizados en el presente trabajo: 2 ítems para medir la intención de consumir tabaco, 3 para medir la intención de consumir alcohol y 3 para medir la intención de consumir cannabis.

Además de estos ítems de intención de consumo se han recogido otros dos indicadores de una de las variables más cercanas tanto al consumo como a la realización de actividades antisociales por los/as adolescentes, la *susceptibilidad a la persuasión*. Para evaluar la capacidad de los /as adolescentes para resistir la presión de los iguales se les propusieron dos ítems a los que debían responder en una escala de tres puntos (de acuerdo, en desacuerdo, indiferente). Los siguientes enunciados empleados fueron:

- *Consumiría drogas si mis amigos/as me animasen a ello*
- *Rechazaría las drogas si me las ofrecieran*

3.2.2.6 Conducta antisocial de los/as adolescentes

Para evaluar la conducta antisocial se ha utilizado una versión del *Cuestionario de Conducta Antisocial* (CCA). Este instrumento ha sido desarrollado por nuestro equipo y lo hemos utilizado ampliamente en anteriores investigaciones. La versión empleada con adolescentes escolarizados consta de 24 ítems y cuatro alternativas de respuestas (“nunca”, “menos de cinco veces”, “menos de diez veces” y “más de diez veces”). Las respuestas fueron puntuadas en una escala que iba de 0 (nunca) a 3 (más de diez veces).

Las preguntas se refieren al periodo del último año e incluirían preguntas sobre cuatro tipos de conductas antisociales. La escala de agresión está compuesta por 5 ítems, pudiendo ser la puntuación máxima en esta escala de 15. Entre las conductas que se incluyen en esta dimensión se encontrarían algunas como:

- *Pelearse con otra persona*
- *Amenazar o asustar a alguien para conseguir algo*

La escala de robo está compuesta por 6 conductas, pudiendo lograrse una puntuación máxima de 18. Algunos ejemplos de las conductas por las que se pregunta serían:

- *Coger cosas de los bolsillos de la ropa que se deja en los percheros*
- *Robar cosas de grandes almacenes, supermercados, etc. cuando están abiertos*

En cuanto a la escala de conducta contra normas se compone por cuatro ítems, siendo la puntuación máxima en esta subescala de 12. Entre las conductas incluidas en esta dimensión se encontrarían:

- *Ser expulsado/a del colegio*
- *Escaparse y dormir fuera de casa sin permiso*

Por último, la dimensión de vandalismo se compone por 5 preguntas (puntuación máxima de 15) entre las que se encuentran:

- *Destrozar las instalaciones del colegio*
- *Romper el teléfono de las cabinas*

3.3. Descripción de la muestra

De las 17 localidades en las que se llevó a cabo el programa, recibimos los cuestionarios de 14. En esos centros se evaluó a un total de mil ochocientos setenta y tres adolescentes de 1º y 2º de ESO. El 44,2 % fueron alumnos de 1º y el 55,8 % restante de 2º. La media de edad de esta muestra fue de 12,91 años (un rango entre 11 y 15), siendo el 52,8 % varones y el 47,2 % mujeres.

En el 43.56% de los casos se obtuvieron, además de los cuestionarios de los hijos, el de sus madres y en el 33.41% de los casos el de sus padres.

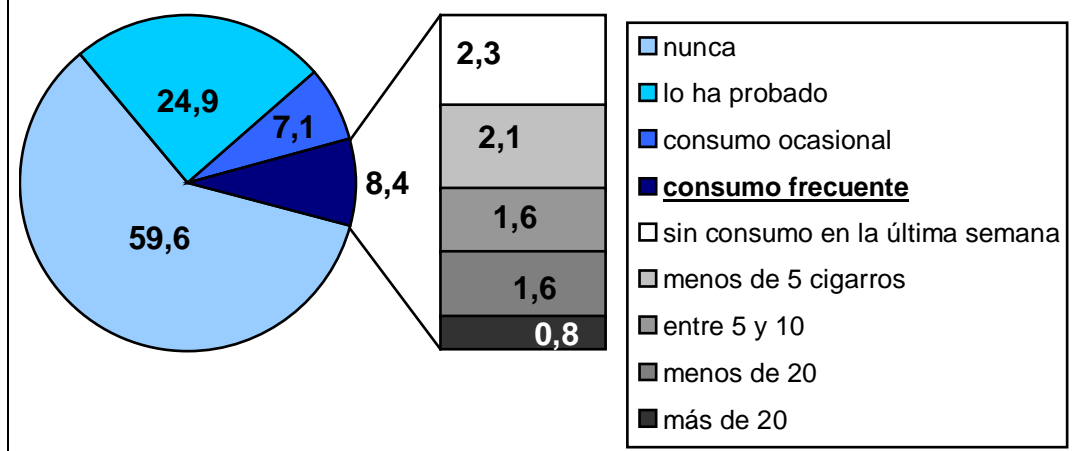
3.3.1. Características de los estudiantes

3.3.1.1 Consumo de drogas

En la gráfica 1 representamos los porcentajes de consumo de tabaco de los adolescentes evaluados. Como se puede observar la mayoría de los estudiantes no habían probado el tabaco en su vida (59,6 %). Del porcentaje restante un 24,9 % afirmaron haber fumado alguna vez; otro 7,1 % reconocían hacerlo de forma ocasional (menos de 2 ó 3 veces al mes) y el 8,4 % presentaban un consumo frecuente. Dentro de este grupo, cuando les preguntamos por la cantidad de cigarrillos consumidos la última semana, el 2,3 % afirmaron que no habían fumado ninguno; otro 2,3 % dijeron haber fumado menos de 5 cigarrillos; otro 1,6 % afirmaron haber fumado entre 5 y 10 y un porcentaje similar fumaron entre 10 y 20. Tan solo un 0,8 % (12 casos) manifestaron haber fumado más de 20.

Preguntados por el consumo en el último día sólo 75 casos (el 5,3 % de la muestra total) afirmaron haber fumado algún cigarrillo.

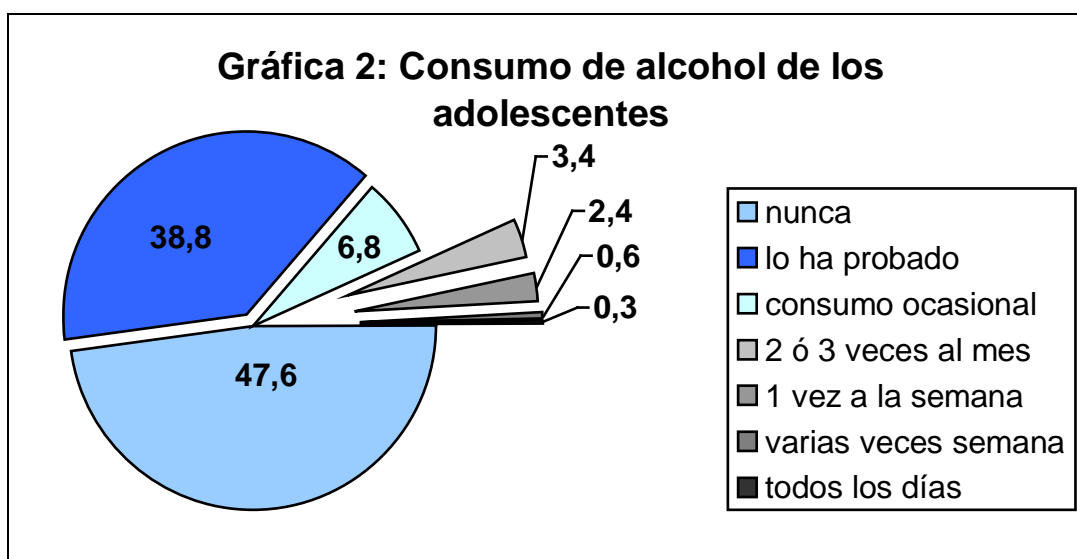
Gráfica 1: Consumo de tabaco de los estudiantes



En cuanto al consumo de alcohol (gráfica 2), el 47,6 % afirmaron no haberlo probado en su vida, un 38,8 % lo habían probado alguna vez y un 6,8 % presentaban una frecuencia de consumo ocasional (menos de 1 vez al mes). De los que afirmaban mantener un uso frecuente, el 3,4 % decían beber 2 ó 3 veces al mes, un 2,4 % afirmaban hacerlo al menos una vez al mes y 14 casos afirmaban que consumían alcohol varias veces a la semana (0,6 %) o todos los días (0,3%).

Con respecto al consumo de alcohol, otro dato interesante es que el 12,8 % de la muestra total afirma tomar dos o más consumiciones cuando bebe y un 10,9% de la muestra se ha emborrachado alguna vez.

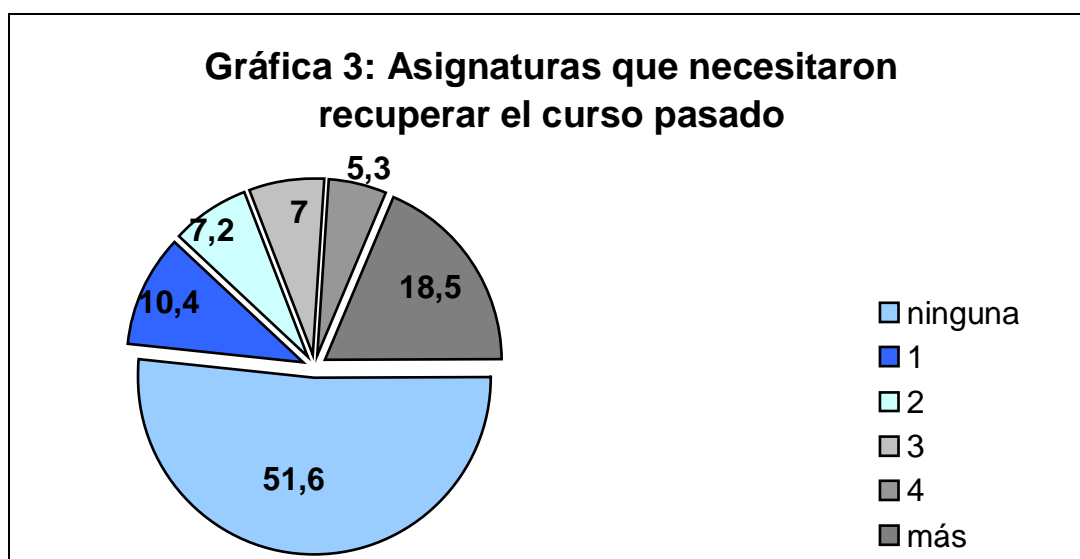
Gráfica 2: Consumo de alcohol de los adolescentes

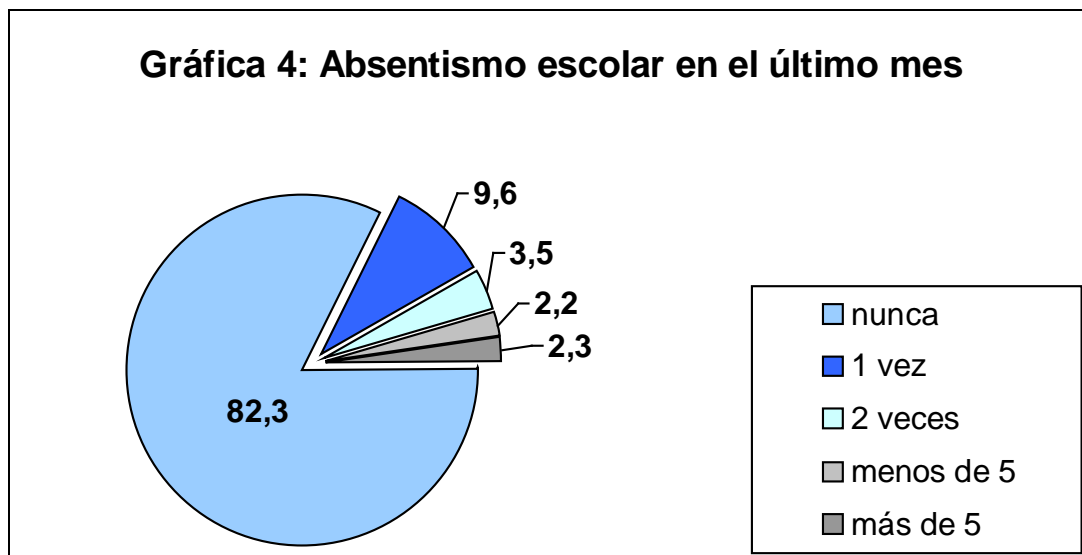


En cuanto al consumo de otras drogas, hay un 6,5 % de estudiantes que afirmaban haber probado el cannabis y un 4,1 % que decían haber probado otras drogas.

3.3.1.2 Otras conductas problemáticas

Otros indicativos de problemas en los adolescentes considerados en este estudio hacen referencia al bajo rendimiento escolar, el absentismo escolar y la involucración en actos antisociales como conductas de agresión, robo, conducta contra normas y vandalismo. Para evaluar la primera variable preguntamos a los alumnos por las asignaturas que necesitaron recuperar en el último año (gráfica 3). Un total de 48,4 % de los alumnos y alumnas necesitaron recuperar alguna asignatura, habiendo un 18,5 % que dijeron necesitar recuperar más de cuatro. En cuanto al absentismo escolar, preguntamos a los alumnos por el número de veces que faltaron a clase durante el último mes sin causa justificada (gráfica 4). A esta cuestión el 9,6 % afirmaron haberlo hecho una vez; un 3,5% dos, un 2,2 % menos de 5 veces y un 2,3% 5 o más.





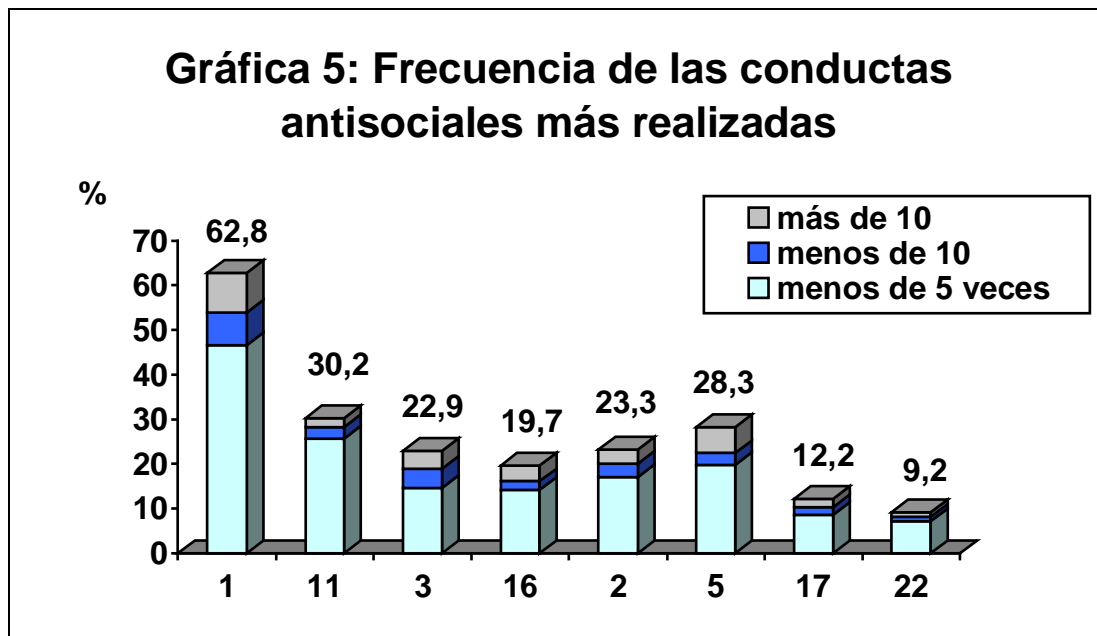
En cuanto a las conductas antisociales, como se puede comprobar en la tabla 1, este tipo de conductas son muy infrecuentes en la muestra evaluada (téngase una puntuación de 1 en las distintas escalas equivale a haber realizado alguna vez en el último año alguna de las conductas por las que se les pregunta). De los cuatro tipos de conductas que se analizan en el Cuestionario de Conductas Antisociales (CCA), los sujetos obtienen las medias más altas en las conductas agresivas, siendo seguidos por conductas de vandalismo, conductas contra normas y robo.

Tabla 2: mínimo, máximo, media y desviaciones típicas de las escalas del CCA.

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>
<i>Agresión</i>	,00	15,00	1,7173	1,9957
<i>vandalismo</i>	,00	15,00	,9504	1,8346
<i>conducta contra normas</i>	,00	12,00	,8725	1,4159
<i>robo</i>	,00	18,00	,5398	1,5697

En la gráfica 5 representamos la frecuencia de las conductas más realizadas (los números en paréntesis hacen referencia al número en la gráfica). Dentro de este tipo de conductas, los actos agresivos realizados con más frecuencia por los estudiantes durante el último año fueron los de “Pelearse con otra persona” (1) e “Iniciar una pelea” (11) que son también las conductas de todo el cuestionario que con más frecuencia realizan. Dentro de las conductas de vandalismo los actos más mencionados fueron los de “Andar en pandilla armando jaleo” (3) y “Romper los cristales de casas vacías” (16). Para la conductas contra normas las dos conductas más habituales hacían referencia a “Andar con gente que se mete en problemas” (5) y “Convencer a otro para hacer algo

prohibido” (2). Por último, dentro de las conductas de robo, fueron las conductas de “Robar cosas en grandes almacenes, supermercados, etc. estando abiertos” (17) y “Coger algo de un pupitre o casillero sin permiso con la intención de robarlo” (22) las más realizadas.



3.3.2. Estructura familiar y características de los padres y madres

Entre las familias evaluadas en la mayoría se encontraban presentes las dos figuras paternas, habiendo un 12,96 % de casos de familias monoparentales. La mayoría de estos casos eran familias en las que estaba ausente la figura paterna (un 11,17 % del total). Otras características que presentaban las familias evaluadas en este estudio eran que el 84,7 % de ellas tenían mas de un hijo. En concreto, el 50,3 % tenían 2, el 19,1 % 3 y el 15,3 % más de 3. Además, en un 13,5 % de los casos otras figuras familiares tales como abuelos o tíos convivían en el mismo domicilio.

El rango de edad de los padres iba desde los 29 a los 67 años, siendo su media de edad de 43.7 años (una desviación típica de 5.7). Por lo que respecta a las madres, el rango de edad incluía desde los 28 hasta los 53 años, presentando una media de 40,53 años con una desviación típica de 5,29. En la tabla 3 presentamos el número de padres y madres que contestan a los cuestionarios en cada uno de los centros, así como otros descriptivos referidos a su edad (media, desviación típica, valor mínimo y valor máximo).

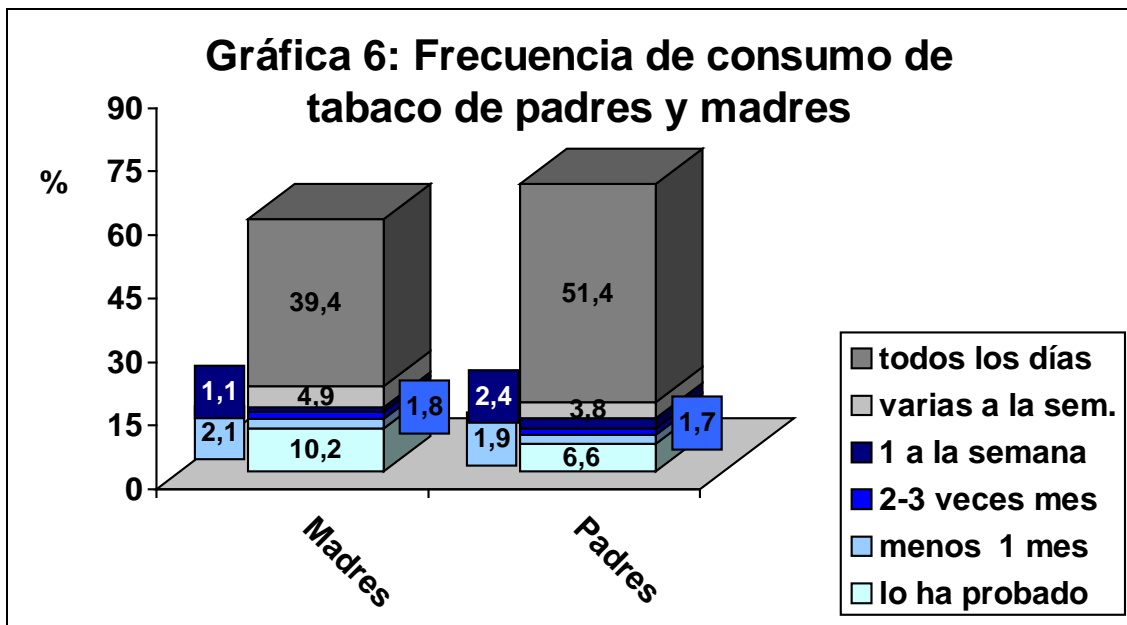
Tabla 3: Edad media de los padres y madres que contestan a los cuestionarios en cada centro

Centro		N	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
C.P. El Pozón (Cáceres)	Madres	65	39,69	4,75	29	52
	Padres	56	41,58	5,02	32	57
C.C. ABC (Valencia)	Madres	31	39,35	4,47	30	49
	Padres	17	42	3,53	35	49
C.P. Jaime Balmes (Valencia)	Madres	18	42,94	4,12	36	55
	Padres	15	44,26	5,24	35	52
C.P. Alcudia (Alicante)	Madres	19	41,68	5,67	34	54
	Padres	15	45,06	7,33	35	60
I.E.S. nº 14 (Alicante)	Madres	62	39,35	6,40	30	56
	Padres	49	43,38	6,62	31	60
IES Paré Arqués	Madres	83	39,84	5,69	28	54
	Padres	78	43,12	5,81	29	56
C.P. Peré M ^a Orts (Alicante)	Madres	81	41,08	5,25	28	54
	Padres	60	43,71	6,18	32	67
C.P. Las Cañadas (Málaga)	Madres	44	39,02	5,32	28	55
	Padres	11	41,45	7,89	30	56
I.E.S. Salvador Rueda (Málaga)	Madres	38	42,42	5,79	33	54
	Padres	30	47,43	6,68	36	59
C.P. Rosa Luxemburgo	Madres	25	42,92	2,41	38	49
	Padres	21	45,19	3,61	40	55
C.P. Daodiz y Velarde	Madres	16	37,62	4,20	31	45
	Padres	12	41,08	4,01	35	49
C.P. Lorenzo Luzuriaga	Madres	56	42,62	3,97	31	50
	Padres	54	45,31	5,74	30	61
IES Pérez Galdós	Madres	40	40	7,54	30	76
	Padres	16	46,12	7,24	33	58
IES Siglo XXI	Madres	90	40,57	6,35	29	64
	Padres	76	43,57	6,59	30	67

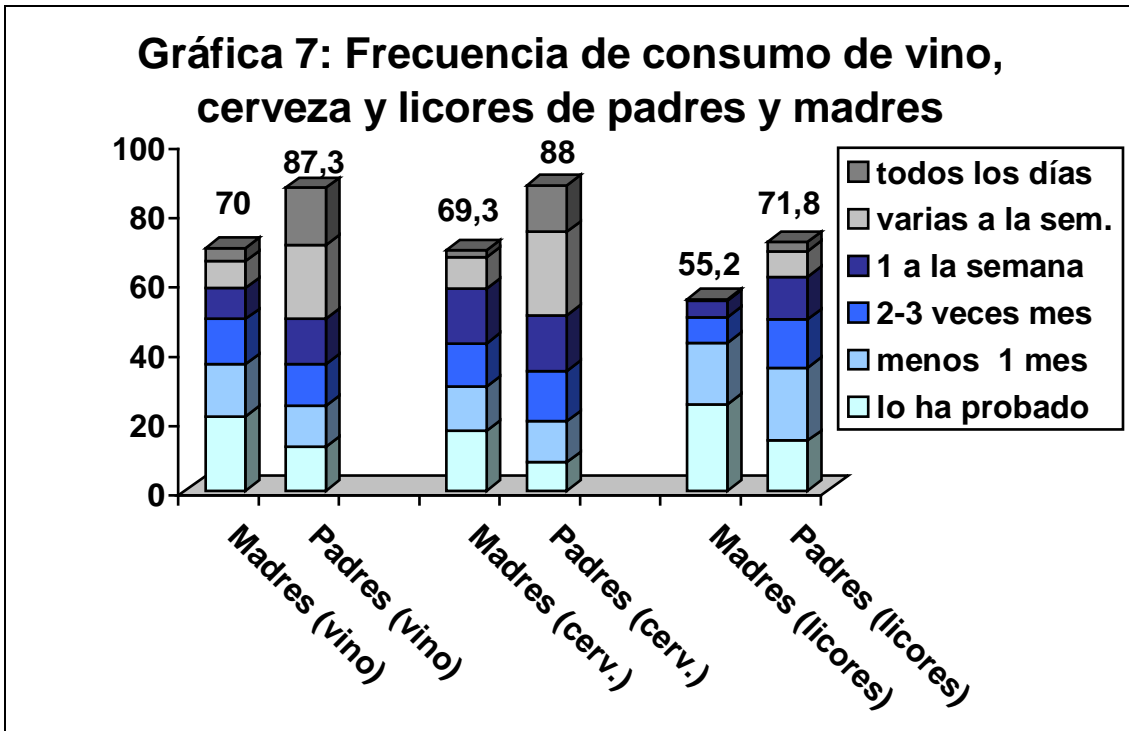
Cuando comparamos a los padres y madres en las distintas variables analizadas en este estudio encontramos diferencias importantes entre ellos. Por lo que hace referencia a las drogas, las madres presentan unas actitudes medias más negativas hacia esas sustancias. En concreto las madres obtienen una puntuación media de 20,03 mientras que los padres logran una media de 19,47 ($t = 4,94$, $p > 0,001$). También aparecen diferencias importantes en cuanto al consumo de las distintas sustancias evaluadas.

Con respecto al consumo de tabaco (gráfica 6) son los padres los que presentan una mayor frecuencia de consumo, habiendo un 51,4 % de casos que fuman tabaco todos los días, mientras que este porcentaje se reduce a un 39,4 % en las madres.

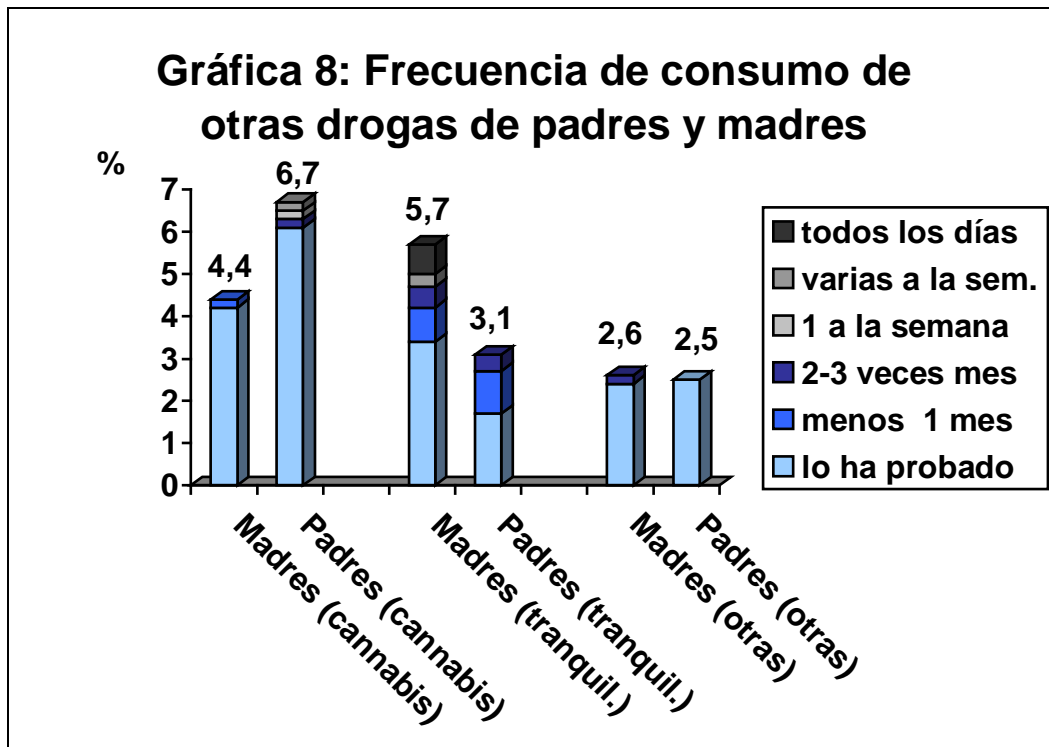
Comparando la frecuencia media de consumo observamos cómo los padres presentan una media de consumo de 3,54 en comparación con una frecuencia de consumo de 2,61 en las madres ($t = 4,94$, $p > 0,001$). Recuérdese que el rango de puntuaciones para el consumo podía oscilar entre 0 (nunca) y 6 (todos los días).



Por lo que respecta al consumo de alcohol, en la gráfica 7 presentamos la frecuencia de consumo de vino, cerveza y licores para padres y madres. En las tres bebidas son los padres los que presentan mayores consumos. Para el vino la frecuencia media de consumo de los padres fue de 3,38, mientras que para las madres sólo llegó a 1,92 ($t = 13,8$, $p > 0,001$). En el caso de la cerveza, la media alcanzada por los padres ascendió a 3,42 y para las madres a 2,05 ($t = 12,1$, $p > 0,001$). Por último, para los licores, los padres obtuvieron una frecuencia media de 2,02, siendo la de las madres de 0,98 ($t = 11,49$, $p > 0,001$).



El consumo de otras sustancias, como se puede ver en la gráfica 8, ya es mucho más infrecuente. Sin embargo, siguen produciéndose ciertas diferencias entre los padres y madres. Así se da una frecuencia de consumo de cannabis mayor en los padres que en las madres. La frecuencia media de consumo paterno es de 2,02, mientras que la media de las madres es de 0,98 ($t = 2,27, p > 0,03$). Por su parte, cuando consideramos el consumo de tranquilizantes, la tendencia es inversa a lo que ocurre con las sustancias comentadas hasta el momento, son las madres las que presentan frecuencias de consumo mayores que los padres. En concreto se producen unas frecuencias medias de consumo de 0,12 y 0,07 respectivamente ($t = 2,19, p > 0,03$). Con respecto al consumo de otras sustancias no existen diferencias significativas entre el consumo de padres y madres.



Las diferencias encontradas entre padres y madres no se limitan a las actitudes sobre las drogas y a la frecuencia de su consumo. También encontramos diferencias significativas en cuanto a la percepción que unos y otros tienen de las relaciones que mantienen con sus hijos. En la tabla 4 presentamos las medias, desviaciones típicas y las pruebas t obtenidas al comparar las medias de padres y madres en estas variables. Como se puede comprobar, para todas las variables analizadas (comunicación, conflicto, estilo permisivo, autoritario y cooperativo y normas familiares) las madres presentan puntuaciones medias más elevadas que los padres. El hecho de que todas estas diferencias vayan en la misma dirección, nos hace sospechar que estas diferencias no se deban a diferencias reales en esas variables, sino que estén siendo el reflejo de una mayor preocupación de las madres por las relaciones familiares con sus hijos

Tabla 4: Comparación de padres y madres en la percepción de las relaciones familiares

		Madres	Padres	t	N.S
conflicto con el hijo/a	Media	8,39	7,52	4,43	,000
	Desv. típ.	4,44	4,18		
comunicación con el hijo/a	Media	15,99	14,06	10,87	,000
	Desv. típ.	3,10	3,49		
estilo permisivo	Media	4,57	4,16	3,04	,002
	Desv. típ.	2,55	2,38		
estilo autoritario	Media	6,37	5,84	4,19	,000
	Desv. típ.	2,07	2,27		

estilo cooperativo	<i>Media</i>	19,23	18,25	5,15	,000
	<i>Desv. típ.</i>	3,59	4,18		
normas familiares	<i>Media</i>	13,87	13,32	3,17	,002
	<i>Desv. típ.</i>	3,16	3,46		

3.3.3. Relaciones entre las Variables analizadas

En este apartado vamos a presentar las principales relaciones encontradas entre las variables familiares evaluadas por los padres, madres e hijos entre sí y con las conductas problemáticas que se pretenden prevenir.

Empezaremos por ver las relaciones que se producen entre las distintas variables tal y como son percibidas por los adolescentes. En la tabla 5 presentamos las correlaciones significativas que encontramos. Lo primero que podemos destacar son las altas relaciones que se producen entre la percepción que los hijos tienen de sus relaciones con sus madres y con sus padres. Los valores para estas correlaciones son, en todos los casos, positivas y oscilan entre el 0,911 que se produce entre la percepción del estilo cooperativo por parte del padre y la madre y el 0,596 que se encuentra entre la percepción de conflicto con la madre y el padre.

Otros aspectos relevantes de esta matriz de correlaciones son las relaciones negativas que se producen entre el conflicto y la comunicación con los padres y madres. Las familias en las que los hijos perciben una buena comunicación con sus padres y madres son vistas como menos conflictivas.

En cuanto a los estilos educativos, es de destacar la relación positiva que se produce entre el estilo permisivo y el conflicto familiar y la relación negativa de este estilo con la comunicación. En cuanto al estilo cooperativo se observa como se relaciona negativamente con el conflicto y con el estilo permisivo y positivamente con la comunicación, el estilo autoritario y las normas familiares claras sobre las drogas. De estas relaciones parece desprenderse que son las familias en las que predomina un estilo cooperativo las que presentan menores niveles de conflicto. Este estilo educativo parece caracterizarse por un alto grado de comunicación con los hijos, la existencia de normas familiares claras y un cierto grado de autoridad a la hora de hacerlas cumplir.

Por su parte, las familias en la que predomina un estilo educativo permisivo caracterizado por dejar que los hijos e hijas se salgan con la suya, son percibidas por los propios hijos como más conflictivas y con menores niveles de comunicación.

Tabla 5: Correlaciones entre la percepción de las variables familiares por parte de los hijos

	conflicto madre	conflicto padre	comunicación madre	comunicación padre	estilo permisivo madre	estilo permisivo padre	estilo autoritario madre	estilo autoritario padre	estilo cooperativo madre	estilo cooperativo padre
conflicto padre	,596***									
comunicación madre	-,575***	-,350***								
comunicación padre	-,398***	-,563***	,645***							
estilo permisivo madre	,184***	,103***	-,080**	-,117***						
estilo permisivo padre	,126***	,099***	-,057*		,667***					
estilo autoritario madre	,078**	,072*								
estilo autoritario padre	,064*			,079**			,859***			
estilo cooperativo madre	-,405***	-,272***	,492***	,397***	-,207***	-,132***	,221***	,208***		
estilo cooperativo padre	-,366***	-,314***	,441***	,503***	-,169***	-,104***	,216***	,251***	,911***	
normas familiares	-,218***	-,151***	,230***	,211***	-,077**		,186***	,177***	,388***	,388***
<p>*** La correlación es significativa al nivel 0,001. ** La correlación es significativa al nivel 0,01. * La correlación es significativa al nivel 0,05).</p>										

En la tabla 6 presentamos las correlaciones que se encuentran entre la percepción que los hijos tienen de las relaciones con sus padres y madres y la percepción que estos últimos tienen de las relaciones con sus hijos. Lo primero que habría que resaltar es que parece coincidir la forma de percibir esas relaciones por parte de los padres y los hijos. Así se encuentran relaciones positivas entre todas las puntuaciones obtenidas por los hijos sobre las distintas escalas y las obtenidas por las madres y los padres en esas mismas dimensiones.

En cuanto a las otras correlaciones significativas se observa como el conflicto percibido por el hijo en la relación con su madre se relaciona con una percepción por parte de ésta de un estilo permisivo y un estilo autoritario. La relación es negativa con la percepción de una buena comunicación y con el mantenimiento de un estilo cooperativo. Por lo que se refiere al conflicto con el padre, las relaciones son similares salvo que no se encuentra la relación con el estilo permisivo y se produce una correlación negativa con las normas familiares acerca de las drogas.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas por los hijos sobre la comunicación con los padres, se encuentra una relación negativa con el conflicto y el estilo autoritario informado por padres y madres, y con el estilo permisivo percibido por la madre. Por su parte, se producen correlaciones positivas con el mantenimiento de un estilo cooperativo y de unas normas familiares claras.

Por lo que se refiere a la percepción por parte de los hijos del estilo educativo de padres y madres, la percepción de un estilo permisivo aparece correlacionado positivamente con el conflicto percibido por padres y madres. También se producen correlaciones negativas con las puntuaciones maternas en la escala de estilo cooperativo. La percepción de un estilo autoritario sólo se relaciona positivamente con el conflicto materno. Por último, el estilo cooperativo presenta correlaciones negativas con el conflicto percibido por padres y madres y con el estilo permisivo. Las relaciones son positivas para la comunicación de padres y madres y las normas familiares sobre las drogas percibidas por la madre y por el padre.

Por último, las normas familiares aparecen relacionadas negativamente con el conflicto y de forma positiva con la comunicación.

Para resumir las relaciones encontradas podríamos decir que la comunicación por parte de padres y madres es esencial para que los hijos valoren su relación familiar

como menos conflictiva. También es el elemento más determinante de la percepción por parte de los hijos de un estilo educativo cooperativo. Por otra parte las madres permisivas o autoritarias y los padres autoritarios tienen hijos con mayores probabilidades de valorar sus relaciones como conflictivas. Por el contrario son las madres y padres con estilos cooperativos los que logran un mejor clima familiar.

Tabla 6: Correlaciones entre la percepción de las relaciones familiares por parte de los hijos y la percepción de padres y madres

	<i>conflicto</i>	<i>comunicación</i>	<i>estilo permisivo</i>	<i>estilo autoritario</i>	<i>estilo cooperativo</i>	<i>normas familiares drogas</i>
	<i>Percepción madres</i>					
<i>Conflicto</i>	,393***	-,338***	,147***	,089*	-,172***	
<i>Comunicación</i>	-,240***	,374***	-,119**	-,087*	,198***	,084*
<i>estilo permisivo</i>	,119**		,238***		-,153***	
<i>estilo autoritario</i>	,101*			,129**		
<i>estilo cooperativo</i>	-,146***	,220***	-,192***		,277***	,138**
<i>normas familiares drogas</i>	-,127**	,149***				,211***
	<i>Percepción padres</i>					
<i>Conflicto</i>	,354***	-,244***		,100*	-,099*	-,120*
<i>Comunicación</i>	-,252**	,342**		-,113*	,136**	,144**
<i>estilo permisivo</i>	,135**		,259***			
<i>estilo autoritario</i>				,140**		
<i>estilo cooperativo</i>	-,187***	,260***	-,118*		,200***	
<i>normas familiares drogas</i>	-,105*	,188***				,107*

*** La correlación es significativa al nivel 0,001.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

* La correlación es significante al nivel 0,05).

Hasta ahora hemos visto qué relaciones se producían entre la percepción de distintas variables familiares. Ahora veremos cuales de esas variables presentan mayores relaciones con los problemas de conducta en la adolescencia.

En la tabla 7 presentamos las correlaciones significativas encontradas entre las variables relacionadas con el consumo de drogas y la percepción de los distintos aspectos de la relación familiar analizados.

En primer lugar, por lo que se refiere a las actitudes negativas de los hijos hacia las drogas encontramos correlaciones negativas con la percepción por parte de hijos, padres y madres, de conflicto en sus relaciones y con la existencia de un estilo educativo

permisivo. En cuanto a las relaciones positivas, estas se producirían en la comunicación familiar (percibida por hijos, padres y madres); las normas familiares sobre las drogas, tal como son percibidas por los hijos y las madres y la percepción por parte de los hijos de un estilo educativo cooperativo por parte de padres y madres. También se encuentran correlaciones positivas entre las actitudes hacia las drogas de los hijos y las madres, no produciéndose esa relación con las actitudes de los padres.

En cuanto al consumo de tabaco de los hijos, se observan correlaciones positivas con el grado de conflicto en las relaciones percibido por parte de hijos, padres y madres tanto para la intención como para la frecuencia o la cantidad de consumo de tabaco. También aparecen correlaciones positivas con la percepción de un estilo educativo permisivo por parte de los hijos. Esta relación también se encuentra en la percepción de la madre para la intención de consumo y la percepción del padre para la frecuencia y cantidad de consumo.

Las correlaciones negativas con el uso de tabaco se manifiestan en la comunicación familiar (hijos, madres y padres); la percepción por parte de los hijos y los padres de unas normas claras hacia las drogas dentro de la familia; la percepción por parte de los hijos de un estilo educativo cooperativo o autoritario (para la intención y la frecuencia de consumo) y el mantenimiento por parte de las madres de unas actitudes negativas hacia las drogas y su consumo.

Por lo que se refiere al consumo de alcohol, el patrón de relaciones es muy similar del comentado para el tabaco. Se evidencian relaciones positivas de los distintos indicadores de consumo con el conflicto, el estilo permisivo percibido por los hijos y por las madres y padres (en índices como el número de consumiciones y de borracheras relacionados con la existencia de consumos más problemáticos). Las correlaciones negativas se dan con la comunicación, las normas familiares percibidas por hijos y padre; el estilo cooperativo percibido por los hijos, y las actitudes negativas de las madres hacia las drogas.

Para el consumo de cannabis las relaciones vuelven a ser parecidas a las que se producen con el consumo de tabaco y alcohol. Si acaso cabría comentar la ausencia de relación de este consumo con las percepciones de los padres acerca de la comunicación con su hijo o con la existencia de unas normas familiares claras hacia las drogas.

De las correlaciones encontradas sería posible concluir que la influencia de variables como la comunicación o el conflicto familiar sobre el consumo de drogas parecen claras. En cuanto a los estilos educativos, su influencia estaría mediatizada por la percepción que los adolescentes tengan de estos estilos. Así si perciben que sus padres y madres tienen un estilo cooperativo tendrán menos probabilidades de involucrarse en el consumo que si los perciben como permisivos. La importancia del estilo educativo autoritario no resulta demasiado clara.

Las correlaciones significativas de las variables familiares con otros problemas de conducta de los adolescentes las presentamos en la tabla 8. En ella se puede ver como el conflicto en las relaciones familiares aparece sistemáticamente relacionado positivamente con la implicación en las conductas problemáticas evaluadas. Esto se produce independientemente de que sean los hijos, los padres o las madres los que perciban el conflicto. Correlaciones consistentes para las puntuaciones de los distintos informantes también aparecen para la comunicación, aunque en este caso su sentido es inverso. A mayor comunicación menor implicación en actos problemáticos.

Para las otras variables las relaciones oscilan dependiendo de que las perciban los hijos o los padres y madres. En el caso de las normas familiares, se encuentran correlaciones negativas entre la percepción de los hijos y todas las conductas evaluadas, pero cuando consideramos las percepciones de padres y madres esas relaciones sólo aparecen para las madres con la conducta de absentismo escolar.

En cuanto a los estilos educativos, la percepción por parte de los hijos de un estilo cooperativo en sus padres y madres se relaciona negativamente con la realización de conductas problemáticas. La relación es positiva con la percepción de un estilo permisivo. Cuando consideramos la percepción que los padres y madres tienen de sus estilos educativos las correlaciones encontradas varían considerablemente. Las relaciones encontradas en los hijos se confirman parcialmente para el estilo permisivo percibido por los padres. Pero no aparece ninguna relación significativa con el estilo cooperativo. Por su parte, aparecen relaciones con el estilo educativo autoritario. En el caso de las madres se producen correlaciones positivas con el absentismo escolar, las conductas agresivas, de robo y contra normas. En el caso de los padres estas relaciones se limitan a las conductas contra normas.

Tabla 7: Correlaciones significativas entre la percepción de las variables familiares y el uso de drogas

		<i>Act. Drogas</i>	<i>Intención c. tabaco</i>	<i>Frecuencia tabaco</i>	<i>Cantidade tabaco</i>	<i>intención c. alcohol</i>	<i>Frecuencia alcohol</i>	<i>Nº consumiciones alcohol</i>	<i>Borracheras</i>	<i>intención c. cannabis</i>	<i>Frecuencia cannabis</i>
<i>Percepción hijos</i>	<i>Madre</i>										
	<i>Conflicto</i>	-,235***	,257***	,228***	,135***	,198***	,240***	,143***	,166***	,244***	,134***
	<i>comunicación</i>	,175***	-,164***	-,154***	-,129***	-,156***	-,148***	-,147***	-,121***	-,162***	-,118***
	<i>estilo permisivo</i>	-,121***	,115***	,106***	,061*	,103***	,145***	,075**	,083**	,118***	
	<i>estilo autoritario</i>		-,066*				-,058*				
	<i>estilo cooperativo</i>	,199***	-,171***	-,159***	-,128***	-,127***	-,153***	-,144***	-,115***	-,156***	-,084**
	<i>Padre</i>										
	<i>conflicto</i>	-,153***	,185***	,219***	,113***	,127***	,186***	,127***	,130***	,186***	,072**
	<i>comunicación</i>	,137***	-,156***	-,178***	-,129***	-,077**	-,123***	-,113***	-,114***	-,129***	-,083**
	<i>estilo permisivo</i>	-,115***	,103***	,132***	,089**	,108***	,124***	,085**	,090**	,133***	,082**
<i>estilo autoritario</i>		-,083**	-,061*			-,075*					
<i>estilo cooperativo</i>	,176***	-,162***	-,168***	-,121***	-,097**	-,138***	-,127***	-,098***	-,140***	-,104***	
<i>normas familiares drogas</i>	,312***	-,303***	-,259***	-,174***	-,256***	-,268***	-,218***	-,178***	-,254***	-,130***	

*** La correlación es significativa al nivel 0,001.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

* La correlación es significante al nivel 0,05).

Tabla 7 (continuación)

	<i>Act. Drogas</i>	<i>Intención c. tabaco</i>	<i>Frecuencia tabaco</i>	<i>Cantidad tabaco</i>	<i>intención c. alcohol</i>	<i>Frecuencia alcohol</i>	<i>Nº consumiciones alcohol</i>	<i>Borracheras</i>	<i>intención c. cannabis</i>	<i>Frecuencia cannabis</i>	
<i>Percepción madres</i>	<i>conflicto</i>	-,155***	,150***	,164***	,157***	,140**	,153***	,165***	,168***	,111**	,092*
	<i>comunicación</i>	,103*	-,109**	-,159***	-,114**	-,083*	-,097*	-,102*	-,104*	-,155***	
	<i>estilo permisivo</i>	-,132**	,102*					,085*		,132**	
	<i>Estilo autoritario</i>								,120**		
	<i>Estilo cooperativo</i>										
<i>normas familiares</i>											
<i>Actitudes drogas</i>	,112**	-,137**	-,124**	-,091*	-,095*		-,084*	-,111**	-,164***		
<i>Percepción padres</i>	<i>conflicto</i>	-,131**	,148**	,196***	,227***		,135**	,105*		,137**	
	<i>comunicación</i>	,108*	-,112*	-,136**	-,099*		-,094*	-,119*			
	<i>estilo permisivo</i>	-,137**		,195***	,147**			,096*	,183***	,116**	
	<i>Estilo autoritario</i>									,104*	
	<i>Estilo cooperativo</i>										
<i>normas familiares</i>	,132**	-,105*	-,108*		-,137**	-,116*	-,150**	-,186***			
<i>Actitudes drogas</i>											

*** La correlación es significativa al nivel 0,001.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

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

Tabla 8: Correlaciones significativas entre la percepción de las variables familiares y la involucración en problemas de conducta

		<i>Faltar a clase</i>	<i>Actos agresivos</i>	<i>Pequeños hurtos</i>	<i>Conductas contra normas</i>	<i>Actos vandálicos</i>	
<i>Percepción hijos</i>	<i>Madre</i>	<i>Conflicto</i>	,102***	,297***	,164***	,276***	,198***
		<i>comunicación</i>	-,099***	-,199***	-,123***	-,220***	-,168***
		<i>estilo permisivo</i>		,125***	,079**	,146***	,120***
		<i>estilo autoritario</i>					
		<i>estilo cooperativo</i>	-,116***	-,173***	-,114***	-,185***	-,158***
	<i>Padre</i>	<i>conflicto</i>	,119***	,242***	,131***	,204***	,172***
		<i>comunicación</i>	-,103***	-,142***	-,103***	-,135***	-,108***
		<i>estilo permisivo</i>	,064*	,082**	,080**	,104***	,111***
		<i>estilo autoritario</i>					
		<i>estilo cooperativo</i>	-,117***	-,130***	-,075**	-,141***	-,117***
	<i>normas familiares</i>	-,110***	-,177***	-,158***	-,207***	-,178***	
<i>Percepción madres</i>	<i>conflicto</i>	,110**	,154***	,098**	,170***	,106*	
	<i>comunicación</i>		-,137**		-,173***	-,112**	
	<i>estilo permisivo</i>						
	<i>estilo autoritario</i>	,135**	,122**	,101*	,112*		
	<i>estilo cooperativo</i>						
	<i>normas familiares</i>	-,136**					
<i>Percepción padres</i>	<i>conflicto</i>		,131**		,109*		
	<i>comunicación</i>		-,102*		-,131**		
	<i>estilo permisivo</i>	,123**		,109*			
	<i>estilo autoritario</i>				,124*		
	<i>estilo cooperativo</i>						
	<i>normas familiares</i>						

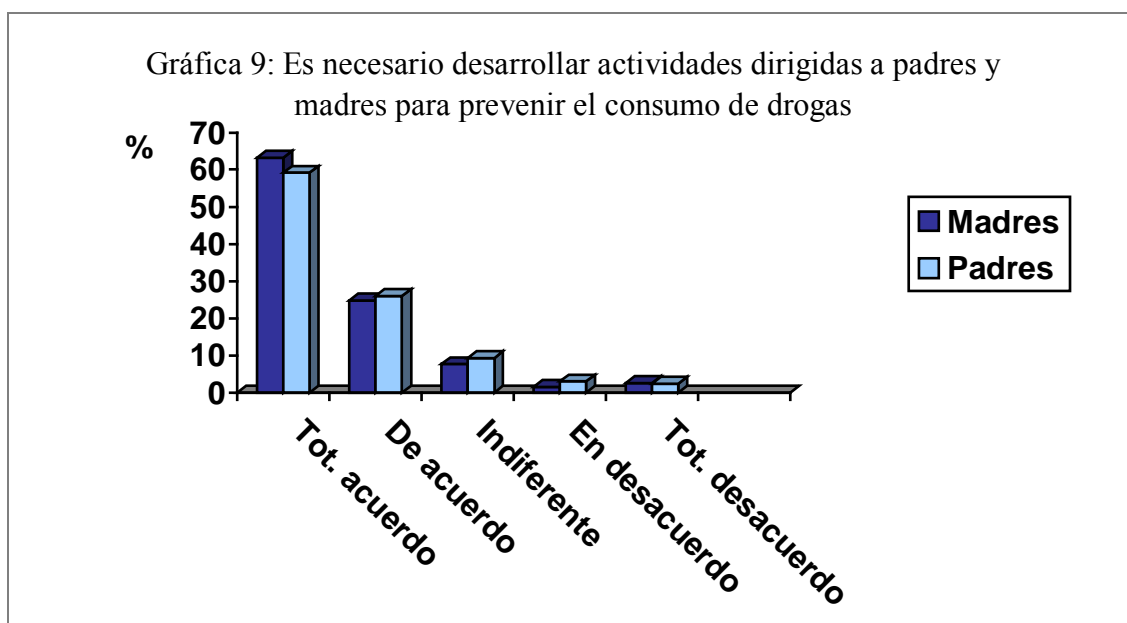
*** La correlación es significativa al nivel 0,001.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

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

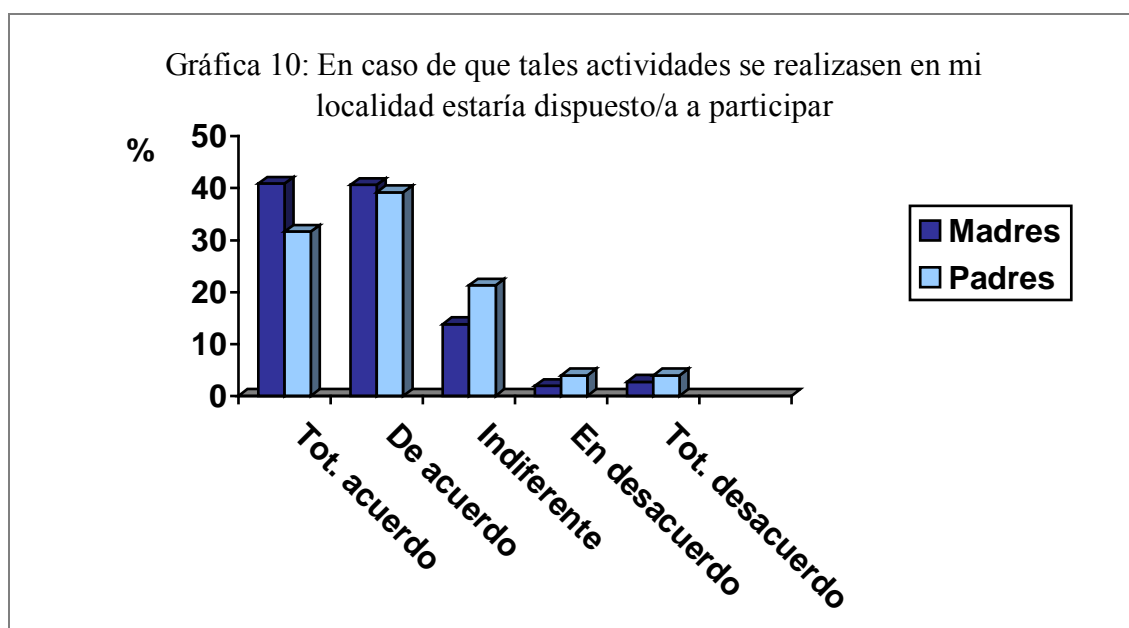
3.4. Descripción de los participantes

La información que se deriva de los datos representados en la gráfica 9 revelan que la mayoría de las madres y los padres encuestados afirman estar de acuerdo con la necesidad de desarrollar actividades dirigidas a ellos para prevenir el consumo de drogas en los/as hijos/as adolescentes. Así, el 88.1 % de las madres y el 85.2 % de los padres han contestado a este ítem del cuestionario señalando las opciones de “Totalmente de acuerdo” o “De acuerdo”. Estos porcentajes nos muestran que la inmensa mayoría de las personas encuestadas muestran su aprobación ante la iniciativa de prevenir este problema implicando a la familia de los/as adolescentes, una aprobación que puede estar reflejando la consideración de que las figuras parentales son imprescindibles en las labores de prevención que se desarrollen en la comunidad.



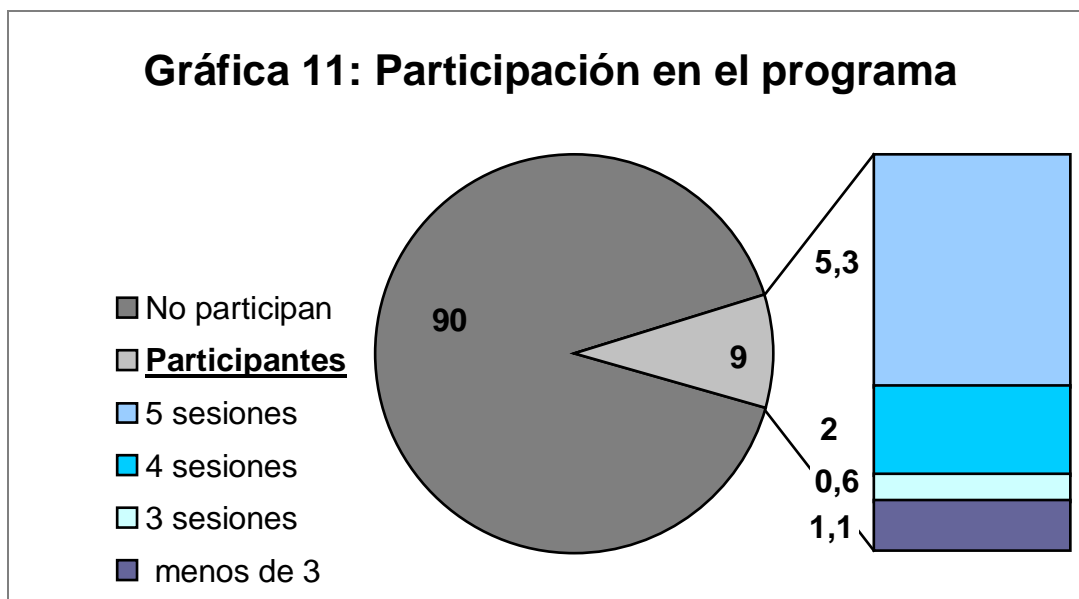
Estos datos convergen en cierta medida con los derivados de la gráfica 10 que hacen referencia a la disposición de estos a participar en tales actividades preventivas. De hecho, los datos confirman que un 81.4% de las madres y un 70.8% de los padres encuestados se muestran predispuestos a participar en programas de prevención. A pesar de que estos porcentajes representan a la mayoría de la muestra encuestada, también es cierto que el porcentaje de padres conformes con participar en programas de prevención

(70.8%) es menor que el de aquellos que consideran apropiado desarrollar este tipo de intervenciones (85.2%) y que el porcentaje de madres y padres que prefieren no informar sobre su disposición a participar en ellas (13.9 madres y 21.3 padres) también es superior al de personas que se mostraron indiferentes ante la anterior cuestión representada en la gráfica 9 (7.7 madres y 9.3 padres). Finalmente cabe señalar que, ante ambas preguntas, un porcentaje muy bajo de madres y padres optaron por mostrarse en desacuerdo con ellas (entre un 4.2 y un 4.7% de madres y un 5.5 y un 8 % de padres).



Los datos más destacados de estas preguntas realizadas a padres y madres provienen de la comparación de los porcentajes anteriores con los derivados de la gráfica 11 referentes al grado real de padres y madres participantes en los programas desarrollados en todas las localidades implicadas en el proyecto “Construyendo Salud”.

Gráfica 11: Participación en el programa



Esta gráfica nos ofrece el número de asistentes a las sesiones y que se corresponde con las siguientes cifras: un total de 52 madres y 10 padres (un 5.3% de la muestra encuestada) participaron en las cinco sesiones que componen el programa, 16 madres y 4 padres (un 2% de la muestra encuestada) asistieron al menos a cuatro de las sesiones, 5 madres participaron en tres de ellas (un 0.6% de la muestra), tan sólo 3 madres asistieron a dos sesiones y 7 madres y 1 padre acudieron a una única sesión (un 1.1% de la muestra asistieron a menos de tres sesiones). En total han asistido al programa 98 participantes (83 madres y 15 padres).

En definitiva, estos datos reflejan que tan sólo un 9% de las madres y los padres encuestados se han beneficiado finalmente del programa. Estos resultados, aunque en parte desalentadores, eran, en gran medida, previsibles. De hecho, en las múltiples investigaciones realizadas en diferentes países sobre la participación en este tipo de programas preventivos, se ha constatado que la intención inicial de las madres y los padres de asistir a un programa no es un predictor fiable de su asistencia real al mismo. Así se ha confirmado en esta experiencia, ya que la alta predisposición inicial de las madres y los padres encuestados (gráfica 10) a participar en iniciativas preventivas no predijo fielmente su asistencia posterior al programa.

Un dato alentador dentro de esta realidad es que la mayoría (el 81.1%) de las madres y de los padres que han participado en las aplicaciones del programa “Construyendo Salud” han asistido a la totalidad de las cinco sesiones impartidas o, cuando menos, a cuatro de las mismas. Otro dato importante a este respecto es que, si

bien, la mayoría de los participantes en el programa fueron madres, también asistieron un número significativo de padres (un total de 15), un hecho inusual y muy prometedor dentro de la prevención dirigida a padres y madres de la población general.

3.4.1. Características de las familias participantes

Las familias que participaron en alguna de las sesiones del programa presentaron ciertas características que las diferenciaban de aquellas otras que contestaron a los cuestionarios pero no tomaron parte en el programa.

Con respecto a los hijos, la única diferencia significativa que se encontró hacia referencia al consumo de cannabis. Como se puede ver en la tabla 9, en los dos grupos existían niveles de consumo muy bajos (0 equivale a nunca y 1 a haberlo probado alguna vez en la vida), pero los hijos de las familias que asistieron al programa presentaban una media significativamente superior.

En cuanto a las discrepancias encontradas en las madres se produjeron diferencias en dos variables familiares. Las madres de las familias que asistieron al programa presentaban niveles previos más altos en conflicto familiar y puntuaciones medias más bajas en cuanto a la comunicación familiar.

Por último, en lo que se refiere a los padres, se encontraron diferencias significativas en la percepción de conflicto familiar, siendo este más alto en los padres de aquellas familias que tomaron parte en el programa.

Tabla 9: Diferencias encontradas en las familias que participaron en el programa

	Familias Participantes	Familias no participantes	Prueba t	N.S.
Consumo hijos de cannabis	0.03	0.08	2.56	0.012
Percepción madres				
Conflicto con hijos	9.83	8.27	-2.41	0.016
Comunicación con hijos	14.58	16.08	3.35	0.001
Percepción padres				
Conflicto con hijos	8.67	7.39	-1.99	0.047

Como conclusión a estos datos debemos señalar que parece que las familias que participan en el programa serían las que presentan mayor riesgo tanto por los índices de consumo informados por los/as adolescentes (mayor consumo de cannabis) como por la percepción de las madres y los padres del mayor grado de conflicto existente con sus

hijos/as y menor nivel de comunicación entre ellos, dos aspectos que han aparecido relacionados con las conductas problema. El hecho de que estas diferencias en las variables mencionadas entre familias participantes y no participantes no aparezcan cuando consideramos la percepción de los hijos/as puede estar reflejando que tales diferencias se deban a una mayor sensibilidad de las madres y los padres a estas variables de relación familiar. Tal circunstancia explicaría también la asistencia de estas personas al programa, es decir, participan las madres y los padres que consideran que deberían o podrían mejorar su relación con sus hijos/as.

3.5. La evaluación del proceso de implantación del programa

Mediante la evaluación del proceso de implantación del programa de padres y madres pretendemos recopilar datos acerca de su desarrollo tal como había sido planificado, es decir, tener información sobre su funcionamiento en cada una de las sesiones y poder así realizar los cambios más apropiados para su posterior mejora.

3.5.1. Estrategias para la evaluación del proceso

Para evaluar el proceso de implantación de este programa se han seleccionado los siguientes métodos:

- Diario de sesiones. Los responsables del curso cubrieron un diario de implantación en el que registraron el nivel de asistencia de los participantes a cada una de las sesiones y en el que hicieron constar su valoración crítica sobre el funcionamiento de cada una de las sesiones del programa y el grado de alcance de los objetivos pretendidos en ellas.
- Evaluación de las sesiones del programa por parte de los padres. Para su realización, los participantes cubrieron, al final de cada sesión, una breve ficha en la que debía responder a unas preguntas básicas sobre los temas tratados en ellas y su satisfacción con el trabajo realizado en las reuniones.
- Evaluación de la satisfacción global de los padres con el programa. En la última sesión, los padres cubrieron nuevamente una ficha de evaluación de los temas tratados a lo largo de todas sesiones y del procedimiento utilizado para poner en marcha el programa.

- Evaluación de la satisfacción global de los monitores con el proyecto. Una vez que los datos fueron codificados y analizados se organizó un seminario de evaluación que reunió, nuevamente, al equipo investigador y los responsables de la aplicación del programa con el objetivo de analizar detenidamente la experiencia y comentar los resultados alcanzados.

A continuación se expone con mayor detalle en qué consistieron cada una de estas estrategias de evaluación:

Diario de implantación

Consiste básicamente en un cuadernillo estandarizado que permite a los responsables de impartir el programa efectuar un seguimiento de las actividades realizadas durante cada una de las cinco sesiones que lo componen y de los días y las horas en que tuvieron lugar. En sus páginas se incluye una tabla de registro de la asistencia de los padres y las madres a las distintas sesiones y en ella los padres anotarán la clave para su identificación construida con los datos de sus hijos y que, con anterioridad, ya incluyeron en los cuestionarios de evaluación previa del programa. Además, para cada sesión, se detallan los objetivos específicos que se pretenden alcanzar en el grupo y se incluye un espacio para que los monitores hagan constar su consecución o no en las distintas reuniones. Por último, se propone también un apartado que les permite anotar todo tipo de observaciones relativas a la participación e implicación de los asistentes en las sesiones y a los problemas o cuestiones que les surjan dentro del grupo (adecuación de la metodología empleada para presentar los temas de las sesiones, dificultades para su desarrollo...), así como las propuestas o sugerencias que consideren pertinentes.

Este diario fue entregado a los responsables de la implantación del programa en cada localidad en el curso de formación previo celebrado en Madrid y, junto a él, se dieron indicaciones sobre la importancia para la evaluación del programa de cumplimentarlo adecuadamente. El diario de implantación también ha servido como documento informativo para la discusión de las distintas cuestiones abordadas en la reunión final con los monitores.

Fichas de evaluación de las sesiones.

Consisten en unas breves fichas que fueron cubiertas por todos los padres y las madres participantes en las distintas aplicaciones del programa en cada localidad, con

las que, mediante una serie de sencillas preguntas (abiertas y cerradas), se pretende obtener un índice independiente de la información de los monitores sobre el grado en que el programa ha sido desarrollado y el tipo de conocimientos que los asistentes han adquirido en cada sesión.

Estas fichas, una para cada sesión, constan de 4 ó 5 cuestiones generales sobre los aspectos básicos de los contenidos de las sesiones y 1 último ítem muy general que pretende ser reflejo de su satisfacción con el trabajo realizado en cada reunión. El propósito final de estas fichas es evaluar, en primer lugar, el grado de implantación del programa y el nivel de comprensión de contenidos y de adquisición de conocimientos y habilidades incluidos en el mismo y, en segundo lugar, el grado de complacencia de los participantes con los temas y la dinámica de cada sesión.

La utilidad de este instrumento de evaluación reside en el hecho de que nos permitió comparar la información recabada en él con la proveniente de los diarios de implantación de los monitores y confrontar los resultados.

Preguntas de satisfacción global con el programa

Estas preguntas se corresponden simplemente con un total de tres cuestiones que los padres y las madres participantes del programa cubrieron al final de la última sesión y con las que se pretende valorar su grado de satisfacción con todo lo trabajado dentro el programa “Construyendo Salud”. Las respuestas y sugerencias que los padres y las madres hicieron constar para cada pregunta nos han sido de gran ayuda para hacer una valoración del funcionamiento del programa en cada localidad y para intentar mejorar en un futuro inmediato aspectos sobre su contenido y su planificación. Las tres preguntas abiertas que nos han servido para conocer las opiniones de padres y madres a este respecto han sido:

1. ¿Qué le ha parecido el contenido del programa (temas que se han tratado, utilidad de los conocimientos y habilidades adquiridas, otros temas que considera que se deberían incluir en el programa...)?.
2. ¿Qué opinión le merece la forma en que se ha organizado el curso (forma de contacto con ustedes, horario de las sesiones, estrategias para mejorar la participación en el programa...)?.

3. ¿Conoce usted el componente escolar del programa “Construyendo Salud”? En caso afirmativo ¿cómo valora usted el conjunto del programa (el programa escolar y el programa para padres y madres)?

Nuevamente la información recopilada de los padres y las madres participantes al programa nos ha servido para su comparación con las impresiones y opiniones aportadas por los responsables del curso en cada localidad.

Seminario de evaluación

La última estrategia desarrollada para efectuar la evaluación del proceso se corresponde con la celebración de un seminario de evaluación que, por segunda vez, reunió a todos los colaboradores en el proyecto (el equipo investigador de la Universidad de Santiago de Compostela, las personas representantes de las distintas confederaciones encargadas de implantar el programa en sus localidades y el técnico de formación de CEAPA en su función de coordinador de toda la actuación).

El objetivo de este seminario era el de recoger información cualitativa sobre el desarrollo del programa en cada localidad y completar así los datos incluidos en los diarios de implantación. En el desarrollo de este seminario confluyeron las aportaciones personales de los monitores del programa en cada localidad con la presentación hecha por los miembros del equipo de investigación de los datos referentes a la evaluación del proyecto recopilados hasta ese momento y el trabajo en pequeños grupos sobre cuestiones relacionadas con la mejora y planificación de todo el proceso en posteriores actuaciones similares.

Al final del seminario se pretendía extraer una valoración de todos los colaboradores del proyecto sobre aspectos relativos a: 1) las dificultades surgidas durante la aplicación del programa (con los contenidos, las actividades, la metodología, la temporalización de las sesiones...); 2) las actitudes de los padres y madres ante el programa (participación, interés por los temas, motivación por contribuir a la dinámica de trabajo en las sesiones...); y 3) las propuestas de los monitores para mejorar la intervención (aspectos a introducir, ampliar, modificar o suprimir en el proyecto).

Toda la información obtenida en este seminario se registró a partir de la grabación de todas las aportaciones realizadas en el mismo y las anotaciones que los propios asistentes realizaron durante su transcurso.

3.5.2. Resultados de la evaluación del proceso

Como se ha mencionado anteriormente, el programa fue administrado por un total de 16 monitores en 18 centros educativos distribuidos en distintas localidades del territorio español.

Las conclusiones siguientes relativas al procedimiento de implantación del programa en cada localidad provienen de los diarios de implantación cubiertos por los responsables de su aplicación y de la información compartida en el seminario de evaluación final del proyecto.

Aplicación en Cáceres

El comienzo del proyecto en esta localidad se correspondió con un primer contacto del responsable del programa con la dirección y la APA del centro escolar seleccionado para la implantación del programa (el CP “El Pozón”) y la celebración de una reunión entre el primero y las dos entidades mencionadas con la finalidad de elaborar la carta de presentación del curso para padres y madres y comentar el proceso de evaluación de los alumnos y de sus padres. Con respecto a este último, finalmente fueron los tutores los encargados del pase de los cuestionarios a los alumnos, siendo igualmente ellos los que les hicieron entrega de los cuestionarios que deberían cubrir sus padres y madres en el hogar. La devolución de los cuestionarios para padres y madres se podía realizar a través de tres vías alternativas: a través de sus hijos/as que los entregarían nuevamente al tutor, a través de su entrega directa en la dirección del centro o a través de su entrega en el buzón de la APA del mismo.

Tras el proceso de evaluación se celebró una primera reunión con los padres y las madres interesados en participar en el programa para concertar el horario de las sesiones. A ella asistieron, además del director del centro y la presidenta de la APA, solamente tres madres, por lo que en la reunión se concretó pasar una nota informativa sobre la fecha y los horarios del curso para los demás padres y madres no asistentes.

A partir de esta reunión previa dio comienzo el programa “Construyendo Salud” con una periodicidad de tres y dos veces por semana. Concretamente las cinco sesiones del curso se celebraron los días 15, 16, 18, 22 y 23 de Enero de 2001 con una duración aproximada de 1 hora y 20 minutos cada una. El nivel de asistencia de padres y madres a las sesiones osciló entre los 15 participantes de la primera sesión (11 madres y 4 padres) y los 11 de la tercera y quinta sesión (en ambos casos 8 madres y 3 padres),

siendo 14 los asistentes a las sesiones segunda y cuarta restantes (10 madres y 4 padres). A nivel global, la experiencia del programa en esta localidad ha resultado satisfactoria tanto para la persona responsable de su implantación como para los padres y las madres participantes en ella, llegando a reconocer estos últimos su interés por este tipo de iniciativas y su pesar porque no se realice igualmente el programa escolar “Construyendo Salud” con los hijos/as.

Aplicación en Valencia

Nuevamente en esta localidad, el proyecto comenzó con el acuerdo entre los responsables de su puesta en marcha en los centros elegidos y la dirección y AMPAs de los mismos sobre todo el proceso de implantación del programa. Tras este acuerdo se procedió al envío de la carta de presentación del curso “Construyendo Salud” a los padres y madres de alumnos/as en la que, igualmente, se les informaba de sus fechas y horario de celebración.

Finalmente, en la fecha anunciada, se efectuaron las dos primeras sesiones del programa en cada uno de los centros educativos. Concretamente, el curso completo “Construyendo Salud” en el CC ABC tuvo lugar los días 26 de Enero y 12, 15 y 19 de Febrero de 2001, mientras que en el centro Jaime Balmes se celebró los días 15, 16, 18, 22 y 23 de Enero de 2001.

Aplicación en Alicante

La aplicación del proyecto en esta zona ha sido bastante heterogénea debido a la diversidad de los centros que iban a tomar parte en él. En un primer momento eran cuatro los centros seleccionados para formar parte de la experiencia del programa (IES Nº 14 (Alicante), IES Pere M^a Bosch y Orts (Benidorm), IES Paré Arqués (Concertaina) y CP Alcudia (Elche) aunque, finalmente, el curso para padres y madres “Construyendo Salud” sólo pudo llevarse a cabo en los tres primeros centros educativos.

En el primer centro mencionado, IES Nº 14, la confluencia de condiciones adversas externas al proyecto (situación del centro en una zona conflictiva, masificación de alumnos en las aulas por la concurrencia de dos institutos en un mismo centro educativo...) dificultó en gran medida la labor de la responsable de la aplicación del programa en el mismo así como la buena marcha del proceso de evaluación previa de alumnos y padres/madres. A este respecto, ante la imposibilidad de pasar personalmente los cuestionarios a los/as adolescentes en las aulas, la responsable optó por dejar que

fueran los tutores los encargados de la evaluación de los alumnos/as y de los padres y madres a través de los hijos/as.

Una vez puesto en marcha el proceso de la evaluación previa del programa y enviadas las cartas de presentación del mismo, dio comienzo la aplicación del curso “Construyendo Salud” que se impartió sin incidencias a lo largo de tres semanas pero con una participación más baja de lo esperado. En concreto, las cinco sesiones tuvieron lugar los días 7, 12, 14, 19 y 21 de Febrero de 2001 con una duración de dos horas cada una y una asistencia de 3 madres a las sesiones primera, cuarta y quinta, y de 4 madres a las sesiones segunda y tercera.

En el segundo centro, IES Pere M^a Bosch y Orts, la colaboración de la responsable del programa, con la APA y la dirección del centro propició la buena marcha del proyecto en todas fases, de forma que los procesos de evaluación de padres/madres e hijos/as y de implantación del curso fueron efectuados según lo planificado.

Así pues, tras la celebración de una primera reunión con los padres y madres interesados en participar en el programa con el objetivo de concretar las fechas y horarios de las distintas sesiones se procedió a la aplicación de las mismas a lo largo de tres semanas. Las fechas concretas del curso en este centro se corresponden con los días 14, 21 (en este día se desarrollaron dos sesiones) y 28 de Febrero y 7 de Marzo de 2001. La asistencia de participantes a las reuniones variaba según la sesión, de forma que a la primera acudieron 14 participantes (13 madres y 1 padre), a la segunda y tercera acudieron 9 madres, a la cuarta 6 madres y a la quinta sesión asistieron 7 madres. Como conclusión al trabajo realizado a lo largo del programa, la persona responsable del mismo nos transmite la utilidad que los participantes destacan de las sesiones en su práctica con los hijos/as y la importancia que conceden al intercambio de experiencias con otras madres/padres permitido por el programa.

En el tercer centro de esta comunidad, IES Paré Arqués (Concertaina), nuevamente se ha desarrollado el proyecto sin incidencias adversas. En este caso, el entendimiento entre las entidades participantes en el proyecto también propició la buena marcha de los procesos de evaluación y aplicación del programa.

Con respecto al proceso de evaluación, la distancia geográfica impidió que el responsable del proyecto en este centro se encargara personalmente del pase de los

cuestionarios a los/as adolescentes en las aulas, por lo que han sido los tutores los encargados de realizar este proceso con los alumnos y con sus padres y madres a través de los primeros.

Acerca de la aplicación del programa, las fechas y horarios de las sesiones se planificaron intentando facilitar la asistencia de los padres y las madres participantes y, en consecuencia, fueron impartidas de forma más intensiva en dos jornadas, una un Jueves y otra un Sábado. Concretamente, las sesiones primera y segunda del programa se celebraron el día 1 de Marzo de 2001 con una duración de una hora cada una, y las sesiones tercera, cuarta y quinta tuvieron lugar el día 3 del mismo mes con una duración de una hora y media para la tercera sesión, una hora y cuarenta y cinco minutos para la cuarta, y una hora y media para la última sesión. La impresión subjetiva del monitor sobre la satisfacción de los participantes con el programa es que ha sido una experiencia muy gratificante para ellos y que consideran los temas y contenidos tratados como muy importantes para mejorar la relación con sus hijos. El problema que el monitor destaca con respecto a la aplicación del programa se relaciona con su organización, ya que varios participantes le hicieron llegar la opinión de que se ha ido muy deprisa a lo largo de las distintas sesiones y de que ha faltado tiempo para consolidar los conocimientos y destrezas adquiridas.

Aplicación en Málaga

En esta localidad, el proyecto se inició con una visita previa del responsable del programa a los centros seleccionados para su aplicación (IES Las Cañadas e IES Salvador Rueda) para concretar con la dirección del centro y a las APAs el procedimiento para ofertar el programa a sus destinatarios y para evaluar a padres/madres e hijos/as. A partir de esta aproximación entre las distintas entidades participantes en el proyecto se procedió al envío de la carta informativa sobre el programa y su fecha de inicio a los padres y madres de alumnos.

Dentro del proceso de evaluación concretado fueron los orientadores de los centros los responsables de evaluar a los/as adolescentes en las aulas, de enviar a través de ellos los cuestionarios a los padres y madres, y de recoger estos últimos en un sobre cerrado también a través de los hijos/as.

Una vez finalizada la evaluación se celebró la primera reunión sobre el programa en la que, además de una breve introducción sobre las fechas y horas de las sesiones

(una vez por semana en el IES Las Cañadas y a lo largo de tres semanas en el IES Salvador Rueda), se impartió la sesión 1 del programa. Las fechas concretas de ambos cursos para padres y madres fueron:

Para el centro IES Las Cañadas, los días 19 y 26 de Enero y 2, 9 y 16 de Febrero de 2001 con una duración de dos horas y media cada sesión. La asistencia al curso en este centro ha sido muy satisfactoria ya que osciló entre los 22 participantes en la primera, tercera y quinta sesiones y los 20 asistentes a la sesión segunda y cuarta restantes. Con referencia al desarrollo del programa, la persona responsable ha constatado la satisfacción general de los asistentes con el programa aunque detectó una mayor participación en las reuniones de las madres sobre los padres.

La intervención en el IES Salvador Rueda tuvo lugar los días 15, 22 y 29 de Enero y 5 y 12 de Febrero de 2001 con una duración de dos horas para cada una de las cinco sesiones. En este caso la participación de los padres y madres ha ido en aumento desde los 9 asistentes a la primera sesión (7 madres y 2 padres), pasando por los 12 de las sesiones segunda, cuarta y quinta (10 madres y 2 padres), hasta los 13 participantes de la sesión tercera (11 madres y 2 padres). Con respecto a la valoración del programa que el monitor recoge de los participantes destaca la importancia que los padres y las madres otorgan a toda la información recibida y a los conocimientos adquiridos aunque aluden a la necesidad de más tiempo para profundizar mejor en ellos.

Aplicación en Madrid

La puesta en marcha del proyecto en esta localidad comenzó con un primer contacto con las APAs de los centros educativos para saber si la dirección se iba a mostrar receptiva ante la propuesta del programa. Una vez confirmada la colaboración del equipo directivo se inició el proceso de implantación del curso “Construyendo Salud” en tres centros educativos (IES Rosa Luxemburgo, IES Daoiz y Velarde e IES Lorenzo Luzuriaga). Como fruto de la colaboración entre los responsables del programa en Madrid y la dirección de los centros se elaboró, de forma conjunta, la carta de presentación del programa a los padres y madres, en la que, igualmente, se informó del pase de cuestionarios a los hijos/as en el aula.

Con respecto al proceso de evaluación inicial del programa, las responsables del mismo acudieron a los centros para efectuar la evaluación de los alumnos en las aulas

en compañía de los tutores y al finalizar el pase de los cuestionarios se los llevaban en ese momento del centro.

Tras la evaluación dio comienzo el programa que fue impartido en los centros en un período de tres semanas para cada aplicación. Los días concretos de la celebración del curso “Construyendo Salud” en el IES Rosa Luxemburgo han sido el 16, 18, 23 y 25 de Enero y 1 de Febrero de 2001 con una duración de dos horas para cada sesión. El número de participantes al programa osciló entre los 9 de las sesiones primera y quinta (6 madres y 3 padres), los 8 de las sesiones tercera y cuarta (6 madres y 2 padres) y los 7 participantes de la segunda sesión (4 madres y 3 padres). El programa en el IES Daoiz y Velarde tuvo lugar los días 29 y 31 de Enero y 5, 7 y 12 de Febrero de 2001 con una duración variable según la sesión: la primera sesión fue de dos horas y media, la segunda de dos horas, la tercera y la cuarta de cuatro horas y media y la quinta sesión fue de cuatro horas. Finalmente, la aplicación del curso en el IES Lorenzo Luzuriaga se desarrolló los días 15, 19 y 22 de Febrero y 1 y 5 de Marzo de 2001.

Con respecto al desarrollo del programa en los grupos de madres y padres, las personas encargadas de su aplicación destacan, en todo momento, la alta motivación y participación de los y las asistentes en las sesiones y su valoración global del programa que resultó muy satisfactoria. Sin embargo, el problema apuntado por las responsables del programa en Madrid ha sido el escaso grado de asistencia al curso que convocó a los padres y madres de dos de los centros educativos dónde se ha impartido, concretamente en el IES Daoiz y Velarde y en el IES Lorenzo Luzuriaga, este último un centro en el que se volvió a impartir el curso posteriormente debido a la mayor asistencia de participantes a las sesiones finales.

Aplicación en Las Palmas de Gran Canaria

En esta localidad, las buenas relaciones entre la responsable del proyecto y las entidades del centro (la dirección y la APA) en dónde se impartió el programa (IES Pérez Galdós) permitió, una vez más, el buen funcionamiento de los procesos implicados en el proyecto.

En esta localidad, la responsable del programa convocó inicialmente una reunión con los padres y las madres de alumnos/as de 1º y 2º de ESO con el objetivo de informarles sobre los objetivos del programa “Construyendo Salud”. Ante la escasa asistencia a ella (acudieron tres asistentes), organizó una segunda reunión a la que

acudieron 14 padres/madres más que estaban interesados en participar en el proyecto aunque, por problemas de incompatibilidad con el horario, finalmente, fueron 9 los asistentes regulares a las sesiones del programa. En esta reunión también se les informó de la evaluación previa del programa en la que padres/madres e hijos/as tomarían parte.

A partir de esta reunión inicial dio comienzo el curso “Construyendo Salud” a lo largo de tres semanas. Concretamente las cinco sesiones se celebraron los días 14, 16, 21 y 23 de Febrero y 2 de Marzo de 2001 con un nivel de participación satisfactorio, ya que el número de asistentes a todas las reuniones ha sido de 7 madres y 2 padres. Como breve apunte sobre la satisfacción de los y las participantes, la persona responsable del programa en este centro resalta la impresión personal de que les ha gustado mucho el contenido y les ha servido en gran medida para abordar los problemas de relación con los hijos/as en esta edad.

Aplicación en Aragón

La puesta en marcha del proyecto en esta localidad supuso la necesidad de afrontar importantes adversidades por parte de su responsable. En este caso, la aplicación del programa tuvo lugar en un centro escolar de Zaragoza (IES Siglo XXI (Pedrola)). La situación geográfica de este instituto (en una zona rural) y la dispersión de la población en esta localidad hizo más difícil el desplazamiento de los padres y madres al centro, un aspecto gran importancia en la previsión del grado de participación en el programa.

En un primer momento, el apoyo de la dirección y la APA del centro educativo facilitó la convocatoria de una reunión inicial para padres y madres con el objetivo de informarles sobre el programa y concertar las fechas y horas más convenientes para su aplicación; pero, en esta reunión, la reticencia de un asistente a ser incluido en el proceso de evaluación del programa levantó la desconfianza de los padres y madres sobre el proyecto e interfirió con su disposición a participar en el programa, una situación que desbordó a la persona responsable del proyecto en esta localidad.

A pesar de estas circunstancias y gracias al tesón de la monitora, el programa fue impartido igualmente con periodicidad semanal aunque con la desventaja de contar con una muy escasa participación (dos asistentes). Los días en los que finalmente se celebraron las sesiones fueron el 31 de Enero y el 2, 13, 16 y 27 de Febrero de 2001 con

una duración de dos horas y media para la primera sesión y una hora y media para las cuatro restantes.

Aplicación en Cantabria

En esta localidad se realizó el proyecto en dos centros educativos (IES Valentín Turiento (Colindres) y IES Valles de Camargo (Revilla de Camargo)) siguiendo el procedimiento acordado.

La fecha de aplicación del programa en el primero de los centros (IES Valentín Turiento) se corresponde con los días 25 y 30 de Enero y 1, 6, y 8 de Febrero de 2001 con una duración aproximada de dos horas y diez minutos para cada sesión. En este grupo de intervención el número de asistentes varió según la sesión, así a la primera acudieron 10 participantes (8 madres y padres y 2 personas más relacionadas con el ámbito educativo), a la segunda asistieron 13 personas (11 madres y padres y las mismas 2 otras personas), a la tercera 16 participantes (11 madres y padres y 4 personas más) y a la cuarta y quinta asistieron 14 participantes (11 madres y padres y 3 de las otras personas asistentes). Con relación a la valoración del programa hecha por los padres y las madres, el monitor recoge algunos comentarios de los y las participantes al respecto: “positivo”, “me ha ayudado mucho”, “habríamos necesitado el curso anteriormente”, “es necesario convocar a más padres y hacer una charla con ellos”... que reflejan una sensación de satisfacción con el trabajo desarrollado.

El Programa en el segundo centro (IES Valles de Camargo) se celebró los días 21, 23, 26 y 29 (en este día se desarrollaron las dos últimas sesiones) de Marzo de 2001 con una duración de dos horas y quince minutos para las dos primeras sesiones, una hora y cuarenta y cinco minutos para la tercera sesión y dos horas y quince minutos para desarrollar conjuntamente las sesiones cuarta y quinta. El número de padres y madres asistentes fue similar en todas las sesiones, es decir, en todas ellas participaron 9 madres y 2 padres además de 4 personas más en cada reunión. Según las opiniones recogidas por el monitor del programa, la valoración que hacen los participantes del curso es muy positiva. Sin embargo, aunque reconocen que han aprendido mucho de los demás compañeros del grupo, consideran que el curso se les ha hecho algo corto.

Aplicación en Huelva

En esta localidad se ha contado con la participación de padres y madres de alumnos de dos centros educativos que formaron un único grupo de intervención. Los

centros educativos a los que se hace referencia son el IES Virgen del Rocío y el IES José Caballero.

El procedimiento seguido en esta localidad para llevar a cabo el proyecto “Construyendo Salud” difiere de las demás comunidades en que, en este caso, el programa fue incluido en una intervención para padres y madres más amplia y destinada a una población de participantes con hijos/as de distintas edades (desde la infancia hasta etapas avanzadas de la adolescencia). Además, por problemas de planificación de la evaluación inicial del programa en los centros seleccionados, ha sido imposible recopilar los cuestionarios destinados a los/as adolescentes y sus padres y madres, por lo que no existen datos de las familias de esta localidad. Estas características de aplicación del programa condicionan enormemente las conclusiones que se puedan derivar de la intervención tanto con respecto a la evaluación del proceso de su implantación como a la evaluación de sus resultados en los padres y las madres participantes, por lo que estos datos no pueden ser considerados juntamente con los de las demás localidades.

Una vez apuntadas estas consideraciones cabe destacar que la aplicación del curso “Construyendo Salud” con estas características fue llevada a cabo en los días 5, 6, 7 y 8 de Marzo de 2001 con una alta participación en todas sus sesiones (20 asistentes a las cuatro primeras y 10 a la quinta sesión). Como reseña a la satisfacción de los padres y madres con los temas tratados en las sesiones cabe señalar que los asistentes han valorado el programa como muy interesante y de gran utilidad para la educación familiar, aunque la mayoría de ellos considera que se podrían incluir en él otros temas como, por ejemplo, la “sexualidad”.

Tabla 10: Calendario de aplicación del programa en cada localidad

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
C.P. El Pozón	Lunes	Martes,	Jueves,	Lunes,	Martes,

	15/01	16/01	18/01	22/01	23/01
C.C. ABC	Jueves 25/01	Martes 30/01	Jueves 1/02	Martes 6/02	Jueves 8/02
CP Jaime Balmes	Lunes 12/02	Jueves 15/02	Lunes 19/02	Jueves 22/02	Lunes 26/02
I.E.S. Nº 14	Miércoles 7/02	Lunes 12/02	Miércoles 14/02	Lunes 19/02	Miércoles 21/02
I.E.S. Pere M ^a Orts	Miércoles 14/02	Miércoles 21/02	Miércoles 21/02	Miércoles 28/02	Miércoles 7/03
IES Paré Arqués	Jueves 1/03		Sábado 3/03		
I.E.S. Las Cañadas	Viernes 19/01	Viernes 26/01	Viernes 2/02	Viernes 9/02	Viernes 16/02
I.E.S. Salvador Rueda	Lunes 15/01	Lunes, 22/01	Lunes 29/01	Lunes 5/02	Lunes 12/02
I.E.S. Rosa Luxemburgo	Martes 16/01	Jueves 18/01	Martes 23/01	Jueves 25/01	Jueves 1/02
I.E.S. Daoiz y Velarde	Lunes 29/01	Miércoles 31/01	Lunes 5/02	Miércoles 7/02	Lunes 12/02
IES Lorenzo Luzuriaga	Jueves 15/02	Lunes 19/02	Jueves 22/02	Jueves 1/03	Lunes 5/03
IES Perez Galdós	Miércoles 14/02	Viernes 16/02	Miércoles 21/02	Viernes 23/02	Viernes 2/03
IES Siglo XXI	Miércoles 31/01	Viernes 2/02	Martes 13/02	Viernes 16/02	Martes 27/02
IES Valentín Turiento	Jueves 25/01	Martes 30/01	Jueves 1/02	Martes 6/02	Jueves 8/02
IES Valles de Camargo	Miércoles 21/03	Viernes 23/03	Lunes 26/03	Jueves 29/03	
IES Virgen del Rocio	Lunes 5/03	Martes 6/03	Miércoles 7/03	Jueves 8/03	
IES José Caballero	Lunes 5/03	Martes 6/03	Miércoles 7/03	Jueves 8/03	

3.5.3. Evaluación del programa por sesiones: Información de los monitores

Tanto en los diarios de implantación como en la reunión de evaluación final, los monitores en las distintas localidades han destacado la gran implicación, desde el comienzo del programa, de los padres y las madres en el desarrollo de las sesiones y la participación fluida y relajada de los y las asistentes en los debates surgidos con relación a los temas tratados. A continuación veremos cuáles han sido los temas que han despertado mayor o menor interés en cada sesión y las incidencias más características surgidas en ellas.

Sesión 1: Presentación del programa

Dentro de esta sesión 1 cabe destacar el hecho de que las expectativas con las que los asistentes acudían al programa fuesen muy similares en la mayoría de los grupos de intervención, relacionándose todas ellas con el gran interés de las madres y los padres por obtener información para prevenir los problemas a los que deberán hacer frente considerando las edades de sus hijos/as (sobre todo el consumo de drogas) y por adquirir conocimientos para mejorar su tarea educativa y su relación con los/as adolescentes.

Con respecto al desarrollo de esta sesión, los monitores mencionan haber despertado la expectación de los padres y las madres ante el debate sobre las características del consumo de drogas al inicio de la adolescencia y haber conseguido su reconocimiento de la necesidad de prevenir el consumo de drogas legales. Sin embargo, en la mayor parte de los grupos de padres y madres formados en las distintas localidades, ha existido extrañeza y mucho debate en torno a la clasificación de las drogas propuesta por la Organización Mundial de la Salud y que aboga por una mayor peligrosidad del alcohol frente a ciertas drogas ilegales. Por otra parte, la exposición sobre los factores de riesgo del consumo también ha provocado la intervención de los y las asistentes y el intercambio de opiniones sobre aspectos relacionados con el uso de drogas tales como la accesibilidad a las sustancias, la inexistencia de alternativas de ocio para los y las adolescentes y la influencia de la cultura y los modelos sociales y familiares de consumo en el uso de drogas por parte de los hijos e hijas.

Sesión 2: La adolescencia y los estilos educativos paternos.

El tema tratado en una primera parte de la sesión, los cambios de la adolescencia, es bien acogido por los y las participantes ya que madres y padres comparten la necesidad por comprender mejor a sus hijos/as cuando alcanzan esta etapa de su desarrollo. En cambio, el tema abordado durante el resto de la sesión suscita un gran debate entre las madres y los padres que no comparten totalmente la idea que se les intenta transmitir al comentar las características de los estilos educativos paternos. El objetivo último de esta sesión es lograr que los padres y las madres se acerquen a la práctica del estilo “cooperativo” dentro de sus hogares y su consecución probablemente se ha visto dificultado por una insuficiente matización en el programa de su definición

correcta. Tal como se ha derivado de la información sobre el proceso aportada por monitores y participantes en la sesión, existen ciertas reticencias de las madres y los padres a considerar al estilo educativo “cooperativo” como el más adecuado en todas las situaciones difíciles que les surjan con los y las adolescentes. A este respecto, si bien los y las participantes reconocen el valor de la práctica de este estilo dentro del hogar, también hacen constar su preocupación acerca de que la autonomía en los hijos/as pueda llevar a una libertad mal entendida y haga fracasar los propósitos pretendidos con dicho estilo. Además, en muchos casos, las madres y los padres optan por asumir la dificultad que supondría la práctica del estilo “cooperativo” en ciertas circunstancias y comparten la noción de que en los momentos más críticos es más conveniente aproximarse al estilo “autoritario”.

Estas incidencias ocurridas en la sesión y comunes a distintas localidades nos hace suponer que los contenidos de esta parte del programa no son lo suficientemente adecuados para nuestro propósito de transmitir las diferencias entre los tres estilos educativos formulados y sobre todo para definir lo que, en realidad, representa la práctica del estilo educativo parental “cooperativo”. Tal vez, simplemente su denominación ya condiciona que se asocie con unas características no pretendidas dentro del programa, es decir, puede que la etiqueta de *cooperativo* y las acciones asociadas a ella tales como *negociar, llegar a acuerdos...* acerque este estilo, en mayor medida, a lo que se entiende por ser *permisivo* cuando, a lo que realmente se pretende hacer referencia con este concepto es a un estilo en el que predomina la comunicación y el diálogo a la hora de superar los problemas, pero donde, una vez llegado a un acuerdo, los padres y madres se deben mantener firmes y ejercer su autoridad para que se cumplan. Así por ejemplo, los padres y las madres “cooperativos” se encargan de guiar y orientar en todo momento el proceso de cooperación con los hijos/as en la resolución de las dificultades familiares que les atañen. De cualquier forma, esta dinámica ocurrida en torno al tema que nos ocupa ha sido de gran utilidad para considerar la necesidad de replantear los contenidos de la sesión que hacen referencia al estilo educativo “cooperativo”.

Sesión 3: Habilidades de comunicación

Esta sesión en la que se practican habilidades concretas para mejorar la comunicación familiar es una de las que ha despertado mayor interés y motivación entre las madres y los padres participantes. De hecho los asistentes han reconocido la

importancia de prestar atención y saber escuchar cuando los/as hijos/as les hablan, algo que a menudo descuidan, casi de forma inconsciente, en el contexto real. Con respecto a la forma en que los padres pueden comunicarse con los/as adolescentes, los miembros de la mayoría de los grupos formados han reconocido la importancia de mejorar la calidad de la comunicación con los hijos e hijas y de aprender a comunicar sentimientos recurriendo a los mensajes “yo”, aunque, también en ciertos casos, las madres y los padres han encontrado dificultades a la hora de utilizarlos en la práctica real.

Sesión 4: habilidades para superar conflictos

Esta sesión ha sido sin duda la que más problemas ha acarreado a los monitores en las distintas comunidades. De hecho muchos de ellos han resaltado lo complicado que les ha resultado llevar a buen término esta cuarta reunión ya que muchas madres y padres mostraban su preocupación por conocer la “fórmula mágica” para resolver sus problemas concretos y pensaban que esta “fórmula” se les enseñaría en la sesión. Ante esta situación los responsables del programa tuvieron que recurrir a sus habilidades personales para reconducir la sesión y rectificar esta idea distorsionada que algunas madres y padres se formaron sobre el trabajo que se iba a realizar en la reunión.

Además, una vez presentada la estrategia sugerida en el programa para solucionar los problemas que puedan surgir con los hijos/as a estas edades (el proceso de cinco pasos para resolver problemas), algunos participantes la encontraron demasiado teórica y destacaron la dificultad de aplicar este esquema en la práctica diaria. De hecho, muchos monitores han apuntado los problemas que han tenido las madres y los padres para definir el problema desde otros puntos de vista e incluso para aportar alternativas y ver los aspectos positivos de todas ellas. Para poder hacer frente a estas dificultades surgidas en el grupo, los responsables de programa han echado en falta el no disponer de ejemplos hipotéticos concretos en los que estén desarrolladas todas las fases de la resolución del problema. En cuanto a la aplicación de consecuencias adecuadas a las conductas de los hijos/as, los participantes se muestran conformes con su importancia para evitar, sobre todo, la inconsistencia y las diferencias entre el padre y la madre en su establecimiento, pero, nuevamente, encuentran algunas trabas para formularlas y mantenerlas correctamente en el contexto real.

Sesión 5: El establecimiento de una posición familiar firme sobre las drogas

En varias localidades, los monitores han aprovechado esta sesión para hacer un breve repaso de los temas tratados a lo largo del programa y poder recuperarlos para plantear el contenido concreto de esta sesión final, el abordaje del tema de las drogas dentro del hogar.

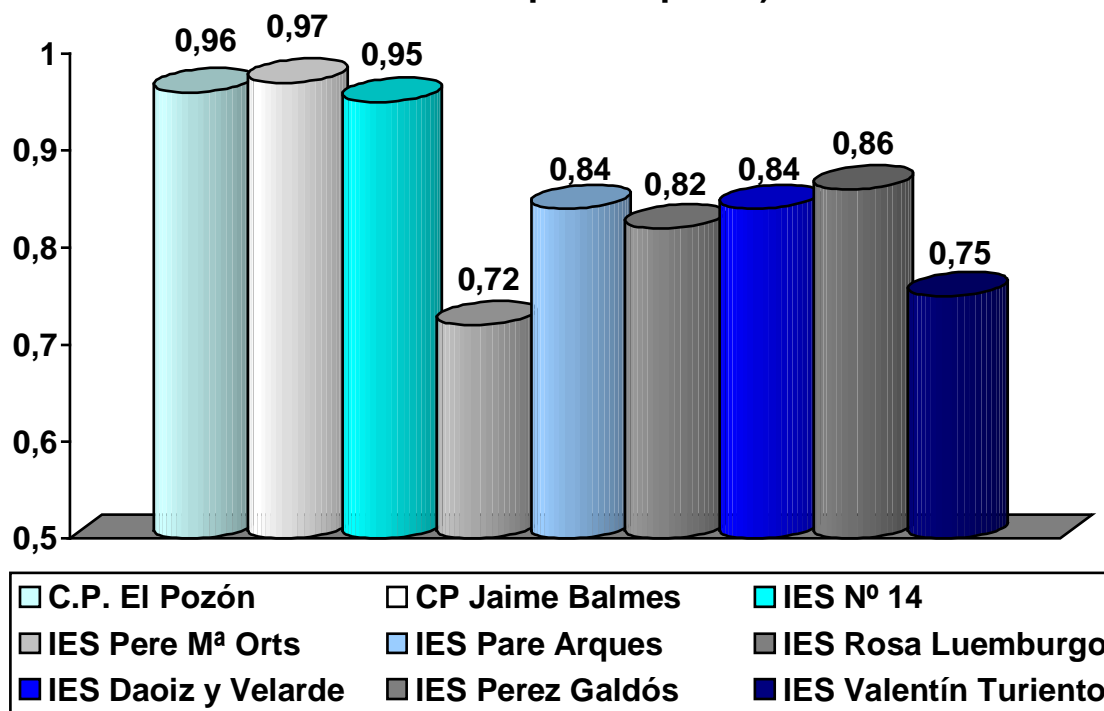
El debate que se establece en los distintos grupos con respecto a esta cuestión ha puesto de relieve la preocupación que las madres y los padres sienten por el comportamiento de los hijos/as cuando están fuera de casa ya que consideran muy importante la influencia que los amigos y amigas ejercen sobre ellos sobre todo en referencia al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

En un importante número de localidades se ha dedicado bastante tiempo a debatir el tema de la influencia del modelado parental sobre el consumo de los hijos/as y, en algunos casos, los monitores han destacado la disconformidad de ciertas madres y padres con la idea de que su consumo pueda afectar al uso de drogas de sus hijos/as. En estos casos sería necesario resaltar la importancia que tienen las actitudes de las madres y los padres ante el consumo de los adolescentes en la neutralización de los posibles efectos del modelado familiar, de forma que la trasmisión de unas actitudes del padre y de la madre contrarias al consumo de los hijos/as y su refuerzo con el establecimiento de unas normas familiares conformes a ellas serían los aspectos cruciales para la protección de los/as adolescentes frente al riesgo de inicio en el consumo.

3.5.4. Información de las madres y los padres participantes en el programa

Esta información proviene de las respuestas a las fichas de evaluación de las sesiones y de las preguntas de satisfacción global con el programa que han cumplimentado los y las asistentes a las sesiones. De los datos obtenidos se desprenden las conclusiones representadas en las siguientes gráficas:

Gráfica 12: Índice de implantación (Evaluación individual participantes)



La gráfica 12 nos ofrece un resumen de la información obtenida de las respuestas de los participantes a los ítems contenidos en las fichas de evaluación de las sesiones y referentes al grado de consecución de los objetivos básicos en cada una de ellas. A este respecto, las respuestas acertadas de las madres y los padres participantes son un índice de implantación del programa ya que nos informan del tratamiento o no de los temas más importantes en las sesiones y del nivel de comprensión y adquisición, por parte de los y las asistentes, de los conocimientos y habilidades desarrolladas a lo largo de las mismas.

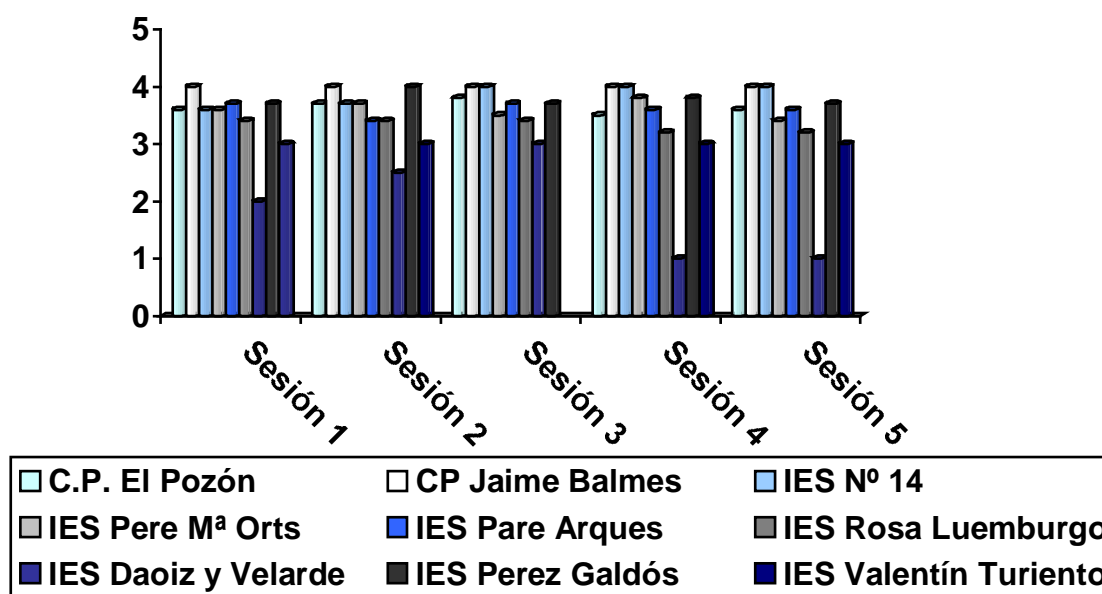
El grado de respuestas parentales acertadas en las sesiones oscila entre los valores 0 y 1. El valor 0 representa un nivel nulo de implantación del programa tal como se ha diseñado y el valor 1 simboliza un nivel máximo de implantación del programa, es decir, tal cual como había sido perfilado. Considerando estos posibles valores, la gráfica nos indica que el grado de implantación ha sido bastante alto en todos los grupos de madres y padres de los que se ha podido recabar esta información ya que, para todos ellos, el valor de implantación es superior a 0.70 y, para la mayoría, superior a 0.80. De los centros educativos representados en la gráfica destacan los valores obtenidos para el C.P. Jaime Balmes (Valencia), C.P. El Pozón (Cáceres) y el I.E.S. Nº 14 (Alicante)

(0.97, 0.96 y 0.95 respectivamente) que indican que, independientemente del número de madres y padres asistentes a las sesiones en estas localidades, el programa ha sido desarrollado con fidelidad y que las y los participantes han demostrado responder de forma apropiada a las cuestiones planteadas en la evaluación de los temas de cada sesión.

Por otra parte, la gráfica 13 nos permite conocer la satisfacción de las madres y los padres participantes en las distintas aplicaciones del programa y utilizarla como un nuevo indicador cualitativo del éxito de las distintas sesiones según la opinión subjetiva del grupo.

En la gráfica se muestra el grado de satisfacción de los y las participantes en los distintos centros con cada una de las sesiones utilizando una escala de 4 puntos. Los valores 0 y 1 representan la existencia de “insatisfacción” de los y las participantes con el trabajo en la sesión, el valor 2 indica su “indiferencia” ante esta cuestión y, finalmente, los valores 3 y 4 son muestra de la “satisfacción” de los y las asistentes a la sesión.

Gráfica 13: Satisfacción con las sesiones del programa



Considerando globalmente los datos que se desprenden de esta última gráfica podemos concluir que para los centros representados existe un alto grado de “satisfacción” de los participantes con el programa salvo en uno de ellos, el I.E.S. Daoiz

y Velarde. Haciendo un análisis más exhaustivo, comprobamos que en todos esos centros el nivel de “satisfacción” de las madres y los padres con las sesiones se acerca en gran medida al grado máximo de esta variable y, de hecho, lo alcanza en el C.P. Jaime Balmes para las cinco sesiones del programa y en I.E.S. N° 14 para las sesiones 3, 4 y 5.

Otro aspecto a analizar en esta gráfica se relaciona con el examen de cuál o cuáles son las sesiones que resultan más gratificantes para las madres y los padres en todos los centros representados. A este respecto, descubrimos que las sesiones que mayormente satisfacen a los participantes en el programa son las sesiones 3 y 2 con un grado de satisfacción medio para cada una de 3.63 y 3.48 respectivamente.

3.5.5. Valoración cualitativa del programa

Como resumen de la información que ha sido desarrollada en los apartados anteriores sobre los aspectos de mayor interés dentro de la intervención podemos afirmar lo siguiente:

Respecto a la valoración del contenido del programa, tanto los responsables de su aplicación como las madres y los padres participantes han calificado muy positivamente los componentes incluidos en el programa. De hecho todos ellos coinciden en considerar la información recibida, los materiales empleados y la metodología seguida como muy buenos, aunque formulan que los temas tratados necesitaban de más tiempo para poder profundizar en ellos. Con este mismo objetivo, monitores y participantes han echado de menos en las sesiones la existencia de actividades de análisis de casos hipotéticos que sirvan de ejemplificación de las situaciones familiares más representativas cuando los/as hijos/as alcanzan la adolescencia.

Con referencia a la participación de madres y padres en la intervención es necesario señalar que, en la presente experiencia, la falta de implicación de la población a la que se destinaba el programa ha ensombrecido los potenciales beneficios que la intervención propuesta aporta a los que han participado en ella. A pesar de ello, debemos destacar la gran fidelidad de las madres y los padres asistentes a las sesiones y el gran nivel de implicación y participación que han demostrado en las aplicaciones del programa dentro de las distintas localidades. Sin duda, en su consecución ha jugado un

papel esencial la motivación demostrada por los responsables en cada localidad por alcanzar el entendimiento con los participantes y su colaboración a la hora de elaborar el calendario de las sesiones y de garantizar la buena marcha del programa.

Estas reflexiones nos permiten concluir que, si bien el programa para padres y madres “Construyendo Salud” ha resultado satisfactorio para quienes han participado en esta experiencia, es muy probable que esta intervención por sí sola no sea suficiente para alcanzar el fin último de prevenir las conductas problema en los/as adolescentes. Sin duda una intervención multicomponente que incorpore actuaciones a distintos niveles (escolar, familiar y comunitario) resultaría mucho más efectiva con relación a este propósito. Desde estas páginas queremos hacer llegar nuestro apoyo al desarrollo de iniciativas preventivas de este tipo para las que, en definitiva, hemos elaborado los componentes escolar y familiar del proyecto “Construyendo Salud”.

4. Conclusiones generales

Bibliografía:

- Alexander, J.F. y Parsons, B.V. (1982). *Functional Family Therapy*. Monterey, CA: Brooks/cole.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Baumrind, D. (1985). Familial antecedents of adolescent drug use: A developmental perspective. En C.L. Jones, y R.J. Battjes (Eds.). *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention*. Washington: NIDA.
- Botvin, G. y Botvin, E. (1993). Adicción juvenil a las drogas: estrategias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración. En García, J.A. y Ruiz, J. (comp.). *Tratado sobre la prevención de las drogodependencias*. FAD-Edex Koloktibia, 17-40.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The Psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interational approach. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 116 (No.2).
- Brook, J.S., Whiteman, M. y Gordon, A.S. (1983). Stages of drug use in adolescence: personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 19, 269-277.
- Bukoski, W.(1991). A framework for drug abuse prevention Research. En Leukefeld y Bukoski (Eds). *Drug abuse prevention intervention research: Methodological issues*. Maryland: NIDA. Pp. 7-28.
- Coie, J.D. (1996). Prevention of violence and antisocial behavior. En Peters, R. y McMahon, R. (Eds.). Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. Pag. (1-18). California: Sage.
- Conner, R. e Burns, P. (1995). Law enforcement and regulatory agencies En Coombs e Ziedonis (Eds.). *Handbook on drug abuse prevention*. Massachusetts: Allyn e Bacon 47-67.

- Dinkmeyer, D. Y McKay, G.D. (1981). *Padres eficaces con entrenamiento sistemático*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Dishion, T.J. y Andrews, D.W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 538-548.
- Elmqvist, D.L. (1995). A systematic review of parent-oriented programs to prevent children's use of alcohol and other drugs. *J. Drug Education*, 25 (3), 251-279.
- Escámez, J. (1990). *Drogas y Escuela: Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Etz, K.E., Robertson, E.B. y Ashery, R.S. (1998). Drug abuse prevention through family-based interventions: future research. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.). *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. Washington: NIDA.
- Evans, R. (1993). El desarrollo de una estrategia de inoculación social para evitar el fumar y demás comportamientos de riesgo para la salud en adolescentes. En García, J.A. e Ruiz, J. (comp.). *Tratado sobre la prevención de las drogodependencias*. 97-119. FAD-Edex Kolktriboa
- Fishbein, M. y Middlestadt, S.E. (1987). Using the theory of reasoned action to develop educational interventions: applications to illicit drug use. *Health Education Research*, 2(4), 361-371.
- Flay, B. (1985) Psychological Approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychology*, 4 (5), pp. 449-488.
- Flay, B. (1985). Psychological Approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychology*, 4 (5), pag. 449-488.
- Friedman, A.S. y Utada, A.T. (1992). Family environments of adolescent drug abusers. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 2, 32-45.

- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. A. Einberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, Department of health and Human Services.
- Gordon, T. (1991). “*PET; Padres Eficaz y Técnicamente Preparados. Nuevo sistema comprobado para formar hijos responsables*”. Editorial Diana, México.
- Grady, K., Gersick, K.E. y Boratynski, M. (1985). Preparing parents for teenagers. A step in the prevention of adolescent substance abuse. *Family Relations*, 34, 541-549.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Brown, E.O., Vadasy, P.F., Roberts, R., Fitzmahon D., Starkman, N., y Ransdell, M. (1988). *Preparing for the drug (free) years*. Seattle: Developmental Research and Programs, Inc., y Roberts, Fitzmahon & Associates.
- Hoffman, J.P. (1993). Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use. *The Journal of Drug Issues*, 23, 535-557.
- Holmberg, M.B. (1984). Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-years-old population. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 71, 67-79.
- Jessor, R. Y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, California: Academic Press.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, pp. 912-924.
- Kandel, D.B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *Int J Addict* 22: 319-342.
- Klizner, M., Gruenewald, P.J. y Bamberger, E. (1990). The assessment of parent-led prevention programs: a preliminary assessment of impact. *Journal of Drug Education*, 20(1), 77-94.
- Kumpfer, K.L. (1998). Selective prevention interventions: the strengthening families program. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.). *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions* (NIDA Research Monograph No. 177. NIH Publication No. 99-4135) Washington DC: U.S. Government Printing Office.

- Limblad, R.A. (1983). Estudio sobre el movimiento de padres contra el uso indebido de drogas en los EEUU. *Boletín de Estupefacientes*, 35(3). 47-60.
- Loeber, R. Y Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 93, 68-99.
- Loeber, R. Y Stouthamer-Loeber, M. (1987) Prediction. En H.C. Quay (Ed.). *Handbook of Juvenil Delinquency*. New York: Wiley.
- Luengo, A., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A., Romero, E. y Otero, J.M. (1998). *Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social*. Madrid: MEC.
- Luengo, M.A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago: Xunta de Galicia.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio del Interior.
- Macià, D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- McDermott, D. (1984) The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. *Adolescence* 19: 89-97.
- McDonald, L. (1996). Families together with schools. En *Promising Programs for Safe Schools*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McKenzie, R. (1997). *Señale los límites*. Madrid: Iberonet.
- Mellinger, G.D. (1971). Psychotherapeutic drug abuse among adults: a model of young drug users?. *Journal of Drug Issues*, 1, 274-285.
- Moskowitz, J. (1985). Evaluating the effects of parent groups on the correlates of adolescents substance abuse. *J. of Psychoactive Drugs*, 17(3), 173-178.
- Pentz, M. (1993). Estrategias innovadoras para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar y en la comunidad. En García, J.A. y Ruiz, J. (comp.). *Tratado sobre la prevención de las drogodependencias*. FAD-Edex Koloktibia, 121-147.

- Plan Nacional Sobre Drogas (1985). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Romero, E., Luengo, M.A. y Otero, J.M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: Un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 19, 149-159.
- Romero, E., Sobral, J. y Luengo, M.A. (1999). *Personalidad y delincuencia. Entre la biología y la sociedad*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Scheider, L.M. y Botvin, G.J. (1998). Relations of social skills, personal competence, and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study. *Journal of Early Adolescence*, 18, 77-114.
- Smart, L.S., Chibucos, T.R. y Didier, L.A. (1990). Adolescent substance use and perceived family functioning. *Journal of Family Issues*, 11, 208-227.
- Stoker, A. y Swadi, H. (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 293-297.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice hall.