



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2019

**LA EFICACIA DE LA PREVENCIÓN FAMILIAR
DEL CONSUMO DE DROGAS EN
ADOLESCENTES**

MARÍA VALERO DE VICENTE



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2019

Programa de Doctorado en Educación

**LA EFICACIA DE LA PREVENCIÓN FAMILIAR
DEL CONSUMO DE DROGAS EN
ADOLESCENTES**

María Valero de Vicente

Directora: Carmen Orte Socías
Director: Lluís Ballester Brage
Tutora: Carmen Orte Socías

Doctor/a por la Universitat de les Illes Balears



Universitat
de les Illes Balears

Dra. Carmen Orte Socías, de la Universidad de las Islas Baleares

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *La eficacia de la prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes*, presentada por María Valero de Vicente para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctor Internacional.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, 7 de mayo de 2019



Universitat
de les Illes Balears

Dr. Lluís Ballester Brage, de la Universidad de las Islas Baleares

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *La eficacia de la prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes*, presentada por María Valero de Vicente para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctor Internacional.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma, 7 de mayo de 2019

La presente tesis doctoral para la obtención del grado de Doctor en Educación ha sido elaborada a partir de los siguientes trabajos de investigación publicados en revistas nacionales e internacionales. Las publicaciones que componen la presente tesis doctoral se pueden consultar de forma íntegra en el apartado de *Compendio de publicaciones*.

- Valero, M., Ballester, L., Orte, C., y Amer, J. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.275>

Scimago Journal & Country Rank, SJR: Q2 en 2017; H Index: 48.

Journal Citation Report, JCR en 2017: 1.516

- Ballester, L., Valero, M., Orte, C., y Amer, J. (2018). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*, online.

<https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842>

Scimago Journal & Country Rank, SJR: Q2 en 2018; H Index: 17.

Journal Citation Report, JCR en 2018: 0.667

- Orte, C., Valero, M., Fernández-de-Álava, M., y Pozo, R. (2018a). El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), 9-28.

Scimago Journal & Country Rank, SJR: Q4 en 2018; H Index: 3.

Todos los coautores de estas publicaciones han certificado su conformidad para el uso de los estudios como parte de esta tesis doctoral. Así mismo, reconocen a la candidata como autora de las publicaciones presentadas y renuncian a la posibilidad de que las mismas formen parte de otra tesis doctoral (véase apartado de *Anexos*).

*La familia no es sólo el semillero donde
se reproducen físicamente los miembros de la sociedad, sino también el
caldo de cultivo donde proliferan los valores y se regenera el tejido social
generación tras generación...*
Iglesias de Usel (1994, p. 543).

DEDICATORIA

Esta tesis quisiera dedicarla especialmente a:

Mi familia. A mis padres, Francisco y Consuelo, y a mi hermano, Fran. Desde siempre, pero en especial mientras se ha desarrollado esta tesis, han sido un pilar de apoyo fundamental. A ellos les debo gran parte de lo que soy hoy día. Gracias por estar en mi vida, enseñarme que uno de los valores más importantes es la constancia, y apoyarme en todos mis proyectos.

Mi pareja, Krasi. Durante este tiempo me ha ayudado a redescubrir la pasión por las cosas que hago, y a ser feliz con lo que tengo, enseñándome que rendirse nunca es una opción, pese a no tenerlo todo a favor. Gracias por intentar comprender mis idas y venidas, y tener siempre los brazos abiertos.

Mi abuela, Patricia. Una de las personas más importantes de mi vida. Le dedico gran parte de estas líneas por ser mi ejemplo de lucha, sacrificio y bondad. Gracias por todos esos momentos en los que disfrutamos de tu compañía.

Y, por último, quisiera dedicar este trabajo a los amigos, compañeros y demás personas importantes que han sido influencia académica y personal a lo largo de todos estos años, y que de una manera u otra han formado parte del recorrido.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, he de reconocer que la elaboración de esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la concesión de la beca de Formación de Personal Investigador [BES-2014-068725] por parte del Ministerio de Economía y Competitividad. Esta beca está asociada al proyecto de investigación: EDU2013-42412-R - "*Adaptación cultural de Strengthening Families Program 12-16. Propuesta de educación familiar basada en evidencia para familias en dificultad social y con hijos adolescentes. Acrónimo: ACUPROBEFAM*", cuya investigadora principal ha sido la Dra. Carmen Orte Socías. Este proyecto fue concedido y llevado a cabo por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES) de la Universidad de las Islas Baleares.

En segundo lugar, quisiera agradecer a mis directores de tesis, la Dra. Carmen Orte y el Dr. Lluís Ballester, por la confianza que han depositado en mí y el interés que han mostrado durante todo este proceso de maduración, aprendizaje y formación. Este trabajo no hubiera sido posible sin vuestra guía, tanto profesional como personal. Pero no solo a ellos, también he contado con la ayuda de mis compañeros del equipo de investigación GIFES, Josep Lluís Oliver, Joan Amer, Marga Vives, Belén Pascual, Maria Antònia Gomila, Rosario Pozo, Victòria Quesada, Lydia Sánchez, Lluç Nevot y Albert Cabellos. Gracias a todo el equipo, que con su trabajo y esfuerzo hacen posible que hoy escriba estas líneas. Tampoco quiero olvidar las contribuciones a este proyecto de otros compañeros como, Aina Mascaró, Carmen López, Miren Fernández o Lluís Vidaña.

En tercer lugar, quisiera agradecer la importante labor de la Universitat de les Illes Balears y su compromiso con la defensa y la promoción de la investigación y de los jóvenes investigadores. Así como también, reconocer la tarea de todo el equipo docente y administrativo que ha participado y posibilitado el desarrollo de esta tesis.

En cuarto lugar, quisiera agradecer la gran acogida que he tenido por parte de la Universidade do Porto durante los tres meses que he estado de estancia en el Centro de Ciências do Comportamento Desviante de la Facultad de Psicología y Ciências da Educação.

Por último, y no menos importante, quisiera agradecer a todas las familias que han participado y colaborado activamente en el Programa de Competencia Familiar, haciendo posible el desarrollo de la presente investigación que posibilita la mejora dentro del ámbito de la intervención socioeducativa con familias y la prevención de las conductas de riesgo.

¡Muchas gracias!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESÚMEN/RESUM/ABSTRACT	8
LISTADO DE ACRÓNIMOS	14
INTRODUCCIÓN	15
1. VULNERABILIDAD EN LA ADOLESCENCIA	16
1.1 Datos sobre el consumo de drogas durante la adolescencia	16
1.2 Daños y consecuencias asociados al consumo de drogas en adolescentes	21
1.3 Factores de riesgo y de protección	22
1.4 Teorías sobre la vulnerabilidad familiar y el desarrollo de problemas de consumo de drogas en adolescentes	30
2. LA PREVENCIÓN FAMILIAR	37
2.1 Rol educativo y socializador de la familia	37
2.2 Los programas de prevención familiar: los elementos que sustentan su eficacia	39
2.3 La prevención familiar selectiva	48
2.4 Práctica Basada en la Evidencia: Evidencias sobre la prevención familiar selectiva	51
3. EL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR 12-16	55
3.1 La adaptación cultural del Strengthening Families Program	55
OBJETIVOS	60
COMPENDIO DE PUBLICACIONES	62
DISCUSIÓN	105
CONCLUSIÓN/CONCLUSION	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
ANEXOS	147

RESUMEN

Castellano

La eficacia de la prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes

La problemática del consumo de drogas con frecuencia se inicia durante la adolescencia, una etapa de transición fundamental para el adecuado desarrollo biopsicosocial. Este importante periodo evolutivo tiene ciertas características que incrementan la vulnerabilidad a conductas de riesgo. Las experiencias tempranas con las drogas tienen efectos de manera inmediata sobre la salud y el bienestar personal, pero también produce otros daños cuyos impactos se observan a largo plazo.

La ciencia preventiva tiene el objetivo de mejorar la salud pública y disminuir los costes sociales, personales y económicos que genera el consumo de drogas. A través de diferentes estudios poblacionales sobre los factores de riesgo y protección se han conseguido identificar algunos de los predictores que predisponen al desarrollo de una relación problemática con las drogas. Estas investigaciones han demostrado de manera unánime que la familia y las dinámicas que se generan en torno a ella, son uno de los elementos más potentes a la hora de predecir y explicar el consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo relacionados.

Una vez reconocida la familia como fuente de vulnerabilidad y protección, los agentes de prevención comienzan a desarrollar estrategias de intervención y recursos basados en este microentorno. Un ejemplo de ello, son los programas socioeducativos - cuyo fin es reforzar el valor de la familia en la educación y la transmisión de modelos de conducta normativa - que fomenten las relaciones positivas entre padres e hijos y que contribuyan a la cohesión social a través de la influencia en múltiples contextos. Desde el nivel selectivo, estas intervenciones se dirigen a los grupos de mayor riesgo psicosocial. El **Programa de Competencia Familiar 12-16** es la adaptación cultural del internacionalmente conocido *Strengthening Families Program*, un ejemplo de intervención selectiva basado en la evidencia para la prevención del consumo en adolescentes

El objetivo de esta tesis es revisar las evidencias sobre eficacia de la intervención familiar selectiva, comprobar la inclusión de la perspectiva de género en la prevención familiar, examinar la eficacia diferencial de los programas familiares en función del género, y evaluar los resultados del **Programa de Competencia Familiar** en busca de perfiles específicos en base a las dinámicas familiares.

Los resultados muestran que la intervención familiar es eficaz para mejorar las dinámicas familiares y la parentalidad positiva, aspectos que previenen el consumo en la adolescencia. Los tamaños del efecto más altos se encuentran en programas como el *Strengthening Families Program*, diseñado y orientado específicamente para producir mejoras en estas dimensiones. Con relación a la perspectiva de género se observa cómo su incorporación en la prevención familiar es limitada, aunque los análisis de resultados desagregados por sexo sí están más extendidos. Por otro lado, en cuanto al **Programa de Competencia Familiar**, se observan diferentes perfiles de familias al finalizar, agrupados en función de sus dinámicas familiares.

A modo de conclusión, se discute la necesidad de realizar un esfuerzo por homogeneizar las metodologías de los programas preventivos con el fin de poder establecer comparaciones válidas y estudios más completos sobre su eficacia. También se argumenta la necesidad de seguir con la investigación que proviene desde la perspectiva de género, para incluirla en los diseños y probar su eficacia diferencial. Y, por último, se interpretan los efectos del **Programa de Competencia Familiar** en las dinámicas familiares al inicio y al final del programa y las posibles implicaciones sobre variables como la motivación, la participación o la intensidad de la intervención.

RESUM

Catalá

L'eficàcia de la prevenció familiar del consum de drogues en adolescents

La problemàtica del consum de drogues amb freqüència s'inicia durant l'adolescència, una etapa de transició fonamental per a l'adequat desenvolupament biopsicosocial. Aquest important període evolutiu té certes característiques que incrementen la vulnerabilitat a conductes de risc. Les experiències primerenques amb les drogues tenen efectes de manera immediata sobre la salut i el benestar personal, però també produeixen altres danys i els impactes s'observen a llarg termini.

La ciència preventiva té l'objectiu de millorar la salut pública i disminuir els costos socials, personals i econòmics que genera el consum de drogues. A través de diferents estudis poblacionals sobre els factors de risc i protecció s'han aconseguit identificar alguns dels predictors que predisposen a desenvolupar una relació problemàtica amb les drogues. Aquestes recerques han demostrat de manera unànime que la família i les dinàmiques que es generen entorn d'ella són un dels elements més potents a l'hora de predir i explicar el consum de drogues i altres comportaments de risc relacionats.

Una vegada reconeguda la família com a font de vulnerabilitat i protecció, els agents de prevenció comencen a desenvolupar estratègies d'intervenció i recursos basats en aquest microentorn. Un exemple d'això són els programes socioeducatius - la finalitat dels quals és reforçar el valor de la família en l'educació i en la transmissió de models de conducta normativa - que fomentin les relacions positives entre pares i fills i que contribueixin a la cohesió social a través de la influència en múltiples contextos. Des del nivell selectiu, aquestes intervencions es dirigeixen als grups de major risc psicosocial. El **Programa de Competència Familiar 12-16** és l'adaptació cultural de l'internacionalment conegut *Strengthening Families Program*, un exemple d'intervenció selectiva basada en l'evidència per a la prevenció del consum en adolescents.

Els objectius d'aquesta tesi són revisar les evidències sobre l'eficàcia de la intervenció familiar selectiva, comprovar la inclusió de la perspectiva de gènere en la prevenció familiar, examinar l'eficàcia diferencial dels programes familiars en funció del gènere, i avaluar els resultats del **Programa de Competència Familiar** a la recerca de perfils específics sobre la base de les dinàmiques familiars.

Els resultats mostren que la intervenció familiar és eficaç per a millorar les dinàmiques familiars i la parentalitat positiva, aspectes que prevenen el consum en l'adolescència. Els tamanyos d'efecte més alts es troben en programes com el *Strengthening Families Program*, dissenyat i orientat específicament per a produir millores en aquestes dimensions. En relació a la perspectiva de gènere s'observa com la seva incorporació en

la prevenció familiar és limitada, encara que les anàlisis de resultats desagregats per sexe sí que estan més esteses. D'altra banda, en quant al **Programa de Competència Familiar**, s'observen diferents perfils de famílies al finalitzar, agrupats en funció de les seves dinàmiques familiars.

A manera de conclusió, es discuteix la necessitat de realitzar un esforç per homogeneïtzar les metodologies dels programes preventius amb la finalitat de poder establir comparacions vàlides i estudis més complets sobre la seva eficàcia. També s'argumenta la necessitat de seguir amb la recerca que prové des de la perspectiva de gènere, per a incloure-la en els dissenys i provar la seva eficàcia diferencial. I finalment, s'interpreten els efectes del **Programa de Competència Familiar** en les dinàmiques familiars a l'inici i al final del programa i les possibles implicacions sobre variables com la motivació, la participació o la intensitat de la intervenció.

ABSTRACT

English

Efficacy of family prevention of drug use in adolescents

The problem of drug abuse often begins during adolescence, a stage of transition that is fundamental for proper biopsychosocial development. This important evolutionary period has certain characteristics that increase vulnerability to risk behaviors. Early experiences with drugs have immediate effects on health and personal well-being, and also result in longer term harm.

Prevention science aims to improve public health and reduce the social, personal, and economic costs generated by drug use. Through different population studies on risk and protective factors, it has been possible to identify some of the predisposing predictors to developing a problematic relationship with drugs. These studies have unanimously demonstrated that family and the dynamics generated around it are one of the most potent elements when it comes to predicting and explaining drug use and other related risk behaviors.

Once the family is recognized as a source of vulnerability and protection, prevention agents begin to develop intervention strategies and resources based on this microenvironment. An example of this is socio-educational programs – whose aim is to strengthen the value of the family in education, and the transmission of models of normative behavior – which foster positive relationships between parents and children, and which contribute to social cohesion through their influence in multiple contexts. From the selective level, these interventions are directed at groups with the highest psychosocial risk. The **Family Competence Program 12-16** is the cultural adaptation of the internationally known *Strengthening Families Program*, an example of evidence-based selective intervention for the prevention of teenage consumption.

The objective of this thesis is to review the evidence on the effectiveness of selective family intervention, check on the inclusion of a gender perspective in family prevention, examine the differential effectiveness of family programs according to gender, and evaluate the results of the **Family Competence Program** in search of specific profiles based on family dynamics.

The results show that family intervention is effective at improving family dynamics and positive parenting, aspects that prevent adolescent consumption. The largest effect sizes are found in programs such as the *Strengthening Families Program*, designed and oriented specifically to produce improvements in these dimensions. Regarding the gender perspective, we can see how its incorporation into family prevention is limited, although the analysis of results disaggregated by sex are more widespread. On the other hand,

regarding the **Family Competence Program**, different family profiles are observed when finalized, grouped according to their family dynamics.

By way of conclusion, the need to make an effort to homogenize the methodologies of preventive programs in order to establish valid comparisons and more complete studies on their effectiveness is discussed. The need to continue with research that comes from the gender perspective is also argued, to include it in designs and to test its differential effectiveness. Finally, the effects of the **Family Competence Program** are interpreted with regard to family dynamics at the beginning and end of the program, and possible implications on variables such as motivation, participation, and intensity of the intervention.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

<i>EMCDDA</i>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<i>ESTUDES</i>	Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias
<i>IVF</i>	Índice de Vulnerabilidad Familiar
<i>NIDA</i>	National Institute on Drug Abuse
<i>OEDA</i>	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
<i>PBE</i>	Práctica Basada en la Evidencia
<i>PCF</i>	Programa de Competencia Familiar
<i>PNSD</i>	Plan Nacional Sobre Drogas
<i>SPR</i>	Society Prevention Research
<i>SFP</i>	Strengthening Families Program
<i>TE</i>	Tamaño del efecto
<i>UNODC</i>	United Nations Office on Drugs and Crime

INTRODUCCIÓN

La prevención familiar del consumo de drogas y otros factores de riesgo en los adolescentes se ha convertido en una de las áreas de investigación más relevantes desde el punto de vista de la intervención socioeducativa. Este trabajo se enmarca dentro de la investigación en prevención familiar, y de manera más concreta sobre la prevención dirigida a familias en riesgo. La presente tesis doctoral, compuesta por tres publicaciones en revistas internacionales y nacionales, pretende realizar aportaciones relevantes dentro del campo de investigación en prevención familiar selectiva.

A lo largo de esta introducción se presentan tres apartados que tratan de organizar la información sobre el marco teórico de referencia y el estado actual de la cuestión, con el fin de contextualizar la presente tesis doctoral. En el primer apartado, se revisa la situación de vulnerabilidad de los adolescentes hacia el consumo de drogas, así como los daños y consecuencias que puede ocasionar el consumo de drogas. También se examinan los factores de riesgo y protección asociados al consumo, y algunas de las teorías más relevantes sobre el papel de la familia como elemento de vulnerabilidad para el desarrollo de las conductas problemáticas.

En el segundo apartado, se enfatiza en el valor educativo de la familia como agente primario de socialización, y se detallan las condiciones que han determinado que la intervención familiar esté considerada una estrategia de prevención eficaz frente a las conductas de riesgo en la adolescencia. Además, se enfatiza en las características de la prevención familiar selectiva y algunos de las cuestiones más relevantes a tener en cuenta en este nivel de intervención.

Para finalizar la introducción, el tercer apartado se presenta el **Programa de Competencia Familiar**, la adaptación cultural del conocido *Strengthening Families Program*, como ejemplo de Práctica Basada en la Evidencia para la prevención del consumo de drogas y otros comportamientos disruptivos durante la adolescencia.

1. VULNERABILIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Los estudios sobre la vulnerabilidad son uno de los ejes fundamentales sobre los que se asienta buena parte de la intervención preventiva. El hecho de que la adolescencia se considere una etapa especialmente vulnerable, por sus características intrínsecas y extrínsecas, es el primer paso para el desarrollo de la práctica preventiva sobre esta población objetivo (Kim-Spoon y Farley, 2014). Diversas investigaciones han comprobado que el consumo de drogas a edades tempranas aumenta las posibilidades de presentar adicción en la edad adulta, así como otros problemas emocionales y de comportamiento (Cadaveira, 2009; Squeglia y Cservenka, 2017).

A continuación, se presenta una recopilación de datos sobre el consumo de drogas en esta franja etaria, tanto a nivel nacional como internacional y se exploran algunas de las consecuencias y daños asociados. Además, se profundiza sobre los factores de riesgo y protección específicos para la población adolescente, prestando especial atención a la influencia de la vulnerabilidad familiar sobre este grupo de riesgo.

1.1 Datos sobre el consumo de drogas durante la adolescencia

La reducción del consumo de drogas entre los jóvenes se ha convertido en uno de los grandes objetivos de las prácticas preventivas y los informes oficiales más actuales reflejan cambios en las tendencias sobre consumo. A lo largo del siguiente subapartado, se exponen datos sobre los patrones desde una perspectiva temporal, en la que se puede observar como han cambiado los tipos de drogas, las frecuencias, las modalidades y los contextos de consumo. El consumo de drogas como fenómeno social está en continuo movimiento, más allá de las propiedades de la sustancia o de los efectos que tienen sobre la salud (Fundación Atenea, 2013). Además, se muestra la irrupción de las nuevas modalidades de consumo entre los adolescentes como el *binge drinking*¹ o el *vaping*² y los análisis desde la perspectiva de género. A pesar de que siempre han existido patrones de consumo diferencial, hasta el momento esta visión ha recibido poca atención en la literatura. Esto tiene implicaciones a la hora de diseñar intervenciones que deben dar respuesta a las necesidades concretas de cada género (Orte, Valero, Fernández-de-Álava, y Pozo, 2018a).

¹ Patrón de consumo de alcohol compulsivo.

² Acto de vapear o fumar en cigarrillos electrónicos.

A nivel mundial, tal y como muestran los datos recogidos por la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2018) el número de personas que ha consumido drogas al menos una vez en los últimos 12 meses asciende a los 275 millones, lo equivalente a un 5,6% de la población mundial de entre 15 y 64 años. Otras encuestas como la realizada por la European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2018) estima que unos 92 millones de ciudadanos europeos de entre 15 y 64 años ha consumido alguna droga ilegal a lo largo de su vida. De ellos, unos 18,2 millones en el último año son jóvenes de entre 18 y 34 años. Un 18% de los jóvenes encuestados ha probado alguna vez el cannabis, convirtiéndose en la droga ilegal con mayor frecuencia de consumo, seguida de la cocaína, el MDMA y las anfetaminas (EMCDDA, 2018). El consumo de drogas no es un asunto que afecte a una única región, sino que se trata de un tema de relevancia mundial; que además tiene implicaciones sanitarias, legales, judiciales y sociales, por su estrecha vinculación con el narcotráfico, la delincuencia o el ejercicio de la violencia.

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2017) a través de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), informa sobre los patrones de uso de drogas entre los estudiantes españoles de 14 a 18 años. En el último informe, realizado en el año 2016/2017, encuentran que las drogas con mayor prevalencia de consumo en los últimos 12 meses son el alcohol, el tabaco y el cannabis (OEDA, 2017a). Siendo las drogas legales las más usadas por los estudiantes.

A la pregunta de si, cada vez se inician antes los jóvenes en el consumo, la respuesta no es fácil. Las edades de inicio dependen del tipo de sustancia de la que estemos hablando (OEDA, 2017a). Por ejemplo, se sabe que las drogas legales presentan edades de inicio más tempranas (hasta un año antes que las ilegales), como es el caso del alcohol o el tabaco, en el que los primeros contactos ocurren a alrededor de los 14 años (OEDA, 2017a). El consumo se produce a edades en presencia de cambios físicos, psicológicos y sociales muy importantes. Aunque, en general la tendencia se mantiene estable, incluso ha aumentado la edad del primer consumo respecto a años anteriores, la realidad es que sigue siendo preocupante. Se trata de edades en las que no se tiene la mayoría de edad y sin embargo acceden con relativa facilidad a diferentes drogas. Mientras tanto, los informes sostienen que durante el último mes el 67% de los jóvenes de 14 a 18 años ha consumido alcohol y el 21,8% ha tenido al menos una borrachera, el 8,8% ha fumado tabaco diariamente durante el último mes y el 18,3% ha consumido cannabis (OEDA, 2017a).

Un elemento significativo por examinar es la relación entre género y tipo de sustancia. Se observan algunos patrones de consumo diferenciado, por ejemplo, en la última encuesta ESTUDES se constata que los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres drogas ilegales, mientras que el consumo de drogas legales es más prevalente entre las mujeres (OEDA, 2017a). En el caso del tabaco, el consumo diario entre los 15 y los 64 años es del 30,8% de la población (OEDA, 2017b). Entre los estudiantes, el 27,3% ha fumado en los últimos 30 días y de ellos el 52,2% son mujeres. El 30,4% de los

que han consumido en el último mes, los padres son concedores y permiten el consumo (OEDA, 2017a). A pesar de que el tabaco socialmente ya no está bien visto y esto ha provocado un descenso en su consumo en los últimos 15 años (OEDA, 2017b), si han aumentado el consumo de tabaco de liar y los cigarrillos electrónicos (Liquete et al., 2015; Tarrazo et al., 2017). En relación con las nuevas modalidades de consumo, destacamos que el 20% de los jóvenes declara haber probado en alguna ocasión a fumar mediante cigarrillos electrónicos (OEDA, 2017a). Así mismo, algunos estudios alertan de la baja percepción de riesgo sobre el uso de estos dispositivos entre los adolescentes españoles. Especialmente más bajo entre las mujeres, lo que aumenta la disposición hacia su uso (Liquete et al., 2015).

En España el número de estudiantes que ha consumido alcohol durante los últimos 12 meses (en 2016) asciende a 1.160.200, unos 37.900 más que en 2014 (OEDA, 2017a). En los últimos 15 años ha irrumpido con fuerza el fenómeno del *binge drinking* (Isorna et al., 2015; Parada et al., 2011). Se trata de un patrón de consumo compulsivo en forma de atracones, que generalmente ocurre durante los fines de semana, en contexto festivo y de ocio y que se realiza en grupo. Para que pueda considerarse un consumo por atracón se debe de tomar 5 o más bebidas alcohólicas en el caso de los hombres y 4 o más en el caso de las mujeres, en un intervalo de dos horas (OEDA, 2017ab). El último informe ESTUDES, señala que un 31,7% de los adolescentes ha tenido un episodio de *binge drinking* en el último mes (OEDA, 2017a). Además, llama la atención que de los jóvenes que consumen alcohol, el 48,3% lo hace bajo la aprobación de sus padres (OEDA, 2017a). Sobre los consumos intensivos, se observa que las mujeres comienzan antes, sin embargo, conforme pasan los años el consumo se iguala al de los hombres (véase gráfico 1 y 2).

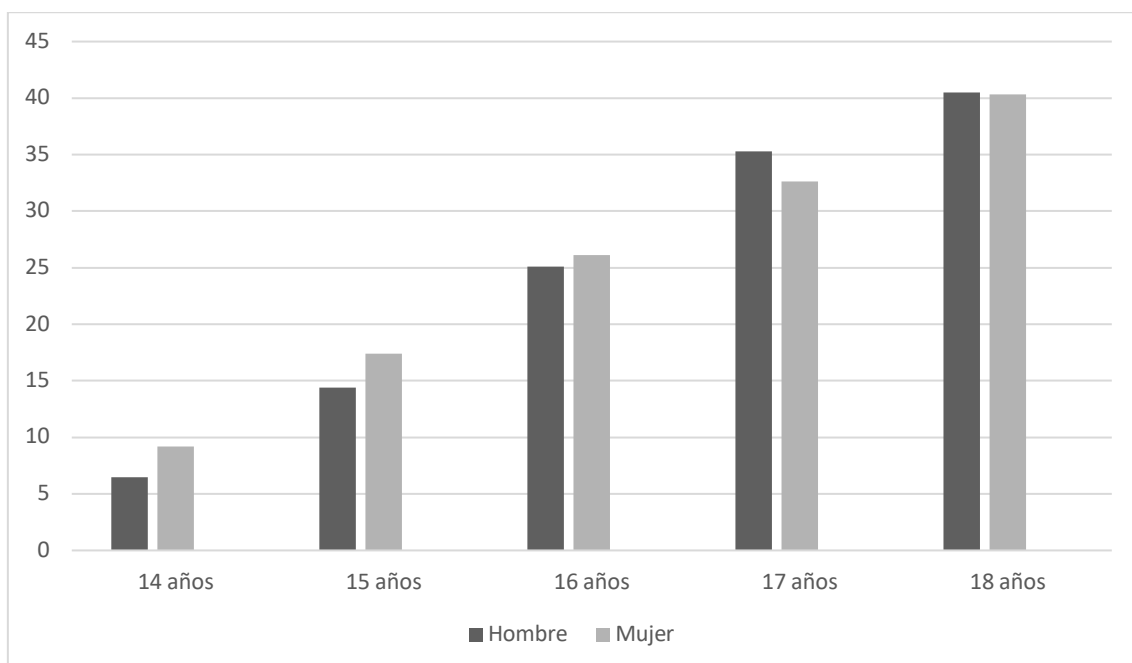


Gráfico 1. Porcentaje de borracheras en el último mes por sexo y edad.

Fuente. Informe ESTUDES 2016/2017, OEDA (2017a).

En el gráfico 1 se observa como a los 14 años las mujeres consumen más que los hombres. El consumo continúa creciendo para ambos hasta los 17 años, donde se invierte la tendencia, pasando a ser mayor el consumo en hombres que en mujeres, aunque sin mucha diferencia. No obstante, sigue siendo elevado para ambos (más de un 40% de borracheras en el último mes). En el gráfico 2 se observa un incremento constante en los episodios de *binge drinking* a lo largo de la adolescencia, más importantes para las mujeres en los primeros años y a la inversa en el caso de los hombres, los cuales tienen mayor consumo en la cercanía de los 18 años.

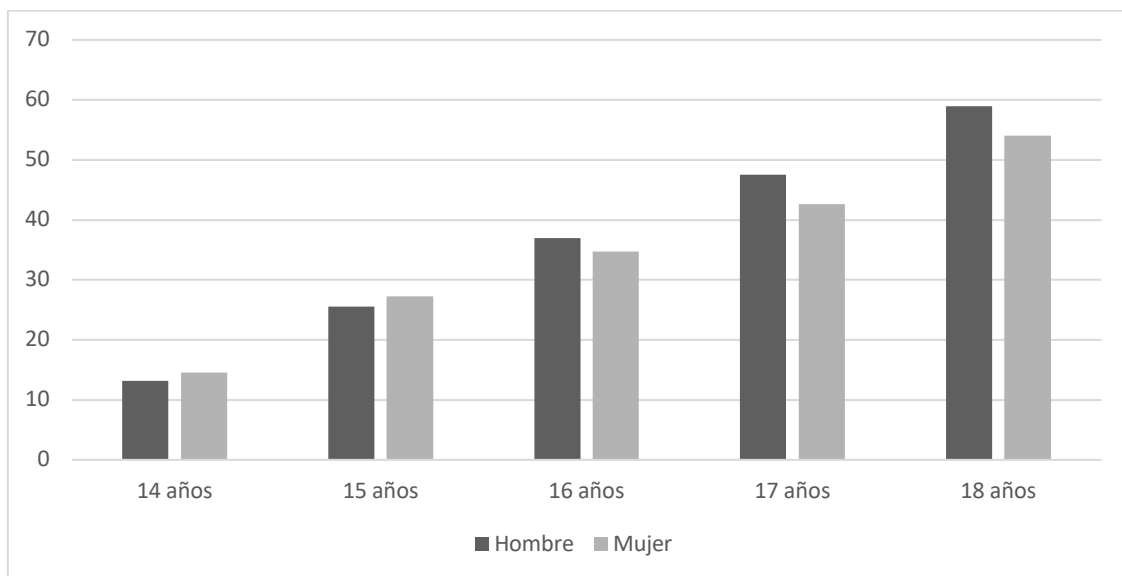


Gráfico 2. Porcentaje de *binge drinking* en el último mes por sexo y la edad.

Fuente. Informe ESTUDES 2016/2017, OEDA (2017a).

Con relación al consumo de cannabis o marihuana se observa un incremento a nivel global en la última década. Aproximadamente 192 millones de personas en el mundo han consumido cannabis en el último año, siendo más popular entre los jóvenes (UNODC, 2018). En cuanto a consumo de cannabis entre los estudiantes españoles, encontramos que el 57% son hombres, que el 44,2% ha repetido algún curso escolar, y que el 8,8% de los padres consiente o permite el consumo (OEDA, 2017a). Durante el año 2016, 398.600 estudiantes habían consumido cannabis en el último año, unos 23.700 más que en el año 2014. Del total de los estudiantes que habían consumido cannabis en el último año, el 13,3% presentan un consumo problemático³. De ellos, el 65% son hombres y en el 55,2% de los casos la hora de llegada a casa es más tarde de las 4 am. El 21% declara que sus padres son conocedores y permisivos con el consumo y el 13% declara que tiene malas relaciones con sus padres (OEDA, 2017a). Además, los consumidores problemáticos de

³ Evaluado a partir del instrumento Cannabis Abuse Screening test y obteniendo una puntuación mayor o igual a 4.

cannabis perciben mayor disponibilidad de acceso a las drogas, una menor percepción del riesgo asociado al consumo y también presentan mayores índices de policonsumo (OEDA, 2017b).

El consumo de hipnosedantes, con y sin receta, se ha ido popularizando en los últimos años, mostrando una tendencia al accenso desde 2009 hasta 2013. Se denomina hipnosedantes a un amplio espectro de sustancias como Lexatín, Orfidal, Noctamid, Trankimazin, Rohipnol, Tranxilium, Diacepam, Valium, Stilnox, Zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc. (OEDA, 2017b). Los datos recogidos en 2015 revelan que el 18,7% de la población de entre 15 a 64 años han consumido alguna vez en la vida hipnosedantes con o sin receta, mientras que el 8,1% los ha consumido en los últimos 30 días y el 6,0% los consume a diario (OEDA, 2017b). El 62,2% de estos consumidores son mujeres. A pesar de que los datos sitúan el primer consumo a los 35,6 años (OEDA, 2017b), al menos un 17,6% de los jóvenes los ha consumido alguna vez en la vida, el 11,6% en el último año y un 5,9% en el último mes (OEDA, 2017a). Así mismo el 14,4% de las mujeres estudiantes reconoce haber consumido hipnosedantes con o sin receta en el último año.

Sin embargo, entre los jóvenes españoles el consumo de otras drogas, como la cocaína permanece relativamente estable desde el 2009 (OEDA, 2017b). En el 2015, el 8,9% de la población refería haber consumido cocaína en polvo durante el último año (OEDA, 2017b). Entre los estudiantes, sólo un 1% reconoce haberla consumido en el último mes, de los cuales el 73,6% son hombres (OEDA, 2017a).

En relación con el riesgo percibido y asociado a las diferentes sustancias, resulta preocupante el hecho de que entre los jóvenes españoles el alcohol se perciba como la droga menos peligrosa, o que sigan considerando que el consumo de cannabis tiene un menor riesgo que el consumo de tabaco (OEDA, 2017a). Así mismo, estudios como el de Johnston y colaboradores (2018), jóvenes americanos manifiestan variaciones en el riesgo percibido de unas sustancias a otras (legales e ilegales) que cambia a lo largo del tiempo. Para explicar algunas de estas variaciones sociales hay que tener en cuenta los impactos de decisiones políticas, campañas de prevención, publicidad, modas, corrientes sociales etc.

Algunos estudios en España sugieren que la percepción del riesgo asociado a las drogas se relaciona con su consumo (Liquete et al., 2017), y en las encuestas las mujeres presentan mayor percepción de riesgo que los hombres en todas las sustancias evaluadas (OEDA, 2017a). Otros estudios sugieren que los jóvenes que no son consumidores presentan actitudes más negativas hacia el consumo, y tienen presente las consecuencias para la salud en comparación con los consumidores (Méndez-Ruiz, de Jesús Alonso-Castillo, Alonso-Castillo, Uribe-Alvarado, y Armendáriz-García, 2015; OEDA, 2017a).

En cuanto a los patrones de consumo y ocio nocturno, encontramos variaciones en el fenómeno de consumo entre países, pero que comparten algunas características. Por

ejemplo, se observan consumos relacionados con eventos sociales y de ocio (Gripenberg-Abdon et al., 2012; Nordfjærn, Bretteville-Jensen, Edland-Gryt, y Gripenberg, 2016; Llorens, Tomás, Aguilar, y Tortajada, 2011). En España uno de los fenómenos que se ha estudiado es el consumo de alcohol, *botellón*⁴ y más recientemente el *binge drinking* (Gómez-Fraguela, Fernández, Romero, y Luengo, 2008; Isorna et al., 2015). Revisiones como la de Fernández-Calderón, Lozano-Rojas, y Rojas-Tejada (2013) señalan el riesgo de otros eventos sociales menos estudiados como las *raves*⁵, los festivales de música electrónica y el MDMA. Como se ha visto en párrafos anteriores, la permisividad de los padres está implicada en el consumo que realizan los jóvenes españoles en el contexto de ocio. Por ejemplo, la frecuencia de consumo de drogas aumenta conforme lo hace el número de salidas nocturnas y disminuye conforme se adelanta la hora de llegada a casa. Este efecto se observa tanto para drogas legales como ilegales (OEDA, 2017a).

1.2 Daños y consecuencias asociadas al consumo de drogas en adolescentes

La adolescencia está considerada una etapa del desarrollo especialmente vulnerable a diferentes conductas de riesgo (Kim-Spoon y Farley, 2014). Sabemos que durante esta fase tienen lugar grandes cambios físicos y psicológicos que marcan la transición hacia la vida adulta. Dependiendo de cómo se haga esta transición observamos mayor o menor problemática en los jóvenes adultos (Hidalgo y Júdez, 2007; Sussman, Skara, y Ames, 2008; Stone, Becker, Huber, y Catalano, 2012). Ciertas características biopsicosociales hacen de esta etapa evolutiva un periodo de desarrollo especialmente sensible. Algunas de ellas, tienen que ver con el propio proceso de maduración, como la sensación de invulnerabilidad, la presión por parte del grupo de iguales, la falta de autocontrol, la búsqueda de autonomía e identidad o la baja percepción de riesgo (Becoña, 2000; Hidalgo y Júdez, 2007; Krohn, Lizotte, y Perez, 1997; Uribe, Verdugo, y Zacarías, 2011). Otras características están relacionadas con el entorno y contexto social en el cuál los jóvenes interactúan (barrio, escuela, amigos, etc.). Estas circunstancias predisponen al consumo experimental y al inicio temprano, lo que implica mayor riesgo para la salud y el desarrollo posterior (National Institute on Drug Abuse, NIDA, 2016). Es por ello por lo que, en los últimos años se ha constituido como uno de los grandes objetivos en el campo de la prevención de la drogadicción (Bröning et al., 2017; NIDA, 2018; Stone et al., 2012; Valero, Ballester, Orte, y Amer, 2017).

Algunos estudios sobre el consumo de drogas en adolescentes destacan los problemas de salud pública con un elevado coste social (Coombes, Allen, Marsh, y Foxcroft, 2009; Segrott et al., 2014; Uribe et al., 2011). Entre los problemas derivados del consumo de

⁴ Término que se ha designado para describir el consumo de alcohol en contexto de ocio nocturno entre los jóvenes españoles.

⁵ Evento musical y de baile de carácter festivo que se produce al aire libre y hasta altas horas de la noche. Generalmente es improvisada, en lugares sin autorización y de manera clandestina.

drogas encontramos complicaciones sanitarias que requieren atención urgente (intoxicaciones y comas etílicos), diversos comportamientos sexuales de riesgo (embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual), situaciones de abuso sexual (Isorna et al., 2015), comportamiento antisocial, problemas legales, alteraciones emocionales y problemas de salud mental (Altell, 2018; Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003; Metrik, Caswell, Magill, Monti, y Kahler, 2016; Negreiros, 2006; Palacios y Andrade, 2007). Algunos estudios exploratorios como el de Moral y Ovejero (2009) con jóvenes de entre 12 y 18 años (del Principado de Asturias) señalan que las experiencias tempranas y los contextos de ocio están relacionados, junto con otras variables. El consumo prematuro tiene efectos sobre el desarrollo cerebral, el funcionamiento cognitivo y el rendimiento académico (Chen, Storr, y Anthony, 2009; Jones, Lueras, y Nagel, 2017). También se han observado mayores niveles de desajuste social, abandono prematuro del colegio, conflictividad familiar, trastornos del estado de ánimo, así como aumento del riesgo de suicidio y trastornos psicóticos inducidos por sustancias (Bousoño et al., 2017; Coombes et al., 2009; Segrott et al., 2014).

A pesar de todas las consecuencias negativas y los riesgos asociados a esta etapa, no todos los jóvenes que experimentan con las drogas durante la adolescencia terminaran desarrollando un consumo problemático en la edad adulta. El estudio factores de riesgo y protección ha centrado las preguntas de investigación para conocer la mayor o menor probabilidad de presentar consumos problemáticos (EMCDDA, 2004; Kulis, Nieri, Yabiku, Stromwall, y Marsiglia, 2007).

1.3 Factores de riesgo y de protección

El consumo de drogas en adolescentes depende de la influencia de determinados factores sobre el comportamiento de los jóvenes y su entorno, así como de las particularidades del propio proceso madurativo (Hensen y Ellis, 2015). Pero ¿qué factores concretos determinan que un adolescente consuma drogas o que no lo haga? o ¿de qué manera estos factores se relacionan entre sí para conseguir mantener a un joven alejado del consumo?

La ciencia de la prevención reflexiona sobre estas preguntas y trata de delimitar qué factores de riesgo y protección influyen en el desarrollo de conductas adictivas con el fin de evitarlas. Desde los años 90 se ha investigado estas cuestiones e intentado aislar que variables pueden estar relacionadas con la vulnerabilidad y cómo se interrelacionan entre sí (Hawkins, Catalano, y Miller, 1992; Hidalgo y Júdez, 2007; Stone et al., 2012). Este modelo explicativo, ha sido especialmente importante para el diseño de estrategias dirigidas a la prevención (López y Rodríguez-Arias, 2010). Los factores de riesgo se asocian con mayor “vulnerabilidad” o probabilidad de presentar problemas de consumo, mientras que, los factores de protección se relacionan con la “resistencia” o la reducción de las probabilidades de consumo (Stone et al., 2012). En un primer momento, los

esfuerzos se han centrado en la reducción de factores de riesgo, pero esta posición resultó limitada, debido a la imposibilidad o dificultad para cambiar algunos de los factores de riesgo más importantes (sexo, edad, genética, etc.). Trabajar únicamente desde la reducción de riesgos reduce las posibilidades de prevención, ya que no se proporcionan elementos de resistencia. Por tanto, no es suficiente trabajar con las fuentes de vulnerabilidad, sino que es necesario buscar estrategias y acciones dirigidas a neutralizar sus influencias, minimizando o compensando los efectos del riesgo. En estos momentos, la ciencia preventiva trabaja desde un enfoque complementario (Brook y Brook, 1990; Herman, Riley-Tillman, y Reinke, 2012; Israelashvili y Romano, 2016; Stone et al., 2012).

Siguiendo esta estructura, el objetivo principal de las estrategias de prevención es reducir la vulnerabilidad asociada a los factores de riesgo y fortalecer a los individuos y a los diferentes grupos sociales, a partir del desarrollo de los factores de protección. Muchos de los factores de protección asociados al consumo de drogas en la adolescencia también moderan o neutralizan otros problemas de comportamiento como la comisión de actos delictivos, el abandono o fracaso escolar y los comportamientos sexuales de riesgo (Hawkins et al., 1992). Hawkins y colaboradores (1992) señalan la dificultad para analizar los factores por separado, si existen interrelaciones e influencias múltiples y recíprocas. En muchas ocasiones, delimitar factores puede resultar especialmente complejo y artificial en su investigación y comprensión (Herman et al., 2012). La investigación tradicionalmente se ha configurado en torno al estudio de los factores desde un nivel individual o personal, comunitario, familiar, escolar, o del grupo de iguales (Hemphill et al., 2011; López y Rodríguez-Arias, 2010; Stone et al., 2012).

A continuación, se presenta una de las primeras, y más importantes clasificaciones sobre los factores de riesgo y protección hacia el consumo de sustancias en adolescentes (véase tabla 1). Se trata de la clasificación de Hawkins y colaboradores de 1992 basada en su *Modelo de Desarrollo Social* (Hawkins y Weis, 1985) que se presenta más detalladamente en el siguiente apartado (véase apartado 1.4).

Tabla 1. Clasificación de factores de riesgo y protección hacia el consumo de drogas en adolescentes de Hawkins y colaboradores (1992).

Factores individuales y psicológicos	
	Problemas de salud mental
	Abuso físico, sexual o emocional
	Factores fisiológicos y vulnerabilidad genética
	Bajo control de impulsos
	Dolor o enfermedad médica
	Uso temprano de drogas
	Problemas de comportamiento temprano y persistente
	Actitudes favorables a las drogas
Factores socioculturales	
Familia	Padres consumidores y actitudes positivas hacia el uso de drogas

	Prácticas parentales inconsistentes o escasas
	Conflicto familiar
	Vínculo familiar pobre
	Bajas expectativas de éxito para los hijos
Iguales	Relaciones con amigos consumidores
	Rechazo de los iguales
Escuela	Fracaso escolar
	Bajo nivel de compromiso e implicación escolar
Comunidad	Leyes y normas favorables al consumo
	Disponibilidad de acceso a la sustancia
	Necesidad económica extrema y exclusión social
	Barrios desestructurados

Fuente: Adaptado de Hawkins et al. (1992) y Becoña (2002).

Otra clasificación más actualizada y que también cuenta con reconocimiento internacional, es la propuesta realizada por UNODC en 2015 (véase tabla 2). Esta clasificación se configura en torno a tres niveles, el entorno a nivel macro, el entorno a nivel micro, y las características personales.

Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo según la UNODC (2015).

Entorno MACRO nivel	Entorno MICRO nivel	Características personales
Ingresos y recursos	Influencia familiar	Rasgos de personalidad
Pobreza	Negligencia o abuso parental	Búsqueda de sensaciones
Sin hogar, refugiados	Modelo de roles negativos	Agresividad
Empleo infantil	Estrés familiar, caos	Problemas de atención
Sin acceso a servicios sanitarios	Padres consumidores	Baja autoestima
Inestabilidad habitacional		Problemas de salud mental
Entorno social	Influencia escolar	Desarrollo neurológico
Pobre control social	Pobre calidad educativa	Déficits cognitivos
Contextos no normativos	Negligencia ante conductas adictivas o no normativas	Retraso del lenguaje
Sin capital social	Falta de actividades extraescolares	Retraso madurativo
Conflictos armados		Reactividad al estrés
Inseguridad	Influencia de iguales	Déficit regulación emocional
Barrio conflictivo	Modelo de roles negativos	Percepción distorsionada
Acceso a alcohol y otras drogas		
Entidades de sociedad civil	Conductas adictivas o no normativas	Pobre capacidad de afrontamiento

Fuente: Adaptado de UNODC (2015).

- *Factores socioculturales y comunitarios*

A nivel sociocultural y comunitario, la literatura destaca la importancia de las leyes y las normas que favorecen o fomentan el consumo, así como la disponibilidad o la facilidad de acceso a la sustancia (Hawkins et al., 1992; Hidalgo y Júdez, 2007; López y Rodríguez-Arias, 2015; Stone et al., 2012). Las situaciones de pobreza, el elevado grado de movilidad residencial o vivir en un barrio o comunidad con grandes desigualdades (Fuentes, Alarcón, García, y Gracia, 2015; Hawkins et al., 1992; Stone et al., 2012) son factores de riesgo. También lo son el bajo nivel de ajuste social, la baja identificación con las normas de la comunidad o el fácil acceso a armas (Hemphill et al., 2011; López y Rodríguez-Arias, 2015), se han relacionado con mayor riesgo para el consumo en adolescentes. Otro de los factores socioculturales que la bibliografía asocia al consumo es la victimización (Nunes y Sani, 2015), entendida esta como un estilo de vida marcado por la exposición continua al riesgo (pobreza, exclusión social, delincuencia, consumos, etc.), tanto desde un papel activo como pasivo. Mientras que, los refuerzos y las oportunidades de implicación en actividades prosociales (voluntariado, equipos deportivos, etc.) se consideran factores de protección (Hemphill et al., 2011).

- *Factores individuales*

Los factores individuales fijos, como la edad y el sexo o género, también han sido bastante estudiados en la literatura (Hawkins et al., 1992; López y Rodríguez-Arias, 2015; Stone et al., 2012). En cuanto a la edad, se sabe que hay momentos críticos dónde hay mayor riesgo de consumo como, por ejemplo, la transición de educación primaria a secundaria o la transición de la adolescencia a la adultez (Bröning et al., 2017; Chen y Jacobson, 2012; Kim y Leve, 2011; Stormshak, Fosco, y Dishion, 2010). En este sentido, también es importante el momento en el que se producen los primeros contactos con las drogas (DeWit, Adlaf, Offord, y Ogborne, 2014; Hidalgo y Júdez, 2007). Las experiencias más tempranas suponen un riesgo aun mayor. Por el contrario, estudios como el de López y Rodríguez-Arias de 2015, encuentran que los adolescentes españoles más mayores tenían niveles más altos de riesgo y menos factores de protección.

En los últimos años la variable sexo o rol de género comienza a tener relevancia en la prevención y se observa un claro incremento en los esfuerzos por investigar su influencia sobre el consumo de drogas (Kumpfer, Smith, y Summerhays, 2008; Orte et al., 2018a). Encontramos numerosos estudios que identifican algunos factores que están involucrados de forma diferencial en el consumo de hombres y mujeres y las relaciones que estos tienen con los contextos de consumo (Romo, 2018; López y Rodríguez-Arias, 2015). Históricamente, ser hombre se ha asociado a mayor riesgo de consumo de drogas, especialmente de las ilegales (Stone et al., 2012), mientras que las mujeres consumen más drogas legales (OEDA, 2017a; Romo, 2018). Los resultados que provienen de estudios longitudinales señalan que las mujeres consumen más durante los primeros años de la adolescencia, mientras que los hombres lo hacen más durante la adolescencia media y tardía (Chen y Jacobson, 2012). En España el patrón de consumo es similar tal y como se

han expuesto los datos en el apartado anterior (véase apartado 1.1, gráficos 1 y 2). Algunas de estas influencias en función de los roles de género y aspectos culturales, y otras obedecen a sexo biológico y se refieren a diferencias en la maduración sexual (Marques, Branquinho, y Gaspar de Matos, 2015), niveles hormonales (Lynch, Roth, y Carroll, 2002) o efectos farmacológicos y fisiológicos (Jones, 2010). Pero, además de diferencias a nivel biológico, también encontramos asociados problemas emocionales y de pareja (Muñoz-Rivas, Gámez-Guadix, Graña, y Fernández, 2010), conductas sexuales de riesgo (Bellis y Hughes, 2004; Kim, Pears, Leve, Chamberlain, y Smith, 2013), trastornos de la alimentación (Warren, Lindsay, White, Claudat, y Velasquez, 2013; Kumpfer et al., 2008), presión social, ofertas y disponibilidad de consumo (Medina-Mora y Rojas, 2003; Okamoto, Kulis, Helm, Edwards, y Giroux, 2010) o incluso diferencias en función de roles machistas (Kulis, Booth, y Becerra, 2016).

Algunos estudios sugieren que para las mujeres los problemas emocionales como la depresión (Kessler, 2003; Leve, Harold, Van Ryzin, Elam, y Chamberlain, 2012), la influencia de la pareja, el ideal de amor, los trastornos de la alimentación o las relaciones sociales o el grupo de iguales masculinos (Springer, Sambrano, Sale, Kasim, y Hermann, 2002; Altell, 2018) son factores de riesgo relacionados al consumo en diversos contextos. Fenómenos como el policonsumo se han relacionado con mayor riesgo en las mujeres, concretamente de tener relaciones sexuales de riesgo (Chan, Kelly, Hide, Quinn, y Williams, 2016).

- *Factores interpersonales*

Respecto a los factores interpersonales, la literatura destaca el papel de las creencias y la percepción de riesgo asociados al consumo (Beerli-Palacio, Martín-Santana, Díaz-Meneses, Fernández-Monroy, y Galván-Sánchez, 2012; Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2010; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, Raya, y Herruzo, 2010; Uribe et al., 2011), las actitudes favorables hacia las drogas (De La Villa Moral-Jiménez, Díaz, y Ruiz, 2006; Stone et al., 2012), los problemas emocionales y trastornos psicológicos como la depresión (Golzálvez et al., 2015; Harstad, Levy, y Committee on Substance Abuse, 2014; López y Rodríguez-Arias, 2015; O'Neil, Conner, y Kendall, 2011; Siennick, Widdowson, Woessner, Feinberg, y Spoth, 2017), la historia de comportamiento delictivo o antisocial (Barkley, Fischer, Smallish, y Fletcher, 2004; Rioux et al., 2018) o situaciones de abuso y negligencia en la infancia (Stone et al., 2012). También el abuso de internet se ha relacionado con las conductas de consumo por sus similitudes (Rial, Golpe, Gómez, y Barreiro, 2015). Destacan los problemas relacionados con las conductas adictivas, el uso excesivo de videojuegos, de teléfonos móviles, de ordenadores, tablets, apuestas deportivas, pornografía, y el elevado gasto de tiempo en las redes sociales (Bousoño et al., 2017; Colom y Ballester, 2016; Estévez, Jáuregui, Sánchez-Marcos, López-González, y Griffiths, 2017; Gallimberti et al., 2016; Molinaro et al., 2018).

- *Factores escolares y amistades*

En cuanto a los factores relacionados con la escuela, la literatura sugiere que el fracaso escolar y la falta de compromiso e implicación pueden ser predictores del consumo de drogas (Rodrigues, Figueiredo, Rocha, Ward, y Tavares, 2018; Palacios y Andrade, 2007). Mientras que, los refuerzos y las oportunidades de implicación prosocial en las actividades de la escuela actúan como factor de protección (Hemphill et al., 2011; Santos, Ferraces, Godas, y Lorenzo, 2018). Sin embargo, paradójicamente el acceso a los estudios universitarios implica un factor de riesgo para el consumo de alcohol (Stone et al., 2012). Con relación a las amistades, diversos estudios encuentran que la asociación con iguales consumidores o que comenten actos delictivos, la presión grupal o el rechazo por parte del grupo normativo (Dishion, Patterson, Stoolmiller, y Skinner, 1991; Van Ryzin, Fosco, y Dishion, 2012; White, Fleming, Kim, Catalano, y McMorris, 2008) son factores de vulnerabilidad en los adolescentes.

- *Factores familiares*

En relación con el objeto de estudio de esta tesis, se examinan en profundidad los factores de riesgo y protección asociados al conjunto de la familia y su contexto (Ballester, Valero, Orte, y Amer, 2018; Brook y Brook, 1990; Fuentes et al., 2015; Hawkins et al., 1992; Kumpfer y Alvarado, 2003; Stone et al., 2012). Uno de los factores de riesgo que más evidencias acumula es la *historia familiar de consumo de drogas* (Espada et al., 2003; Hawkins et al., 1992; Kliewer y Murrelle, 2007; Kumpfer y Johnson, 2007; Petterson, Hawkins, y Catalano, 1992; Stone et al., 2012). El hecho de que los padres hayan tenido problemas con las drogas o que sean consumidores ha sido ampliamente reconocido como un factor de riesgo. Además, hay estudios que sugieren que los jóvenes que tienen referentes cercanos policonsumidores (padres, hermanos, pareja), tienen más posibilidades a su vez de ser policonsumidores (Hernandez-Serrano, Font-Mayolas, y Gras, 2015). Parece que los modelos de consumo familiar son especialmente importantes para el caso del alcohol, aunque no es de extrañar, ya que se trata de una droga legal, frecuentemente consumida y aceptada en los hogares. Por lo que, las *actitudes favorables o permisivas de los padres hacia el consumo* de sustancias está considerado un factor de riesgo con influencias potente (Cerutti, de Ramos, y Argimon, 2015; Hawkins et al., 1992; Landero y Villareal, 2007; OEDA, 2017a; Özdemir y Koutakis, 2015). Por el contrario, las actitudes negativas de los padres hacia las drogas favorecen el desarrollo de la autoeficacia de los hijos para el rechazo a los ofrecimientos para el consumo (Muchiri y dos Santos, 2018). Por ejemplo, un estudio reciente encuentra que las chicas cuyos padres les ofrecen alcohol tienen mayor riesgo de episodios de gran ingesta a los 13 años y se observa el mismo efecto dos años más tarde (Danielsson, Romelsjö, y Tengström, 2011).

Otro de los factores de riesgo asociados a la familia es el *alto nivel de conflicto familiar* (Espada et al., 2003; Hidalgo y Júdez, 2007; Hawkins et al., 1992; Stone et al., 2012). Desde la perspectiva de género, el conflicto familiar ha sido señalado como un predictor

del consumo en las chicas en la preadolescencia (Kelly et al., 2011). Lo que sugiere que las chicas durante la preadolescencia son más sensibles a los problemas familiares y que el consumo de alcohol podría surgir en respuesta al estrés y la ansiedad que provoca el ambiente conflictivo (Chan, Kelly, y Toumbourou, 2013). En el estudio de Kelly y colaboradores (2011) encontró que la cercanía emocional con las madres estaba asociada con un menor consumo en las hijas y esto podía deberse a la menor implicación de las hijas en grupos de pares de alto riesgo. Las interacciones negativas basadas en la hostilidad y el rechazo generan estrés en las relaciones, se asocian con el uso de drogas en este periodo (Kliewer y Murrelle, 2007; Cummings y Schatz, 2012). Por el contrario, las relaciones positivas basadas en el cariño, el apoyo, la confianza y la aceptación se consideran responsables del desarrollo de las habilidades sociales, de autocontrol y autonomía (Fuentes et al., 2015; Li, y Warner, 2015; Muchiri y dos Santos, 2018; Stone et al., 2012). Un *alto nivel de cohesión o unión familiar* en el que las relaciones entre padres e hijos son cercanas y afectivas, protege frente a diferentes factores de riesgo (Hawkins et al., 1992; Hemphill et al., 2011; Kostelecky, 2005; Shimura et al., 2017; Zimmerman et al., 2013). En este sentido, también se ha destacado el factor protector de la *comunicación familiar efectiva y el tiempo positivo y de calidad en familia* (Kliewer y Murrelle, 2007; Kumpfer y Alvarado, 2003; Uribe et al., 2011).

Las *prácticas parentales pobres, inadecuadas o inconsistentes* han recibido bastante atención por parte de los investigadores (Hawkins et al., 1992; Hidalgo y Júdez, 2007; Espada et al., 2003; Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer, Alvarado, y Whiteside, 2003). Concretamente la literatura señala la ausencia de límites y normas, falta de claridad, incongruencia, bajos niveles de administración de refuerzos y recompensas o inconsistentes, abuso de los castigos o las penalizaciones, el exceso de críticas o expectativas poco realistas o inadecuadas entre otros (Hawkins et al., 1992; Stone et al., 2012). Los estudios en esta área se han centrado en la exploración de los distintos *estilos educativos* (Baumrind, 1977; Maccoby y Martin, 1983; Fuentes et al., 2015; Cano, Solanas, Marí-Klose, y Marí-Klose, 2012). Las aproximaciones más tradicionales sobre la influencia del estilo parental conciben que la influencia es unidireccional, de los padres hacia los hijos. Sin embargo, algunas investigaciones más recientes sugieren la necesidad de revisar esta concepción y la metodología de los estudios sobre los que se construye esta perspectiva. Existe un debate acerca de las evidencias que ponen de manifiesto que los estilos parentales tienen un carácter bidireccional (Kerr, Stattin, y Özdemir, 2012).

En la literatura, el *estilo autorizativo* es considerado un factor de protección y se identifica con el ejercicio de la práctica parental basada en control del comportamiento, la disciplina y la presencia de alta implicación afectiva. Una de las características es la comunicación bidireccional basada en el razonamiento y la negociación. Este estilo, ha sido relacionado con mayores niveles de autonomía, autoestima, autoeficacia, estabilidad emocional, habilidades prosociales, asertividad y satisfacción con la vida (Hawkins et al., 1992; Torío, Peña, y Rodríguez, 2008). En sendos estudios con adolescentes españoles (Fuentes et al., 2015; Martínez, Fuentes, García y Madrid, 2013) se ha analizado el papel de los estilos parentales en la prevención, señalando que el carácter protector se debe a la alta

aceptación y la implicación parental asociadas. Sin embargo, éstas también son características del *estilo indulgente o permisivo*. A pesar de que el estilo autorizativo se ha considerado como uno de los estilos más adecuados para la prevención de conductas de riesgo y el desarrollo saludable (Becoña et al., 2012; Capano y Ubach, 2013; Torío et al., 2008), hay que tener en cuenta que el efecto protector depende de las circunstancias y algunos factores contextuales. Por ejemplo, en otros estudios sugieren que el *estilo autoritario* podría tener mejores efectos preventivos en barrios especialmente deprimidos donde hay una alta disponibilidad y acceso a la droga (Fuentes et al., 2015). Desde la perspectiva de género, estudios como el de Patock-Peckham, King, Morgan-Lopez, Ulloa, y Moses (2011) con jóvenes americanos sugieren que las chicas que perciben padres masculinos permisivos se asocian con el consumo de alcohol e impulsividad, mientras que las percepciones de padres autoritarios se asocian con menor consumo y menor impulsividad. En el caso de los chicos se observa el mismo patrón pero con las madres.

La *supervisión o monitorización* de los hijos es otro de los elementos de las prácticas parentales que ha recibido bastante atención por parte de los investigadores (Bourdeau, Miller, Duke, y Ames, 2011; Byrnes, Miller, Chen, y Grube, 2010). La supervisión e implicación parental tiene un efecto protector importante durante los primeros años de la adolescencia, ya que implica la vigilancia activa sobre las diferentes actividades, los amigos, la relación con el colegio, las salidas nocturnas, hora de llegada, normas sobre consumo, etc. (Higgins, McCann, McLaughlin, McCartan, y Perra, 2013; Steinberg y Fletcher, 1994; Stone et al., 2012). Con relación a la supervisión como factor de protección, algunos estudios han demostrado que esta supervisión parental es más efectiva para prevenir conductas de riesgo en las chicas que en los chicos (Fothergill y Ensminger, 2006; Rusby, Light, Crowley, y Westling, 2018). En esta misma línea, Byrnes y colaboradores (2010) estudiaron diadas de madre e hijas norteamericanas. Los resultados encontrados sugieren que las estrategias de supervisión de las madres se ven modificadas en función de la percepción que tienen sobre el barrio en el que viven. De manera que las madres que creían que los barrios eran más peligrosos ponían más reglas y normas con el objetivo de supervisar, sin embargo, éstas eran menos efectivas si no obtenían información sobre el paradero de sus hijos. En esta misma línea, los estudios de Van Ryzin y colaboradores (2012) sugieren que la supervisión y monitorización parental tiene influencia indirecta sobre la elección de iguales consumidores.

Como ya se ha visto, la extensa literatura muestra que ciertos elementos del entorno y la vida familiar se relacionan de manera clara con el desarrollo del consumo de drogas o de otros problemas de salud mental (Kumpfer, 2014). En este sentido, el apoyo a la parentalidad positiva puede marcar la diferencia, convirtiéndose en un factor de protección a partir del desarrollo de los procesos de resiliencia familiar (Hadfield y Ungar, 2008; Kumpfer, Fenolar, y Jubani, 2013; Walsh, 2012). Los estudios sobre el proceso de resiliencia familiar confirman que el apoyo de los padres para que los jóvenes tengan oportunidad de cumplir sus metas y desarrollen expectativas vitales positivas, aumenta la protección frente a las conductas de riesgo (Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer, 1999).

Durante los primeros años de la infancia y hasta el comienzo de la edad adulta, el entorno familiar puede reforzar y ofrecer oportunidades para la implicación en actividades prosociales, generando un contexto de seguridad y protección frente a las influencias negativas de otros contextos (Hemphill et al., 2011; López y Rodríguez-Arias, 2015). En el apartado siguiente se exponen algunas de las teorías más relevantes sobre la influencia de la familia en el desarrollo de consumo de drogas y otros comportamientos problemáticos en los jóvenes.

1.4 Teorías sobre la vulnerabilidad familiar y el desarrollo de problemas de consumo de drogas en adolescentes

Aunque se saben ya algunas de las razones por las cuales los adolescentes terminan desarrollando conductas de riesgo en mayor o menor medida, todavía se necesita más investigación. Especialmente en población española. La mayoría de los modelos teóricos y empíricos que han analizado los factores protectores y de riesgo durante la adolescencia están de acuerdo en considerar que el sistema familiar no solo es importante, sino que también puede ser determinante en cierta medida. Factores familiares como la flexibilidad para adaptarse a los cambios evolutivos, la capacidad de desarrollar una comunicación positiva entre todos los miembros del núcleo familiar, la adecuada vinculación emocional (apoyo, afecto...) o el control (supervisión, gestión de límites...), inciden en la mayor o menor vulnerabilidad del adolescente (Kumpfer, 2014). Parece claro que la familia puede representar una vulnerabilidad por diversas razones y la explicación de cómo finalmente ejerce su influencia varía en función de las distintas aproximaciones teóricas.

Una familia se considera *vulnerable* o en situación de *riesgo psicosocial* cuando no es capaz por sí misma de satisfacer las necesidades básicas y de desarrollo de sus miembros, así como tampoco puede fomentar un clima de salud y bienestar (Hidalgo, Menéndez, Sánchez, Lorence, y Jiménez, 2009). Las circunstancias en las que se produce el riesgo psicosocial asociado a la familia son bastante amplias, van desde situaciones de pobreza o precariedad laboral, presencia de maltrato u otros tipos de violencia, pasando por el estrés migratorio o el consumo de drogas (Krakouer, Mitchell, Trevi, y Kochano, 2010). Otros autores prefieren que se considere a estas familias con “necesidades complejas de apoyo”, más que vulnerables, desfavorecidas o en riesgo (Dockett, Perry, y Kearny, 2010, p. 9). El *enfoque de la preservación familiar* trata de intervenir sobre las situaciones de riesgo psicosocial para proteger a los menores y sus familias ofreciéndoles recursos para mejorar sus habilidades educativas y desarrollar prácticas parentales protectoras (Hidalgo et al., 2009).

A continuación, se exponen algunos de los principales modelos teóricos que han tratado de explicar el desarrollo del consumo de sustancias en adolescentes, en los que la familia tiene un papel preponderante y que han servido como base para el diseño de muchas de

las intervenciones familiares que se llevan a cabo hoy día (Becoña, 2002; Norman y Turner, 1993; Pons, 2008):

- La *Teoría de la Conducta Problema* de Jessor y Jessor (1977) sugiere que el comportamiento antisocial o disfuncional a edades tempranas predispone al consumo de drogas en la adolescencia. Este comportamiento estaría relacionado con hogares desestructurados, en los que no hay límites o éstos son difusos, y la implicación parental es baja.
- La *Teoría del Aprendizaje Social* enunciada por Bandura (1977), entiende que la adquisición de las conductas se realiza a partir de la imitación de modelos sociales de conducta, de las consecuencias del entorno y de los procesos cognitivos que median en esta relación. Desde esta aproximación, el consumo de drogas es una conducta socialmente aprendida a través de la exposición a modelos de influencia que son consumidores (padres, hermanos, iguales, famosos, etc.).
- La *Teoría de la Inoculación Cognitiva* de McGuire (1968) es un modelo medicalizado, que cree posible inocular resistencia en los menores para que puedan bloquear las influencias negativas que ejerce el entorno, especialmente las ejercidas por la familia o los iguales. A partir de la exposición temprana a las actitudes negativas a las drogas se puede desarrollar cierta inmunidad. Como extensión a este modelo encontramos la *Teoría de la Inoculación Social* de Evans y colaboradores (1981) que pone énfasis en la presión social y los contextos de riesgo.
- El *Modelo Evolutivo* de Kandel (1980) reconoce que el propio proceso maduración supone grandes cambios en lo que respecta a las relaciones sociales y personales (como el establecimiento de relaciones de intimidad, el distanciamiento respecto de los padres, la aceptación social, formación de la identidad, etc.) que son vividos con cierto estrés y el uso de sustancias sería una estrategia de afrontamiento a estas situaciones. También señala que estos procesos ocurren de manera diferente en hombres y mujeres. Esta concepción ha tenido importantes repercusiones en el diseño y el establecimiento del *timing*⁶ de las intervenciones preventivas.
- El *Modelo de Interacción Coercitiva* de Patterson (1982; Patterson, Reid, y Dishion, 1992) más que explicar el consumo de drogas en adolescentes, trata de explicar cómo determinados patrones de interacción entre padres e hijos dan lugar a conductas disfuncionales y relaciones conflictivas. La *Teoría de la Coerción* no sólo es un modelo que explica el origen, sino también, el mantenimiento del

⁶ El término hace referencia a un punto en particular o período de desarrollo en el que es más probable que suceda un determinado evento.

comportamiento problemático a partir del refuerzo negativo y el aprendizaje de patrones de interacción social disfuncionales (Dishion, 1991; Smith et al., 2014). Esta exposición temprana a interacciones coercitivas impide que se produzca una socialización adecuada. Estas pautas de relación se generalizan a otros contextos como la escuela o el grupo de iguales (Dishion, Véronneau, y Meyers, 2010; Dishion, Véronneau, y Stormshak, 2015). En esta misma línea, Dishion y colaboradores (2015) proponen el *Modelo de Desarrollo en Cascada* de las conductas disruptivas a partir de las prácticas parentales disfuncionales (véase figura 3). Desde esta aproximación, el consumo en los adolescentes (así como otras conductas de riesgo) son el resultado de la falta de supervisión y disciplina adecuada durante todo el proceso de crianza. En la primera infancia ya es posible identificar comportamientos problemáticos (conducta desafiante, baja autorregulación, desobediencia, etc.), que, de no obtener una respuesta u orientación adecuada, derivan en conductas problemáticas de mayor complejidad durante la adolescencia (uso de drogas, conductas sexuales de riesgo, delincuencia, etc.). Para Patterson y Dishion el consumo de sustancias se puede prevenir proporcionando a los padres habilidades y conocimientos necesarios para revertir las dinámicas familiares coercitivas, ejerciendo una parentalidad más adecuada y desarrollando habilidades prosociales.

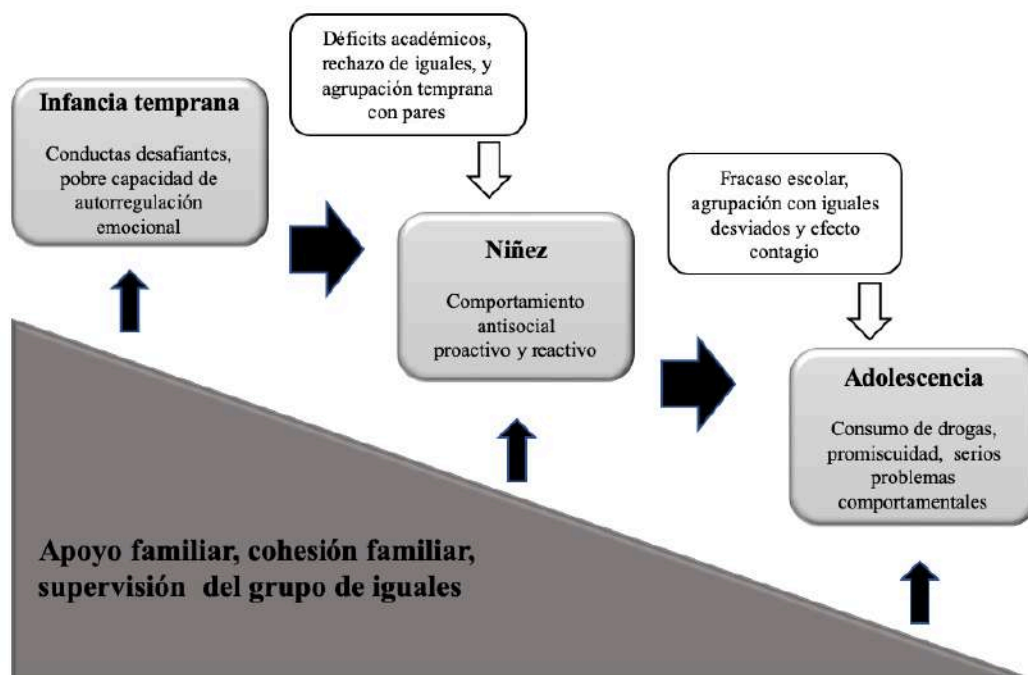


Figura 3. Modelo de desarrollo en cascada de las conductas disruptivas.

Fuente: Extraído y traducido de Dishion et al. (2015).

- El *Modelo de Desarrollo Social* de Hawkins y Weis (1985) para el comportamiento delictivo, también tiene origen en el *Modelo Biopsicosocial*. Los autores consideran que la conducta delictiva tiene que ver con el proceso de desarrollo social. Los diferentes contextos de socialización (familia, escuela y

amigos) influyen en el desarrollo del comportamiento delictivo. En la figura 6 se puede observar cómo para este modelo el establecimiento de un buen vínculo social, basado en el apego, el compromiso y la confianza en cada uno de los contextos de socialización, reduce la posibilidad de presentar conductas delictivas. A partir de las oportunidades para participar, las habilidades para desenvolverse y el refuerzo de la participación, tanto en la familia como en la escuela, hacen que los iguales delincuentes no sean tan influyentes.

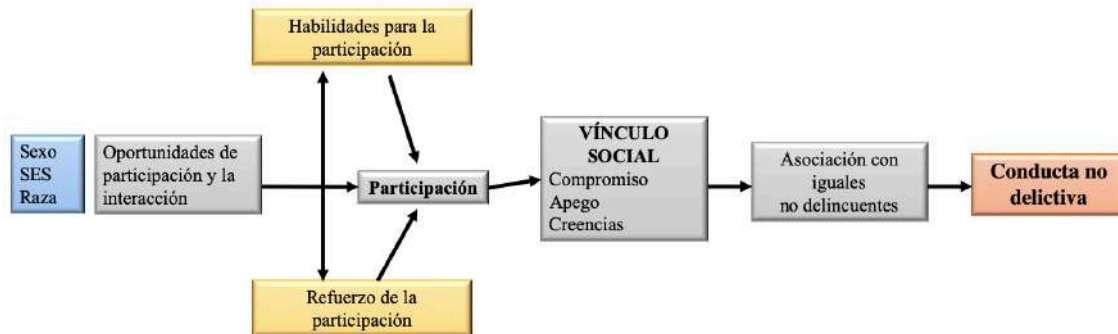


Figura 6. Modelo de Desarrollo Social del comportamiento delictivo.

Fuente. Extraído y traducido de Hawkins y Weis (1985).

- El *Modelo Biopsicosocial* de sobre la vulnerabilidad al abuso de sustancias (véase figura 4) nace en respuesta al modelo médico imperante (Hawkins y Weis, 1985; Kumpfer y DeMarsh, 1985). Esta aproximación trata de integrar las diferentes causas que se creen en la base de la predisposición al consumo de drogas. Desde esta perspectiva, el abuso de sustancias se entiende como un proceso causado por variables biológicas, psicológicas y ambientales (multicausal) que están recíprocamente determinadas y cuyas influencias son bidireccionales (Kumpfer, Trunnell, y Whiteside, 1990). En palabras de Norman y Turner:

La familia y la comunidad, (particularmente la escuela), además de las influencias de los compañeros, son determinantes y extremadamente importantes en la decisión de un adolescente de involucrarse en el comportamiento del uso de drogas. Las teorías anteriores no descartan la importancia de la familia, pero no abordan específicamente las habilidades de crianza y las interacciones familiares (2003, p. 7)

Dada la complejidad del fenómeno (el elevado volumen de factores de riesgo y protección y otras variables sociodemográficas), pronto comenzaron a plantearse que las relaciones entre variables no eran secuenciales o lineales (Kumpfer et al., 1990), por lo que era necesario probar empíricamente modelos combinados que reflejen las relaciones entre moderadores y mediadores (Kumpfer, 2014).

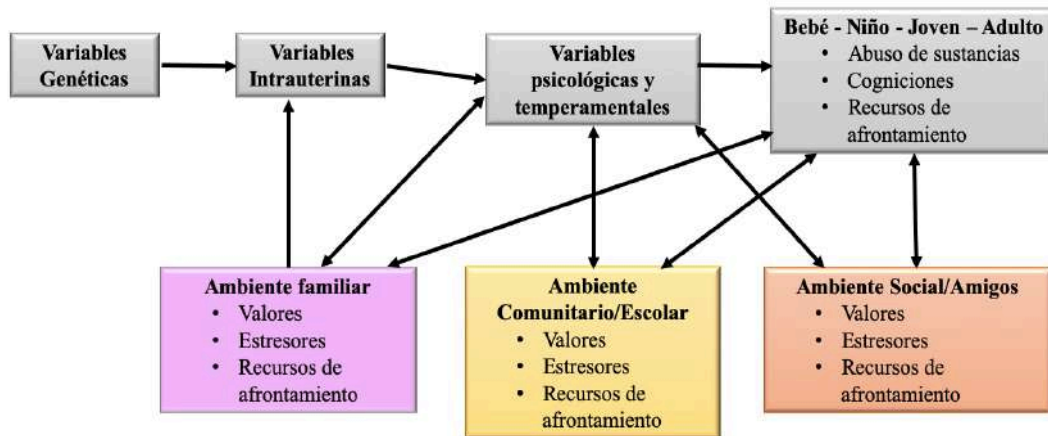


Figura 4. Modelo biopsicosocial de la vulnerabilidad al consumo de drogas.

Fuente: Kumpfer, Trunnell, y Whiteside, 1990.

- El *Modelo de Ecología Social* de la vulnerabilidad adolescente al consumo de sustancias (Kumpfer y Turner, 1990, 1991; Kumpfer et al., 1998; Kumpfer et al., 2003). Junto al *Modelo Biopsicosocial* fueron decisivas las influencias del *Modelo Ecológico Social* de Bronfenbrenner (1979) o el desarrollo de los *Modelos de Ecuaciones Estructurales*. A partir de entonces, se puso el énfasis en las transacciones que tienen lugar entre los diferentes sistemas y su relación con el desarrollo de los individuos. Este paradigma viene a resaltar el valor protector de las relaciones familiares positivas, la supervisión parental, la disciplina efectiva y las normas o valores parentales contrarios al consumo (Kumpfer et al., 2003). En la figura 5 (Kumpfer, 2014) se muestra cómo la influencia de la familia y la del grupo de amigos es igualmente importante para chicos y chicas en relación con el consumo. Sin embargo, el nivel de cohesión y supervisión familiar tiene mayor efecto como mediador para las chicas a la hora de elegir amigas/amigos consumidores (Kumpfer, Alvarado et al., 2003; Kumpfer et al., 2008). Por otro lado, factores como el autocontrol o el entorno social y comunitario tienen más peso en la predicción del consumo posterior en los chicos.

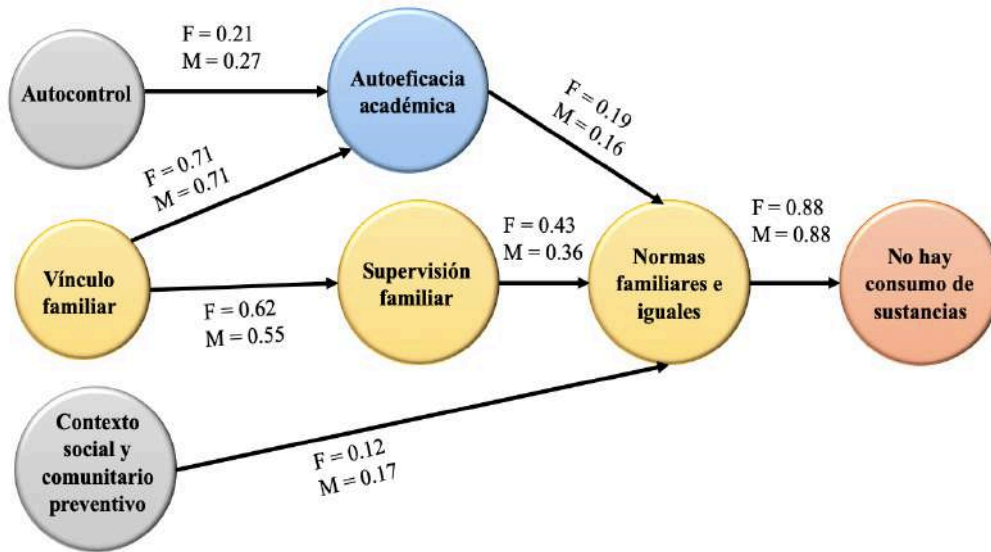


Figura 5. Diferentes trayectorias del consumo de sustancias en jóvenes con riesgo.

Fuente: Extraído y traducido de Kumpfer (2014).

Este modelo evidencia la influencia diferencial de factores de protección asociados a la familia en función del género. Se constata que las chicas adolescentes están más influenciadas por los factores familiares de protección, por lo que tiene un mayor peso las relaciones positivas con sus padres para prevenir el consumo de drogas (Kelly et al., 2011, 2013; Fothergill y Ensminger, 2006; Rusby et al., 2018). Una de las explicaciones al aumento del consumo en las chicas la baja supervisión que ejercen los padres actualmente (Kumpfer, 2014). El hecho de que los padres trabajen más horas y estén fuera de casa o sólo se cuente con la implicación de uno de los padres (familias monoparentales o baja corresponsabilidad), hace que dediquen menos tiempo a instaurar valores positivos, se realizan menos comidas familiares y en general pasan menos tiempo juntos. Lo que reduce las oportunidades de controlar y monitorizar las actividades de los jóvenes, encontrándose estos menos protegidos frente a los riesgos propios de la edad. Al parecer esta disminución de la implicación parental en la educación lleva asociado mayor riesgo en el caso de las chicas. Esto supone un punto de inflexión en los programas de prevención familiar, cuyos diseños deben de buscar la sensibilidad al género e integrar esta perspectiva atendiendo a su carácter complejo y cambiante (Kumpfer, 2014; Kumpfer et al., 2008).

- El *Modelo de Estrés Familiar* (Conger et al., 2002; Conger, Ge, Elder, Lorenz, y Simons, 1994) se explica cómo las dinámicas y las relaciones familiares se ven afectadas por los problemas económicos o las situaciones de pobreza. Un entorno socioeconómicamente deprimido tiene efectos directos sobre el nivel de conflicto intrafamiliar y sobre el ejercicio de una parentalidad adecuada, repercutiendo de forma negativa sobre el desarrollo de los niños y adolescentes aumentando la

probabilidad de presentar diferentes problemas de comportamiento y emocionales (Conger et al., 1991; Neppl, Jeon, y Schofield, 2015). En este sentido, la realidad económica de muchas familias obliga a los padres a realizar largas jornadas laborales para poder mantener a sus miembros, descuidando las tareas parentales y reduciendo su implicación y supervisión (Carrasco y Martínez, 2012 en Llavona y Méndez, 2012; Kumpfer, Magalhães, y Xie, 2012a).

Parece claro, viendo la cantidad de modelos existentes, que no hay una única explicación sobre cómo se desarrolla y mantiene la conducta adictiva en adolescentes. Se trata pues de un fenómeno multicausal en el que están implicados diferentes contextos de interacción. Sin embargo, a partir de los modelos que se han expuesto anteriormente es posible establecer estrategias de intervención que incidan sobre los contextos que la evidencia ha demostrado tener impacto en la prevención. Concretamente hablamos de las intervenciones que tienen por objetivos los factores de riesgo y protección ligados a la familia. El análisis de las variables implicadas en aportar eficacia a las intervenciones familiares de tipo selectivo es un reto de investigación. En los apartados siguientes se exponen algunas de las principales líneas de investigación que tiene por objetivo explorar y mejorar la eficacia de los programas de prevención familiar, y de manera más específica sobre los programas para familias en riesgo.

2. LA PREVENCIÓN FAMILIAR

Prevention is considerably more cost effective than interdiction or treatment efforts
Kumpfer y Johnson (2007, p. 13).

Tal y como se ha visto en el capítulo anterior, la familia aparece en la literatura de forma sistemática como uno de los factores de riesgo y protección más importantes para en el desarrollo del consumo de drogas durante la adolescencia (Kumpfer y Alvarado, 2003; López y Rodríguez-Arias, 2015; Muchiri y dos Santos, 2018; Stone et al., 2012). Teniendo en cuenta esto, desde el campo de la prevención, surge el enfoque de prevención familiar que pretende abordar las conductas de riesgo a partir del trabajo sobre las dinámicas y el funcionamiento de la familia y de las relaciones que ésta establece con su contexto (Ballester et al., 2018; Kumpfer y Alvarado, 2003). A lo largo de este capítulo se profundizará sobre el rol educativo y socializador de la familia, los elementos que hacen eficaces a las intervenciones familiares, las características especiales de trabajar con familias vulnerables, y, por último, se discuten algunos aspectos relacionados con la Práctica Basada en la Evidencia (en adelante PBE).

2.1 Rol educativo y socializador de la familia

La familia ha sufrido grandes cambios estructurales y funcionales a lo largo del pasado y del presente siglo (Llavona y Llavona, 2012). Algunos de estos cambios tienen implicaciones directas en la estructura y funciones de las familias, como es el caso de la liberalización de la mujer, su incorporación al mercado laboral, el retraso de la maternidad, la regulación del divorcio, o la disminución del número de hijos por pareja entre otros. Ahora mismo, resulta especialmente difícil definir y caracterizar la familia sin tener en cuenta la perspectiva histórica, el carácter dinámico y los aspectos culturales asociados (Martínez-Monteagudo, Estévez, e Inglés, 2013). Si buscamos una palabra que represente la realidad actual de las familias, esta es **diversidad** (Cánovas y Sahuquillo, 2010; Sanz et al., 2013; Valdivia, 2008). Las transformaciones sociales que han tenido lugar en los últimos años, así como la génesis de otras estructuras y formas de entender la familia, han desbancado a la familia tradicional del estatus de modelo único, contribuyendo a la diversificación del concepto de familia (Llavona y Llavona, 2012; Valdivia, 2008).

La sociabilidad tiene su base en el fenómeno familiar, anterior al Estado y a cualquier otro tipo de agrupación humana. La permanencia actual e histórica de la familia se fundamenta en la capacidad de adaptación, dado que la familia es capaz de introducir las transformaciones externas en el interior de las relaciones de reciprocidad y mantener el apoyo intergeneracional. Estos cambios afectan tanto a la estructura de la familia como a su dinámica relacional (Donati, 2003). Es innegable su papel como primer contexto socializador (Cánovas y Sahuquillo, 2010; Paradas, 2010; Torío et al., 2008) y su capacidad para promover el desarrollo personal y social de cada individuo. En este sentido, está ampliamente considerada como una institución natural y universal encargada de la transmisión de valores sociales y culturales, así como fuente de satisfacción de necesidades básicas (seguridad, protección, guía, orientación en el desarrollo vital, etc.) (Martínez-Montegudo et al., 2013; Parada, 2010). Sin embargo, en los últimos años la familia como institución parece haber perdido parte de su influencia educativa debido a la inclusión de los niños y los adolescentes en el sistema educativo reglado. A pesar de ello, los padres siguen teniendo el deber y la responsabilidad para con sus hijos de proveer educación y valores prosociales.

Por tanto, considerando la familia como unidad primaria de socialización, atendiendo a su complejidad y las dificultades actuales a las que se enfrenta, se justifica el enfoque familiar de la prevención y el incremento de políticas sociales dirigidas a su fortalecimiento (Capano y Ubach, 2013; Segrott et al., 2014). Pero no sólo desde la prevención, sino también desde los más altos organismos, que garanticen y blinden la institución familiar, protegiéndola y ayudándola, en su tarea educativa y de crianza (Jiménez, Antolín-Suarez, Lorence, y Hidalgo, 2019). Como ya se ha visto anteriormente, la familia es una de las primeras fuentes de vulnerabilidad social, pero también es posible revertir de alguna manera esta influencia, a través de la socialización parental y los modelos de resiliencia familiar (Black y Lobo, 2008; Bröning et al., 2012; Riquelme, García, y Serra, 2018). Porque al igual que genera y transmite modelos, valores y actitudes favorables al consumo de drogas, también puede generar modelos saludables, que amortigüen o neutralicen los efectos negativos de algunas situaciones. Teniendo en cuenta que el ambiente familiar positivo (relaciones familiares afectuosas, comunicación bidireccional, confianza, apoyo, implicación, supervisión, disciplina eficaz, desaprobación del consumo y fomento de las actitudes saludables) es un fuerte predictor de la resistencia al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo (Kumpfer y Alvarado, 2003). Por ello la necesidad de profundizar en las estrategias que tienen como objetivo aumentar las fortalezas familiares, la parentalidad positiva y la corresponsabilidad educativa con un fin preventivo (Brody et al., 2012; Torío, Peña, y García-Pérez, 2015).

2.2 Los programas de prevención familiar: los elementos que sustentan su eficacia

La prevención familiar tiene como objetivo disminuir y amortiguar los riesgos asociados al entorno familiar desarrollando y aumentando las fortalezas familiares para prevenir o reducir el consumo de drogas y otros comportamientos problemáticos durante la adolescencia (véase figura 7). Existe una extensa bibliografía sobre factores de riesgo y protección y por ello se ha considerado el entorno familiar a la vez como factor de riesgo y de protección (Ballester et al., 2018; Kumpfer, 2008; Kumpfer y Alvarado, 2003). De manera que se justificada la inversión en la mejora de las relaciones familiares, la educación parental sobre drogas, la supervisión y el ejercicio de la disciplina efectiva (NIDA, 2004; Negreiros, 2015; Valero et al., 2017). Concretamente, la investigación ha señalado a la parentalidad positiva como un elemento clave en los programas de prevención (Dishion y Patterson, 1996; Hoeve et al., 2009; Rodrigo, Máiquez, Martín, y Rodríguez, 2015; UNODC, 2009). Pero no solo en el consumo, sino en otros problemas como el maltrato y el abuso (Chen y Chan, 2016), el fracaso y el abandono escolar (Stormshak, Connell, y Dishion, 2009), o la depresión (Brody et al., 2012).

Una vez reconocida la necesidad de llevar a cabo intervenciones familiares, éstas deben de estudiarse y evaluarse con el fin de conocer qué las hace eficaces y cómo se puede perfeccionar. A continuación se analizan algunos de los principales objetivos de los programas familiares.

- *Principales objetivos de los programas familiares*

Los programas familiares han enfatizado sobre aspectos como el control (normas y supervisión) y la afectividad (apoyo y sensibilidad) como inductores del desarrollo de vínculos familiares protectores. La investigación y organismos como la UNODC (2009, pp. 6-7) reconocen que los factores familiares de protección más importantes de los programas de prevención son:

- a) Apego seguro y saludable entre padres e hijos.
- b) Supervisión parental, seguimiento y disciplina efectiva.
- c) Comunicación y transmisión de valores familiares prosociales.
- d) Implicación parental en la vida de los hijos.
- e) Apoyo familiar (emocional, cognitivo, social y financiero).

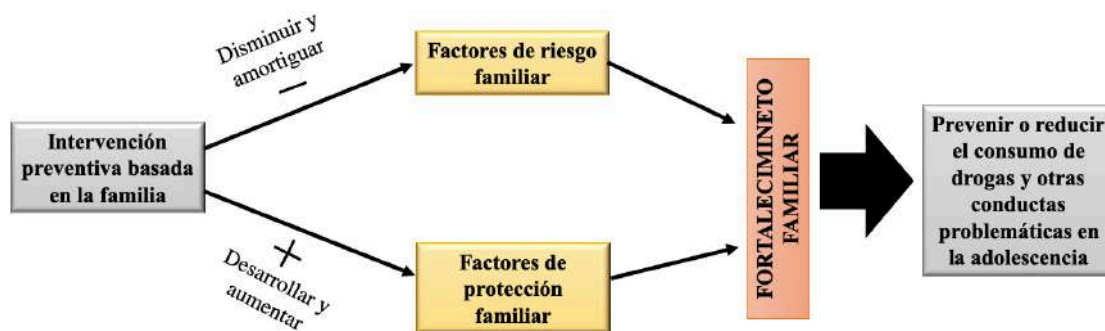


Figura 7. Planteamiento general de la prevención familiar.

Fuente: Elaboración propia.

En base a estos factores familiares protectores, se han configurado una serie de intervenciones efectivas fundamentadas en la familia que han obtenido resultados satisfactorios en diferentes modalidades (Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer, 2014; UNODC, 2009):

1. *Entrenamiento de habilidades para padres*, centrado en la adquisición de habilidades básicas de crianza y de manejo de la conducta, así como de las cogniciones y percepciones de los padres sobre su propio comportamiento y el de sus hijos.
2. *Entrenamiento en habilidades familiares*, se trata de intervenciones multicomponente que incluye contenidos específicos para padres, para hijos y para la familia en su conjunto.
3. *Terapia familiar*, basado en un enfoque terapéutico que aborda la problemática desde una perspectiva individual.

Algunos autores como Rodrigo y colaboradores (2009) desde el enfoque de las competencias parentales extrae otra clasificación similar sobre los programas de prevención familiar: a) El trabajo unidireccional donde el foco son los padres y se orientan a fortalecer la calidad de las pautas educativas; b) Las intervenciones orientadas al fortalecimiento de las relaciones familiares con el objetivo de facilitar el reconocimiento de las dinámicas de interacción subyacentes a las dificultades, riesgos y conflictos; y c) Las intervenciones orientadas al trabajo del *vínculo comunitario de la familia* y la integración sociocultural.

Las intervenciones orientadas al establecimiento de un vínculo parental seguro y para la mejora de las dinámicas familiares, se sitúan en el segundo grupo. En este grupo se incluyen los programas de competencia familiar multicomponente, que se centran en proporcionar habilidades tanto para padres como para los hijos. Pero, además, y además proporcionan estrategias para la mejora de la calidad de las relaciones y el funcionamiento familiar. Desde este enfoque se atiende a un amplio conjunto de variables implicadas (individuales, escolares, familiares, relacionales, etc.), algunas de forma directa y otras indirectas, que la investigación ha relacionado con la prevención del riesgo y de factores

protección del consumo y otros comportamientos disruptivos (UNODC, 2009). En general estas intervenciones se dirigen a mejorar las relaciones entre padres e hijos, proporcionar estrategias de disciplina positiva, favoreciendo que los padres ejerzan un manejo y una supervisión más efectiva (Byrnes et al., 2010; Özdemir y Koutakis, 2015) y ajustada al momento evolutivo. Trabajar sobre estos objetivos, mejora el ambiente familiar, incrementa los comportamientos prosociales, disminuye la violencia y otros problemas conductuales y, en definitiva, disminuye el consumo de drogas (Orte et al., 2015b). Pero como valor añadido, también trabaja con las habilidades de los hijos para hacer frente a la presión de grupo, ayudar a establecer relaciones sociales más positivas, expresar y manejar sus propias emociones, etc.

- *Eficacia de los programas familiares preventivos*

Hablar de la eficacia de un programa preventivo, es hacer referencia a la capacidad que posee para alcanzar los objetivos que se había propuesto en condiciones óptimas, ya sean éstos, reducir la vulnerabilidad o aumentar la protección (Flay et al., 2005). Pero ¿cuáles son las características que hacen eficaces a los programas para entrenar las habilidades familiares? La literatura ha señalado elementos que están en la base de los programas y de los que depende en gran medida el éxito y la obtención de resultados positivos a largo plazo (Sandler, Schoenfelder, Wolchik, y MacKinnon, 2011). Por ejemplo, una característica de los programas eficaces es su diseño fundamentado en un corpus teórico sólido, ampliamente estudiado y con validez empírica (UNODC, 2009). También es importante que el programa y sus objetivos estén bien definidos y se hayan diseñado en base a las necesidades presentes en la población diana, ajustados a la edad y al momento evolutivo (UNODC, 2009; Kumpfer y Alvarado, 2003). Otro de los elementos para tener en cuenta, es el llamado *timing* o periodo de desarrollo dónde la familia es más permeable a los efectos de la intervención o en el que necesita más atención por tratarse de un momento especialmente vulnerable (Spoth, Randall, Trudeau, Shin, y Redmond, 2008). Por ejemplo, la transición de la escuela primaria a la secundaria o un cambio de residencia. Aunque la influencia que ejercen los padres sobre sus hijos es más importante durante la primera infancia, existe considerable evidencia sobre la influencia de los padres durante la adolescencia tardía (Byrnes et al., 2019; Mallett et al., 2019), a través de las prácticas parentales como la monitorización, la implicación parental, la aplicación de disciplina efectiva o las normas sobre el consumo (Byrnes et al., 2010; Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer, Alvarado, et al., 2003; Özdemir y Koutakis, 2015; Van Ryzin et al., 2012). Por tanto, dependiendo del periodo evolutivo en el que se sitúe la familia tiene sentido reforzar unos u otros contenidos.

En general, los programas familiares en la adolescencia están dirigidos en su mayoría al desarrollo de habilidades parentales para mantener alejados a sus hijos de los entornos dónde se consumen drogas (Griffin y Botvin, 2010), fomentando la adquisición de habilidades prosociales (Orte et al., 2015b). Así mismo, ofrecen oportunidades de

empoderamiento de los adolescentes para rechazar el consumo, mejorando la comunicación asertiva sobre drogas, estrategias de resolución de problemas (Kumpfer y Magalhães, 2018a). A continuación se exponen los contenidos específicos dependiendo de a quién están dirigidos.

- *Contenidos específicos*

En la literatura encontramos los programas orientados únicamente a las habilidades parentales (unicomponente) y por otro, aquellos centrados en la mejora de las dinámicas familiares y del funcionamiento familiar (multicomponente). Éstos últimos configuran la intervención en torno a los padres, los hijos y la familia en general. La posibilidad de practicar en familia las habilidades adquiridas puede ser una de las razones por las que los programas familiares obtienen mejores resultados que los programas individuales destinados solo para niños o jóvenes (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, y Schellinger, 2011; Griffin y Botvin, 2010; Valero et al., 2017). Además de incidir en una gama más amplia de factores de riesgo y protección.

En la tabla 3 se recogen los contenidos específicos para padres más eficaces para trabajar en los programas de intervención familiar. Destacan los contenidos relacionados con enseñar a los padres a ser más receptivos y a ser proveedores de estructura familiar, así como involucrarse de manera activa en la vida escolar de sus hijos (Santos et al., 2018). En cuanto a los contenidos específicos para los hijos, se incide en el desarrollo de las capacidades emocionales, la orientación hacia el futuro, la enseñanza de habilidades de resolución de problemas y para el autocuidado, el establecimiento de relaciones sociales positivas, el respeto por lo demás, las habilidades de comunicación efectiva y de resistencia a la presión grupal (véase tabla 4). En cuanto a los contenidos específicos para la familia, destaca la mejora de la comunicación y la estructuración y organización de la vida familiar (véase tabla 5) (UNODC, 2009).

Tabla 3. Contenidos específicos para padres.

Padres
Enseñar a los padres a ser receptivos
Enseñar a los padres a mostrar empatía y afecto Usar la atención positiva Enseñar sobre emociones Modelos de comportamiento apropiado Aprender nuevas habilidades de afrontamiento y manejo de la ira Usar habilidades de juego receptivo Tener expectativas de desarrollo apropiadas
Enseñar a proveer una estructura
Disciplina apropiada para la edad Establecer y comunicar reglas claras Reconocer y proteger a los niños de los problemas Consenso entre la pareja sobre los aspectos importantes Supervisar Manejar el nivel de conflicto en el hogar Mantener alejados a los niños de las discusiones de pareja Estructurar las rutinas de la vida diaria lo máximo posible
Enseñar a los padres a involucrarse en la vida escolar de los hijos
Supervisar el trabajo escolar y ayudar cuando sea posible Cooperar y comunicarse con la escuela

Fuente: Extraído de UNODC (2009).

Tabla 4. Contenidos específicos para hijos.

Hijos
Capacidad emocional
Reconocer emociones Expresar emociones apropiadamente Manejar la conducta en situaciones difíciles Mostrar empatía Recibir retroalimentación sobre reacciones, emociones y comportamientos
Orientación hacia el futuro
Pensar sobre los valores y las posibilidades de futuro Definir sus sueños Establecer metas
Habilidades de resolución de problemas
Aprender a tomar decisiones sopesando la situación y elegir la mejor opción
Cuidar de sí mismo
Salud, nutrición, higiene Entender los efectos de las drogas sobre el cuerpo y el cerebro

Tabla 4. Contenidos específicos para hijos. *Continuación*

Construir relaciones sociales positivas
Aprender a compartir Conocer los roles y las obligaciones sociales Reconocer los límites en las relaciones
Aprender a respetar a los otros
Respetar diferencias de personalidad, cultura o etnia Respetar a los mayores

Comunicación efectiva
Escucha activa
Expresar claramente necesidades y responder a las necesidades de otros
Usar la buena comunicación para disminuir el conflicto
Resistir la presión de los iguales
Desarrollar habilidades de resistencia presión de los iguales para el uso de drogas
Encontrar amigos que no usen drogas

Fuente: Extraído de UNODC (2009).

Tabla 5. Contenidos específicos de la familia.

Familia
Comunicación
Escucha activa
Discutir claramente las responsabilidades
Discutir con calma temas difíciles como el consumo de alcohol, drogas, las relaciones y sexualidad
Estructurar la vida familiar
Resolver problemas de manera conjunta
Disciplinar de manera apropiada
Proporcionar comentarios adecuados entre sí

Fuente: Extraído de UNODC (2009).

- *Aspectos del diseño de los programas familiares socioeducativos*

Los programas familiares de prevención desde un **marco socioeducativo**, usan métodos interactivos, enseñan habilidades y producen pequeños cambios en el comportamiento que tienen impactos a largo plazo (Kumpfer, 2008; Negreiros, 2015; Sandler et al., 2011; Orte, Ballester, y March, 2013). Los efectos de los programas familiares van más allá de la familia, incidiendo en contextos tan importantes como la escuela o los amigos (Dishion et al., 2015; Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a; Jenson y Bender, 2014; Van Ryzin y Dishion, 2012; Van Ryzin et al., 2016). En este apartado se aborda de qué manera puede la intervención familiar influir en otros contextos.

Este valor preventivo se puede multiplicar si el componente de la intervención familiar se combina (Bröning et al., 2012) con intervenciones escolares (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011b; Santos, Godás, Ferraces, y Lorenzo, 2016; Shortt, Toumbourou, Power, y Chapman, 2006) o comunitarias (Cánovas, Sahuquillo, Císcar, y Martínez, 2014, Sanders et al., 2008; Thomas, Baker, Thomas, y Lorenzetti, 2015; Van Ryzin et al., 2016). Por ejemplo, se sabe que la implicación de las familias en la vida escolar es un factor de protección frente al fracaso y el abandono escolar, además de generar mayor número de oportunidades para desarrollar relaciones positivas y mejorar el ajuste social (Hemphill et al., 2011; Santos et al., 2016, 2018).

Existen diversas modalidades de administración, pero uno de los formatos de entrega recomendados son las sesiones se lleven a cabo en formato grupal (de entre 8 y 12 familias), ya que éstas favorecen los procesos de aprendizaje mediante la interacción y el establecimiento de una red de apoyo con familias en la misma situación (UNODC, 2009; Kumpfer y Magalhães, 2018a). Pero también hay estudios que sugieren que formatos auto administrados a través de videos o recursos online (Kumpfer y Magalhaes, 2018a) tienen efectos positivos a menor coste. Algunas intervenciones familiares reconocidas internacionalmente como el Family Check-Up sugieren que es necesario instaurar estructuras de prevención en los centros escolares para detectar jóvenes y familias en riesgo y ofrecer un menú de opciones y recursos preventivos que se adapten a sus necesidades (Dishion y Kavanagh, 2005). Las estrategias combinadas con la escuela fomentan la vinculación, la implicación y empoderan las instituciones para detectar problemas y solucionar de manera efectiva (Dishion y Kavanagh, 2005; Santos et al., 2016)

La intensidad del programa también es un aspecto que debe de ajustarse a las necesidades de la población objetivo si queremos garantizar que se producen cambios lo suficientemente importantes como para modificar las dinámicas familiares. Por tanto, las familias con mayores niveles de riesgo asociado necesitaran intervenciones de mayor intensidad y duración. Para producir cambios en las dinámicas se combinar estrategias trabajando a nivel emocional, cognitivo y conductual (Kumpfer y Alvarado, 2003).

En esta misma línea, Durlak y colaboradores (2011) encontraron que los programas que seguían una determinada lógica en sus diseños eran más efectivos (acrónimo SAFE: Sequenced-Active-Focused-Explicit). Concretamente, los mejores resultados eran para los programas familiares cuyos contenidos estaban: a) secuenciados, es decir, en primer lugar se aprenden contenidos y habilidades básicas que sirven como base sobre la que ir construyendo otras de mayor complejidad; b) carácter activo, en el que padres e hijos practican en situaciones simuladas o reales y reciben retroalimentación sobre su ejecución por lo que no son meramente informativos; c) los contenidos están focalizados o centrados objetivos y habilidades concretas; y d) son explícitos, ya que se instruye de manera clara y precisa cómo y en qué momentos utilizar las diferentes habilidades y estrategias que han aprendido.

- *Estrategias de reclutamiento y retención*

Uno de los aspectos más importantes implicado en la eficacia de las intervenciones, es la capacidad de reclutar y retener a las familias durante toda la implementación (Negreiros, 2013, 2018). Esto resulta especialmente relevante en el caso de las familias vulnerables, ya que presentan en mayor medida dinámicas familiares disfuncionales y, junto con otras circunstancias sociales desfavorables, pueden tener mayores resistencias a la participación e implicación con este tipo de programas (Ballester et al., 2018; McWey,

Holtrop, Wojciak, y Claridge, 2014). Es necesario tener en cuenta que en general es difícil conseguir participación activa durante todas las sesiones (como ya veremos en el siguiente apartado), especialmente en los programas de larga duración e intensidad y con familias en situación de vulnerabilidad. Por esta razón los programas familiares disponen de recursos y estrategias que favorezcan la participación y el compromiso (Dishion y Kavanagh, 2005). A pesar de ello, los programas de prevención basados en la familia han demostrado tener mayor nivel de retención, que aquellas modalidades que sólo van dirigidas a los padres o a los hijos o que no están adaptadas culturalmente (Kumpfer y Magalhães, 2018a; Kumpfer, 2002). Principalmente porque los padres agradecen que los hijos también puedan beneficiarse de contenidos específicos y los propios jóvenes agradecen que sus padres se involucren en la experiencia familiar. Es más, el hecho de tener la oportunidad para pasar un tiempo positivo en familia y compartir un objetivo común, como “mejorar las relaciones de nuestra familia”, ya es un elemento que favorece la implicación (Kumpfer y Alvarado, 2003). La eliminación de las barreras para la participación (servicios de guardería, de ayudas en el transporte, planificación en función de sus horarios, etc.), el establecimiento de relaciones cercanas entre las familias, los servicios y los profesionales, las invitaciones y seguimientos personalizados, las meriendas, son acciones que repercuten de forma positiva en la visión que las familias tienen del programa y por tanto aumentan la capacidad de los programas para retener e implicar a las familias (Kumpfer, 2008; Negreiros, 2013, 2018).

- *Proceso de adaptación cultural*

Las adaptaciones culturales son necesarias para mejorar la identificación de las familias participantes con los valores de los programas, mejorar la participación y retención, generar compromiso de cambio (Dishion y Kavanagh, 2005; Kumpfer y Magalhães, 2018a). Estas adaptaciones están justificadas a nivel de costes y beneficios, especialmente cuando se realizan a partir de programas originales que cuentan con evidencia contrastada (Kumpfer, Magalhães y Xie, 2017; Kumpfer et al., 2018b). Cuando hablamos de adaptación cultural, entendemos que se trata de un proceso de modificaciones sistemáticas de aspectos clave como el lenguaje y determinados elementos culturales y contextuales. Asegurando que tales cambios representan los valores de la población diana y responden a sus necesidades (Bernal, Jiménez-Chafey y Domenech, 2009). Según Renisow, Soler, Braithwait, Ahluwalia y Butler (2000) hay dos tipos de adaptación en función del tipo de modificaciones que se realizan. Por un lado, están los cambios en la estructura superficial del programa (idioma, expresiones, actividades, etc.) relacionados con la sensibilidad cultural y por otro, la modificación de aspectos profundos de la estructura (contenidos, número de sesiones, etc.), relacionados con la eficacia de la intervención. El proceso de adaptación cultural tiene que garantizar la eficacia del programa a pesar de las modificaciones para llegar a población de un contexto cultural distinto (Kumpfer et al., 2012a; Kumpfer, Xie, y O’Driscoll, 2012b; Burkhart, 2013).

La literatura sobre las adaptaciones culturales de las PBE pone de manifiesto el dilema entre fidelidad al programa original y la flexibilidad a las necesidades locales (Mejia, Leijten, Lachman, y Parra-Cardona, 2017; González-Castro, Barrera, y Holleran-Steiker, 2010). Hay voces enfrentadas entre aquellos que aseguran que las adaptaciones tienen efectos positivos (Griner y Smith, 2006; Kumpfer et al., 2017; Sundell, Beelman, Hasson, y von Thiele Schwarz, 2015) y aquellos que han encontrado que no hay mejoras en la eficiencia o que los resultados son ambiguos y se necesita más investigación (Balduis et al., 2016; Gardner, Montgomery, y Knerr, 2016; Huey y Polo, 2008). Algunos autores mantienen que no siempre las modificaciones de los programas originales tienen éxito y que algunas intervenciones aplicadas sin adaptar también producen buenos resultados. Por ello, hay que analizar la situación en términos de costes y beneficios, teniendo en cuenta que se trata de un proceso complejo (Kumpfer et al., 2017; Kumpfer, Scheier, y Brown, 2018b), pero que resulta especialmente práctico para la comunidad escoger programas con evidencia y adaptarlos a las poblaciones locales. Las progresivas adaptaciones facilitan el proceso de difusión e implementación de las prácticas efectivas, por el hecho de replicar los efectos en múltiples contextos. Sin embargo, hay autores como Elliot y Mihalic (2004) que señalan que tales modificaciones, en el caso de no realizarlas con garantías, pueden comprometer la eficacia, especialmente si se ven afectados los componentes centrales (Kumpfer et al., 2018b). Al llevar a cabo una adaptación hay que tener la precaución de no cambiar el núcleo estructural del programa original, ni los componentes centrales, ya que estas modificaciones pueden alterar las propiedades que hacen eficaz una determinada intervención (González-Castro et al., 2010).

La receptividad de los programas está influida de forma directa por el lenguaje, los valores y las representaciones culturales. En este sentido, Allen, Coombes, y Foxcroft (2007) sugieren algunas cuestiones a revisar de manera que no se vea afectada su eficacia: a) las expresiones verbales, el lenguaje informal, los coloquialismos, etc.; b) las variaciones que pueden darse en torno a las normas y roles sociales dependientes de la cultura; c) las distintas definiciones acerca de los comportamientos indeseables o inadaptados; y d) los contextos donde se implementan o se prestan los servicios. Por lo general, se entiende que una adaptación cultural ha tenido éxito cuando esta es sensible culturalmente a la población que va dirigida (González-Castro et al., 2010; Kumpfer et al., 2012a). Se consigue a partir de la minuciosa exploración de la población y el contexto de intervención. La incorporación de las necesidades detectadas y el ajuste con flexibilidad a la estructura del programa consigue aumentar el interés y la identificación con los valores culturales de los destinatarios.

- *Formación de formadores*

Otro de los elementos de los que depende en gran medida la eficacia de los programas es la formación y las características del equipo que implementa la intervención (Nation et al., 2003). Se sabe que influyen en la participación y el compromiso de las familias con

el programa, así como el éxito en la consecución de los objetivos (Kumpfer y Alvarado, 2003; Negreiros, 2013, 2018; Orte, Ballester, Amer, y Vives, 2014; UNODC, 2009). Las habilidades de comunicación, la expresión de empatía, el conocimiento sobre los componentes y habilidades efectivas, la capacidad para manejar las dinámicas de grupo o la gestión del proceso motivacional, son algunos de las cualidades deseables en los formadores (Breinstein et al., 2010; Durlak, y DuPre, 2008; Klimes-Dougan et al., 2009). La preparación de los profesionales tiene impactos sobre la calidad, la fidelidad a la estructura y los contenidos, y las creencias sobre la PBE (Stroonbants, Vanderfaeillie, Andries, y Van Holen, 2016). La investigación señala que la formación específica es indispensable en programas complejos y basados en evidencias, porque requieren condiciones de evaluación, fidelidad e implementación concretas y sistematizadas (Kumpfer, Whiteside, Greene, y Allen, 2010).

2.3 La prevención familiar selectiva

Esta tesis se ha centrado en el estudio de intervenciones familiares dirigidas a familias en riesgo. La prevención selectiva está orientada a intervenir sobre subgrupos específicos de la población que presentan mayores niveles de riesgo o vulnerabilidad. No se trata por tanto de riesgo individual, sino de riesgo asociado a un determinado grupo por sus características particulares (NIDA, 2004; Kumpfer, 2008). Uno de los objetivos principales de la prevención familiar selectiva será localizar a los adolescentes más vulnerables y sus familias e intervenir sobre ellos y su entorno. Desde las perspectivas centradas en los factores de protección se interviene para aumentar y desarrollar las fortalezas familiares de cada uno de sus miembros, y de forma complementaria, para impedir el inicio del consumo y aprender a gestionar las influencias de los factores de riesgo. Las intervenciones selectivas debido a que su objetivo es trabajar con grupos de riesgo, en ocasiones muy diversos, tiene características particulares que deben de tenerse en cuenta y seguir investigándose de manera específica. En este apartado se abordan algunas de las principales líneas de investigación en prevención familiar selectiva.

- *Características particulares de la prevención familiar selectiva*

Los programas selectivos suelen ser más costosos y complejos a la hora de implementar en comparación con los programas universales debido a que se dirigen a una amplia gama de factores de riesgo. Así mismo, mayores niveles de riesgo necesitan de intervenciones más intensivas y extendidas a lo largo del tiempo (NIDA, 2004; Kumpfer et al., 2012a; Kumpfer y Alvarado, 2003; Shamblen y Derzon, 2009; UNODC, 2009). Esto produce mejores resultados en aquellas familias que presentan un menor número de factores de protección al inicio. Al partir desde niveles muy bajos, es más fácil producir cambios,

aunque estos no sean suficientes como para reducir significativamente el riesgo (Bröning et al., 2017).

Para detectar a los grupos más vulnerables es necesario consultar o realizar estudios epidemiológicos y sociodemográficos y conocer las características asociadas a cada población e identificar a los grupos de riesgo (Herman et al., 2012; Kumpfer, 2008). Otro aspecto importante es la relación estrecha con la comunidad, la red de servicios y la escuela, ya que en ocasiones la tarea de identificación puede ser compleja (Kumpfer, 2002). Especialmente si hablamos de familias en situación de riesgo que pueden estar desvinculadas de los sistemas de protección, ser reticentes a reconocer abiertamente el problema, por miedo a la estigmatización u otro tipo de medidas, o directamente no están dispuestos a buscar ayuda (Staudt, 2007). En algunas ocasiones es a partir de la aplicación de estrategias universales, cuando se detectan casos que necesitan una atención más específica, siendo derivados a intervenciones de tipo selectivo. Las intervenciones selectivas pretenden llegar a las familias y jóvenes que no se benefician de las estrategias universales dado su perfil de vulnerabilidad (Kumpfer, 1998). Si bien, ambas estrategias son complementarias, las universales actúan a nivel más general y las selectivas están diseñadas para poblaciones con necesidades más concretas (EMCDDA, 2004). El hecho de trabajar con grupos más complejos requiere de mayor preparación y presencia de los formadores, así como un mayor coste por participante. Sin embargo, sabemos que es más fácil conseguir buenos resultados en comparación con las estrategias universales, debido al trabajo específico sobre los factores de riesgo de ese subgrupo de población (Bröning et al., 2017; Kumpfer, 2008; Shamblen y Derzon, 2009). Por la misma razón, con el propósito de promover mayores cambios, las intervenciones son más intrusivas en las vidas de las familias.

En general las familias en riesgo presentan dificultades para implicarse y participar en los programas (Dembo, Cervenka, Hunter, y Wang, 1999; Negreiros, 2013, 2018). Algunas de estas dificultades tienen que ver con las intervenciones selectivas y con la propia condición de vulnerabilidad social en la que se encuentran (McWey et al., 2014). En ocasiones, estas familias asisten a los programas por imposición o derivación de otros sistemas o servicios (McWey et al., 2014), por lo que el reconocimiento de la necesidad de asistencia puede estar ausente, pudiendo mostrar baja motivación intrínseca y reticencias en las relaciones con los profesionales (Staudt, 2007). Otras circunstancias como los problemas económicos, la falta de capital familiar (Belcher, Peckuonis, y Deforge, 2011), la falta apoyo social y comunitario, el nivel de estudios de los padres (Mason et al., 2007) o determinados hándicaps sociales y personales (Gearing, Townsend, Elkins, El-Bassel, y Osterberg, 2014), como el proceso migratorio (Santos y Lorenzo, 2009; Lorenzo-Moledo, Godás-Otero, y Santos-Rego, 2017), pueden influir en los niveles de participación y por tanto tienen efectos sobre la eficacia y en el impacto social de la intervención (Ballester et al., 2018; Negreiros, 2013). Por tanto, es aconsejable tener en cuenta las características específicas de la población objetivo y las posibles dificultades y barreras antes de iniciar la implementación del programa. En este sentido, para las familias en riesgo puede ser indispensable proporcionar los apoyos sociales (McWey et

al., 2014), utilizar técnicas motivacionales e incentivos (Kumpfer et al., 2012a; Spoth y Redmond, 2000), reducir las barreras logísticas, acercando los programas a las personas, no las personas a los programas y también las barreras interpersonales, relacionadas con las percepciones sobre los servicios y los profesionales (Winslow, Bonds, Wolchik, Sandler, y Braver, 2009).

Otros estudios como el de Guyll, Spoth, Chao, Wickrama y Russell (2004) o el de Rosenman, Goates y Hill (2012) sugieren que las dinámicas familiares al comienzo de la intervención también influyen en la implicación y participación, así como en sus capacidades para beneficiarse de los contenidos. Siendo por tanto un aspecto para tener en cuenta, el hecho de que no todas las familias se benefician en la misma medida de las intervenciones preventivas a pesar de pertenecer a un mismo grupo de población o estar expuestos a las mismas problemáticas (Ballester et al., 2018). A partir de estos estudios, se abre la posibilidad de explorar si existen diferencias en los grupos a la hora de mejorar sus dinámicas familiares. Lo que lleva a cuestionarse si esta configuración de agrupación podría tener impactos en la eficacia de las intervenciones. Siguiendo con lo anterior, la *hipótesis moderadora del riesgo* (Bröning et al., 2017; Spoth, Shin, Guyll, Redmond, y Azevedo, 2006), planteada desde la prevención universal, sugiere que el nivel de riesgo de la población tiene implicaciones sobre la eficacia y la práctica diferencial en función de las capacidades para producir cambios en los grupos. La idea es, a mayor nivel de riesgo más posibilidad de cambio, pero también es más difícil llegar a ellos.

También es importante tener en cuenta que existen ciertas limitaciones o problemas asociados a las intervenciones selectivas como el contagio de los iguales (Dishion y Tipsord, 2011), la estigmatización de las estrategias preventivas que se fundamentan en los modelos de vulnerabilidad y riesgo psicosocial o la dificultad para diferenciar por grupos de riesgo (EMCDDA, 2004; Kumpfer, 2008). En relación con el contagio a los iguales, se puede entender como un efecto negativo de los programas selectivos al incluir a jóvenes en riesgo (Dishion y Tipsord, 2011). Dado que, el hecho de que algunos jóvenes vulnerables compartan programa puede terminar ejerciendo de modelo de la conducta no normativa. Pero también se ha observado el efecto contrario, es decir, un efecto positivo sobre jóvenes que no recibieron el programa de forma indirecta a través de la interacción con jóvenes que sí participaron en el programa, teniendo lugar un contagio beneficioso o de *difusión por proximidad* (Rulison, Feinberg, Gest, y Osgood, 2015). Otro de los problemas o limitaciones que presentan la prevención selectiva en general, es la dificultad que existe en algunos casos para identificar a la población y la toma de decisiones sobre qué elementos tener en cuenta para la selección de los grupos de riesgo (Shamblen y Derzon, 2009). Los mismos autores, sugieren que el hecho de ser intervenciones más intensas y específicas hacen que su complejidad y el coste de implementación aumente, siendo estos condicionantes los que en ocasiones determinan la elección en función de uno u otro programa.

2.4 La Práctica Basada en la Evidencia: Evidencias sobre la prevención familiar selectiva

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients

Sackett, Rosenberg, Gary, Haynes y Richardson (1996, p. 71).

En los últimos años hemos sido testigos de los grandes desarrollos que se han producido en áreas de investigación como la medicina, la psicología, las ciencias sociales o la educación. Este desarrollo ha traído consigo gran cantidad de investigación tanto a nivel teórico como práctico (modelos, estrategias, componentes, etc.). A nivel de práctica profesional se han complicado los procesos de actualización y aplicación de los principios de eficacia, constituyéndose un reto para la sociedad científica, sintetizar, comparar y catalogar estudios en función de su validez y calidad. Por tanto, ha sido preciso desarrollar estrategias para evaluar y clasificar las evidencias y poder así hacer transferencia a las áreas más prácticas. Siendo conscientes de la necesidad de integración y de trabajo con gran cantidad de información que proviene de diferentes investigaciones y aproximaciones sobre una misma problemática, nacen metodologías como la revisión sistemática o el meta-análisis (Botella y Meca, 2015; Ferreiras, Urrútia, y Alonso-Coello, 2011). También se ha manifestado la inquietud por establecer principios de evaluación de calidad y clasificación de las evidencias, con el objetivo de garantizar que las prácticas que se utilizan son las más adecuadas, en términos de eficacia o eficiencia, para una determinada problemática (Flay et al., 2005; Gottfredson et al., 2015). A este movimiento se le conoce como el enfoque de la PBE. Su misión es garantizar que determinadas prácticas cumplen con unos mínimos estándares de calidad y su eficacia ha sido comprobada y examinada. Además, permite a los profesionales elegir con rigor el tratamiento o la intervención más adecuada en cada situación. Precisamente, este último es uno de los elementos fundamentales del enfoque de la PBE, la ventaja que ofrece al profesional a la hora de tomar decisiones sobre la idoneidad de aplicar una u otra intervención (Sackett et al., 1996; Sampaio, Feldman, Richards-Jones, y Mihalopoulos, 2018).

La proliferación de investigaciones y prácticas ligadas al campo de la prevención ha propiciado, en gran medida, el desarrollo de propuestas para identificar estrategias efectivas bajo el lema “no todo vale” y la necesidad de justificar que la prevención funciona (Griffin y Botvin, 2010). La preocupación actual por el aprovechamiento de los recursos, por las políticas sociales de apoyo a la parentalidad positiva y el soporte institucional a la familia (Daly, 2013; Shulruf, O'Loughlin, y Tolley, 2009; Torío et al., 2015) han motivado que se destinen grandes esfuerzos a comprobar la eficacia de las

intervenciones (Flay et al., 2005; Sampaio et al., 2018). En las últimas dos décadas encontramos varios intentos por establecer estándares de calidad para el reconocimiento del valor y la calidad de algunas prácticas preventivas. Por ejemplo, destacamos los esfuerzos por parte de la Society Prevention Research (SPR, Gottfredson et al., 2015) o los de la EMCDDA (2011) entre otros. Si bien parece que está bastante extendida la aplicación del enfoque de la PBE, lo cierto es que en Europa sigue habiendo dificultades para identificarlas. El número de PBE que se llevan a cabo en entornos comunitarios o en servicios atención a la infancia y juventud todavía es bajo (Axford, Elliot, y Little, 2012). A pesar de haberse reconocido muchas de sus virtudes, en el contexto europeo, en general encontramos desconocimiento por parte de los responsables de las políticas sociales y de los técnicos superiores encargados de la gestión e implementación, tanto del significado de la PBE como de los beneficios que pueden aportar a la comunidad y la gestión de los recursos (Stroonbants et al., 2016). Como consecuencia de la falta de información y a la complejidad de algunos de los sistemas de garantía social, todavía quedan muchos aspectos sobre los que es necesario incidir si se quiere que la diseminación de la PBE sea una realidad en los servicios de prevención europeos (EMCDDA, 2011).

También es necesario señalar la importancia de las bases de datos específicas de prácticas basadas en la evidencia como NERPP (pertenece a SAMHSA), Blueprints, Promising Practices Network, XChange (EMCDDA), entre otras. Cuyo objetivo es evaluar de manera independiente las prácticas preventivas y las cataloga en función de criterios de calidad de su evidencia. Estas bases de datos realizan una clasificación de las prácticas preventivas y les otorgan un sello de garantía. En el caso de la base de Blueprints realizan una distinción entre programas prometedores, modelos y modelo plus (Axford et al., 2012). Dentro de estas clasificaciones el *gold standard* o estándar más grande de calidad que se puede otorgar. El distintivo lo marcan las agencias en función de si cumplen o no una serie de criterios de diseño, metodología y resultados.

Uno los requisitos de excelencia a nivel metodológico son los estudios con diseños aleatorizados (en la literatura se conocen como Randomised Controlled Trial, RCT) o cuasi-experimentales (Axford et al., 2012; McCoy, 2017). En el caso de los estudios aleatorizados, se consideran el más alto estándar de calidad metodológica. Si los grupos están correctamente asignados al azar se equilibran en relación a las variables que pronostican el efecto del programa se pueden establecer relaciones causales. Sin embargo, algunos autores sugieren que la condición de aleatorización no es garantía de eliminar algunos sesgos, o incluso no representan la realidad en los diferentes contextos (McCoy, 2017; Voils et al., 2014). Por ello es necesario que los resultados de un determinado grupo, independientemente de si recibió o no tratamiento, se deben de analizar en función del grupo asignado originalmente. A esto se le conoce como análisis de la intención de tratar (en inglés intent-to-treat; McCoy, 2017). Por ejemplo puede que una inferencia sacada a partir de una muestra aleatoria que presenta alta adherencia no sea el reflejo de la eficacia que se busca en muestras que tienen misma problemática pero menor adherencia (Ten Have et al., 2008). También encontramos otros modelos que enfatizan en el papel de la intensidad o dosis de la intervención. Sugieren que la dosis efectiva está

influida y determinada por recursos temporales, económicos, intereses del propio del investigador y la adherencia al tratamiento (Voils et al., 2014).

En general existe diversidad de investigaciones que señalan la eficacia de las intervenciones familiares como elementos de prevención (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a; Kumpfer y Haser, 2014; Smit, Verdurmen, Monshouwer, y Smit, 2008; Stockings et al., 2016; Valero et al., 2017; Van Ryzin, Roseth, Fosco, Lee, y Chen, 2016). Se trata de diferentes estudios que observan tamaños del efecto (TE) bajos o moderados, pero consistentes y que se persisten a largo plazo (Das, Salam, Arshad, Finkelstein, y Bhutta, 2016; Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a; Sandler et al., 2011; Smit et al., 2008). Teniendo en cuenta que la prevención basada en la familia es más eficiente en términos de coste-beneficio, si se compara con intervenciones individuales diseñadas sólo para los niños o jóvenes (Kumpfer et al., 2017; Kumpfer, Alvarado et al., 2003; Miller y Hendries, 2008), la elección debería estar clara. Sin embargo, en la práctica, siguen predominando los enfoques centrados en las escuelas (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011ab) o en los padres (Bröning et al., 2017; Kaminski, Valle, Filene, y Boyle, 2008; Petrie, Bunn, y Byrne, 2007). Del mismo modo, las intervenciones universales, dadas sus características de implementación, han sido más estudiadas y mejor evaluadas (Vermeulen-Smit, Verdurmen, y Engels, 2015), siendo las intervenciones selectivas las que han recibido menos atención por su complejidad a la hora de implementarse (Shamblen y Derzon, 2009) y la dificultad para establecer comparaciones (Valero et al., 2017).

Algunos de los estudios meta-analíticos más recientes, como el de Vermeulen-Smit y colaboradores (2015) han analizado estudios aleatorizados sobre la eficacia de los programas familiares para prevenir el consumo de drogas entre los adolescentes. Conformen desarrollan la revisión, los autores encuentran serias dificultades para comparar estudios desde el enfoque de la prevención selectiva, debido la falta de estudios aleatorizados y otros problemas metodológicos. Otra revisión meta-analítica reciente (Van Ryzin et al., 2016) se centra en analizar los componentes que mejor explican el éxito de los programas de prevención del consumo en adolescentes. Analizan los contenidos de los programas y los componentes con mayores niveles preventivos. Sostienen que en general los programas de prevención familiar (tanto universales como selectivos) tienen efectos pequeños o moderados ($d=0.31$). De ellos, los mejores resultados son para aquellos que trabajan contenidos que promueven el establecimiento de relaciones familiares positivas ($d=0.44$) y las habilidades de los padres para orientar a sus hijos hacia los objetivos y metas futuras ($d=0.56$). A pesar de que esta investigación examina el potencial preventivo de las intervenciones familiares, escolares y comunitarias sobre el consumo adolescente, las conclusiones destacan el papel de los contenidos familiares (Van Ryzin et al., 2016).

A pesar de la amplia literatura sobre el tema, siguen existiendo carencias respecto a la valoración de sus efectos sobre el consumo de sustancias y sobre las dinámicas familiares en los adolescentes (Valero et al., 2017). Por ejemplo, hasta el momento existen revisiones sobre los componentes más eficaces para prevenir en adolescentes, pero no

encontramos revisiones que contemplen además sus efectos sobre las relaciones familiares o sobre la parentalidad positiva. Esta es la base de la necesidad de realizar un meta-análisis sobre la capacidad de los programas de conseguir los objetivos, modificar las dinámicas familiares. Además, no es muy adecuado realizar comparaciones entre programas realizados en diferentes contextos (escuelas, comunidad y familia), así como en los diferentes niveles de prevención (universal, selectivo e indicado), ya que tienen estructuras, enfoques y objetivos distintos. Tal y como se ha comentado anteriormente, revisar y analizar las intervenciones selectivas no es trabajo fácil (Vermeulen-Smit et al., 2015) pocos estudios consiguen pasar criterios *gold standard* de calidad metodológica. Quizás debido a la complejidad sobre alguno de sus aspectos característicos como se ha visto anteriormente. Sin embargo, es necesario realizar el esfuerzo dado que no hay muchas comparaciones entre programas, y las que hay arrojan tímidos resultados. Otras cuestiones que necesitan más investigación para superarse tienen que ver con la posibilidad de realizar revisiones meta-analíticas, uno de los principales problemas metodológicos que ponen en entredicho su validez (Botella y Sánchez, 2015). Por ejemplo, la heterogeneidad. A pesar de que los TE pueden ser altos o bajos, los estudios que se analizan hoy en día, en la mayoría de los meta-análisis son muy diferentes entre sí, por lo que sigue siendo un reto el consenso respecto a diseños y metodologías que permitan realizar comparaciones válidas (Espada, González, Orgilés, Lloret, y Guillén-Riquelme, 2015; Valero et al., 2017). Una posibilidad que se ofrece es el análisis de variables moderadoras que podrían ayudar a entender mejor las diferencias existentes.

Con relación a la perspectiva de género, se observan las mismas o más dificultades para encontrar revisiones sobre eficacia de los programas familiares en la prevención del consumo de drogas. Aunque se ha conseguido llamar la atención sobre el estudio de las diferencias de género, la verdad es que sigue siendo escasa la evidencia acerca de sus efectos preventivos diferenciales (Orte et al., 2018). Algunas cuestiones como el aumento de consumo de determinadas drogas entre el género femenino, la existencia de patrones de consumo diferencial o la influencia desigual de los factores de protección familiar, han motivado gran parte de la poca investigación que existe sobre el tema (Kumpfer et al., 2008; Kumpfer, Alvarado et al., 2003). Los estudios más recientes proponen la inclusión de la perspectiva de género de dos formas principalmente: bien a partir del desarrollo de programas específicos, o bien añadiendo componentes sensibles a las necesidades de cada género (Kogan et al., 2012; Novák et al., 2013; Schwinn, Schinke, Fang, y Kandasamy, 2014). Es decir, plantear la perspectiva de género desde el diseño original de las estrategias preventivas o incluir contenidos concretos adaptados. Pero para poder llegar a este punto del proceso deben de investigarse con mayor profundidad las implicaciones del género en el desarrollo de las conductas de consumo en los jóvenes. La falta de modelos teóricos y explicativos o la falta de información sobre qué enfoques preventivos son sensibles a estas diferencias, motiva la más que necesaria revisión sobre lo que se ha realizado hasta el momento en la PBE y género. Si queremos analizar el impacto de las intervenciones preventivas sobre el consumo en adolescentes, tanto en las chicas como en los chicos, hay que estudiar los efectos por separado (Kumpfer et al., 2008; Novák et al., 2013).

3. EL PROGRAMA DE COMPETENCIA FAMILIAR 12-16

Para el enfoque de la competencia familiar, más importante aun que encontrar excepciones positivas al margen de los problemas presentados, es encontrar puntos fuertes en medio de la adversidad.
Orte, Ballester y March (2013, p. 23)

Tal y como se ha tratado de ilustrar en los apartados anteriores, desde el enfoque de la competencia familiar (Orte et al., 2013) el trabajo con familias en situación de vulnerabilidad no solo trata de prevenir en los jóvenes, sino romper con los condicionantes que mantienen algunos de los círculos viciosos más característicos de la exclusión social y que impiden el desarrollo pleno de las potenciales de todos sus miembros. Siguiendo la línea de la adaptación de PBE que hayan demostrado suficiente evidencia empírica para considerarse un programa efectivo, se presenta la adaptación cultural del Strengthening Families Program, el Programa de Competencia Familiar 12-16 (Orte et al., 2015c). Se trata de un programa socioeducativo que tiene como objetivo principal el fortalecimiento de las relaciones familiares para prevenir el consumo de drogas en adolescentes en situación de vulnerabilidad.

3.1 La adaptación cultural del Strengthening Families Program

El *Strengthening Families Program* (SFP) es una de las intervenciones familiares más conocidas y estudiadas a nivel internacional (Bröning et al., 2017; Orte y Amer, 2014). Se trata de un programa de prevención familiar selectiva para familias en situación de riesgo de carácter multicomponente que interviene sobre padres, hijos y familia. En su momento fue diseñado para intervenir sobre familias con problemas de drogadicción (Kumpfer y Johnson, 2007), pero hoy día se aplica a familias en riesgo por diferentes causas (Kumpfer et al., 2017). Su objetivo principal es promover el desarrollo positivo de los jóvenes a partir del trabajo con las habilidades parentales y la mejora de las relaciones familiares (Kumpfer, 2014). A nivel preventivo, pretende reducir las consecuencias negativas que el consumo de los padres o las situaciones de riesgo psicosocial tienen sobre la crianza y también otros problemas derivados del ejercicio de la parentalidad negligente (Kumpfer et al., 2010; Bröning et al., 2012). Las primeras investigaciones sobre el SFP (DeMarsh y Kumpfer, 1985; Kumpfer y Alder, 2003) demostraron que el entrenamiento en habilidades parentales reducía los comportamientos problemáticos de los hijos y las habilidades trabajadas con los hijos mejoraban su desempeño social. Así

como, el entrenamiento práctico en las sesiones de familia, mejoraban la comunicación y las relaciones familiares (Kumpfer y Alvarado, 2003). Está considerado un programa basado en la evidencia, que ha demostrado tener TE medios o grandes en comparación con otras intervenciones (Kumpfer et al., 2012b, 2010; Valero et al., 2017). Actualmente se ha adaptado y aplicado en múltiples contextos y países de la Unión europea aportando evidencia de calidad acerca de su eficacia (Orte y Amer, 2014). Estos resultados, erigen al SFP como un modelo de programa basado en la evidencia que produce muy buenos resultados en las subsecuentes replicas por diferentes agencias independientes. Este programa ha conseguido demostrar efectos positivos en padres, hijos y en las relaciones familiares en su conjunto (Bröning et al., 2012; Kumpfer et al., 2010, 2017).

Es un programa basado en diferentes teorías de corte sistémico y cognitivo-conductual, como las teorías de la tradición sistémica de Bowen (1978) o Minuchin (1974), la Teoría del Modelo de Ecología Social de Bronfenbrenner (1979), las investigaciones sobre el Apego de Bowlby (1969) y Ainsworth (1969), o las Teorías del Aprendizaje Social de Bandura (Kumpfer, 2014). En gran medida, esta contextualización enmarca el proceso de construcción del paradigma del fortalecimiento familiar, el Modelo de Vulnerabilidad Biopsicosocial al consumo (Kumpfer y Turner, 1990) y el modelo de resiliencia aplicado a la prevención (Richardson, Neiger, Jensen, y Kumpfer, 1990). Desde esta perspectiva, se entiende que los problemas de consumo dependen en gran medida de cómo son tratados por sus padres (afecto, supervisión, comunicación, disciplina eficaz, autoeficacia, etc.) y se justifica la necesidad de mejorar la calidad de las relaciones familiares, enseñando a los padres cómo manejar de forma positiva la conducta de sus hijos (Kumpfer, 2014).

- *El Programa de Competencia Familiar*

El **Programa de Competencia Familiar** (PCF 12-16) (Orte, Ballester, Vives, Amer, y March, 2017a; Orte et al., 2015a) es la adaptación cultural para población española del SFP de DeMarsh y Kumpfer (1985). Principalmente está diseñado para trabajar sobre las dinámicas familiares, la parentalidad positiva, mejorar el comportamiento y las habilidades de los jóvenes, así como reducir o prevenir el consumo de sustancias. El diseño tiene una estructura multicomponente, ya que define objetivos y contenidos diferenciales, aunque complementarios para padres, hijos y familia. Además, los contenidos se trabajan desde tres niveles, el emocional, el cognitivo y el conductual (Kumpfer y Alvarado, 2003). El hecho de que sea un programa compuesto por diferentes componentes incrementa su complejidad, pero también aumenta su eficacia (Kumpfer, 2002; Kumpfer, Alvarado et al., 2003). Es complejo por la necesidad de coordinar diferentes elementos poner en durante la implementación, la evaluación y el análisis (Segrott et al., 2017); y también es eficaz, dado que su configuración otorga capacidad para producir efectos sobre un amplio espectro de factores de riesgo y protección (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a). El programa se encuentra dentro de la perspectiva socioeducativa (Cánovas, Sahuquillo, Císcar, y Martínez, 2014; Orte et al., 2013), el programa trabaja con el objetivo de aumentar la resiliencia familiar y el fortalecimiento

de las familias. Para ello, se utilizan estrategias para promover la mejora de las relaciones familiares, el aumento de las habilidades parentales y las habilidades sociales en los hijos, así como la mejora del comportamiento en general y la reducción o prevención del consumo de drogas entre los hijos. Uno de los puntos fuertes de esta intervención son las estrategias de aprendizaje interactivo que fomentan la práctica como el moldeamiento, el rol-play, el debate o la discusión, el feedback, etc. (Kumpfer, 2002, 2008).

El programa está compuesto por 14 sesiones de dos horas y media de duración con una frecuencia de aplicación semanal y en formato grupal. En la figura 8 se observa cómo es la estructura de cada sesión. Están organizadas en diferentes momentos clave: 1) Ritual de recibimiento, que generalmente coincide con la merienda y tiene una duración de 30 minutos; 2) La primera parte, la sesión en paralelo. Por un lado, se interviene con el grupo de padres y madres y por otro, con el grupo de hijos e hijas. Esta primera parte tiene una duración de 60 minutos; 3) La segunda parte, la sesión conjunta. Los padres y madres se juntan con sus hijos e hijas en la sesión de intervención familiar. Esta segunda sesión tiene una duración de 60 minutos; y 4) Ritual de despedida. En las sesiones número 4, 8, 11, y 14, hay planificadas cenas en familia que tiene una duración de 30'.

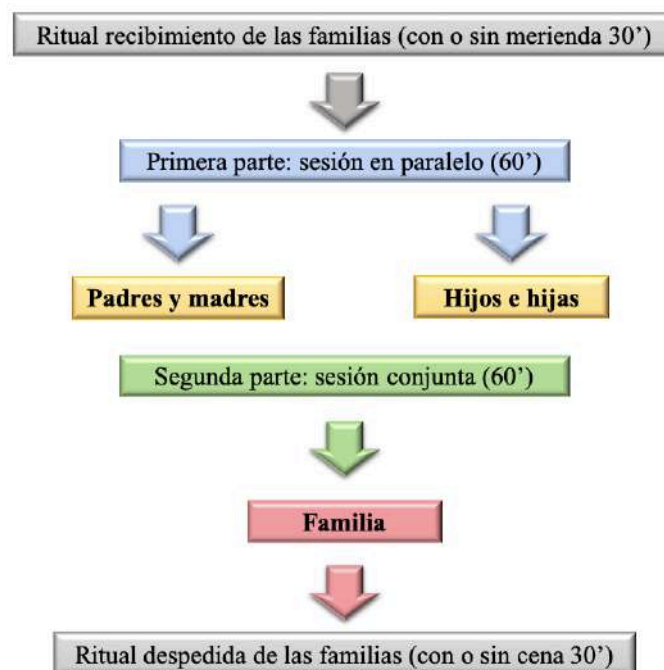


Figura 8. Estructura de las sesiones.

Fuente: Elaboración propia.

Para llevar a cabo el programa, se necesitan determinados recursos espaciales, dos salas espaciosas con mobiliario móvil que permitan realizar las dinámicas de grupo de manera adecuada. Es recomendable que estén emplazadas en escuelas o centros de referencia comunitaria para favorecer el acceso y asegurar la confianza en los contextos

normalizados (Fagan y Mihalic, 2003; UNODC, 2009). Los recursos materiales que se necesitan son: material fungible (lápices, folios, cartulinas, pegamento, etc.), manuales de formadores y de implementación, guías de participantes, carteles y hojas de evaluación (Orte et al., 2015cdefgh). En cuanto a los recursos humanos, el número ideal de formadores es cuatro, dos para el grupo de padres y madres y dos para el grupo de adolescentes. También es aconsejable la figura del coordinador, que puede ser uno de los formadores u otra persona. El papel de los profesionales tiene consideraciones especiales, ya que tanto formadores como coordinadores tienen un impacto considerable en la calidad y fidelidad de la implementación y por ende también sobre el éxito de la intervención (Orte et al., 2014). Por ello, los formadores deben de tener unos conocimientos específicos sobre intervención familiar y sobre condiciones de aplicación de programas basados en la evidencia (Orte, Ballester, Amer, y Vives, 2017b). Pero no sólo conocimientos, sino actitudes positivas hacia el programa de manera que, los formadores crean en lo que hacen y sean capaz de transmitirlo a los participantes (Kumpfer, Park, Magalhães, Orte, y Amer, 2018c). En el caso del PCF, todos los profesionales que implementan el programa han recibido un curso de formación de 20 horas con contenidos generales sobre prevención, contenidos específicos de la aplicación del programa y realizan diversas actividades prácticas del tipo rol-play para la escenificación de algunas sesiones clave (Orte et al., 2014).

Otro de los aspectos importantes del programa es el completo proceso de evaluación. Por un lado, se lleva a cabo evaluación de proceso, a partir de la recogida de información sobre fidelidad, funcionamiento de cada sesión, y otros aspectos como la participación. Por otro lado, se realiza evaluación de los resultados en base a un diseño cuasi-experimental de medidas pretest, postest y seguimientos con grupo control (Ballester et al., 2018; Orte et al., 2015a). La evaluación de resultados se realiza mediante instrumentos internacionalmente conocidos, validados y adaptados para población española, como el *Behaviour Assessment System for Children* (BASC, Reynolds y Kamphaus, 1992; González, Fernández, Pérez, y Santamaría, 2004), *Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos* (ESFA, Barraca y López-Yarto, 1999), *Cuestionario de Actitudes hacia las Drogas* (Maciá, 1986), y las escalas propias del programa, el *Cuestionario de Habilidades Parentales de Karol Kumpfer* (Kumpfer, 1998). Otra de los aspectos que aportan calidad a la evaluación, es la triangulación de informantes, entre padres y madres, adolescentes y profesorado (Orte et al., 2015a).

El programa cuenta con algunos elementos que lo hacen singular y, que están diseñados para favorecer la implicación de las familias. Por ejemplo, contempla como parte importante del programa las meriendas y cenas en familia (Kumpfer et al., 2010; Kumpfer et al., 2012b). Las meriendas tienen lugar justo antes de la sesión, con una duración aproximada de media hora, que sirven para crear sentido de grupo y confianza en un ambiente distendido y que además es un buen momento para pasar tiempo positivo en familia. En cuanto a las cenas, están programadas cuatro cenas, en las sesiones número 4, 8, 12 y 14. En la última sesión, la 14 se realiza una fiesta de graduación con el fin de celebrar la finalización del programa y reconocer los cambios que se han producido. Otro

de los elementos singulares diseñados para favorecer la asistencia, es la previsión de incentivos con un marcado carácter cultural y familiar. Se trata de proporcionar a las familias participantes oportunidades para realizar actividades en familia de tipo lúdico, entendidas éstas como un espacio familiar de calidad. Algunas de los incentivos más utilizados son las entradas a eventos deportivos, excursiones, material escolar, libros, etc. El programa también contempla la eliminación o reducción de barreras a la participación como las dificultades de desplazamiento, servicio de guardería para el cuidado de los niños menores, o la flexibilidad horaria (Kumpfer et al., 2012a).

La adaptación del SFP 12-16 se inicia en base a la exitosa experiencia que el grupo GIFES de la Universidad de las Islas Baleares había tenido realizando la adaptación del PCF 6-11 (Orte et al., 2015a; Orte et al., 2017a). En un primer momento, el proceso de adaptación y validación contó con la financiación del Ministerio de Economía y Competitividad que en 2014 concedió al grupo GIFES el proyecto de investigación: EDU2013-42412-R “Adaptación cultural de Strengthening Families Program 12-16. Propuesta de educación familiar basada en evidencia para familias en dificultad social y con hijos adolescentes” (Orte et al., 2018c). Después, la Universidad de las Islas Baleares firmó un convenio con la Fundación CaixaProinfancia que se encargó de difundir el programa y trasladarlo a organismos del tercer sector. Actualmente, muchas de estas entidades han incorporado el programa en su cartera de servicios y continúan llevando a cabo el programa. Hasta el 2017, se habían realizado unas 11 aplicaciones con un total de 124 familias (Orte et al., 2018c).

El procedimiento de adaptación se centró en tres cuestiones básicas: a) elementos formales como el lenguaje o la forma de presentación de algunos aspectos); b) elementos estructurales como la sesión de seguimiento, sesión de apertura, duración de sesiones, o manejo del grupo; y c) contenidos de las sesiones, detalles de los objetivos, focalizarse en asuntos específicos de la cultura, o la creación y modificación de nuevas actividades más adecuadas. Además, también se prestó especial atención a la formación de los formadores para que fuera ajustada a los aspectos culturales y específicos como aspecto fundamental para garantizar la retención, la adherencia y el éxito de la implementación (Orte et al., 2014).

Como consecuencia de la experiencia acumulada a partir de las versiones PCF 7-11 y 12-16 y los buenos resultados obtenidos dentro del contexto cultural (Orte et al., 2015ab, 2018c; Ballester et al., 2018), en estos momentos se están explorando otras adaptaciones como la versión universal e indicada.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente tesis doctoral por compendio de publicaciones se enmarca en la trayectoria consolidada del grupo de investigación GIFES acerca de la adaptación cultural del famoso y bien conocido programa SFP en su versión 12-16. El objetivo de esta tesis es realizar un análisis de la eficacia de los programas familiares para la prevención del consumo de drogas en adolescentes en riesgo. Para ello se ha organizado en torno a tres grandes preguntas de investigación. En un primer lugar se explorará la evidencia acerca de los programas de prevención familiar selectiva para adolescentes como el SFP. En segundo lugar se examina la inclusión de la perspectiva de género en la prevención familiar, y en tercer lugar se muestra el análisis de las dinámicas en un programa de prevención familiar que ha sido adaptado culturalmente. Los estudios 1 y 2 han tratado de examinar las evidencias mediante meta-análisis y revisiones de la literatura. En el tercer estudio se ha analizado la dinámica de las familias que han participado en la aplicación de la adaptación cultural PCF 12-16. A continuación se presentan de manera más detallada los objetivos de cada uno de los estudios y se muestra de qué manera están relacionados.

Primer estudio: estudio de meta-análisis

El objetivo principal del primer estudio es explorar la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones familiares selectivas que estuvieran basadas en la evidencia. La pregunta de investigación formulada es: ¿Qué evidencia hay en la literatura con respecto a la eficacia de programas familiares para mejorar las relaciones familiares, para incrementar la parentalidad positiva o reducir el consumo de sustancias entre los adolescentes en riesgo? Para ello se realiza una revisión de meta-análisis en diferentes bases de datos en los últimos 10 años acerca de la eficacia de los programas familiares de carácter selectivo (Valero et al., 2018). En este meta-análisis se analizan la mejora de las dinámicas familiares, las habilidades parentales y capacidad para reducir el consumo de sustancias entre los adolescentes. También se observan cuáles son los programas que tienen mayor tamaño del efecto en comparación con otros estudios similares.

Segundo estudio: estudio sobre los resultados de género

El segundo estudio introduce el análisis de la perspectiva de género dentro de los programas de prevención familiar y tiene dos objetivos principales. El primero de los objetivos es analizar en qué medida los programas de prevención familiar basados en la evidencia aplican la perspectiva de género. La revisión se realiza con el objetivo de comprobar si están diseñados o contemplaban en sus fundamentos la perspectiva de género. Para ello se realiza una revisión sistemática sobre evidencia acumulada en los últimos 10 años en diferentes bases de datos y también bases específicas de PBE. El

segundo de los objetivos planteados es evaluar en qué medida los PBE familiares previenen el consumo entre los adolescentes (independientemente del nivel de prevención, ya sean universales, selectivos o indicados). Se exploran si han realizado análisis de sus resultados desagregados por sexo para medir y analizar su eficacia en función de esta variable.

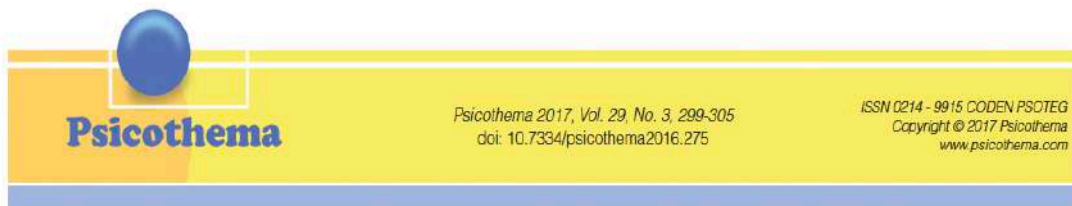
Tercer estudio: análisis de clúster

El tercer estudio se enmarca en la investigación de la aplicación de la adaptación cultural del SFP, el PCF 12-16, y su posterior análisis de los resultados obtenidos. El objetivo principal del trabajo fue identificar y describir las diferentes tipologías de familias en riesgo que participaron y acabaron en nueve aplicaciones del PCF 12-16 en base a sus dinámicas familiares. Concretamente se examinan los resultados que obtuvieron las familias al finalizar el programa, y se identifican perfiles diferentes de aprovechamiento y de mejora. Estas agrupaciones se describen se interpretan en función de sus resultados en las variables. En segundo lugar, con el objetivo de comprobar la influencia del nivel de vulnerabilidad se analizan los resultados en función del Índice de Vulnerabilidad Familiar; y, en tercer lugar, también con el objetivo de comprobar la influencia de la estructura familiar se evalúa la influencia de la estructura familiar en las dinámicas familiares resultantes. Ambos subobjetivos pretenden examinar la potencia para predecir o definir de forma significativa qué familias pertenecen a una u otra agrupación.

A continuación, se presenta el compendio de artículos que conforman esta tesis doctoral. No se han presentado en orden de publicación, sino en el orden en el que se realizó la investigación, con el objetivo de favorecer la comprensión del lector. Posteriormente, en el apartado de *Discusión* se analizan las aportaciones de los diferentes estudios y se discuten desde una visión en conjunto.

COMPENDIO DE PUBLICACIONES

Valero, M., Ballester, L., Orte, C., y Amer, J. (2017). **Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence.** *Psicothema*, 29(3), 299-305. doi: 10.7334/psicothema2016.275



Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence

María Valero de Vicente, Lluís Ballester Brage, María del Carmen Orte Socías and Joan Alfred Amer Fernández
Universidad de las Islas Baleares

Abstract

Background: Substance consumption (SC) begins in adolescence and has been linked to protection factors such as family relationships (FR) and positive parenting (PP). There are few studies concerning the effectiveness of prevention programs based on the family, even though assessing interventions is one of the objectives of preventive science. The aim of this study was to analyze the evidence on family-based selective prevention programs in relation to drug consumption in adolescents. **Methodology:** A meta-analysis of 9 studies with 102 measures grouped in three dimensions, FR, PP and SC, ranging between 2001 and 2015, was conducted. **Results:** Effect sizes (ES) were found to be 0.82 for FR, 0.71 for PP, 0.77 for the combination of both and 0.21 for SC. The Q and I² indexes expressed high heterogeneity. **Conclusions:** Despite obtaining high ES consistent with previous studies, the great heterogeneity found did not allow us to draw clear conclusions regarding the primary studies. It is recommended that methodological improvements in assessment and reporting processes be carried out for future comparisons.

Keywords: Prevention, family relationships, positive parenting, substance consumption, adolescents, meta-analysis.

Resumen

Meta-análisis sobre programas de prevención selectiva del consumo de drogas en adolescentes basados en la familia. Antecedentes: el consumo de sustancias (CS) comienza en la adolescencia y se ha relacionado con factores de protección como las relaciones familiares (RF) o la parentalidad positiva (PP). Existen pocas evaluaciones acerca de la eficacia de los programas de prevención basados en la familia. Evaluar las intervenciones es uno de los objetivos que persigue la ciencia preventiva. El objetivo del estudio es analizar las evidencias sobre los programas de prevención selectiva basados en la familia en relación al consumo de drogas en adolescentes. **Metodología:** se ha llevado a cabo un meta-análisis de 9 estudios con 102 medidas agrupadas en tres dimensiones, RF, PP y CS, comprendidos entre el 2001 y el 2015. **Resultados:** los tamaños del efecto (TE) encontrados para RF fue de 0.82, para PP de 0.71, para la combinación de ambas 0.77, y para CS 0.21. Los índices Q e I² expresaron alta heterogeneidad. **Conclusiones:** a pesar de obtener TE altos congruentes con los estudios anteriores, la alta heterogeneidad no permite sacar conclusiones claras acerca de los estudios primarios. Se recomienda realizar mejoras metodológicas en los procesos de evaluación y lo reporten para las futuras comparaciones.

Palabras clave: prevención, relaciones familiares, parentalidad positiva, consumo de sustancias, adolescentes, meta-análisis.

Drug consumption and its associated risk behaviors are one of the most important health problems in adolescence. On an international level, according to the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2016), in 2014 approximately 247 million people aged between 15 and 64 consumed drugs, 29 million of whom suffered from a disorder related to substance consumption (SC).

SC is a priority target of prevention policies at national and international level. Nowadays, there are institutions and organizations that analyze evidence regarding the effectiveness of preventive interventions (Gottfredson et al., 2015). The increasing efforts to assess the results of preventive practices are affording

prevention the status of scientific quality it deserves, given the social, political, economic and health implications it has.

In recent literature we find a meta-analysis (MA) on the effectiveness of family interventions in teenagers to prevent SC, the study by Vermeulen-Smit, Verdurmen, and Engels (2015). These authors only collected evidence on randomized prevention studies. As regards assessing the effectiveness of selective prevention studies, they found that it was not possible to carry it out because there was too much heterogeneity between the studies (population, follow-up periods, measures, instruments used, etc.), so they conducted a narrative review. They pointed out that most studies do not report significant effects on the prevention of SC; so it was not possible to draw conclusions from their evidence (Vermeulen-Smit et al., 2015). They stressed that the drawbacks of these programs are their great heterogeneity and lack of significant effects, and suggested that this is due to the fact that the effective elements in selective programs are different from the ones applied in a universal population. The variety and seriousness of the problems that arise in adolescence, especially with a vulnerable

Received: September 13, 2016 • Accepted: March 23, 2017

Corresponding author: María Valero de Vicente

Universidad de las Islas Baleares

Edificio Guillem Cifre de Colonya

07122 Illes Balears (Spain)

e-mail: maria.valero@uib.es

population, would indicate that interventions ought to be carried out more intensively.

In terms of analyzing the program components separately, we found the MA by Van-Ryzin, Roseth, Fosco, Lee, and Chen (2016) on family-based prevention of consumption in youth. They hold that, in general, family-based programs had small or moderate effects (mean effect size, ESS of 0.31) in relation to adolescent consumption. However, when they analyzed specific components from each program, the ones with the best results were those that intervened in family relationships (FR) and future orientation, with an ES of 0.44 and 0.56, respectively.

Along these lines, research by Van-Ryzin, Fosco, and Dishion (2012) found that greater parental monitoring of under 13-year-olds was negatively related to SC (McCann, Higgins, Perra, McCartan, & McLaughlin, 2013). Other authors such as Cava, Murgui, and Musitu (2008) also observed that, at these ages, the quality of FR was a protective factor and a major predictor for preventing consumption. They concluded that the quality of FR is especially relevant at the time when the move from primary to secondary school takes place. Parental monitoring and supervision, as well as the quality of FR, would have an indirect effect on SC, reducing the likelihood of children having problematic friendships, and therefore keeping them outside circles where other adolescents consume. In fact, it seems that the quality of FR and monitoring influenced each other reciprocally (Van-Ryzin et al., 2012).

Another study that obtained similar results is the review by Foxcroft and Tsertsvadze (2011) on universal family-based prevention programs, specifically targeting alcohol abuse. They point directly towards family-focused interventions that work on developing a positive family environment and behaviors as being responsible for the rise in the likelihood of adolescents adopting attitudes of resistance to external influences. Likewise, it is understood that family-based programs, unlike school-based ones, exert an indirect effect on SC.

After this review, we asked ourselves the following question, what evidence is there in the literature regarding the effectiveness of family-based programs to improve FR, PP, and to reduce SC in an adolescent population (10-18 years old)? The meta-analytical methodology, through the grouping and integration of evidence from different research studies, enables us to answer the question by giving a general measure of the effectiveness of interventions (Botella & Meca, 2015). In the field of prevention, assessing the efficacy, efficiency, and effectiveness, as well as the social implications of such results and of the components is an essential aspect in order to justify practices (Gottfredson et al., 2015).

Hence, the main aim of this research study was to analyze knowledge about evidence regarding selective family-based prevention programs for adolescents through the meta-analytical methodology.

Method

Literature sampling

The scientific literature review process for the MA was carried out between the months of October 2015 and January 2016. Articles published in journals and doctoral theses regarding selective prevention programs targeting drug consumption and criminal behavior, which were family-based and aimed at adolescents between 10 and 18 years old, were taken into account. All the results were

collected independently of gender, ethnicity or other characteristics that the subjects in the primary studies might have. The search focused on studies between January 2001 and January 2016.

The electronic bibliographic databases in which the search was conducted were: PubMed, EBSCO, PsycINFO, Scopus, SCISOC, Cochrane Database of Systematic, ERIC, Sciencedirect, Web of Science, Project Cork, Recolecta and TDX.cat. And the key words used to draw up the search equations were: family, programs, interventions, evidence-based, prevention, problems, behavioral, drugs, adolescents, teenagers, adolescence, parents, empowerment, competence, relationship and training. Databases of evidence-based programs such as SAMHSA and Blueprints were also consulted.

For the studies to be included in the MA they had to be written in English or in Spanish, published between January 2001 and January 2016, aimed at adolescents between 10 and 18 years old, with a clear family component, whose theme was SC prevention/reduction programs, behavior problems, improvement in FR, and PP. Regarding methodological criteria, only randomized or quasi-experimental studies with pre and post-test measurements were accepted, and they also had to contain sufficient data to enable the ES to be calculated.

Instruments

The software programs used were the *metafor* pack from the statistical program R to calculate the ES for each Dependent Variable (DV), the joint ES for each dimension, and for the Q and I indexes. The program Review Manager (RevMan) developed by the Cochrane Collaboration (2008) was also used to produce the forest plot graphs.

Procedure

Initially, a total of 10,229 studies were identified, 10,153 of which were ruled out because of their key words, title or the abstract. In the second phase, 78 studies were assessed, by searching the text for information to be able to decide on their inclusion or exclusion. Finally, 9 articles were selected that fulfilled all the inclusion criteria (see Figure 1).

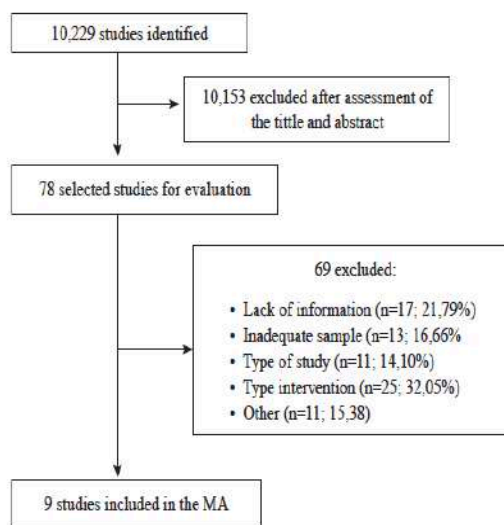


Figure 1. Study selection process

Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence

Studies that contained incomplete information in terms of methodology, or results which were confusing or deviated too far from the issue dealt with, were excluded. At methodological level, one study that used structural equations was excluded (Fosco, Frank, Stormshak, & Dishion, 2013), as it was the only one to use this statistical technique and as such was detrimental to the homogeneity of the methodology. Studies such as the ones by Bywater et al. (2011) and Hine and Moore (2015) were excluded because they had a very wide age range: from 2 to 17, and from 2 to 22, respectively. Studies with $N < 10$ and those that had a level less than 2+ were also excluded, in accordance with the Scottish Intercollegiate Guidelines Network, reviewed by Harbour and Millar (2001). Two reviewers selected the nine studies included

independently. The degree of agreement calculated using Cohen's Kappa coefficient was $k = .686$. A third reviewer resolved disagreements.

To calculate the ES of the studies that had more than one follow-up measure, the value nearest the end of the intervention was taken, in order to homogenize measures. Tables 1, 2 and 3, provide the mean, standard deviation of pre and post measures and ES (d). These values were obtained directly from the original studies, except for the ES, which was obtained from the standard deviation of the mean (SDM) between the pre y post measures, used as an efficacy measure.

Due to the large variety as far as types of DVs are concerned, we decided to group them according to whether they assessed

Table 1
Family Relationships dimension (35 DV)

Study	DV	n	M-Pre	SD-Pre	M-Post	SD-Post	d (SDM)
Cervantes et al. (2011)	1. Family attachment	153	4.19	1.04	4.28	1	0.09
Familia Adelante	2. Confidence to talk to parents	153	2.39	0.98	2.44	0.97	0.05
Kumpfer et al. (2012)							
Irish	3. Family cohesion	218	3.29	1.12	4.33	0.73	0.93
SFP	3.	1607	3.61	0.97	4.46	0.62	0.88
Irish	4. Family communication	206	2.99	0.71	4.23	0.52	1.75
SFP	4.	1579	3.18	0.8	4.19	0.58	1.26
Irish	5. Family conflict	206	3.1	1.15	2.41	0.89	0.60
SFP	5.	1544	2.4	1.10	1.96	0.86	0.40
Irish	6. Family organization	214	2.27	0.91	3.8	0.85	1.68
SFP	6.	1597	2.7	0.94	3.97	0.72	1.35
Irish	7. Family resilience	194	2.95	0.82	4.12	0.57	1.43
SFP	7.	1570	3.34	0.83	4.32	0.56	1.18
Moretti et al. (2012)	8. Safe and secure base	31	1.77	0.72	2.37	0.83	0.83
Connect	9. Association and reciprocity	31	1.98	0.65	2.62	0.79	0.98
	10. Positive feelings	31	2.08	0.56	2.79	0.85	1.27
	11. Granting autonomy	31	1.62	0.53	2.11	0.59	0.92
	12. Monitoring	31	2.21	0.68	2.58	0.69	0.54
	13. Acceptance of parental authority	31	2.03	0.6	4.48	0.70	0.75
	14. Appropriate/inadequate limits	31	2.32	0.65	2.58	0.84	0.47
	15. Attention to physical needs	31	1.6	0.85	1.2	0.49	0.40
	16. Nature of future relationship with the children	31	1.87	0.53	2.24	0.51	0.70
	17. Intrusion	31	1.87	0.84	1.25	0.51	0.74
	18. Parental identification /role reversal	31	1.69	0.76	1.16	0.43	0.70
	19. Idealization	31	1.85	0.97	1.58	0.82	0.28
	20. Power struggles	31	3.45	0.83	2.77	0.75	0.82
	21. Pain/difficulty	31	3.31	0.91	2.66	1.01	0.71
	22. Worry/fear	31	3.31	1.06	2.59	0.98	0.68
	23. Anger	31	2.76	1.1	2.29	1.07	0.43
	24. Blame	31	2.54	1.2	1.98	0.81	0.47
	25. Indifference	31	1.31	0.49	1.24	0.54	0.14
	26. Recognition of achievements	31	1.43	0.74	1.33	0.62	-0.14
Slesnick et al. (2009)							
EBFT	27. Family functioning: verbal aggression	37	0.48	0.19	0.27	0.22	1.1
FFT	27.	40	0.51	0.25	0.26	0.2	1.04
EBFT	28. Family functioning: family violence	37	0.08	0.09	0.04	0.07	0.44
FFT	28.	40	0.08	0.07	0.03	0.04	0.71
EBFT	29. Family cohesion	37	4.23	2.25	5.5	1.79	0.56
FFT	29.	40	4.96	2.79	5.68	2.72	0.26
EBFT	30. Family conflict	37	5.05	2.32	4.23	2.22	0.35
FFT	30.	40	5.88	2.37	4.44	2.53	0.61
Kumpfer et al. (2010)							
SFP	31. Family cohesion	123	3.54	0.91	4.34	0.67	0.88
	32. Family communication	124	3.11	0.69	4.14	0.66	1.49
	33. Family conflict	123	2.85	1.05	2.3	0.8	0.52
	34. Family organization	123	2.54	0.78	3.75	0.79	1.55
	35. Family resilience	126	3.11	0.78	4.21	0.57	1.41

Maria Valero de Vicente, Lluís Ballester Brage, María del Carmen Orta Socías and Joan Alfred Amer Fernández

the dimensions of FR (warmth, communication, cohesion, etc.), PP (supervision, parental efficacy, involvement, etc.), or SC (consumption of legal and illegal drugs). Finally, a joint ES was calculated for each of the aforementioned dimensions.

Data analyses

To analyze the ES, a random effects model was used, assuming that the studies included have differences between each other. The heterogeneity of the ES of the study was assessed through Cochran's *Q* and the *I*² index. The level of significance of the contrast statistic *Q* was $\alpha = 0.1$, with a confidence interval of 90% to make up for the problems of contrasting statistics with a low sample.

Results

After conducting a search of the literature, we found few studies where FR and PP were studied and where, besides, data were provided regarding the assessment of the aspects that had

been intervened. Some only analyzed certain aspects of FR, such as trust when speaking to parents (Cervantes et al., 2011), or parenting practices (Santisteban et al., 2011). However, other studies such as the ones by Kumpfer et al. (2012, 2010) and Moretti et al. (2012) did perform a more comprehensive assessment of the impact of the interventions on specific aspects of FR and PP.

Nine studies were analyzed, with twelve intervention programs, 102 measures and 77 different DVs. The DVs of each of the studies were chosen according to whether they measured FR (Table 1), PP (Table 2), or SC (Table 3). As can be observed, the heterogeneity found when assessing the dimensions makes a comparison difficult without assuming that we are using different measures, which justifies the use of a random effects model to perform the MA.

After calculating the ES for each dimension, the significant ESs were obtained, $d=0.82$ for the FR dimension; $d=0.71$ for the PP dimension; and $d=0.77$ for the combination of the measures from both dimensions. The *Q* statistic was significant ($p<.001$, 99% CI) for the FR dimension ($Q(df=43) = 92.17, p<.001$); the PP dimension ($Q(df=34) = 62.09, p=.002$); and for the combination of FR and PP ($Q(df=78) = 154.76, p<.001$). However, it was not significant

Table 2
Positive Parenting dimension (26 DV)

Study	DV	n	M-Pre	SD-Pre	M-Post	SD-Post	d (SDM)
Kumpfer et al. (2012)							
Irish	36. Parental involvement	182	3.28	0.97	4.28	0.68	1.03
SFP	36.	1587	3.51	0.94	4.33	0.64	0.87
Irish	37. Parental supervision	212	2.88	0.92	4.15	0.64	1.38
SFP	37.	1585	3.22	0.78	4.18	0.54	1.23
Irish	38. Parental efficacy	212	2.95	0.98	4.14	0.72	1.21
SFP	38.	1602	3.24	0.88	4.14	0.65	1.02
Irish	39. Positive parenting	216	3.52	0.95	4.53	0.57	0.92
SFP	39.	1602	3.79	0.90	4.62	0.51	1.06
Irish	40. Parental skills	176	3.11	0.84	3.91	0.70	0.95
SFP	40.	1580	3.40	0.74	3.95	0.64	0.74
Butler et al. (2011)							
MST	41. Positive parenting (parents)	53	38.7	4.8	40.2	5.7	0.31
	42. Positive parenting (children)	53	36.5	10.4	37.00	10.2	0.05
	43. Emotional connection (parents)	53	7.1	4.6	7.7	4.2	0.13
	44. Emotional connection (children)	53	1.9	6.6	4	5.9	0.32
	45. Autonomy (parents)	53	3.9	4.9	5.7	4.7	0.37
	46. Autonomy (children)	53	3.4	5.1	1.4	4.9	-0.39
Moretti et al. (2012)							
Connect	47. Parental competence	31	2.04	0.65	2.83	0.92	1.22
	48. Self-understanding	31	1.9	0.53	2.3	0.65	0.75
	49. Self-sacrifice	31	2.55	0.88	1.87	0.65	-0.77
	50. Confidence in the child's abilities	31	1.91	0.64	2.33	0.69	0.66
	51. Understanding of the child	31	2.04	0.75	2.46	0.74	0.56
	52. Elaborate perception of the child	31	2.24	0.58	2.64	0.67	0.69
	53. Perception of the child in the future	31	1.91	0.56	2.24	0.54	0.59
Santisteban et al. (2011)							
CIFFIA	54. Parenting practices teens' reports	12	6.08	2.09	7.45	1.54	-0.66
TFT	54.	13	6.26	1.52	5.89	1.89	0.24
CIFFIA	55. Parenting practices parents' reports	13	7.7	0.9	8	1.1	-0.33
TFT	55.	13	7.64	1.28	7.49	1.14	0.12
Slesnick et al. (2009)							
EBFT	56. Parental care	37	23.13	6.56	24.78	7.49	0.25
FFT	56.	40	20.3	10.37	24.29	0.9	0.39
EBFT	57. Parental overprotection	37	18.7	8.48	14.3	7.24	0.51
FFT	57.	40	18.14	9.68	15	7.52	0.32
Kumpfer et al. (2010)							
SFP	58. Parental involvement	123	3.42	0.86	4.25	0.72	0.97
	59. Parental supervision	128	2.97	0.73	3.69	0.63	0.99
	60. Parental efficacy	123	3.12	0.82	4.06	0.66	1.15
	61. Positive parenting	123	3.69	0.9	4.5	0.7	0.9

Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence

Table 3
Substance Consumption dimension (16 DV)

Study	DV	n	M-Pre	SD-Pre	M-Post	SD-Post	d (SDM)
Cervantes et al. (2011) Familia Adelante	62. Alcohol consumption last 30 days	153	0.62	2.83	0.71	2.43	-0.03
	63. Alcohol intoxication last 30 days	153	0.68	3.84	0.0	0.0	0.18
	64. Marijuana use last 30 days	153	1.58	4.86	0.0	0.0	0.33
	65. Other illegal drug use last 30 days	153	1.34	4.6	0.0	0.0	0.29
Kumpfer et al. (2012)							
	Irish	188	1.77	0.7	1.6	0.55	0.24
SFP	66.	1552	1.32	0.53	1.25	0.52	0.13
Santisteban et al. (2011)							
	CIFFTA	12	5.15	4.93	5.85	9.16	0.93
	TFT	13	11.08	11.31	.58	1	-0.14
	CIFFTA	12	4.54	4.31	5.46	9.08	0.8
	TFT	13	7.75	9.11	0.50	0.90	-0.21
	CIFFTA	12	0.62	0.96	0.38	0.96	0.38
TFT	13	3.33	8.54	0.08	0.29	0.25	
Slesnick et al. (2009)							
	EBFT	37	9.67	6.1	4.36	6.67	0.87
	FFT	40	9.84	5.22	4.68	5.1	0.99
	EBFT	37	1.91	1.2	1.13	1.22	0.65
	FFT	40	2.08	1.09	1	1.33	0.99
	EBFT	37	26.68	10.83	24.32	11.29	0.22
FFT	40	27.6	14.13	20.16	14.78	0.53	
Hogue et al. (2015)							
UC-FT	73. Alcohol and other drug consumption	104	6.6	8.5	8.9	9.9	-0.27
Kumpfer et al. (2010)							
SFP	74. Alcohol-drug use	122	1.42	0.7	1.19	0.36	0.33
Azrin et al. (2001)							
	FBT	29	20.6	25.5	67.93	23.51	-1.88
	FBT	29	12.17	23.92	63.91	41.2	-2.16
	77. Drug use (LSS-A)	29	64.93	31.34	65.57	37.76	-0.02

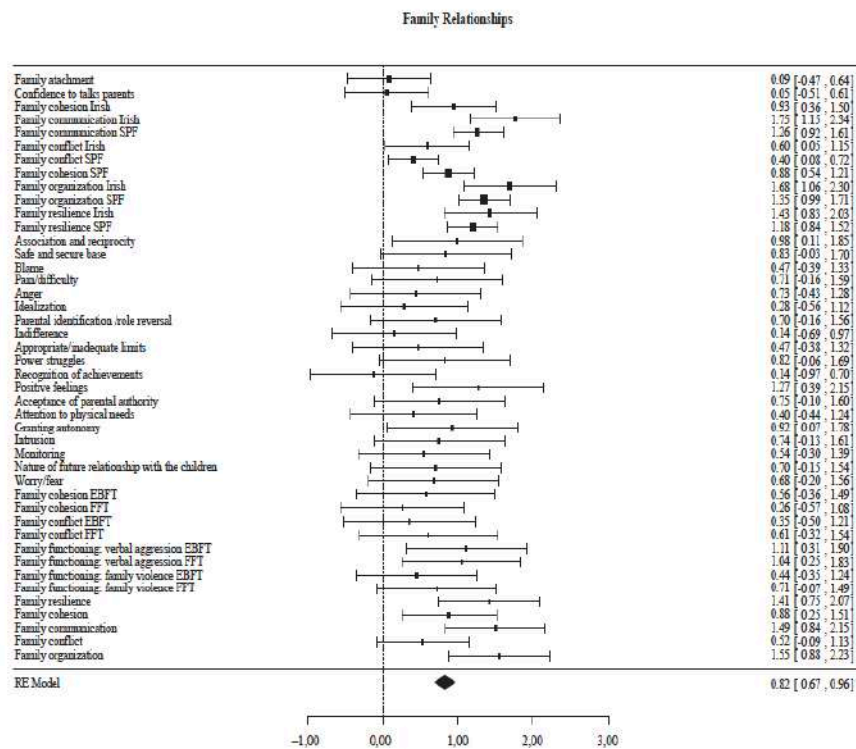


Figure 2. FR forest plot

María Valero de Vicente, Lluís Ballester Brage, María del Carmen Orte Socías and Joan Alfred Amer Fernández

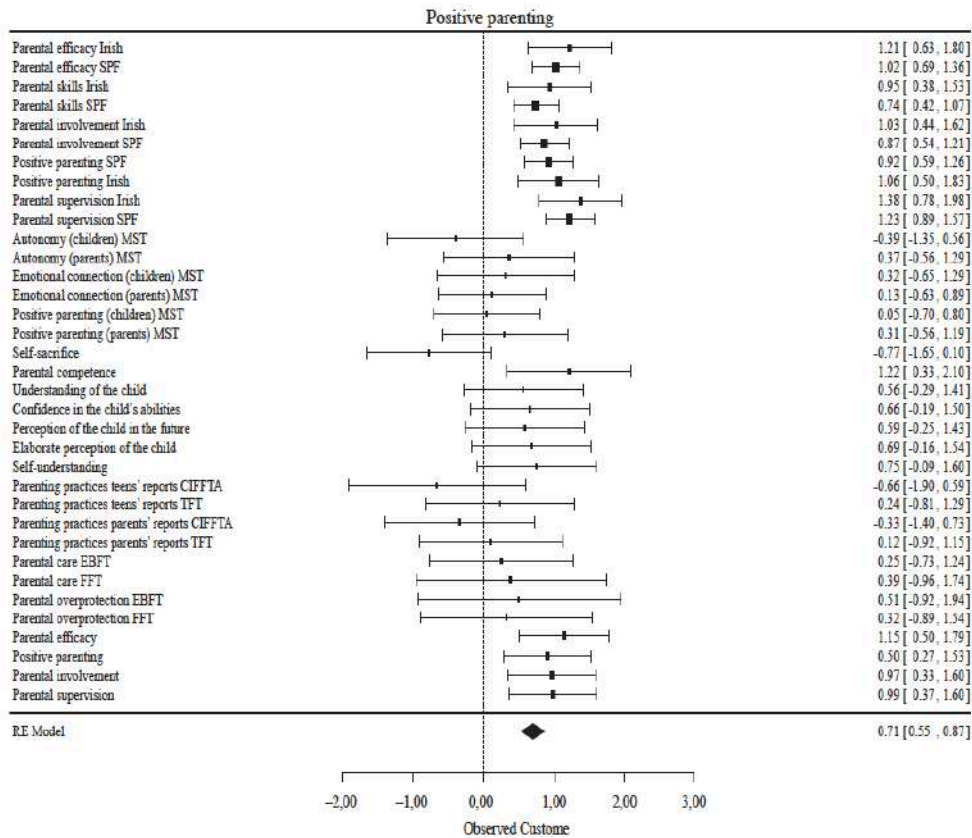


Figure 3. PP forest plot

for the PP dimension, or for the SC dimension ($Q(df=22) = 11.69, p=.963$).

As regards the I^2 index, both FR ($I^2=53.78\%$), PP ($I^2=48.53\%$), and the analysis of the combination of both ($I^2=51.69\%$), showed moderate total heterogeneity percentages according to the interpretations of this index made by Higgins, Thompson, Deeks and Altman (2003). As expected, given that the Q index showed no heterogeneity, the I^2 index for SC was 0.00%.

Discussion

The aim of this study was to analyze the evidence regarding the effectiveness of interventions on family-based selective prevention for an adolescent population in relation to improvement in FR, PP, and SC. The results reveal high ES for FR, PP and the combination of both, and a low one for SC. Despite the fact that high ES were obtained, the heterogeneity tests tell us that it is difficult to draw clear conclusions because of the great variability as regards ES between the studies. This is due to the fact that there are programs such as the *Strengthening Families Program* (SFP) (Kumpfer et al., 2010, 2012), which obtain much higher ES in the dimensions, in comparison to the rest.

We found few programs that work with families and assess FR, an aspect that has been pointed out as a fundamental element for success in interventions with the family (Van-Ryzin et al., 2012, 2016; Foxcroft et al., 2011). It can be observed how the programs that showed the best results in the FR and PP dimensions, that

is higher ES, also have higher ES in SC; for instance, the SFP by Kumpfer et al. (2010, 2012). This suggests that programs that use strategies to improve FR and increase PP reduce SC in adolescents.

As has been confirmed in recent meta-analytical studies on the issue, family-based programs that have the work component of FR have been shown to have an important ES, $d=0.44$ in Van-Ryzin et al. (2016), and in our study this ES is even greater, $d=0.82$. These data support the results especially in mid-adolescence, which is considered a critical stage for the prevention of SC, when such important changes take place, for instance passing from primary to secondary school, identity development, and the biological changes associated to evolutionary development (Van-Ryzin et al., 2012; McCann et al., 2013; Cava et al., 2008).

Upon analyzing the results whilst taking into account the homogeneity tests, we found moderate variability, which makes it difficult to confirm that the studies are estimating the same effect. It is at this time when it would make sense to assess the possible influx of moderating variables, an analysis for which it would be necessary to have more information than is provided in the studies analyzed. This is one of the problems reported in the most up-to-date research: there is a lack of detailed systematic reports of the contents of the programs, of the population they are aimed at, of the scopes in which they are administered, and also of the instruments with which the DVs are measured (Foxcroft et al., 2011). It is necessary to perform more comprehensive assessments and methodological improvements in the application of certain

Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence

programs as, although the ES may be high or low, the studies that are analyzed today in most of the MA are very heterogeneous (Espada, González, Orgilés, Lloret, & Guillén-Riquelme, 2015).

High heterogeneity between studies is an important issue when it comes to analyzing the effectiveness of intervention programs (Vermeulen-Smit et al., 2015). The present results suggest that family-based interventions carried out in the future should provide adequate measures regarding FR, PP, and SC. The primary studies must explain their interventions in detail, carry out methodological improvements, and increase homogeneity in the designs (Vermeulen-Smit et al., 2015), in order to facilitate comparisons. For this purpose, it is essential to unify measures, specify the dependent variables associated to the constructs, and improve the assessment processes of the interventions. Managing to conduct assessments as to the effectiveness of prevention programs will enable us in the future to design and select interventions that will obtain better results in the field of prevention (Gottfredson et al., 2015).

Taking into account the limitations of this study and the

primary studies found in the literature, we are able to confirm that the programs analyzed produce changes in specific aspects of FR and PP. The high heterogeneity and low number of studies that fulfilled the inclusion criteria turned out to be an important limitation when it comes to assessing effectiveness, but they are both the same difficulties that have systematically been found by authors in the field of assessment (Van-Ryzin et al., 2016; Espada et al., 2015; Vermeulen-Smit et al., 2015; Foxcroft et al., 2011). We expect these limitations to be taken into account in future studies to be able to carry out assessments as to the effectiveness of preventive science.

Acknowledgements

This work is one of the results of the following Spanish Government Research Project (MINECO): EDU2013-42412-R "Cultural adaptation of the *Strengthening Families Program 12-16*. Proposal of evidence-based family prevention at risk.

References

- *Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J., & DeCato, L. A. (2001). A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 11*(1), 1-43.
- Botella, J., & Sánchez-Meca, J. (2015). *Meta-análisis en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- *Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50*(12), 1220-1235.
- Bywater, T., Hutchings, J., Linck, P., Whitaker, C., Daley, D., Yeo, S.T., & Edwards, R.T. (2011). Incredible years parent training support for foster carers in Wales: A multi-centre feasibility study. *Child Care Health Dev, 37*(2), 233-43.
- Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Differences in protective factors of substance use in early and middle adolescence. *Psicothema, 20*(3), 389-395.
- *Cervantes, R., Goldbach, J., & Santos, S. M. (2011). Familia adelante: A multi-risk prevention intervention for latino families. *Journal of Primary Prevention, 32*(3-4), 225-234.
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D., & Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema, 27*(1), 5-12.
- Fosco, G. M., Frank, J. L., Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2013). Opening the "black box": Family check-up intervention effects on self-regulation that prevents growth in problem behavior and substance use. *Journal of School Psychology, 51*(4), 455-468.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*, CD009308.
- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., & Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science, 16*(7), 893-926.
- Harbour, R., & Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ, 323*, 334-336.
- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal, 327*(7414), 557-560.
- Hine, K. M., & Moore, K. J. (2015). Family Care Treatment for dispersed populations of children with behavioral challenges: The design, implementation, and initial outcomes of an evidence-informed treatment. *Children & Youth Services Review, 58*, 179-186.
- *Hogue, A., Dauber, S., Henderson, C. E., Bobek, M., Johnson, C., Lichvar, E., & Morgenstern, J. (2015). Randomized trial of family therapy versus nonfamily treatment for adolescent behavior problems in usual care. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 44*(6), 954-969.
- *Kumpfer, K. L., Whiteside, H. O., Greene, J. A., & Allen, K. C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the strengthening families program in statewide field sites. *Group Dynamics, 14*(3), 211-229.
- *Kumpfer, K. L., Xie, J., & O'Driscoll, R. (2012). Effectiveness of a culturally adapted strengthening families program 12-16 years for high-risk Irish families. *Child and Youth Care Forum, 41*(2), 173-195.
- McCann, M., Higgins, K., Perra, O., McCartan, C., & McLaughlin, A. (2013). The Influence of Parental Monitoring and School Environment on Adolescent Alcohol Use. *Journal of Epidemiology and Community Health, 67*(Suppl 1), A65-A66.
- *Moretti, M. M., Obsuth, I., Maysseless, O., & Scharf, M. (2012). Shifting internal parent-child representations among caregivers of teens with serious behavior problems: An attachment-based approach. *Journal of Child and Adolescent Trauma, 5*(3), 191-204.
- *Santisteban, D. A., Mena, M. P., & McCabe, B. E. (2011). Preliminary results for an adaptive family treatment for drug abuse in Hispanic youth. *Journal of Family Psychology, 25*(4), 610-614.
- *Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(3), 255-277.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2016). *World Drug Report 2016*. New York: United Nations.
- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors, 37*(12), 1314-1324.
- Van Ryzin, M. J., Roseth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y., & Chen, I. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review, 45*, 72-80.
- Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J. E. E., & Engels, R. C. M. E. (2015). The effectiveness of family interventions in preventing adolescent illicit drug use: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(3), 218-239.

Orte, C., Valero, M., Fernández-de-Álava, M., y Pozo, R. (2018a). **El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión.** *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), 9-28.



El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión

The impact of gender on family-based prevention programs intended for adolescents: a review

Carmen Orte Socias, María Valero de Vicente, Miren Fernández-de-Álava y
Rosario Pozo Gordaliza

Universidad de las Islas Baleares

Recibido: 20/12/2017 · Aceptado: 04/05/2018

Resumen

La eficacia de la intervención de los programas familiares basados en la evidencia puede verse comprometida ante la falta de resultados que atiendan las diferencias de género. Este artículo presenta una revisión de la literatura sobre dichos programas dirigidos a adolescentes incluidos en los registros más importantes sobre práctica basada en la evidencia a nivel internacional como son a través del 'National Registry of Evidence-based Programs and Practices' (NREPP) del 'Substance Abuse and Mental Health Services Administration' (SAMHSA), 'Blueprints' o 'Promising Practices Network', para determinar si la perspectiva de género se aplica en los programas de prevención familiar y si la aplicación de dicha perspectiva conlleva la obtención de una mayor eficacia en los resultados. De los 524 programas registrados en dichos tres organismos, 103 eran programas familiares y de estos, sólo 14 tenían datos desagregados por sexo. Los resultados de esta revisión muestran que sólo uno de los programas analizados incluye en sus fundamentos la perspectiva de género: cinco de ellos consiguen mejores resultados en chicas; tres obtienen mejores resultados en chicos. El artículo concluye con una discusión de los resultados obtenidos, en la que se abren nuevas líneas de investigación y aplicación.

Palabras Clave

Prevención familiar, programas basados en la evidencia, consumo de sustancias, adolescencia, género.

— Correspondencia a:
Miren Fernández-de-Álava
e-mail: miren.fernandez@uib.es



Abstract

The efficacy of evidence-based family programs may be jeopardized due to the lack of results that address gender differences. This paper reviews literature on family-based prevention programs intended for preadolescents and adolescents listed in the 'National Registry of Evidence-based Programs and Practices' (NREPP) by 'Substance Abuse and Mental Health Services Administration' (SAMHSA), 'Blueprints' or the 'Promising Practices Network'. This review explores how gender perspective is addressed in family-based prevention programs and to what extent the inclusion of the gender perspective leads to better results. 103 of the 524 programs registered in these three agencies were family programs and only 14 of these had data disaggregated by sex. The results of this review show that only one of the programs analyzed includes the gender perspective in its foundations; five of them get better results with girls; three get better results with boys. The article concludes with a discussion of the results obtained, in which new lines of research and application are opened.

Key Words

Family prevention, evidence-based programs, substance use, adolescence, gender.

INTRODUCCIÓN

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) proporciona estrategias de intervención bien fundamentadas teóricamente, evaluadas rigurosamente y con resultados sobre los objetivos prefijados (Axford, Elliott y Little, 2012). De hecho, la 'Society of Prevention Research' defiende la creación de estándares básicos para valorar la efectividad, eficacia y eficiencia de las prácticas preventivas a nivel internacional (Gottfredson et ál., 2015). Así, se garantiza el carácter científico de las evaluaciones, se mejora la calidad de las intervenciones y se comparte conocimiento sobre las bondades de las prácticas en prevención.

Los organismos destacados en PBE son 'Substance Abuse and Mental Health Services Administration' (SAMHSA) a través del 'National Registry of Evidence-based Programs and Practices' (NREPP), 'Blueprints' o 'Promising Practices Network'. Si bien cada uno establece sus propios criterios de definición y clasificación de programas, todos siguen procesos exhaustivos de evaluación. Al respecto, este artículo revisa y analiza la evidencia en los programas de prevención familiar para adolescentes con datos desagregados por sexo. Se contribuye, así, a determinar si la perspectiva de género se aplica en los programas de prevención familiar y si la aplicación de dicha perspectiva conlleva la obtención de una mayor eficacia en los resultados.

Carmen Orte Socías, María Valero de Vicente, Miren Fernández-de-Álava y Rosario Pozo Gordaliza



El aumento del consumo entre las chicas adolescentes

Los últimos datos publicados en España, vía la Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2016), indican que las chicas de 14-18 años presentan mayor prevalencia de consumo de drogas legales como el tabaco [40,3% vs 36,5% de los hombres], alcohol [80,1% vs 77,8% de los hombres] e hipnosedantes [20,1% vs 11,9% de los hombres]. Ellos, sin embargo, tienen mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales como el cannabis [31,5% vs 26,8% de las mujeres]. Ante este consumo cada vez más extendido entre las adolescentes, es importante profundizar sobre este consumo diferencial (Giletta et ál., 2012; Kulis, Booth y Becerra, 2016; Springer, Sambrano, Sale, Kasim y Hermann, 2002).

Al respecto, sabemos que los adolescentes consumen más desde la mitad de la adolescencia hasta principios de la edad adulta (Kulis et ál., 2016) para aumentar el vínculo social con otros chicos consumidores; mejorar su autopercepción; buscar sensaciones; y portarse mal (Springer et ál., 2002). Ellas, en cambio, consumen más durante la primera adolescencia (Chen y Jacobson, 2012) por problemas emocionales, de pareja o sexuales, tensión, depresión y trastornos de alimentación (Springer et ál., 2002). Incluso si tienen más amigos chicos, sus probabilidades de fumar se incrementan (Mrug, Borch y Cillessen, 2011). Por lo tanto, las relaciones de amistad masculinas y femeninas difieren en estructura y en contenido (Giletta et ál., 2012).

La importancia de la familia en la prevención

La familia, como fuente primaria de afecto y transmisión de modelos prosociales, es clave en las estrategias de prevención del consumo (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003). Así, encontramos estudios sobre la dinámica familiar como factor de protección y de riesgo (Bandura, 1999; Patterson y Dishion, 1985) y sobre su influencia en la prevención del comportamiento delictivo y del abuso de sustancias en los adolescentes (Cerutti, Ramos y Argimon, 2015; Reeb et ál., 2015; Van Ryzin, Fosco y Dishion, 2012).

La adolescencia es un momento crítico donde se rechazan las figuras de autoridad; se cuestionan las normas; se adoptan/rechazan los roles impuestos; y se producen situaciones de conflicto y ruptura con el núcleo familiar. Por ello, los programas de intervención familiar son una de las opciones más eficaces para la prevención del consumo de drogas. El motor del cambio está asociado a su impacto sobre las dinámicas familiares y a su poder de influencia en un amplio espectro de conductas y habilidades (p.e. resolución de problemas o manejo de las emociones) útiles en diferentes contextos de su vida diaria (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011; Kumpfer et ál., 2003). En esta línea se ha estudiado la relación entre el estado de ánimo deprimido en adolescentes, el consumo de drogas, y el nivel de conflicto familiar o la calidad de las interacciones entre padres e hijos (Chan, Kelly y Toumbourou, 2013; Kelly et ál., 2011, 2016; Leve, Harold, van Ryzin, Elam y Chamberlain, 2012). También se han observado diferencias sobre las formas de resistencia y exposición a las sustancias (Kulis et ál., 2016) o la relación entre policonsumo y comportamientos sexuales de



riesgo (Chan, Kelly, Hides, Quinn y Williams, 2016). Además, existen diferencias en función del género en comportamientos como el control parental (Endendijk, Groeneveld, Bakermans-Kranenburg y Mesman, 2016), los estilos parentales (Patock-Peckham, King, Morgan-López, Ulloa y Moses, 2011), o la comunicación y la confianza de los jóvenes en sus padres para hablarles de sus preocupaciones (Cava, Murgui y Musitu, 2008).

MÉTODOS Y MATERIALES

Procedimiento

Con la finalidad de responder al objetivo de estudio –determinar si la perspectiva de género se aplica en los programas de prevención familiar y si la aplicación de dicha perspectiva conlleva la obtención de una mayor eficacia en los resultados–, se revisan programas familiares evaluados por tres organismos destacados de PBE: ‘Promising Practices Network’, SAMHSA y ‘Blueprints’.

La búsqueda se centra en artículos sobre programas familiares dirigidos a adolescentes que prevengan el consumo de drogas y de comportamientos disruptivos y/o delictivos, y que tengan datos desagregados por sexo. La búsqueda se realizó de enero a marzo de 2017 en base a estos términos: “educación familiar”, “adolescentes”, “preadolescentes”, “consumo de drogas”, “sustancias”, “comportamiento delictivo” y “problemas de conducta”. La búsqueda concluyó con 524 programas ($n = 90$, ‘Promising Practices Network’; $n = 356$, SAMSHA; $n = 78$, ‘Blueprints’) (véase Figura 1), de prevención universal, selectiva o indicada, e implementados en diferentes ámbitos.

Muestra

En ‘Promising Practices Network’, SAMHSA y ‘Blueprints’ (véase Figura 1) se incluían 524 programas; 103 eran familiares ($n = 25$, ‘Promising Practices Network’; $n = 66$, SAMSHA; $n = 12$, ‘Blueprints’). Al respecto, en este artículo únicamente se incluyen aquellos estudios que abordaban PBE para (pre)adolescentes y sus familias; que han analizado su eficacia en función del sexo; y que estaban incluidos hasta la fecha de búsqueda ($N = 14$). Algunos programas estaban por duplicado en los organismos. Se trabajó con diez: (i) ‘Coping Power Program’; (ii) ‘Culturally Informed and Flexible Family-Based Treatment for Adolescents’; (iii) ‘Families in Action’; (iv) ‘Family Check-Up’; (v) ‘Functional Family Therapy’; (vi) ‘Preparing for the Drug Free Years’; (vii) ‘Iowa Strengthening Families Program’; (viii) ‘Middle School Success’; (ix) ‘Raising Healthy Children’; y (x) ‘Strong African American Families–Teen’.

RESULTADOS

Los resultados presentados hacen referencia a los datos que proporcionaban los artículos incluidos en ‘Promising Practices Network’, SAMHSA y ‘Blueprints’ (véase Tablas 1 y 2 en el Anexo).

Centrándonos en su eficacia en función del sexo, Sexton y Turner (2010) ampliaron los estudios del ‘Functional Family Therapy’ analizando la interacción “factores de riesgo o protección de los participantes”, “terapeuta” (modelo específico de adherencia) y “resultados”. Al respecto, las chicas tenían menor riesgo de reincidencia que los chicos al finalizar el tratamiento. Sin embargo, en otro estudio dirigido a comparar ‘Functional Family Therapy’



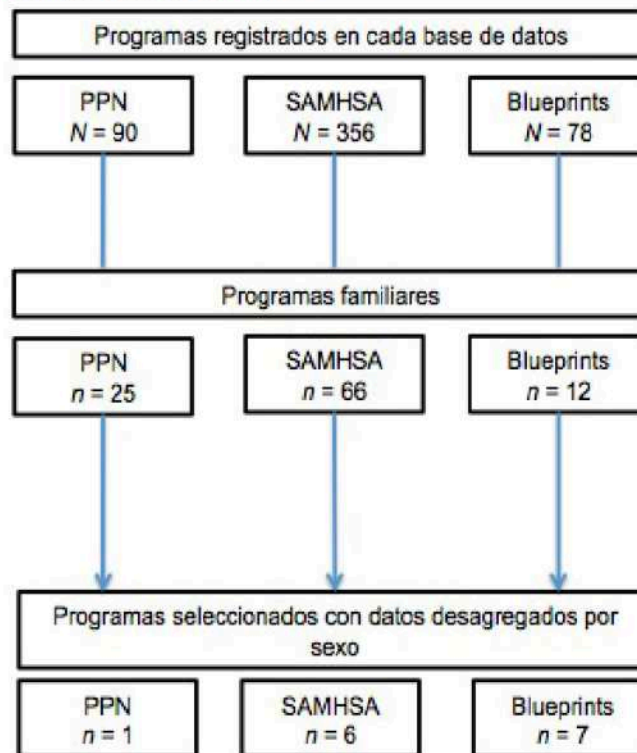
y EBFT ('Ecologically Based Family Therapy', modalidad a domicilio) con un tratamiento habitual en la disminución del consumo de sustancias, únicamente se redujo el consumo en la condición de 'Functional Family Therapy' y en chicos (Slesnick y Prestopnik, 2009).

Lochman y Wells (2004) analizaron si los efectos del 'Coping Power Program' podrían mantenerse a largo plazo y si la intervención "padres-hijos" obtenía mejoras en comparación con la intervención "hijos". Se hallaron diferencias estadísticamente significativas a un año de seguimiento en la reducción de las tasas de comportamiento delictivo encubierto, en la reducción del consumo de sustancias (informado por los padres) y en

la mejora del comportamiento escolar (informado por los profesores).

Sobre el 'Preparing for the Drug Free Years' -'Guiding Good Choices' en 'Blueprints', Mason, Kosterman, Hawkins, Haggerty y Spoth (2003) examinaron sus efectos en la delincuencia entre los policonsumidores o no consumidores; y la relación entre consumo de sustancias y niveles de delincuencia. Constataron que las tasas de policonsumo disminuían en ambos sexos y que los niveles de delincuencia previos eran un predictor importante del aumento de consumo posterior de sustancias. Por el contrario, el nivel de consumo previo no predijo el aumento del comportamiento delictivo.

Figura 1. Búsqueda y selección de la muestra



Nota. PNN = Promising Practices Network.



Mason et ál. (2007) comprobaron si el 'Preparing for the Drug Free Years' reducía la sintomatología depresiva en adolescentes. Al respecto, los chicos presentaron menor sintomatología depresiva que las chicas. El tiempo de reinstauración de los síntomas depresivos fue mayor entre los chicos. Sobre si el 'Preparing for the Drug Free Years' tenía efectos sobre el consumo de alcohol de los adultos jóvenes (22 años) tras haber realizado el programa con anterioridad (a los 12 años), Mason et ál. (2009) vieron que la tasa de consumo de alcohol en mujeres se reducía de forma estadísticamente significativa como consecuencia indirecta de la mejora de sus habilidades prosociales. A pesar de no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre la prevalencia del consumo de alcohol de chicos y chicas, el porcentaje de consumo de alcohol era superior en los chicos (27% vs 11%).

En relación al 'Family Check-Up', Connell, Dishion, Yasui y Kavanagh (2007) identificaron los predictores del compromiso de intervención y examinaron los efectos de dicho compromiso en los niveles de intervención selectiva e indicada del 'Adolescent Transitions Program' en el desarrollo de problemas de conducta entre los estudiantes de los grados 6-12. Para ello, analizaron los resultados de cuatro modelos: consumo de alcohol; consumo de tabaco; consumo de marihuana; y comportamiento antisocial. Concluyeron que ser mujer: (i) predecía pertenecer a los modelos de consumo de tabaco y marihuana; (ii) se asociaba a grupos de iguales que consumen tabaco. Las chicas que se relacionaban con iguales consumidores presentaban mayores niveles de consumo de tabaco; (iii) era in-

dicador significativo del compromiso con la intervención (en el modelo de consumo de tabaco y consumo de marihuana), traduciéndose en una mayor participación de las familias en las sesiones; y (iv) podía ser un predictor del compromiso de los padres, al observar que para los padres el comportamiento de fumar era más alarmante en las chicas que en los chicos.

En otro estudio sobre el 'Family Check-Up', Fosco, Frank, Stormshak y Dishion (2013) exploraron la asociación entre el control exhaustivo y el comportamiento, incluyendo conductas antisociales, afiliación con pares desviados y consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Al respecto, encontraron que el sexo femenino se asociaba únicamente con el aumento de amistades desviadas, manifestando tasas de crecimiento más rápidas de afiliación que los chicos.

También sobre el 'Family Check-Up', Van Ryzin y Dishion (2012) exploraron el conflicto familiar como mediador de la intervención en el comportamiento antisocial, la supervisión parental y la asociación con iguales; y examinaron las trayectorias de las familias en relación con los conflictos familiares; supervisión parental; y la asociación con iguales en relación al comportamiento antisocial. Los resultados subrayaron la ausencia de una única trayectoria que explicara la asociación de estas variables.

En relación a la supervisión parental de las actividades, ser mujer predijo, en mayor medida, la probabilidad de informar de un alto grado de supervisión por parte de los padres. Así, los cambios en el nivel de conflicto familiar en la adolescencia temprana predecían los posteriores niveles de super-



visión y de asociación con iguales desviados. A su vez, los niveles de supervisión y asociación con iguales desviados predecían el comportamiento antisocial en la adolescencia. No obstante, la supervisión no era una variable mediadora de los efectos del conflicto familiar en cuanto a conducta antisocial. Así, y aunque la supervisión parental en los problemas de conducta es importante en la preadolescencia, ésta puede disminuir en la adolescencia, mientras que la influencia del grupo de iguales aumenta (ibidem).

Stormshak, Fosco y Dishion (2010) analizaron si el 'Family Check-Up' mejoraba la autorregulación de los jóvenes pero no encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres. Ambos mejoraban sus niveles de autorregulación; teniendo dichos niveles un efecto directo sobre el aumento del compromiso académico y un efecto indirecto sobre los indicadores de depresión.

Catalano et ál. (2003) examinaron la efectividad de las estrategias de intervención del 'Raising Healthy Children' a 18 meses porque dicho período ofrecía una visión de la eficacia temprana de la intervención 'Raising Healthy Children' e información actualizada sobre las conductas prosociales de los estudiantes de primaria a los psicólogos y resto del personal del centro. Asimismo, examinaron las diferencias de género para saber si el 'Raising Healthy Children' era más efectivo en un sexo u otro. Los resultados revelaron que el 'Raising Healthy Children' mejoraba las habilidades prosociales de las adolescentes, reduciendo de forma significativa sus niveles de ansiedad en comparación al grupo control. Hawkins, Kosterman, Catalano, Hill y

Abbott (2005) estudiaron si la intervención universal 'Raising Healthy Children' aplicada en los cursos elementales mejoraba el funcionamiento en la adultez temprana (nueve años después de finalizar la intervención) y obtuvieron reducciones significativas de los síntomas de ansiedad en las mujeres pero no en los hombres.

Brown, Catalano, Fleming, Haggerty y Abbott (2005) comprobaron la eficacia del 'Raising Healthy Children' en la reducción de la probabilidad de consumo de alcohol, marihuana y tabaco; y la eficacia para alterar la frecuencia de consumo de alcohol, marihuana y tabaco. Los resultados mostraron una relación entre el género y los patrones de consumo. Por ejemplo, el consumo de alcohol y marihuana, y las tasas de prevalencia de consumo en las mujeres pronto alcanzaban las de los hombres. No obstante, no se encontraron patrones estadísticamente significativos. Ahora bien, en Catalano et ál. (2003) las chicas no reducían significativamente el comportamiento antisocial en comparación con los chicos, pero sí altas puntuaciones en la adquisición de competencias prosociales. Al respecto, el rol del género es una covariable significativa en los resultados que se desprenden de las valoraciones de padres y profesores; a pesar de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

En lo que concierne al 'Iowa Strengthening Families Program', Trudeau, Spoth, Randall y Azevedo (2007) examinaron las diferencias de género en las trayectorias de desarrollo en los síntomas de internalización durante la adolescencia y en las relaciones entre la internalización y el consumo de polio sustancias. Según sus resultados, las mujeres



presentaron mayores niveles de problemas conductuales de tipo internalizante en el pretest; relacionándose con la presencia de policonsumo. En general, los adolescentes mostraron niveles más bajos de síntomas internalizantes al finalizar el programa. Los efectos más importantes en mujeres estaban relacionados con un aumento del tiempo entre el fin del programa y la recuperación del consumo. Por lo que, en general, las chicas tardaban más en volver a consumir, aunque tanto chicas como chicos del grupo de intervención mostraron una disminución en los síntomas internalizantes y el policonsumo, en relación al grupo control.

Kogan et ál. (2012) examinaron la eficacia del 'Strong African American Families-Teen' –dirigido a prevenir el consumo de alcohol, problemas de conducta, depresión, consumo de drogas ilegales y comportamientos de riesgo sexual– en la prevención de relaciones sexuales sin protección y en la promoción de un mediador cognitivo claro del uso del preservativo: la eficacia del preservativo. El 'Strong African American Families-Teen' mostró ser eficaz para reducir las relaciones sexuales sin protección y aumentar la eficacia para prevenir embarazos no deseados. Los resultados mostraron un grado similar de eficacia en chicas y chicos, y un aumento significativo de las habilidades de organización familiar en los padres [hombres] que asistieron.

En relación al 'Culturally Informed and Flexible Family-Based Treatment for Adolescents', Santisteban, Mena y McCabe (2011) investigaron el impacto de un tratamiento adaptativo familiar en el consumo de sustancias, problemas de conducta y mediadores hipotéticos a nivel familiar en adolescentes hispanos que cumplan los criterios para un

trastorno por abuso de sustancias. Los resultados mostraron que esta intervención tenía la misma eficacia en chicos y chicas. Si bien los resultados fueron estadísticamente significativos, fue un estudio aleatorizado con un bajo tamaño muestral.

El 'Families in Action' –'Active Parenting of Teens' en SAMHSA– fue analizado por Abbey, Pilgrim, Hendrickson y Buresh (2000) para constatar si los padres e hijos que participaban en el 'Families in Action' mejoraban sus competencias a lo largo del año en comparación con aquellos que no participaban. Chicos y chicas adolescentes obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en comparación con el grupo control, en: niveles más altos de cohesión familiar, menores niveles de conflicto familiar, mayor implicación en la escuela, aumento de la autoestima y percepción negativa sobre el consumo de alcohol. Sobre el cambio en los padres, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en: una actitud más fuerte de oposición al consumo de alcohol de los menores y aumento de la edad para permitir el consumo de alcohol.

Sobre el 'Keep Safe' ['Middle School Success' en los estudios analizados], dirigido a chicas adolescentes, Kim y Leve (2011) examinaron si los efectos de la intervención en síntomas internalizantes y externalizantes podrían mantenerse a los 12 y 24 meses de finalizar; y si, además de bajar los síntomas internalizantes y externalizantes, prevenía el consumo de sustancias y el comportamiento delictivo a los 36 meses. A los 36 meses, la condición de intervención se asoció de forma negativa con el consumo de marihuana y tabaco, pero no se mostró significativamente relacionado con el comportamiento delictivo, el

Carmen Orte Socias, María Valero de Vicente, Miren Fernández-de-Álava y Rosario Pozo Gordaliza



consumo de alcohol o la asociación a pares delincuentes. Las chicas, en la condición de intervención, mostraron mayores niveles de estabilidad en los emplazamientos y en su comportamiento prosocial. Además, el comportamiento prosocial se relacionó de forma negativa con los síntomas internalizantes y externalizantes a los 12 y 24 meses. En las sesiones de mantenimiento y seguimiento se enfatizó sobre el riesgo de ser pareja de un consumidor.

Kim, Pears, Leve, Chamberlain y Smith (2013) examinaron si el 'Middle School Success' reducía los comportamientos sexuales de riesgo en chicas en acogida y a los 36 meses. Los resultados indicaron que el consumo de tabaco y marihuana estaba positivamente relacionado con los comportamientos sexuales de riesgo en las adolescentes. A pesar de producir efectos directos sobre el consumo, el 'Middle School Success' no producía cambios en los comportamientos sexuales de riesgo, sugiriendo la importancia de la variable de estabilidad en el emplazamiento en las adolescentes en acogida.

CONCLUSIONES

Este artículo revisa si la perspectiva de género se aplica en diez programas de prevención familiares –'Coping Power Program'; 'Culturally Informed and Flexible Family-Based Treatment for Adolescents'; 'Families in Action'; 'Family Check-Up'; 'Functional Family Therapy'; 'Preparing for the Drug Free Years'; 'Iowa Strengthening Families Program'; 'Middle School Success'; 'Raising Healthy Children'; y 'Strong African American Families–Teen'– y si la aplicación de dicha perspectiva conlleva la obtención de una mayor eficacia en los resultados.

Determinar si la perspectiva de género se aplica en los programas de prevención familiares

De acuerdo a Kogan et ál. (2012), Novák et ál. (2013), Schwinn, Schinke, Fang y Kandasamy (2014), la inclusión de la perspectiva de género puede conseguirse por medio del desarrollo de programas específicos o añadir componentes concretos. Los resultados de esta revisión nos indican que únicamente uno [el 'Middle School Success'/'Keep Safe'] de diez PBE aplica dicha perspectiva; diseñándose explícitamente para mujeres en situación de acogida o tuteladas por los sistemas de protección de menores. Si bien constatamos que aún queda camino por recorrer en la aplicación de esta perspectiva de género en los PBE familiares dirigidos a adolescentes (Kumpfer, Smith y Summerhays, 2008; Schwinn, Hopkins y Schinke, 2016), no podemos obviar los resultados positivos obtenidos en los programas SNAP Girl y RealTeen (Pepler et ál., 2010; Schwinn, Schinke y di Noia, 2010). Dichos programas, a pesar de no cumplir los criterios de evidencia, aplican la perspectiva de género en sus estrategias de intervención; remarcando el papel singular de la mujer en relación a la prevención del consumo de sustancias.

Determinar si la aplicación de la perspectiva de género conlleva la obtención de una mayor eficacia en los resultados

Ante la ausencia generalizada de la aplicación de la perspectiva de género, la publicación de resultados desagregados por sexo indicaría que hay determinados programas que consiguen mejores resultados en chicas



(Catalano et ál., 2003; Connell et ál., 2007; Hawkins et ál., 2005; Mason et ál., 2009; Sexton y Turner, 2010; Trudeau et ál., 2007; Van Ryzin y Dishion, 2012), y otros en chicos (Lochman y Wells, 2004; Mason et ál., 2007; Slesnick y Prestopnik, 2009).

Existiendo variaciones dentro del mismo programa, como en el 'Family Check-Up', 'Functional Family Therapy', 'Preparing for the Drug Free Years' y 'Raising Healthy Children', en los que en algunos estudios encuentran diferencias a favor de las mujeres y otros estudios diferencias a favor de una mayor eficacia en hombres, o incluso no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, concluyendo que el programa es igual de efectivo para ambos sexos (Mason et ál., 2003; Stormshak et ál., 2010; Brown et ál., 2005). Otros programas como el 'Strong African American Families-Teen'/'Culturally Informed and Flexible Family-Based Treatment for Adolescents' demuestran un nivel de eficacia igual en mujeres y hombres.

Destacan algunos resultados acerca de la implicación diferencial de los padres según el sexo, como es el caso de los estudios de Connell et ál. (2007) y Van Ryzin y Dishion (2012), en el que encuentran que el género puede ser un predictor del nivel de compromiso de los padres en relación a la detección y consideración del riesgo de consumo, así como del grado de supervisión que ejercen, siendo ambos más altos en el caso de las mujeres.

Limitaciones y perspectivas de futuro

Este artículo ha sido posible gracias a las evaluaciones realizadas por SAMHSA, 'Blueprints' o 'Promising Practices Network'. No obstante, la falta de unanimidad en los crite-

rios de evaluación o de campos de búsqueda prefijados ha dificultado la comparación entre programas que presentan diferentes niveles de evidencia. Por ejemplo, SAMHSA evalúa la calidad de los estudios de 0 a 4 en base a la fiabilidad y validez de las medidas, la fiabilidad de la intervención, la información sobre datos perdidos o atrición, mención de las posibles variables de confusión y la utilización de análisis adecuados. 'Promising Practices Network' establece su clasificación según los resultados obtenidos, el tamaño del efecto de la intervención, la significación estadística, la comparación entre grupos, el tamaño de la muestra y la disponibilidad de la documentación a evaluar. 'Blueprints' (Axford et ál., 2012) considera la evidencia como un continuo en el que se valora el tipo de evidencia y la confianza que se puede tener en la misma. Al respecto, una línea de investigación futura es trabajar de manera colaborativa para establecer criterios de evaluación de la calidad de las intervenciones preventivas (Axford et ál., 2012).

Sobre el objetivo de la revisión, la misma nos ha proporcionado un marco teórico y empírico para comprender y profundizar en: prevención familiar, su eficacia en la adolescencia, las diferencias por sexo y su abordaje. A pesar de que la publicación de los resultados desagregados por sexo es limitada, para comprometer la eficacia de la intervención (Kumpfer, Magalhaes y Xie, 2016), ésta nos permite apuntar diferentes líneas de futuro. Por ejemplo, analizar cómo la composición por género de los grupos de amigos incide en el consumo de sustancias (Jacobs, Goodson, Barry y McLeroy, 2016); cómo las familias resilientes con niveles de conflicto alto o las familias que fomentan o aprueban explícitamente la realización de

Carmen Orte Socias, María Valero de Vicente, Miren Fernández-de-Álava y Rosario Pozo Gordaliza



actividades desviadas promueven el desarrollo antisocial (Van Ryzin y Dishion, 2012); cómo las sesiones de mantenimiento y seguimiento de los programas familiares inciden en las decisiones de mantener o alejarse de personas que consuman (Kim y Leve, 2011); cómo involucrar a los padres en la adquisición de actitudes de “tolerancia cero” con el alcohol (Abbey et ál., 2000); o cómo los programas que se centran en habilidades sociales y que incluyen a la familia impactan en las chicas (Springer et ál., 2002).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbey, A.; Pilgrim, C.; Hendrickson, P. y Buresh, S. (2000). Evaluation of a family-based substance abuse prevention program targeted for the middle school years. *Journal of Drug Education*, 30, (2), 213-228.
- Axford, N.; Elliott, D. S. y Little, M. (2012). Blueprints for Europe: Promoting Evidence-Based Programmes in Children's Services. *Psychosocial Interventions*, 21, (2), 205-214.
- Bandura A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science*, 10, 214-217.
- Brown, E. C.; Catalano, R. F.; Fleming, C. B.; Haggerty, K. P. y Abbott, R. D. (2005). Adolescent substance use outcomes in the Raising Healthy Children project: A two-part latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 699-710.
- Cava, M. J.; Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Differences in protective factors of substance use in early and middle adolescence. *Psicothema*, 20, (3), 389-395.
- Catalano, R. F.; Mazza, J. J.; Harachi, T. W.; Abbott, R. D.; Haggerty, K. P. y Fleming, C. B. (2003). Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1.5 years. *Journal of School Psychology*, 41, 143-164.
- Cerutti, F.; de Ramos, S. P. y Argimon, I. I. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. *Acta Colombiana De Psicologia*, 18, (2), 173-181.
- Chan, G. C. K.; Kelly, A. B. y Toumbourou, J. W. (2013). Accounting for the association of family conflict and heavy alcohol use among adolescent girls: The role of depressed mood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74, (3), 396-405.
- Chan, G. K.; Kelly, A. B.; Hides, L.; Quinn, C. y Williams, J. W. (2016). Does gender moderate the relationship between polydrug use and sexual risk-taking among Australian secondary school students under 16 years of age? *Drug And Alcohol Review*, 35, (6), 750-754.
- Chen, P. y Jacobson, K. C. (2012). Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: gender and racial/ethnic differences. *Journal of Adolescence Health*, 50, 154-163.
- Connell, A. M.; Dishion, T. J.; Yasui, M. y Kavanagh, K. (2007). An Adaptive Approach to Family Intervention: Linking Engagement in Family-Centered Intervention to Reductions in Adolescent Problem Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, (4), 568-579.
- Endendijk, J. J.; Groeneveld, M. G.; Bakermans-Kranenburg, M. J. y Mesman, J. (2016). Gender-differentiated parenting



El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión

- revisited: Meta-analysis reveals very few differences in parental control of boys and girls. *PLoS ONE*, 11, (7): e0159193.
- Fosco, G. M.; Frank, J. L.; Stormshak, E. A. y Dishion, T. J. (2013). Opening the "Black Box": Family Check-Up intervention effects on self-regulation that prevents growth in problem behavior and substance use. *Journal of School Psychology*, 51, (4), 455-468.
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2011). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. Art. No.: CD009308.
- Giletta, M.; Scholte, R. H., Prinstein, M. J.; Engels, R. C., Rabaglietti, E. y Burk, W. J. (2012). Friendship context matters: Examining the domain specificity of alcohol and depression socialization among adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 40, (7), 1027-1043.
- Gottfredson, D. C.; Cook, T. D.; Gardner, F. E. M.; Gorman-Smith, D.; Howe, G. W.; Sandler, I. N. y Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science*, 16, (7), 893-926.
- Hawkins, J. D.; Kosterman, R.; Catalano, R. F.; Hill, K. G. y Abbott, R. D. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, (1), 25-31.
- Jacobs, W.; Goodson, P.; Barry, A. E. y McLeroy, K. R. (2016). The Role of Gender in Adolescents' Social Networks and Alcohol, Tobacco, and Drug Use: A Systematic Review. *Journal Of School Health*, 86, (5), 322-333.
- Kelly, A. B.; O'Flaherty, M.; Toumbourou, J. W.; Connor, J. P.; Hemphill, S. A. y Catalano, R. F. (2011). Gender differences in the impact of families on alcohol use: A lagged longitudinal study of early adolescents. *Addiction*, 106, (8), 1427-1436.
- Kelly, A. B.; Mason, W. A.; Chmelka, M. B.; Herrenkohl, T. I.; Kim, M. J.; Patton, G. C.; . . . Catalano, R. F. (2016). Depressed mood during early to middle adolescence: A bi-national longitudinal study of the unique impact of family conflict. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, (8), 1604-1613.
- Kim, H. y Leve, L. (2011). Substance use and delinquency among middle school girls in foster care: A three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, (6), 740-750.
- Kim, H. K.; Pears, K. C.; Leve, L. D.; Chamberlain, P. C. y Smith, D. K. (2013). Intervention effects on health-risking sexual behavior among foster care girls: The role of placement disruption and tobacco and marijuana use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 22, (5), 370-387.
- Kogan, S. M.; Brody, G. H.; Molgaard, V. K.; Grange, C. M.; Oliver, D. A. H.; Anderson, T. N.; DiClemente, R. J.; Wingood, G. M.; Chen, Y. y Sperr, M. C. (2012). The strong African American Families—Teen trial: Rationale, design, engagement processes, and family-specific effects. *Prevention Science*, 13, (2), 206-217.



- Kulis, S.; Booth, J. M. y Becerra, D. (2016). Drug-Resistance Strategies of Early Adolescents in Mexico: Gender Differences in the Influence of Drug Offers and Relationship to the Offeror. *Substance use and Misuse*, 51, (3), 370-382.
- Kumpfer, K. L.; Alvarado, R. y Whiteside, H. O. (2003). Family-based interventions for the substance abuse prevention. *Substance Use and Misuse*, 38, (11-13), 1759-1789.
- Kumpfer, K. L.; Magalhaes, C. y Xie, J. (2016). Cultural adaptation and implementation of family EBIs with diverse populations. *Prevention Science*, 18, (6), 649-659.
- Kumpfer, K. L.; Smith, P. y Summerhays, J. F. (2008). A wakeup call to the prevention field: Are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance use and Misuse*, 43, (8-9), 978-1001.
- Leve, L. D.; Harold, G. T.; van Ryzin, M. J.; Elam, K. y Chamberlain, P. (2012). Girls' tobacco and alcohol use during early adolescence: Prediction from trajectories of depressive symptoms across two studies. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 21, (3), 254-272.
- Lochman, J. E. y Wells, K. C. (2004). The Coping Power Program for Preadolescent Aggressive Boys and Their Parents: Outcome Effects at the 1-Year Follow-Up. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72, (4), 571-578.
- Mason, W. A.; Kosterman, R.; Haggerty, K. P.; Hawkins, J. D.; Redmond, C.; Spoth, R. L. y Shin, C. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive Behaviors*, 34, (6-7), 599-605.
- Mason, W. A.; Kosterman, R.; Hawkins, J. D.; Haggerty, K. P.; Spoth, R. L. y Redmond, C. (2007). Influence of a family-focused substance use preventive intervention on growth in adolescent depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence*, 17, (3), 541-564.
- Mason, W. A.; Kosterman, R.; Hawkins, J. D.; Haggerty, K. P. y Spoth, R. L. (2003). Reducing adolescents' growth in substance use and delinquency: Randomized trial effects of a parent-training prevention intervention. *Prevention Science*, 4, (3), 203-212.
- Mrug, S.; Borch, C. y Cillessen, A. H. (2011). Other-sex friendships in late adolescence: risky associations for substance use and sexual debut? *Journal of youth and adolescence*, 40, (7), 875-888.
- Novák, P.; Miovský, M.; Vopravil, J.; Gabrhelík, R.; Šťastná, L. y Jurystová, L. (2013). Gender-specific effectiveness of the unplugged prevention intervention in reducing substance use among czech adolescents. *Sociologicky Casopis*, 49, (6), 903-925.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2016). *Encuesta Sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Patock-Peckham, J. A.; King, K. M.; Morgan-Lopez, A. A.; Ulloa, E. C. y Moses, J. M. F. (2011). Gender-specific mediational links between parenting styles, parental monitoring, impulsiveness, drinking control, and alcohol-related problems.



- Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72, (2), 247-258.
- Patterson, G. y Dishion, T. (1985). Contributions of families and peers to delinquency. *Criminology*, 23, (1), 63-79.
- Pepler, D.; Wash, M., Yuile, A., Levene, K., Jiang, D., Vaughan, A. y Webber, J. (2010). Bridging the Gender Gap: Interventions with Aggressive Girls and Their Parents. *Prevention Science*, 11, (3), 229-238.
- Reeb, B. T.; Chan, S. Y. S.; Conger, K. J.; Martin, M. J.; Hollis, N. D.; Serido, J. y Russell, S. T. (2015). Prospective effects of family cohesion on alcohol-related problems in adolescence: Similarities and differences by Race/Ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 44, (10), 1941-1953.
- Santisteban, D. A.; Mena, M. P. y McCabe, B. E. (2011). Preliminary results for an adaptive family treatment for drug abuse in Hispanic youth. *Journal of Family Psychology*, 25, (4), 610-614.
- Schwinn, T. M.; Hopkins, J. E. y Schinke, S. P. (2016). Developing a web-based intervention to prevent drug use among adolescent girls. *Research on Social Work Practice*, 26, (1), 8-13.
- Schwinn, T. M.; Schinke, S. P. y di Noia, J. (2010). Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention. *Prevention Science*, 11, (1), 24-32.
- Schwinn, T. M.; Schinke, S.; Fang, L. y Kandasamy, S. (2014). A web-based, health promotion program for adolescent girls and their mothers who reside in public housing. *Addictive Behaviors*, 39, (4), 757-760.
- Sexton, T. y Turner, C. W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24, (3), 339-348.
- Slesnick, N. y Prestopnik, J. L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, (3), 255-277.
- Springer, J. F.; Sambrano, S.; Sale, E.; Kasim, R. y Hermann, J. (2002). *The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs*. Rockville, MD: NCADI.
- Stormshak, E.; Fosco, G. y Dishion, T. (2010). Implementing Interventions with Families in Schools to Increase Youth School Engagement: The Family Check-Up Model. *School Mental Health*, 2, (2), 82-92.
- Trudeau, L.; Spoth, R.; Randall, G. K. y Azevedo, K. (2007). Longitudinal effects of a universal family-focused intervention on growth patterns of adolescent internalizing symptoms and polysubstance use: Gender comparisons. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, (6), 725-740.
- Van Ryzin, M. J. y Dishion, T. J. (2012). The impact of a family-centered intervention on the ecology of adolescent antisocial behavior: Modeling developmental sequelae and trajectories during adolescence. *Development and Psychopathology*, 24, (3), 1139-1155.
- Van Ryzin, M. J.; Fosco, G. M. y Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37, (12), 1314-1324.

Carmen Orte Socias, María Valero de Vicente, Miren Fernández-de-Álava y Rosario Pozo Gordaliza



ANEXO

Tabla I. Principales características de los estudios revisados

Autores	Programa	Modelo teórico	Muestra	Tipo de intervención	Longitud del tratamiento/intervención
Abbey et ál. (2000)	Families in Action	Modelo de desarrollo social	N = 297 estudiantes N = 162 padres	Escolar	Seis sesiones de dos horas y media: una por semana en seis semanas consecutivas.
Brown et ál. (2005)	Raising Healthy Children	Modelo de desarrollo social	N = 959 matriculados en diez escuelas de primaria Intervención (n = 5) Control (n = 5)	Escolar	Profesores: talleres y sesiones de <i>coaching</i> mensuales. Pasado el primer año, sesiones mensuales de refuerzo. Estudiantes: sesiones de tutoría, clubes de estudio y sesiones de refuerzo individuales y talleres grupales durante secundaria y bachillerato. En escuela primaria, instrucción en el aula y campamentos de verano. En secundaria, refuerzo en habilidades sociales. Familia: talleres y servicios en casa para familias seleccionadas. Sesiones individuales y grupales durante los grados 1-8. En bachillerato, sesiones de refuerzo.
Catalano et ál. (2003)	Raising Healthy Children	Modelo de desarrollo social	N = 938 Grupo experimental (n = 497) Grupo control (n = 441)	Escolar	Profesores: tras el primer año del proyecto, sesiones de refuerzo mensuales. Padres: cinco talleres grupales y sesiones en casa.
Connell et ál. (2007)	Family Check-Up	Entrevista motivacional, modelada sobre el Drinker's Check-Up	N = 998 Grupo de intervención (n = 500) Grupo control (n = 498)	Escolar/ comunitario	Tres breves sesiones. 8.9 horas de contacto directo.
Fosco et ál. (2013)	Family Check-Up	Entrevista motivacional, modelada sobre el Drinker's Check-Up	N = 593 Grupo experimental (n = 386) Grupo control (n = 207)	Escolar/ comunitario	Tres breves sesiones de intervención centradas en la familia.
Hawkins et ál. (2005)	Raising Healthy Children	Modelo de desarrollo social	605 a lo largo de las tres condiciones que completaron las entrevistas a los 21 años N = 144 (Intervención temprana) N = 256 (Intervención posterior) N = 205 (grupo control)	Escolar	Profesores de la intervención temprana: formación de cinco días. Estudiantes de la intervención temprana y posterior: cuatro horas de formación. Padres de los hijos de la intervención temprana: 11 sesiones (grados 1-3). Padres de los hijos de la intervención temprana y posterior: cinco sesiones (grados 5-6).
Kim et ál. (2013)	Middle School Success	Teorías del desarrollo y trabajo de intervención con jóvenes en riesgo	N = 100 Grupo experimental (n = 48) Grupo control (n = 52)	Servicios sociales	Seis sesiones dos veces por semana.



El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión

Autores	Programa	Modelo teórico	Muestra	Tipo de intervención	Longitud del tratamiento/ intervención
Kim y Leve (2011)	Middle School Success	Teorías del desarrollo y trabajo de intervención con jóvenes en riesgo	N = 100 Grupo experimental (n = 48) Grupo control (n = 52)	Servicios sociales	Ses sesiones dos veces por semana.
Kogan et ál. (2012)	Strong African American Families-Teen	Cognitivo conductual	N = 502 SAAF-T (n = 252) Control (n = 250)	Comunitario	Cinco sesiones semanales de una hora.
Lochman y Wells (2004)	Coping Power Program	Modelo sociocognitivo contextual	N = 183 CI (n = 60) CPI (n = 60) GC (n = 63)	Escolar	Hijos: Ocho sesiones primer año y 25 sesiones el segundo año. Padres: 16 sesiones de 40-60 minutos durante 15 meses.
Mason et ál. (2009)	Preparing for the Drug Free Years	Modelo de desarrollo social	N = 429 PDFY = 221 GC = 208	Escolar	Cinco sesiones semanales de dos horas.
Mason et ál. (2007)	Preparing for the Drug Free Years	Modelo de desarrollo social	N = 429 PDFY = 221 GC = 208	Escolar	Cinco sesiones semanales de dos horas.
Mason et ál. (2003)	Preparing for the Drug Free Years	Modelo de desarrollo social	N = 429 PDFY = 221 GC = 208	Escolar	Cinco sesiones semanales de dos horas.
Santisteba et ál. (2011)	Culturally Informed and Flexible Family-Based Treatment for Adolescents	Psicoterapia; intervenciones adaptadas a las necesidades de los participantes y articulación de normas que facilitan la réplica; y temas importantes para las familias hispanas	N = 28 CIFFTA (n = 14) TFT (Terapia Familiar Tradicional) (n = 14)	Terapia familiar estructural	Dos sesiones semanales durante 16 semanas (CIFFTA y TFT).
Sexton y Turner (2010)	Functional Family Therapy	FFT: teoría multisistémica, planteamientos cognitivo-conductual y formulación ecológica del conflicto familiar	N = 917	FFT: <i>Office-based therapy.</i>	12 sesiones (de tres a seis meses).
Slesnick y Prestopnik (2009)	Functional Family Therapy	EBFT: basado en <i>Homebuilders Family Preservation</i> , teoría multisistémica. FFT: teoría multisistémica, planteamientos cognitivo-conductual y formulación ecológica del conflicto familiar	N = 119 EBFT (n = 37) FFT (n = 40) SAU (n = 42)	EBFT: <i>Home-based therapy.</i> FFT: <i>Office-based therapy.</i> SAU: <i>Service as Usual.</i>	16 sesiones de 50 minutos.

Carmen Orte Socias, María Valero de Vicente, Miren Fernández-de-Álava y Rosario Pozo Gordaliza



Autores	Programa	Modelo teórico	Muestra	Tipo de intervención	Longitud del tratamiento/intervención
Stormshak et ál. (2010)	Family Check-Up	Modelo de coerción de Patterson y entrevista motivacional	N = 377 Grupo experimental (n = 277) Grupo control (n = 100)	Escolar/comunitario	-
Trudeau et ál. (2007)	Iowa Strengthening Families Program	Teoría del aprendizaje social, teorías biopsicosociales de la etiología del consumo de sustancias y resiliencia, y habilidades vitales que se aplican a múltiples conductas problemáticas en los jóvenes	N = 383	Escolar/comunitario	Siete semanas consecutivas. 19 horas en total.
Van Ryzin y Dishion (2012)	Family Check-Up	Modelo de coerción de Patterson	N = 998 Grupo experimental (n = 500) Grupo control (n = 498)	Escolar/comunitario	Tres básicas. Unas 8.9 horas por familia.

Fuente: Abbey, Pilgrim, Hendrickson y Buresh (2000); Brown, Catalano, Fleming, Haggerty y Abbott (2005); Catalano, Mazza, Harachi, Abbott, Haggerty y Fleming (2003); Connell, Dishion, Yasul y Kavanagh (2007); Fosco, Frank, Stormshak y Dishion (2013); Hawkins, Kosterman, Catalano, Hill y Abbott (2005); Kim y Leve (2011); Kim, Pears, Leve, Chamberlain y Smith (2013); Kogan et ál. (2012); Lochman y Wells (2004); Mason et ál. (2009); Mason et ál. (2007); Mason, Kosterman, Hawkins, Haggerty y Spoth (2003); Santisteban, Mena y McCabe (2011); Sexton y Turner (2010); Slesnick y Prestopnik (2009); Stormshak, Fosco y Dishion (2010); Trudeau, Spoth, Randall y Azevedo (2007); y Van Ryzin y Dishion (2012).



Tabla 2. Principales características metodológicas de los estudios revisados

	Instrumentos	Constructos evaluados	Seguimiento (meses)	Evaluación pre-post	Asignación aleatoria	Análisis estadístico
Abbey et ál. (2000)	Family Environment Scale (Moos, 1986) Effective School Battery (Gottfredson, 1984) Inventory of Peer Attachment (Armsden y Greenberg, 1987) Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (Piers, 1984)	Cohesión y comunicación familiar, conflictos familiares, compromiso escolar, apoyo parental, autoestima y actitudes de oposición al consumo de alcohol y tabaco	12	Sí	No	ANOVA ANCOVA
Brown et ál. (2005)	Encuesta (elaboración propia) Entrevista Personal Asistida por Ordenador	Consumo de sustancias, estatus de la intervención y antecedentes	Panel longitudinal	-	Sí	Modelo de curvas latente
Catalano et ál. (2003)	Checklists (elaboración propia) Entrevista telefónica Encuesta (elaboración propia)	Competencia social, conductas antisociales, rendimiento académico, compromiso escolar y comportamiento antisocial	18	Sí	Sí	Modelo lineal jerárquico
Connell et ál. (2007)	Cuestionario adaptado de Oregon Research Institute (Metzler, Biglan, Rusby y Sprague, 2001) Encuesta de autoinforme (elaboración propia) Cuestionario desarrollado por Soberman (1994) para profesores The Composite International Diagnostic Interview (World Health Organization, 1997)	Consumo de sustancias, conductas de riesgo, participación en conductas desviadas con los pares, conflictos familiares y abuso de sustancias durante la vida	48	Sí	Sí	Efecto causal promedio de los cumplidores
Fosco et ál. (2013)	Cuestionario adaptado de Oregon Research Institute (Metzler, Biglan, Rusby, y Sprague, 2001). The Effortful Control scale. Deriva del Early Adolescent Temperament Questionnaire (Ellis y Rothbart, 2005)	Problemas de conducta, autorregulación, conductas antisociales, asociación con pares desviados y consumo de tabaco, alcohol y marihuana	36	Sí	Sí	Análisis de ecuaciones estructurales
Hawkins et ál. (2005)	Autoinformes de los participantes Registros judiciales	Compromiso constructivo, título de secundaria, estado laboral en el pasado mes, responsabilidad en el trabajo, autoeficacia constructiva, mala regulación emocional, delitos en el pasado año y consumo de sustancias	108	-	Sí	Análisis de correlaciones intraclases Análisis multivariante MANOVA
Kim et ál. (2013)	Registro del sistema de protección de menores	Frecuencia de consumo de sustancias, comportamiento sexual de riesgo y cambios de ubicación/casa	36	Sí	Sí	Ecuaciones estructurales y análisis de correlaciones

Carmen Orte Socias, María Valero de Vicente, Miren Fernández-de-Álava y Rosario Pozo Gordaliza



	Instrumentos	Constructos evaluados	Seguimiento (meses)	Evaluación pre-post	Asignación aleatoria	Análisis estadístico
Kim y Leve (2011)	Self-report Delinquency Scale (Elliott, Huizinga y Ageton, 1985) PDR (Chamberlain y Reid, 1987) Achenbach System of Empirically based Assessment (Achenbach y Rescorla, 2001)	Frecuencia de consumo de sustancias, cambios de ubicación/casa y registro del sistema de protección de menores	36	Sí	Sí	Ecuaciones estructurales, análisis de correlaciones bivariadas
Kogan et ál. (2012)	Llamadas telefónicas Visitas al domicilio realizando audio auto-entrevistas asistidas por ordenador	Número de relaciones sexuales sin protección, uso del preservativo, riesgo socioeconómico, género, calidad de las relaciones familiares, generosidad del cuidador y autocontrol	Cinco	Sí	Sí	Efecto causal promedio de los cumplidores Modelo de Poisson con exceso de ceros (ZIP)
Lochman y Wells (2004)	National Youth Survey (Elliott, Huizinga y Ageton, 1985). Autoinforme a los padres	Comportamiento delictivo y consumo de sustancias	12	Sí	Sí	ANOVA, MANOVA ANCOVA
Mason et ál. (2009)	Diagnostic Interview Schedule (Robins, Helzer, Cottler y Goldring, 1989). Social development model constructs Intervention –targeted family management	Abuso de alcohol	75	Sí	Sí	Modelo de ecuaciones estructurales y análisis de regresión
Mason et ál. (2007)	Child Behavior Checklist- Youth Self-Report (Achenbach, 1991) Autoinforme policonsumo	Sintomatología depresiva y policonsumo	75	Sí	Sí	Modelo de ecuaciones estructurales y modelo de curvas de crecimiento latente
Mason et ál. (2003)	Autoinformes	Consumo de sustancias y delincuencia	51	Sí	Sí	Modelo de curvas de crecimiento latente
Santisteban et ál.(2011)	The Revised Behavior Problems Checklist. (Quay y Peterson, 1987) The Youth Self-Report (Achenbach, 1991) Parenting Practices Questionnaire (Gorman-Smith, Tolan, Zelli, y Huesmann, 1996). Cuestionario de Sobell et al. (2003) y análisis toxicológicos de orina	Problemas de comportamiento	Ocho	Sí	Sí	ANOVA ANCOVA
Sexton y Turner (2010)	WAJCA-RA entrevista estructurada Datos sistema de justicia juvenil	Factores de riesgo y protección, y comportamiento criminal	12	Sí	Sí	MANOVA, ANOVA y regresión logística binaria



El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión

	Instrumentos	Constructos evaluados	Seguimiento (meses)	Evaluación pre-post	Asignación aleatoria	Análisis estadístico
Slesnick y Prestopnik (2009)	Form 90 (Miller, 1996) Test toxicológico de orina Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (Rahdert, 1991) Adolescent Drinking Index (Harrell y Wirtz, 1989) BDI (Beck et al. 1996) National Youth Survey Delinquency Scale (Elliot, Huizinga, y Ageton, 1985) CDISC (Saffer, 1992) Family Environment Scale (Moos y Moos, 1986) Conflict Tactic Scale (Straus, 1979) capacidad de resolución de conflictos. Parental Bonding Instrument (Paker, Tupling y Brown, 1979).	Consumo de sustancias, funcionamiento psicológico y funcionamiento familiar	15	Sí	Sí	ANOVA
Stormshak et ál. (2010)	Child Depression Inventory (Kovacs 1992) Autorregulación Early Adolescent Temperament Questionnaire (Ellis y Rothbart, 2005)	Depresión, autorregulación e implicación escolar	48	Sí	Sí	Correlaciones bivariadas y modelo estructural de análisis autorregresivo
Trudeau et ál. (2007)	Anxiety-Depression Index from Achenbach and Edelbrock's (1983) Child Behavior Checklist—Youth Self Report Autoinforme policonsumo	Síntomas internalizantes y policonsumo	60	Sí	Sí	ANOVA
Van Ryzin y Dishion (2012)	Cuestionarios (elaboración propia)	Conflicto familiar, conocimiento y supervisión parental, asociación con pares desviados y comportamiento antisocial	60	Sí	Sí	Modelo de ecuaciones estructurales, análisis orientado a variables intercorrelacionadas y análisis orientado a personas

Ballester, L., Valero, M., Orte, C., y Amer, J. (2018). **An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents.** *European Journal of Social Work*, online. doi: 10.1080/13691457.2018.1473842



European Journal of Social Work



ISSN: 1369-1457 (Print) 1468-2664 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/cesw20>

An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents

Lluís Ballester, María Valero, Carmen Orte & Joan Amer

To cite this article: Lluís Ballester, María Valero, Carmen Orte & Joan Amer (2018): An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents, *European Journal of Social Work*, DOI: [10.1080/13691457.2018.1473842](https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842>



Published online: 18 May 2018.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=cesw20>



An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents

Un análisis de la dinámica familiar: un programa selectivo de prevención del abuso de sustancias para adolescentes

Lluís Ballester , María Valero , Carmen Orte  and Joan Amer 

Department of Pedagogy and Specific Didactics, University of Balearic Islands, Palma, Spain

ABSTRACT

Adolescence is a particularly vulnerable time in terms of the possible onset of drug abuse, with an increased risk in the case of minors from socially disadvantaged families. Selective family-based drug prevention programmes seek to empower families by providing the necessary tools and skills for parents to manage relations with their adolescent children. The aim of this study was to analyse the resulting dynamics of 69 vulnerable families who completed a Family Competence Programme (FCP) for adolescents aged between 12 and 16. For this purpose, a k-means cluster analysis was conducted, leading to the identification of four clusters characterised by different types of family dynamics, based on the scores of the KK-Children Questionnaire and BASC (Behaviour Assessment System for Children). Each cluster was named accordingly: improvable skills, poor organisation, poor communication, and competent. From the analysis, it can be concluded that the observed differences in family dynamics are not dependent on the families' level of vulnerability or structure, but rather on their acquired skills. In conclusion, the profiles and family dynamics of families at risk with access to programmes like the FCP are dependent on their parental and family skills.

RESUMEN

La adolescencia es un momento particularmente vulnerable en cuanto a la posible aparición del uso indebido de drogas, con un mayor riesgo en el caso de los menores provenientes de familias socialmente desfavorecidas. Los programas selectivos de prevención de drogas basados en la familia buscan capacitar a las familias proporcionándoles las herramientas y habilidades necesarias para que los padres gestionen las relaciones con sus hijos adolescentes. El objetivo de este estudio fue analizar las dinámicas resultantes de 69 familias vulnerables que completaron el Programa de Competencia Familiar (PCF) para adolescentes de entre 12 y 16 años. Para ello, se realizó un análisis de conglomerados k-means, que condujo a la identificación de cuatro conglomerados caracterizados por diferentes tipos de dinámicas familiares, basados en los puntajes del KK-Children Questionnaire y BASC (Sistema de Evaluación del Comportamiento para Niños). Cada grupo fue nombrado en consecuencia: habilidades mejorables, organización deficiente, comunicación deficiente y competente. A partir del análisis, se puede concluir que las diferencias observadas en la

KEYWORDS

Prevention; vulnerability; family dynamics; adolescents; substance abuse

PALABRAS CLAVE

Prevención; vulnerabilidad; dinámicas familiares; adolescentes; abuso de sustancias

CONTACT María Valero  maria.valero@uib.es

© 2018 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

2  L. BALLESTER ET AL.

dinámica familiar no dependen del nivel de vulnerabilidad o estructura de las familias, sino de las habilidades adquiridas. En conclusión, los perfiles y las dinámicas familiares de las familias en riesgo con acceso a programas como el PCF dependen de sus habilidades parentales y familiares.

Introduction

Very often social work practice is responsible for achieving prevention of drug abuse in young people. This is a great challenge, because adolescence is a stage characterised by numerous changes at a biological, emotional and social level, and this makes these youngsters particularly prone to risk-type behaviours (Kim-Spoon & Farley, 2014). Indeed, adolescence has been pointed out as being a critical point in the possible initiation of substance abuse, both in Spain (Plan Nacional Sobre Drogas, 2015) and abroad (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD], 2015; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014). Three landmarks have been identified when parents and families should be particularly alert in case youngsters decide to try out drugs. They are the change from primary to secondary school, youngsters' relations with their peers, and their first nights out (Van Ryzin, Fosco, & Dishion, 2012).

According to social learning theories and systemic family approaches, family interaction is bidirectional and thus the behaviour of each of its members impacts on the rest (Eddy, Martinez, Metzler, & Heyman, 2014). The family plays a fundamental socialising role in the learning and social development process, and it serves as a model for many types of behaviours and attitudes, not just in relation to drugs (Cerutti, de Ramos, & Argimon, 2015) but also in terms of psychosocial development (Orte et al., 2015a). Studies like those of Reeb et al. (2015) have associated certain family dynamics with the onset of delinquent behaviour. According to these authors, perceived close family links, a strong bond and family support are protective factors in preventing delinquent behaviour and they are even more influential than a person's socioeconomic status. Family cohesion has also been positively related to psychological wellbeing and a lack of cohesion highlighted as a risk factor in the onset of family conflicts (Li & Warner, 2015).

For this reason, the family is considered to be a potential risk factor and protective factor in substance abuse throughout the whole lifecycle. For instance, parental supervisory and organisational tasks, such as overseeing the children's activities, setting rules, defining limits, applying reinforcement methods and punishments, designing a behaviour management plan, planning quality time with the family and forging prosocial bonds with family members, might help to reduce the children's exposure to risk situations (Higgins, McCann, McLaughlin, McCartan, & Perra, 2013; Kumpfer & Alvarado, 2003; Orte et al., 2015a; Van Ryzin et al., 2012). Adequate family communication has also been identified as a protective factor in adolescence, while communication of a critical or negative kind and a lack of parental support have been associated with a greater likelihood of risk behaviours. Many research studies highlight the importance of an affective bond between parents and children in the prevention of mental health and behavioural problems (Kostelecky, 2005; Savelieva et al., 2017; Shimura et al., 2017; Smorti & Guarnieri, 2015; Van Ryzin et al., 2012).

Kumpfer, Alvarado, and Whiteside (2003) believe that drug consumption by adolescents is a family problem and so prevention programmes should be aimed at empowering families. According to these authors, the most successful programmes in recent years are those that bring about changes in family dynamics (Orte et al., 2015a). But unfortunately more resources continue to be invested in dealing with the consequences of drug consumption by young people than in prevention, even though prevention programmes are designed to reduce possible risk factors by boosting protective ones through improved relations between parents and children, efficient communication, efficient adequate behavioural management etc. (Small & Huser, 2014).

Prevention based on families at risk

In academic literature, different types of families at risk have been described, albeit not in any close way with their family dynamics or participation in prevention programmes (Kolthof, Kikkert, & Dekker, 2014). Types can be found associated with the family's social and economic status or level of social integration, with drug consumption patterns, and certain family structures, among others. Hidalgo, Lorence, Pérez, and Menéndez (2012) conclude that the families most at risk are those with the lowest levels of social support and they found no connection with any particular type of family structure. The link between the family structure and the children's educational performance has also been explored (Martín, Alemán, Marchena, & Santana, 2015). On the other hand, authors like Crawford and Novak (2008) claim that the type of family structure does influence relations between parents and children and whether the latter's peer group takes drugs. For instance, single-parent families have a more liberal approach to bringing up their children, and this increases the likelihood of inadequate or risk-type behaviours. When children live with a non-biological parent (a stepfather or stepmother), this increases the risk of family conflicts. In other words, some family structures bring about changes in family dynamics, interactions, educational styles and socioeconomic vulnerability. In a recent study (Sharma, Sharma, & Barkataki, 2015), a positive relationship was found between young drug takers and coming from a broken home while, in contrast, there was a negative relationship between an intact family structure and drug consumption. The authors also pointed out that delinquent behaviour and drug taking in adolescents were positively associated with a previous history of delinquency in the family. Delinquent adolescent behaviour was also positively correlated with a history of drug consumption by the parents. Poor relations between parents and children also lead to an increased risk of cannabis consumption through increased relations with friends who take drugs (Hemovich, Lac, & Crano, 2011; Hoffmann, 1995). As for the association between descriptions of family types and drug consumption, Jaaskelainen, Holmila, Notkola, and Raitasalo (2016) identify five types of families, also tied in with financial difficulties, broken homes, mental health problems, and educational levels. Doba and Nandirino (2010) stress that the common denominators to the type of family most at risk are a low level of social cohesion and a tendency to avoid conflict.

Turning the spotlight on the social vulnerability of families at risk (Krakouer, Mitchell, Trevi, & Kochano, 2017), initiatives have been proposed aimed at boosting family resilience (Kumpfer, Fenollar, & Jubani, 2013). From a systemic relational point of view, families are conceived as functional units whose dynamics are affected by changes and, particularly, by stressful crisis points, like a divorce, the loss of a job or home, or a serious illness. Resilience processes are particularly important in the case of vulnerable families, since the latter are either exposed to higher levels of everyday stress or else they have fewer skills and resources to be able to tackle day-to-day problems. A resilient family is not only able to manage change better and to adapt more successfully as a group, but this resilience also has an individual impact on how all its members deal with issues (Walsh, 2012). Family resilience and other aspects like social capital (Belcher, Peckuonis, & Deforge, 2011; Wen, 2017) or the level of social and community support (Krakouer et al., 2017; Tilbury, Walsh, & Osmond, 2016) might affect family participation in prevention programmes. Some studies have indicated that a family's dynamics prior to taking part in a programme can determine how much advantage is taken of it or their level of participation (Guyll, Spoth, Chao, Wickrama, & Russell, 2004; Rosenman, Goates, & Hill, 2012), but it is not clear whether families can be classified into groups with specific dynamics.

In intervention work with families at risk, a series of factors will inevitably affect the related programme's efficiency and impact on social work practice (Dolan, Shannon, & Smyth, 2017; Vermeulen-Smit, Verdurmen, & Engels, 2015). On many occasions, financial difficulties, social handicaps, or the families' dysfunctional nature interfere in the participants' involvement in tasks aimed at boosting parenting skills and this is also reflected in their attendance of the intervention programme and the benefit they reap from it. Strategies used to modify family dynamics in evidence-based programmes include work on conflict management and parental supervisory skills, guidelines on warm effective communication between parents and children, activities

4  L. BALLESTER ET AL.

aimed at forging a solid emotional bond, and skills in handling emotions and disruptive behaviour (Kumpfer et al., 2003; Orte et al., 2015a). When the main aim is to prevent drug consumption in adolescents at risk, a good option is a family-based multi-component programme, since this type of programme has been demonstrated to have a greater success rate by taking a psychosocial approach and including strategies designed to encompass a wide range of behaviours (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011).

Reynolds and Crea (2016) drew up a model of parental psycho-social wellbeing in which financial hardship and a precarious social support network are considered to heighten the probability of psycho-social stress and the tendency to take a more coercive, inconsistent or negligent approach to parenting. At the same time, adolescence is the target age group for many preventive intervention programmes precisely because of the implications that adolescence has on the onset of a multitude of behaviours related to health in adult life. Many of the intervention programmes at this stage are aimed at avoiding the emergence of risk-type behaviours and at promoting healthy habits, focusing on avoiding initial contact with drugs or on modifying the adolescents' behaviour. When families at risk are used as a basis in prevention programmes for adolescents, a holistic approach must be taken to the programme's objectives, the specific strategies used to achieve these goals and the different social agents that are involved.

The Family Competence Programme (PCF) 12–16 is an example of a multi-component selective prevention programme for particularly vulnerable families with adolescent children, aimed at tackling the problem of substance abuse. This is the Spanish adaptation of the Strengthening Families Program (SFP, Kumpfer & DeMarsh, 1986), and its main aim is to modify family dynamics and to strengthen the family relations of socially or financially disadvantaged households or families at risk (i.e. ones dealing with drug problems, psychosocial or family stress, financial problems, abuse etc.). It also seeks to improve parenting skills and the children's behaviour, to boost their social skills and to reduce or prevent the consumption of drugs. To achieve this goal, 14 sessions are held on a weekly basis, each lasting for two or three hours, working with groups of about 7 to 12 families. The programme is divided into three sub-programmes, the first two of which are held simultaneously. They consist of (a) parental sessions, (b) adolescent sessions, and (c) family ones. The same subject matter is dealt with at each type of session, but aspects specific to each group are worked on, taking into account the participants' age and level of development. A cognitive behavioural approach is taken to the course contents, based on active meaningful learning. Before the sessions or on their conclusion, refreshments or dinners are organised in order to forge closer family ties and the creation of a social support network with families in similar circumstances.

In this paper, through a family vulnerability index, attempts are made to establish links between vulnerability and the parents' employment situation, their level of education and the type of family structure (Orte et al., 2015b). The aim of the study is to identify and describe the types of families at risk who have taken part in the Family Competence Programme 12–16, based on their family dynamics, since most studies of this type of prevention programme only report group measures, without breaking them down into different levels. In this study, we attempt to test the hypothesis that there are different types of benefit or use that can be made of the programme. In this way, it is possible to give attention to families that have less benefits, despite their attendance and participation in the programme. The first hypothesis is that the programme is completed by different types of families in terms of their parental and family skills and hence they have heterogeneous risk profiles. The second hypothesis concerns family vulnerability, and it aims to find out whether families with positive and negative dynamics can be found regardless of the level of family vulnerability, suggesting that vulnerability does not play a decisive role in family dynamics. And the third hypothesis is that positive family dynamics can be found, regardless of the family structure. That is, there is no relation between the type of family structure and a specific kind of family dynamics.

Method

Participants

The sample used in this study is made up of 68 adolescents and 70 parents. Between 2015 and 2016, a total of $N = 69$ families took part in and completed nine different applications of the FCP. There are 69 families and 68 teenagers, because one of the adolescents left the programme but his family (his mother and his sister) continued to attend right through to the end. Out of the parents who completed the programme, 15 were men (21.43%) and 55 were women (78.57%). The average age of the parents was 41.46 ($SD = 7.56$), while the adolescents who finished the programme had an average age of 13.71 ($SD = 1.19$), with 33 of them being male (48.53%) and 35 female (51.47%). Data were gathered on the structure of the families, finding that 39.13% ($n = 27$) of the families who completed the programme were single-parent ones, 34.78% ($n = 24$) were two-parent ones, 11.59% ($n = 8$) were blended families, and 14.49% ($n = 10$) had another kind of structure. To conduct the analysis, the results for just one child per family were taken into consideration, even though more than one might have taken part. When there were siblings of the right ages to be accepted on the programme (12–16 years old), the child for whom the family had requested support was included in the assessments. The aim was to assess changes in the family as a whole, in the parents and also in the child identified as the 'appointed patient' (Boszormenyi-Nagy & Framo, 2013).

The study was conducted in the Balearic Islands (Spain), a tourist region with a population of 1,150,000 people, where tourism has a special impact on families since the characteristics of employment make it hard to reconcile work with private and family life (Murray, Yrigoy, & Blázquez-Salom, 2017). The study is based on applications developed with the Social Services and NGOs, taking a joint collaborative approach. The programmes were implemented by NGOs working in the field of poverty and with families at risk, except for two cases directly implemented by the Social Services. The latter also contributed through the recruitment of families.

All the participants had to meet a series of criteria for their inclusion or exclusion: (1) the families had to be in touch with a network of support services; (2) they had to be considered vulnerable or at risk; (3) they had to be willing to attend the programme, be available to do so, and meet other associated requirements (a reasonable level of attention and cooperation, parents with adolescent children aged between 12 and 16 and, in the event of drug consumption, the participant had to be undergoing treatment and be in a stable condition etc.).

As for the family drop-out rate, during the whole of the programme only 14.81% of the families ($n = 12$) failed to finish it. Some of the reasons that were given were incompatibility with their children's timetables or activities, a change in the parent's employment situation or reasons relating to the programme (a lack of motivation regarding the programme or assessment processes).

Instruments

The Spanish version of *Kumpfer's KK-Children Questionnaire* (Kumpfer, 1998) was used for the SFP to assess the change in the families. This is made up of two self-report questionnaires – one for the parents and one for the children – with 135 items and 13 scales (positive parenting and parental involvement, family conflicts, family organisation, clear rules on drugs, drug consumption, parental supervision, parental effectiveness, communication and parenting skills, family cohesion and strength, learning skills and social skills, impulsiveness, concentration problems/depression and aggressiveness). The instrument's reliability was assessed using the Cronbach α (Wagner, 2016), with a score of .91 in the case of the parents and .89 for the adolescents (Orte et al., 2015b).

The questionnaires from the multi-dimensional *Behaviour Assessment System for Children* (BASC) by Reynolds and Kamphaus (1992) were also used, taking the version validated for the participants of Spanish programmes by González, Fernández, Pérez, and Santamaría (2004). This includes a children's

6  L. BALLESTER ET AL.

self-report (negative attitudes to school, negative attitudes to teachers, social stress, anxiety, depression, interpersonal relationships, relations with parents and self-esteem) and questionnaires for parents and teachers (aggressiveness, hyperactivity, behaviour disorders, attention problems, learning problems, depression, anxiety, adaptability, social skills and study capabilities). This questionnaire has a Cronbach α of .89 for the adolescents, .85 for the parents, and .82 for the teachers. The questionnaires are administered taking into account the age of the participants and recommendations regarding their application and processing, based on scales defined by the authors, in order to ensure the fidelity and validity of the tools

The **Family Vulnerability Index** (FVI) is made up of three indicators, based on family information regarding the parents' employment situation, their level of education and the family structure. Each family's situation is assessed prior to their participation in the programme and, again, at the end of it, since changes in the benchmark situation could have occurred. The index ranges from 0 to 20 points, calculated by taking the average scores of the three aforementioned indicators, weighted as follows: job situation 40%, parents' level of education 30% and family structure 30%. Vulnerability situations are cumulative and so the higher the score, the higher the relative vulnerability.

Design

The original study was quasi-experimental in design, with a pre-test and post-test evaluation of the experimental and control groups. Mixed methods were used, although this study focuses specifically on the cluster analysis. For further details of the general approach that was taken, including the qualitative part (see Orte, Ballester, Pascual, Gomila, & Amer, 2018).

Procedure

Relevant literature on family prevention programmes was identified by carrying out a bibliographic search, using international databases such as the Web of Science, SCOPUS, Psycinfo, PubMed, EBSCO, ERIC or Scencedirect.

The study began with nine applications of the FCP 12–16 (7–10 families per application), held at the centres of different social organisations and bodies in the Balearic Islands between 2015 and 2016. The families and children who took part in the programme had requested some kind of assistance from the organisations where the applications were run. Each application's planned schedule was followed and each one lasted for between 14 and 16 weeks (depending on possible holiday periods). Certain variables that might distort the measurements were controlled, e.g. through the application of inclusion/exclusion criteria when recruiting the families, by assessing the fidelity of the applications, through specific training for instructors, etc. Attempts were made to eliminate other variables that might interfere in the process, e.g. by overcoming possible transport problems or providing a nursery service for young children too small to take part in the programme etc. The coordinators of the applications always ensured that they were put into practice under the same conditions (the length of the sessions, the structure of the contents, the instruments and materials, the environmental conditions in the room, etc.).

Three steps were taken for the study's ethical approval: first, the proposed study was assessed and approved by the University of the Balearic Islands' Ethical Committee; second, to be granted research funds by the Spanish government, a research ethics form had to be filled in; and third, during the field study and implementation stage, all the families signed a standard consent document to be included in the study and also relating to confidentiality of their data.

Data were collected at two points in time: at the start of the application and just after the programme ended. The k-means cluster method was used to generate groups, based on statistically significant variables, in order to try and detect different types of family dynamics, based on the scores of the different family skills indicators. For the analysis of the data, the SPSS 24.0 statistical software package was used.

Results

From the *K-means* cluster analysis, four different clusters were identified (see Table 1), reflecting four different types of family dynamics. The clusters were formed by taking the significant results of the variance analysis (ANOVA, with Tukey-b contrast). The scales used to discriminate the clusters were resilience, parent–child relationships, family cohesion and family organisation. Two scales were significant but not relevant in the clusters' discrimination. They were family involvement and family conflict management. Table 2 shows the clusters' centre scores for the measured variables, the number of families in each cluster, and the percentage of families in each one.

As for the results of the variables for each of the clusters, the scores were interpreted and the clusters were named as follows: improvable skills, poor organisation, poor communication, and competent (see Table 3). For brief descriptive purposes and ease of understanding, each cluster was given a representative name.

- **Competent:** This group, with 18 families in total, achieved good scores for four statistically significant variables (resilience, parent–child relationship, family cohesion, and family organisation).
- **Poor organisation:** This group (29 families) achieved medium or mid-to-high scores for all the variables, except for family organisation whose score was poor or weak
- **Poor communication:** This group of families (nine) had medium or mid-to-high scores for all the variables, except for communication.
- **Improvable skills:** This group of families (13) had a good score for the relationship between parents and children but they needed to improve their resilience, communication and organisation.

56 of the 69 families obtained good results, with high or mid-to-high scores for the statistically significant variables. Most families – 29 out of 69 (42.03%) – can be seen to be in cluster 2, which was named 'poor organisation', characterised by an average resilience, marginally good parent–child relationship, average level of family cohesion and slightly below average organisational capacity. Of the participating families, 26.04% were categorised as forming part of the 'competent' family cluster, since they achieved better scores for all the considered factors.

No significant pattern was found between the family dynamics at the end of the programme and the family structure (single parent, nuclear or blended families or other forms of cohabitation): $\chi^2 = 8.929$ ($df = 9$); $p = .444$ ($p > .05$). This is the assumption put forward in hypothesis 2. As for the FVI, the participating families had a $M = 12.26$, with a $SD = 2.975$, $Min = 5.800$ and $Max = 17.20$. Nor was any

Table 1. Results of ANOVA.

	Cluster		MSError		F	p
	MS	df	MSE	df		
Resilience	330.8	3	28.21	66	11.72	<.001**
Parents-child relationship	14,846.01	3	24.28	66	611.53	<.001**
Family cohesion	86.91	3	12.60	66	6.9	<.001**
Family organisation	57.26	3	15.4	66	3.72	.016*

Notes: The four discriminating factors. $N = 69$ families; MS = Mean Square; MSE = Mean Square Error.

* $p < .05$; ** $p < .001$; *** $p < .001$.

Table 2. The clusters' centre scores.

	1	2	3	4
Resilience	35.69	42.40	45.11	46.78
Parents-child relationship	72.08	87.50	16.56	98.28
Family cohesion	20.00	22.73	24.33	25.67
Family organisation	17.00	18.23	18.89	21.39
Number of families	13	29	9	18
% of families	18.84	42.03	13.04	26.09

8  L. BALLESTER ET AL.**Table 3.** Clusters by family dynamics (or family dynamics of the families that completed the programme).

Interpretation of scores	Improvable skills	Poor organisation	Poor communication	Competent
Resilience	Low	Medium	Medium-High	High
Parent-child relationship	Medium-High	Medium-High	Low	High
Family cohesion	Low	Medium	Medium-High	High
Family organisation	Low	Low-Medium	Medium	High
Number of families	13	29	9	18

Table 4. ANOVA family competence.

Family competence	SS	Df	MS	F	p
Among groups	40,593.929	3	13,531.310	23.968	<.001***
Within groups	32,179.382	57	564.551		
Total	72,773.311	60			

Note: SS = Sum of Square.

* $p < .05$; ** $p < .001$; *** $p < .001$.

pattern observed between the family dynamics and scores obtained in the FVI $\chi^2 = 5.293$ ($df = 6$); $p = .507$ ($p > .05$). In turn, no significant link was found between family vulnerability and family competence at the end of the application: $\chi^2 = 0.242$ ($df = 59$); $p = .063$ ($p > .05$).

In contrast, depending on the family dynamics displayed at the end of the programme, significant differences could be seen in the level of family competence, $F = 23.968$ ($df = 3$) $p < .001$ *** (see Table 4).

Conclusion

The results highlight the existence of different groups or clusters that achieve different scores for the resilience, parent-child relationship, family cohesion and family organisation factors. At the end of the family skills programme, different patterns could be observed in the way the family's function, as demonstrated by the scores of the measured factors, with four types of families being identified, characterised by differing dynamics. One of them clearly accounts for the largest number of families ($n = 29$), conspicuous for their poor organisational skills.

From the classification of the families, certain heterogeneity can be observed in the families at risk that took part in the programme. This suggests that it is wrong to believe that all families at risk who are referred to the social services and are in need of or request access to intervention programmes have the same family dynamics (Hidalgo et al., 2012).

In contrast with what was expected, the data shows that there is no significant link between the vulnerability index and the resulting dynamics at the end of the programme. This could be due to the fact that all the families participating in the programme had a certain degree of vulnerability, since this is one of the criteria for inclusion. Thus, once families have been rated as being vulnerable, this index is not useful in differentiating how they function as families. There is no link between the level of family skills and vulnerability at the end of the programme. Positive family dynamics can be observed in families with a high level of vulnerability and negative ones in families with a low level of social vulnerability. Similarly, positive or negative family dynamics can be found, irrespective of the type of family structure. Hence, it can be affirmed that the family structure (single-parent, two-parent or other types of families) does not determine the type of family dynamics seen at the end of the programme.

The type of family structure or level of vulnerability might have some impact on family dynamics, but they do not determine participation in the programme (Crawford & Novak, 2008; Hidalgo et al., 2012; Orte et al., 2015b). In general, the families who complete the FCP 12-16 have a high level of family dynamics. The clusters that contain the highest number of families (poor organisation and competent) are the ones with the highest scores for the four discriminating factors. This coincides

with studies like those of Rosenman et al. (2012), which suggest that family dynamics prior to the programme are linked to how much advantage is taken of it. They found that the families with the lowest and highest family dynamics at the start of the programme tend to be less involved and are therefore more likely to drop out. The drop-out rate by families with a high level of family dynamics is an important aspect to bear in mind in the case of universal programmes. However, in the case of selective ones, the aim is to retain families with a low level of family dynamics (since it has been shown that they tend not to wish to participate). In turn, Rosenman et al. (2012) maintain that the programme is effective regardless of the initial level at which family's function and even though their willingness to participate may differ.

There is some evidence that the long-term effectiveness of prevention programmes does not depend on the initial level of family dynamics (Guyl et al., 2004). Furthermore, families with a low level of family dynamics are those most in need of such programmes but those least willing to take part in them. If the families most in need of such programmes drop out, one conclusion that can be drawn is the ensuing impact on the efficiency and cost-benefit ratio of the intervention programme. Positive results are achieved by families taking part in selective prevention programmes regardless of their initial level of family dynamics. Families with poor dynamics can take advantage of the programme to improve the strategies they use, and families with better dynamics can also benefit from them. In our case, the families that function the worst account for 18.84% of all those that completed the programme and they are characterised by a low resilience, low level of cohesion and poor organisational capacity: scores associated with a higher risk (Doba & Nandirino, 2010; Kumpfer et al., 2013). An analysis of the profiles of families that manage to complete the programme would improve the selection and retention process and, by extension, the efficiency of social work practice (Tilbury et al., 2016).

This study highlights the presence of different family profiles among the families that took part in the programme, based on the scores they achieved for a series of parental and family skills. By gaining a closer insight into the families that use prevention services, applications of programmes can be better adapted to suit their needs (Tilbury et al., 2016). The strategies that are devised should take into account the fact that there is not just 'one type' of family at risk, but that diversity is the norm as opposed to the exception. These results offer an insight into the needs of the families that finished the programme. This information is important so as to improve further programmes and pinpoint possible strengths and weaknesses, especially when dealing with families in a vulnerable situation.

The relevant implication for social work practice is to find out what level to use the programme at, what kind of skills vulnerable families need to strengthen, and whether different support is needed for families with a low level of performance in this type of prevention programme. This information is also useful in improving the efficiency and effectiveness of family prevention programmes. An awareness of the different ways in which more vulnerable families function is an important factor in social work practice, since it can serve to improve the efficiency of the services that are provided (Dolan et al., 2017) and ensure that resources are more efficiently used. Likewise, a higher degree of involvement in programmes and lower drop-out rates can be achieved, and new hypotheses can be posed on the relationship between the different family dynamics of families at risk and how each type might benefit from certain components of evidence-based programmes or strategies used in them. We already know that families at risk and adolescents have higher associated problems (behavioural problems, a greater likelihood of drug consumption, more possibility of coming from a broken home and greater socioeconomic handicaps) and so any related risks need to be minimised, their social and personal resources boosted, more intensive programmes applied, and some universal prevention strategies used as a support (Schietecat, Roets, & Vandenbroeck, 2014; Vermeulen-Smit et al., 2015).

Evidence-based family prevention programmes are a good way of bringing about positive changes in family dynamics and reducing risk factors in adolescence (Orte et al., 2015b). Because they work on developing pro-social behaviour, such as how to spend more positive time together as a family, this improves family dynamics and strengthens affective ties. As Burkhart points out

10  L. BALLESTER ET AL.

(2013), the SFP contains all the necessary ingredients to ensure an effective intervention programme (joint family sessions with parents and children, positive interaction during learning experiences, forging communication links and effective forms of discipline, strengthening affective ties, etc.). Recent reviews of selective prevention programmes, such as that of Bröning et al. (2012), point out that the SFP is effective for at-risk populations precisely because it includes parents. When we work with families at risk, it is our duty to find out which type of intervention works best with them (Gottfredson et al., 2015), and an evidence-based study is a good way of assessing and improving social care strategies.

The most important limitation to this study is the low sample size, preventing our conclusions from being generally extrapolated to populations at risk. Nevertheless, if we take into account the fact that this is a selective intervention programme where participation tends to be lower anyway, we are dealing with a low but relevant number of participants. For the purposes of future research, it would be interesting to develop a predictive model for improving family skills, based on factors able to discriminate between different levels of related skills. It would also be useful to discover whether the way in which a family functions – assessed by taking into account different factors – determines their degree of involvement in the programme and their continuance and commitment to it. Likewise, it could be ascertained whether different family dynamics have significant effects on the efficiency of certain components or strategies designed for families at risk and on their completion of programmes, such as strategies like long-term monitoring processes or incentives to take part in programmes.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

This work was supported by Ministry of Economy and Competitiveness (MINECO) [grant number EDU2013-42412-R and EDU2016-79235-R]. Also funded by La Caixa Foundation.

Notes on contributors

Lluís Ballester, has a PhD in Sociology and Philosophy, and a Degree in Social Work. He has worked as an educator and social worker in Palma City Council, Càritas and in the Consell de Mallorca. From 1988 to 1996 he was responsible for the Department of Planning and Studies in the area of Social Welfare and Health of the Consell de Mallorca. He is a member of the Research and Educational and Social Training Group (GIFES) and Co-director, along with Professor Carmen Orte, of University specialist courses on prevention of and approaches to youth conflict. He coordinates, together with Professor Josep Lluís Oliver, the evaluation of the Program on Child and Family Poverty (La Caixa) for the Balearic Islands, part of the Network of Youth and Social Inclusion, formed by 5 universities and 8 social entities of the State. He has also been part of the Prostitution Study Group in the Balearic Islands since 2003.

María Valero, has a Degree in Psychology from the University of Almeria (2011) and a Master's specialised in psychological intervention in clinical and social fields (2013). She is currently a PhD student in Education at the University of Balearic Islands through a scholarship FPI of the Ministry of Economy (Research Personnel Training) and member of the research team GIFES. Her research interests are family responsibilities, prevention and evidence-based programmes, preventing risk behaviours in childhood and adolescence.

Carmen Orte, has a degree in Psychology and a PhD in Education. She's University Professor and principal investigator in family prevention programmes based on scientific evidence of the research group GIFES in the University of Balearic Islands. In the field of education throughout life, she created the Open University for Seniors (UOM) during 1997 to 1998 and directed until July 2013. In the field of family education and in learning throughout life she has three active competitive research studies, one national and two European. She is director of the Chair of Dependency Care and Promotion of Personal Autonomy and the director of the Yearbook of Aging Balearic Islands and the Co-Director of the Yearbook of Education of the Balearic Islands and in 2015 was Director of the International Summer Senior University. She is deputy director of the Department of Pedagogy and Didactic Specific.

Joan Amer, has a PhD in Sociology (Autonomous University of Barcelona). From 2010 onwards, he has been Lecturer at the Department of Pedagogy and Specific Didactics. He was a postdoctoral researcher at Lancaster University (United Kingdom) 2006–2008. He is a member of the Research Group GIFES and works in the fields of evidence-based family education programmes, social pedagogy, sociology of family and education, and qualitative research.

ORCID

Lluís Ballester  <http://orcid.org/0000-0003-1861-7511>

Maria Valero  <http://orcid.org/0000-0002-1065-7028>

Carmen Orte  <http://orcid.org/0000-0002-4695-4411>

Joan Amer  <http://orcid.org/0000-0001-7751-7110>

References

- Belcher, J. R., Peckuonis, E. V., & Deforge, B. R. (2011). Family capital: Implications for interventions with families. *Journal of Family Social Work, 14*(1), 68–85. doi:10.1080/10522158.2010.542113
- Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, J. L. (2013). *Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects*. London: Routledge.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P. M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., & Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7*(23). doi:10.1186/1747-597X-7-23
- Burkhart, G. (2013). *North American drug prevention programmes: Are they feasible in European cultures and contexts?* Lisbon: EMCDDA.
- Cerutti, F., de Ramos, S. P., & Argimon, I. I. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência [Influence of parental attitudes on substance consumption in adolescence]. *Acta Colombiana De Psicología, 18*(2), 173–181. doi:10.14718/ACP.2015.18.2.15
- Crawford, L. A., & Novak, K. B. (2008). Parent-child relations and peer associations as mediators of the family structure-substance use relationship. *Journal of Family Issues, 29*(2), 155–184. doi:10.1177/0192513X07304461
- Doba, K., & Nandirino, J. (2010). Is there a family typology of addictive behaviors? Critical review of the literature in the families of adolescents with an eating disorder or with a substance-dependence. *Psychologie Française, 55*(4), 355–371. doi:10.1016/j.psfr.2010.10.001
- Dolan, P., Shannon, M., & Smyth, B. (2017). Family support in practice: Voices from the field. *European Journal of Social Work, 58*, 1–13. doi:10.1080/13691457.2017.1320533
- Eddy, M. J., Martinez Jr C. R., Metzler, C. W., & Heyman, R. E. (2014). Family. In Z. Sloboda, & H. Petras (Eds.), *Defining prevention science* (pp. 137–150). New York, NY: Springer.
- ESPAD. (2015). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*. Retrieved from www.scopus.com
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., & Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gottfredson, D., Cook, T., Gardner, F., Gorman-Smith, D., Howe, G., Sandler, I., & Zafft, K. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science, 16*(7), 893–926.
- Guyll, M., Spoth, R. L., Chao, W., Wickrama, K. A. S., & Russell, D. (2004). Family-focused preventive interventions: Evaluating parental risk moderation of substance use trajectories. *Journal of Family Psychology, 18*(2), 293–301. doi:10.1037/0893-3200.18.2.293
- Hemovich, V., Lac, A., & Crano, W. D. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. *Psychology, Health and Medicine, 16*(3), 249–267. doi:10.1080/13548506.2010.532560
- Hidalgo, M. V., Lorence, B., Pérez, J., & Menéndez, S. (2012). Typology of families at psychosocial risk: The role of family structure. *Revista Mexicana de Psicología, 29*(2), 165–174.
- Higgins, K., McCann, M., McLaughlin, A., McCartan, C., & Perra, O. (2013). Investigating parental monitoring, school and family influences on adolescent alcohol use. *Alcohol Insight, 103*. doi:10.1080/10826084.2016.1197941
- Hoffmann, J. P. (1995). The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *International Journal of the Addictions, 30*, 1207–1241.
- Jaaskelainen, M., Holmila, M., Notkola, I., & Raitasalo, K. (2016). A typology of families with parental alcohol or drug abuse. *Addiction Research & Theory, 24*(4), 288–299. doi:10.3109/16066359.2015.1127358
- Kim-Spoon, J., & Farley, J. P. (2014). Adolescence and early adulthood. In Z. Sloboda & H. Petras (Eds.), *Defining prevention science* (pp. 87–112). New York, NY: Springer.

- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., & Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors, 37*(12), 1314–1324. doi:10.1016/j.addbeh.2012.06.020
- Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J. E. E., & Engels, R. C. M. E. (2015). The effectiveness of family interventions in preventing adolescent illicit drug use: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(3), 218–239. doi:10.1007/s10567-015-0185-7
- Wagner, W. E. (2016). *Using IBM SPSS statistics for research methods and social science statistics*. London: Sage Publications.
- Walsh, F. (2012). Family resilience. Strengths forged through adversity. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 339–427). New York, NY: Guilford Press.
- Wen, M. (2017). Social capital and adolescent substance use: The role of family, school, and neighborhood contexts. *Journal of Research on Adolescence, 27*(2), 362–378. doi:10.1007/s10567-015-0185-7

DISCUSIÓN

- **Discusión estudio 1**

Uno de los objetivos de este estudio era analizar la evidencia con respecto a la eficacia de las intervenciones familiares selectivas para mejorar las relaciones familiares, la parentalidad positiva o prevenir el consumo de sustancias. Los resultados evidencian que los TE, es decir, la capacidad para producir cambios es especialmente alta para las relaciones familiares ($d=0.82$) y la parentalidad positiva ($d=0.71$). Sin embargo, los TE para el consumo de sustancias son bajos ($d=0.21$) pero similares a los encontrados por otros meta-análisis (Van Ryzin et al., 2016). Estos resultados hay que analizarlos a la luz de las pruebas de heterogeneidad que confirman la variabilidad en los TE en los diferentes estudios, situación que dificulta la interpretación de los hallazgos. Una de las que destacan, es el SFP (Kumpfer et al., 2010, 2012) que ha obtenido uno de los TE más altos en las dimensiones de mejora de las relaciones familiares y de la parentalidad positiva en comparación con el resto de los programas estudiados. Una de las explicaciones que puede justificar este resultado es la extensa evaluación que realiza sobre las dimensiones objeto de estudio (Valero et al., 2017).

Con la intención de integrar la línea de la perspectiva de género, además se han analizado los estudios que finalmente se incluyeron en el meta-análisis. Se ha buscado posibles influencias respecto de la inclusión del género en los estudios originales por si esta pudiese ser una de las variables que expliquen las diferencias en los TE. En líneas generales ninguno de ellos reporta datos sobre análisis diferenciados por sexo o de tratamientos que tengan en cuenta esta perspectiva. Hay una excepción, el estudio de Slesnick y Prestopnik (2009) que analiza las posibles diferencias de género como variables moderadoras y encuentran diferencias al inicio relacionadas con el consumo y otras situaciones como abuso, internalización, depresión, etc. Al analizar los dos programas, uno de ellos es igual de efectivo en ambos sexos, mientras que el otro sólo para los chicos. En cuanto al resto de estudios del meta-análisis, tres de ellos tienen una muestra femenina pequeña (Azrin et al., 2001; Butler, Hickey, y Fonagy, 2011; Cervantes, Goldbach, y Santos, 2011). Otros estudios presentan muestras bajas y dificulta realizar los análisis por género (Moretti, Obsuth, Mayseless, y Scharf, 2012; Santisteban, Mena, y McCabe, 2011).

Tras realizar la revisión, sorprende el bajo número de programas familiares de prevención selectiva, que trabajen y evalúen los efectos en las relaciones familiares. Este hecho es destacable ya que las relaciones familiares positivas han sido identificadas como un factor de protección importante para el éxito en las intervenciones familiares preventivas (Van Ryzin et al., 2012, 2016; Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a). También se observa que aquellas intervenciones que presentaban mejores efectos sobre las dimensiones de

relaciones familiares y parentalidad positiva obtenían mejores resultados sobre la prevención del consumo de sustancias. Un ejemplo de este tipo de intervenciones es el SFP (Kumpfer et al., 2010, 2012).

Si interpretamos los resultados del meta-análisis estableciendo comparaciones con otros estudios similares, encontramos TE más altos ($d=0.82$) en la variable relaciones familiares ($d=0.44$, Van Ryzin et al., 2016). Esta diferencia puede deberse a que otros estudios, como el de Van Ryzin y colaboradores (2016), se centran en estudiar componentes concretos como predictores del efecto de prevención del consumo en adolescentes. Mientras tanto, el meta-análisis que se presenta en esta tesis, sugiere que los programas específicos que se han evaluado producen grandes mejoras en las relaciones familiares. Ambos resultados son congruentes con la investigación previa que señala a las relaciones familiares uno de los componentes que mejor ayudan a predecir el efecto preventivo en los jóvenes (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011ab; Kaminski et al., 2008; Van Ryzin et al., 2016; Vermeulen-Smit et al., 2015). Por lo que, programas como el SFP, que tiene como objetivo principal mejorar las relaciones familiares, efectivamente produce los efectos deseados. El hecho de que tenga TE tan altos demuestra que tiene un potencial de cambio importante respecto de otras intervenciones similares (Valero et al., 2017).

La relevancia de este resultado está apoyada por otros estudios que remarcan la importancia de las relaciones familiares positivas como factor de protección, especialmente importante durante la transición de primaria a secundaria, la formación de la identidad personal, o los cambios biológicos y sociales asociados a la adolescencia (Van Ryzin et al., 2002; McCann et al., 2013; Cava et al., 2008). Además, el hecho de que se obtengan TE altos en las relaciones familiares y en las habilidades parentales, pero bajos en el consumo de sustancias, hace pensar que los programas de prevención familiar se han centrado más en aumentar los factores de protección como el desarrollo de comportamiento prosocial o la mejora del clima familiar (Hemphill et al., 2011; Orte et al., 2015a).

En cuanto a la interpretación de los resultados en función de las pruebas de homogeneidad, los estudios analizados presentan una variabilidad moderada que dificulta la afirmación de que los estudios están estimando el mismo efecto. Cuando en una revisión meta-analítica se presenta esta situación se recurre al estudio de variables moderadoras. Sin embargo, en el presente estudio meta-analítico no fue posible debido a la falta de información disponible en los estudios originales (Valero et al., 2017). La alta heterogeneidad representa uno de los grandes problemas de la investigación y un inconveniente para la realización de comparaciones y evaluación de la eficacia de los programas (Espada et al., 2015; Vermeulen-Smit et al., 2015). En muchos casos los estudios analizados no proporcionan de forma sistemática información detallada de los contenidos de los programas, de la población a la que se dirigen, de las muestras utilizadas, de los diferentes ámbitos de implementación y tampoco sobre los instrumentos de evaluación (Arco y Fernández, 2002). También se ha podido comprobar como los

datos en relación a su eficacia diferencial en función del sexo no son sistemáticos, dificulta su inclusión dentro de los estudios como variable moderadora (Slesnick y Prestopnik, 2009). Otra de las variables moderadoras en términos de eficacia diferencial entre programas puede ser los diferentes perfiles de familias en cuanto a dinámicas familiares. Muestras muy específicas o características pueden sesgar los resultados (McCoy, 2017).

En general los meta-análisis tienen asociadas algunas limitaciones metodológicas relacionadas con la calidad de los estudios primarios: la homogeneidad de los estudios y el sesgo de publicación. Para la elaboración del presente meta-análisis se tuvieron en cuenta estas limitaciones y por ello se realizó una evaluación de la calidad de los estudios incluidos según la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (Harbour y Miller, 2001). También se establecieron criterios de inclusión y exclusión para que “la heterogeneidad se mantenga dentro de ciertos niveles que se consideren razonables” (Botella y Meca, 2015, p. 214). Con relación al sesgo de publicación, se encontraron más dificultades. Los expertos señalan que incluso los procedimientos de corrección estadísticamente no garantizan de forma eficaz la detección de esta amenaza (Botella y Meca, 2015). En el presente meta-análisis la heterogeneidad de los estudios, junto con el bajo número de estudios incluidos son las principales limitaciones que pueden afectar a su validez. En este sentido, la falta de información sobre algunos aspectos de las intervenciones, no han permitido realizar análisis de las variables moderadoras (Arco y Fernández, 2002; Valero et al., 2017).

Tal y como se ha visto en la introducción, las intervenciones familiares selectivas para adolescentes tienen algunas dificultades como la identificación de grupos de riesgo (Herman et al., 2012; Kumpfer, 2002), son más costosas, complejas y hay gran variabilidad en cuanto a las muestras específicas de población en riesgo sobre las que trabajan (Shamblen y Derzon, 2009) lo que se refleja en la falta de estudios aleatorizados con muestras amplias (McCoy, 2017; Vermeulen-Smit et al., 2015). Sobre el bajo número de estudios incluidos finalmente en los análisis, también encontramos otros estudios recientes que presentan tamaños muestrales similares (Kuntsche y Kuntsche, 2016; Newton et al., 2017).

- **Discusión estudio 2**

En cuanto al análisis de la perspectiva de género aplicada a los programas de prevención familiar, se examinaron diez intervenciones: *Coping Power Program*; *Culturally Informed and Flexible Family-Based Treatment for Adolescents*; *Families in Action*; *Family Check-Up*; *Functional Family Therapy*; *Preparing for the Drug Free Years*; *Iowa Strengthening Families Program*; *Middle School Success*; *Raising Healthy Children*; *Strong African American Families-Teen*. De los cuales, sólo uno de los considerados como basados en la evidencia, aplica la perspectiva de género (Orte et al., 2018ab). Se trata del *Middle School Success* o también denominado *Keep Safe* (Kim y Leve, 2011;

Kim et al., 2013) que ha sido diseñado desde un principio para chicas adolescentes en acogida o tuteladas por los sistemas de protección al menor, con el objetivo de promover la estabilidad residencial e incrementar sus habilidades sociales para prevenir comportamientos de riesgo. Este programa está considerado como prometedor por la agencia de valoración de Blueprints, ya que ha demostrado tener efectos en la reducción del consumo a largo plazo de tabaco y marihuana, así como en otras variables como comportamientos internalizantes, externalizantes y prosociales (Kim y Leve, 2011; Kim et al., 2013). En esta misma línea, aunque sin consideración de PBE, los programas SNAP (Pepler et al., 2010), y RealTeen (Schwinn, Schinke, y di Noia, 2010), han aplicado la perspectiva de género desde su diseño y en estos momentos se están evaluando sus efectos preventivos.

Tras el análisis de la primera fase de este estudio, se puede afirmar que la perspectiva de género no se ha aplicado a los programas de prevención familiar que actualmente están considerados como PBE. Es necesaria más investigación para aquellas opciones novedosas que se plantean en este campo y para el desarrollo de otras propuestas futuras (Orte et al., 2018ab). En una segunda fase, dado que no se dispone de programas con sensibilidad al género, se explora si los programas preventivos basados en la evidencia tienen eficacia diferencial en función del género, encontrando que hay estudios que sugieren ser más efectivos para chicas (Catalano et al., 2003; Connell, Dishion, Yasui, y Kavanagh, 2007; Hawkins, Kosterman, Catalano, Hill, y Abbot, 2005; Mason et al., 2009; Sexton y Turner, 2010; Trudeau, Spoth, Randall, y Azevedo, 2007; Van Ryzin y Dishion, 2012), otros tienen mayor eficacia en chicos (Lochman y Wells, 2004; Mason et al., 2007; Slesnick y Prestopnik, 2009), y otros no encuentran diferencias significativas entre ambos sexos, refiriendo que el programa es igual de eficaz para chicas y chicos (Mason et al., 2003; Stormshak, Fosco y Dishion, 2010; Brown, Catalano, Fleming, Haggerty, y Abbott, 2005). Por tanto, a la hora de evaluar la eficacia en función del análisis de los datos desagregados por sexo, observamos que se abre un escenario complejo, en el que existen programas que afirman tener impacto diferencial, en favor de uno u otro sexo, pero que también hay discrepancias sobre la eficacia diferencial dentro de un mismo programa dependiendo del estudio que se analiza. Por ejemplo, el programa *Family Check-Up* presenta dos estudios en los que las chicas obtienen mejores resultados (Connell et al., 2007; Van Ryzin y Dishion, 2012), mientras que en otros estudios como el de Stormshak y colaboradores (2010), los resultados muestran que es igual de efectivo para chicos y chicas. En esta misma línea, encontramos otros programas como *Functional Family Therapy* en el que un estudio (Sexton y Turner, 2010) lo señala como más efectivo en chicas, y otro (Slesnick y Prestopnik, 2009) en chicos.

Teniendo en cuenta estos resultados cabe señalar que en general los programas familiares de prevención basados en la evidencia apuestan por realizar análisis desagregados por sexo, pero siguen siendo análisis poco sistematizados y de alcance limitado que generan confusión a la hora de interpretar la eficacia con relación al género (Kumpfer et al., 2008; Orte et al., 2018ab). Si analizamos los estudios del meta-análisis (Valero et al., 2017)

encontramos que no se ofrecen análisis suficientes como para confirmar o descartar la influencia del género como variable moderadora.

- **Discusión estudio 3**

Los resultados del PCF 12-16 se analizar en búsqueda de los diferentes perfiles de familias que finalizaron el programa y se describen los grupos encontrados (Ballester et al., 2018). Hasta el momento, la gran mayoría de los estudios sobre eficacia de las intervenciones preventivas ofrecen resultados sobre el total del grupo, sin tener en cuenta que puede haber grandes diferencias entre los elementos que componen el grupo de participantes (las diferencias entre familias). Sin embargo, este estudio, a través del análisis de clúster, representa un paso más allá, estableciendo el nivel de análisis en aquellas características que permiten agruparlas (familia a familia) y descubrir diferentes niveles de aprovechamiento del programa. El análisis de clúster nos revela que es posible establecer diferentes tipos de familias en función de sus resultados en las siguientes variables: resiliencia, relaciones padre-hijo, cohesión familiar, y organización familiar. O lo que es lo mismo, es posible agrupar a las familias en diferentes categorías en función de sus puntuaciones en estas variables al finalizar el programa.

El estudio realizado con 69 adolescentes en riesgo y sus familias estaba equilibrado en cuanto a sexo en los adolescentes pero en el caso de los padres, casi un 80% son madres (Ballester et al., 2018). El análisis de clúster reveló la existencia de cuatro subgrupos en función de sus puntuaciones: 1) las familias “competentes” que obtienen buenos resultados en las cuatro variables estadísticamente significativas; 2) las familias “organización deficiente” que obtienen puntuaciones medias-altas en todas las variables excepto en organización familiar; 3) las familias “comunicación deficiente” que obtienen medias-altas puntuaciones en todas las variables excepto en la cohesión familiar; y 4) las familias con “habilidades mejorables” que en general presentan buena relación padres-hijos, pero necesitan seguir mejorando en resiliencia, cohesión, comunicación y organización familiar. El análisis de los clústeres no mostró diferencias en relación al sexo de los progenitores o del sexo de los hijos. Sin embargo, este es uno de los aspectos que debería explorarse en mayor profundidad dado que existe bibliografía sobre las diferencias en función de las interacciones entre el sexo de los padres y de los hijos (Moretti et al., 2012; Kelly et al., 2011; Patock-Peckham et al., 2011). Podría ser que la falta de implicación de los padres masculinos estuviera influyendo sobre los resultados del programa en cuanto a cambios en las dinámicas familiares

Teniendo en cuenta la distribución de familias en los distintos clústeres, el mayor volumen de las familias está en el grupo de familias con “organización deficiente”, mientras que el clúster con un menor número de familias es el de “habilidades mejorables”. En general, el 81,15% de las familias presentan buenas puntuaciones en las variables significativas, y el 26,04% son familias competentes al finalizar el programa. Estos resultados sugieren que el PCF produce mejoras en las dinámicas familiares, y que

estas significativas, al menos en las variables de resiliencia, relaciones padre-hijo, cohesión familiar, y organización familiar. Aportando evidencia sobre los efectos positivos del PCF sobre las dinámicas y el funcionamiento familiar de un amplio grupo de familias que pasaron por la investigación (Ballester et al., 2018). Además, el análisis de grupos permite observar perfiles diferentes de aprovechamiento del programa.

Los análisis de otras variables que podrían ayudar a establecer los grupos, como el nivel de vulnerabilidad familiar, medido a través de el Índice de Vulnerabilidad Familiar (IVF, Ballester et al., 2018), o el tipo de estructura familiar, no fueron elementos significativos para predecir las puntuaciones de mejora de las familias al finalizar el programa. Esto nos lleva a pensar que la estructura no es un determinante del aprovechamiento del programa, o por lo menos, no lo es de manera significativa. De esta forma, no es la estructura o el nivel de vulnerabilidad lo que determina, sino más bien las dinámicas que podrían estar asociadas (Jaaskelainen, Holmila, Notkola, y Raitasalo, 2016). No obstante, no podemos descartar que tanto la vulnerabilidad familiar como los distintos tipos de estructura juegan un importante papel en las dinámicas familiares, tanto al comienzo como al finalizar, pero al parecer éstas no serían determinantes de la participación o del aprovechamiento que se obtiene del programa (Crawford y Novak, 2008; Hidalgo Lorence, Pérez, y Menéndez, 2012; Orte et al., 2015a).

En general, las familias que participan y finalizan el PCF, experimentan cambios positivos en sus dinámicas familiares. En relación con la vulnerabilidad familiar, la realidad es que encontramos familias de alto riesgo que mejoran en sus dinámicas familiares, y a la inversa, familias de menor riesgo que presentan cambios menores en las dinámicas familiares. Ocurre de igual modo si prestamos atención a las dinámicas y su relación con la estructura familiar (Crawford y Novak, 2008; Hidalgo et al., 2012). Esto sugiere que, la vulnerabilidad o la estructura no determinan la posibilidad de cambio de las dinámicas familiares al finalizar el programa, ahora bien, sí hay que tener presente la poderosa influencia como factor de riesgo para el consumo de drogas. El hecho de que el nivel de vulnerabilidad no resulte significativo para predecir el nivel de funcionamiento, puede explicarse debido a que todas las familias ya presentaban cierto nivel de vulnerabilidad. Se trata de un programa dirigido a familias en situación de riesgo psicosocial, por lo que éste se convierte en uno de los criterios de inclusión. De modo que, si todas las familias, en mayor o menor medida, presentan cierto riesgo, este elemento deja de ser útil para discriminar entre tipos de funcionamiento (Ballester et al., 2018).

En esta misma línea, hay autores que afirman que tampoco existe relación entre las dinámicas familiares iniciales y la eficacia del programa (Rosenman et al., 2012; Guyll et al., 2004), si bien, sí pueden afectar a la participación y la implicación. No obstante, desde esta perspectiva, se entiende que independientemente de cuál sea el nivel inicial, los programas de prevención familiar pueden producir efectos positivos (Ballester et al., 2018). Por ejemplo, familias con dinámicas familiares pobres pueden mejorar

significativamente sus dinámicas, pero también pueden beneficiarse aquellas familias que presentan dinámicas familiares más adecuadas, reforzando o manteniendo el nivel.

Este hecho sostiene que, en el caso del PCF, a la hora de producir cambios en el nivel de funcionamiento final de las familias, existen diferentes perfiles de aprovechamiento y por tanto considerar que todas las familias aprovechan de la misma manera el programa no es congruente. Esto nos sugiere que no hay una única tipología de familias en riesgo (Hidalgo et al., 2012), abriendo nuevas vías para explorar cómo los programas familiares pueden ser más efectivos en función de las dinámicas previas y también de las dinámicas al finalizar la intervención. Esta nueva visión, sustituye la idea de homogeneidad en las familias usuarias de este tipo de programas, obligando asumir por parte de los implementadores que no todas las familias obtienen los mismos resultados a pesar de aplicarles la misma estrategia.

- **Debate conjunto**

Los resultados del meta-análisis podrían explicarse mejor si se cuenta con la información necesaria para evaluar la posible influencia de variables moderadoras (Valero et al., 2017). A lo largo de la revisión de la literatura el género se ha señalado como una variable que puede tener influencia sobre la eficacia de los programas preventivos (Slesnick y Prestopnik, 2009). En el marco teórico se ha señalado que es una variable que puede tener influencia también a la hora de tener en cuenta los factores de riesgo y de protección (Chan et al., 2013; Fothergill y Ensminger, 2006; Kelly et al., 2011; Kumpfer, Alvarado et al., 2003; Kumpfer, 2014; Patock-Peckham et al., 2011; Rusby et al., 2018) Mientras que la heterogeneidad es uno de los sesgos más importantes que amenazan a los meta-análisis (Botella y Meca, 2015) y los estudios de variables moderadoras como el género podrían explicar parte de la eficacia (Moretti et al., 2012; Slesnick y Prestopnik, 2009). En relación con este aspecto, se ha observado gran variabilidad en los estudios originales en lo que refiere a este aspecto.

La revisión de la perspectiva de género aplicada en las PBE (Orte et al., 2018a), en las mismas líneas que el meta-análisis, no encuentra programas de prevención familiar para adolescentes que incluyan la perspectiva de género en sus modelos. Los estudios de los programas si realizan análisis de eficacia en función del sexo y señalan diversidad de resultados. Esto pone de manifiesto que la investigación en prevención familiar debe seguir aportando evidencias sobre su eficacia diferencial porque la literatura señala que es una variable moderadora importante (Moretti et al., 2012; Slesnick y Prestopnik, 2009). En este sentido, uno de los aspectos podría explicar la eficacia diferencial es la posibilidad de evaluar números equivalentes de padres y madres que participan en el programa (Cervantes et al., 2012; Moretti et al., 2012).

El análisis de clúster así mismo sugiere la existencia de grupos de familias en riesgo que se han beneficiado de manera diferente aún habiendo recibido todos los participantes el mismo nivel de tratamiento (Ballester et al., 2018). Este patrón podría tener efectos sobre la eficacia de los programas. Por ejemplo según el nivel de riesgo hay familias que necesitan más intensidad para conseguir cambios (Guyll et al., 2004; Rosenman et al., 2012). Una de las variables moderadoras de las diferencias de género podrían estar detrás de los tipos de familias analizados como clúster. Sin embargo, a pesar de no observar diferencias significativas en función del sexo en la conformación de los clústeres, es necesario seguir explorando esta posibilidad dado que la bibliografía ha demostrado tener influencia sobre las dinámicas familiares (Kelly et al., 2011; Patock-Peckham et al., 2011; Torío et al., 2015), y la eficacia de las intervenciones reflejadas en los TE que reportan los estudios.

CONCLUSIÓN

La revisión de la literatura sobre la eficacia de los programas familiares de prevención selectiva para adolescentes ofrece una visión del estado actual de las preguntas de investigación. A pesar de el bajo número de programas de prevención familiar evaluados en el meta-análisis, los resultados muestran buenos TE para las variables de mejora de las relaciones familiares y la parentalidad positiva (Valero et al., 2017). La heterogeneidad que señalan los análisis podría deberse a la influencia de aspectos como la eficacia diferencial por género o la existencia de diferentes grupos de aprovechamiento (Ballester et al., 2018). Se necesita más investigación para poder determinar la influencia de estas posibles variables moderadoras. Se sugiere que un intento por homogeneizar los estudios permitiría realizar comparaciones de manera más fiable.

Los análisis de eficacia desagregados por sexo están más extendidos, pero no se han incorporado manera generalizada en el análisis de resultados de los programas de prevención familiar desde la aproximación de la PBE (Orte et al., 2018a). Los estudios todavía son poco sistemáticos a la hora de informar sobre los análisis de género y esto dificulta el estudio de la eficacia diferencial, a pesar de considerarse una variable moderadora importante.

La descripción de perfiles de familias en riesgo que pueden aprovechar los contenidos de un programa de entrenamiento de habilidades de forma diferente (Hidalgo et al., 2012). Se encuentran familias para las que el PCF produce cambios en sus dinámicas familiares, pero en un grupo específico, la intensidad del programa no resulta suficiente y sus dinámicas familiares no cambian de manera significativa (Ballester et al., 2018). Estos resultados favorecen la comprensión sobre la eficacia diferencial en cuanto a la capacidad para generar cambios en las dinámicas familiares. Es necesario seguir explorando los diferentes perfiles de familias en riesgo participantes en los programas y estudiar la influencia sobre aspectos como la eficacia, la intensidad de los tratamientos, la adherencia o la motivación inicial.

Los resultados de esta tesis contribución a continuar con la investigación explorando la influencia de variables moderadoras y el debate sobre la eficacia de los programas de prevención familiar para adolescentes en riesgo. En la práctica esta información ayuda a entender el estado actual de la prevención familiar y algunos aspectos que podrían ser relevantes en el estudio de la eficacia de las intervenciones como el sexo o la existencia de diferentes grupos de aprovechamiento en los programas.

- *Limitaciones*

El alto grado de heterogeneidad entre estudios y el bajo tamaño muestral son limitaciones a la hora de evaluar y comparar la eficacia de las intervenciones. De acuerdo con otros estudios similares (Van Ryzin et al., 2016; Espada et al., 2015; Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a) para superar las limitaciones que presentan actualmente los meta-análisis, para la comparación efectiva de programas preventivos, es recomendable realizar mejoras a la hora de informar sobre los resultados para poder evaluar la influencia de variables moderadoras (Valero et al., 2017). Por ejemplo, construir y poner a disposición de la comunidad de investigadores los informes de intervención con el máximo nivel de detalle. Es decir, publicar los protocolos de intervención y de investigación para poder realizar comparaciones más específicas. También, podrían establecerse diseños metodológicos más homogéneos, tanto en sus muestras, como en las medidas e instrumentos de evaluación que se utilizan (Gottfredson et al., 2015). En definitiva, implantar algunas para mejorar la calidad y validez de las comparaciones entre programas. Esto implica llegar a consensos en las distintas áreas de la investigación preventiva y enfrentarse con algunas de las dificultades propias del campo de estudio. En la práctica en prevención selectiva, por ejemplo, la dificultad para clasificar e identificar algunos grupos de riesgo, la intensidad de las intervenciones, la variabilidad de muestras y criterios de inclusión/exclusión (Shamblen y Derzon, 2009).

Así mismo, este estudio de revisión de la perspectiva de género en los programas de prevención familiar basados en evidencias presenta las limitaciones debido a la falta de acuerdo entre las diferentes bases de PBE consultadas. En los diferentes organismos consultados encontramos criterios de definición, valoración y clasificación distintos, circunstancia que complica la búsqueda y la selección de programas. Sin embargo, a pesar de la disparidad de criterios de clasificación de la evidencia, todas ellas garantizan el seguimiento de procesos exhaustivos de evaluación (Axford et al., 2012).

En el caso del estudio de clústeres, la limitación más importante a la hora de generalizar los resultados puede ser el bajo tamaño muestral. Los análisis se realizaron a partir de las puntuaciones de 69 familias, lo que dificulta el poder generalizar o extrapolar las conclusiones al conjunto de las familias en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, teniendo en cuenta las dificultades para retener familias en este tipo de intervenciones, podría reducirse la consideración de esta limitación.

- *Líneas futuras de investigación*

A partir de los resultados obtenidos se destaca el papel de las revisiones sistemáticas y los meta-análisis como herramienta clave para el desarrollo y comprensión de la PBE (Ferreira et al., 2011). Las revisiones ayudan a sintetizar grandes cantidades de información, realizan comparativas y analizan las evidencias. Todo ello facilita la toma de decisiones, tanto de profesionales como de instituciones, para seleccionar la mejor

opción en función de las necesidades de intervención (Kumpfer et al., 2012a). Sin embargo, sabemos que no están exentas de limitaciones metodológicas que afectan a su validez. En el ámbito socioeducativo revisado, destaca la falta de criterios o estándares consolidados para la clasificación de las prácticas, la falta de homogeneidad en los estudios que abordan la eficacia y las dificultades para encontrar estudios con suficiente calidad metodológica para establecer comparaciones válidas (Valero et al., 2017). Entendemos que algunas de estas limitaciones se deben a la propia naturaleza de nuestra área de estudio, ya que existe una gran diversidad de realidades familiares y, por ende, también encontramos diversidad en cuanto a las formas de intervención y de evaluación. Por lo que, en futuras investigaciones es deseable la sistematización de las evaluaciones y el establecimiento de criterios o estándares metodológicos unificados y consensuados para poder realizar comparaciones con menores niveles de heterogeneidad (Valero et al., 2017). Pero también, mejorar la comprensión sobre variables que pueden afectar a la variabilidad en los TE de los programas como se ha intentado exponer a lo largo de la presente tesis doctoral.

En relación con la perspectiva de género se observa cómo en los últimos años el interés de la comunidad científica ha crecido, especialmente el estudio de las variables asociadas al consumo femenino, aunque hasta el momento su incorporación en los programas de prevención familiar es limitada (Kumpfer et al., 2008; Kumpfer, 2014; Orte et al., 2018ab). Los análisis de los datos desagregados por sexo son necesarios, pero insuficientes. Es necesario dedicar más esfuerzos a estudiar la variable sexo como variable moderadora importante, tanto como la edad. Hay que apostar por programas integren la evidencia que se tienen a partir de la investigación de los factores de riesgo y de protección asociados al género (Chan et al., 2013; Hemphill et al., 2011; Kelly et al., 2011; Schwinn et al., 2014, 2016; Kumpfer et al., 2008; Kumpfer, 2014). De esta manera se consolida la idea del sexo y el rol de género como variables tanto o más importantes para explicar el consumo como la edad (Novák et al., 2013). Por tanto, la aplicación de la perspectiva de género no sólo vendrá de la mano del análisis diferencial de los efectos, sino que deberá incorporarse en los diseños desde el inicio (Orte et al., 2018ab). En el futuro se espera seguir estudiando la influencia diferencial de la familia en función del género en la prevención del consumo de drogas en los jóvenes y explorar el peso de diferentes aspectos de los programas como la coparentalidad, la implicación diferencial padres y madres, el diseño de contenidos y estrategias específicas de retención o participación en función del rol de género de los padres, etc. (Kelly et al., 2011; Patock-Peckham et al., 2011).

En relación al estudio de clústeres, las propuestas de futuro pasan por ampliar las familias analizadas y explorar las diferencias entre grupos como variable que puede explicar la variabilidad en la eficacia de las intervenciones. También se propone el estudio de modelos predictivos basados en las dinámicas familiares, la investigación sobre la influencia que ejerce el funcionamiento familiar en la asistencia, la implicación o el compromiso con el programa. Así mismo, podrían evaluarse en qué medida pueden relacionarse componentes concretos del programa con las dinámicas familiares. Por

ejemplo, los seguimientos longitudinales o los incentivos a la participación (Ballester et al., 2018). Otra de las líneas a explorar el impacto de procedimientos de evaluación inicial del riesgo para detectar necesidades y derivar a recursos, dado que implican modificaciones en la intensidad de la intervención y esto puede tener reflejo en las variaciones en los TE de las prácticas (Connell et al., 2007; Dishion y Kavanagh, 2005; Stormshak et al., 2009). Conocer mejor los perfiles de las familias al inicio y al final del programa, puede ayudar a detectar las fortalezas de la intervención, pero también las debilidades, detectando necesidades de apoyo o refuerzo extra en función de los perfiles de las familias. En definitiva, utilizar la información de la evaluación para mejorar el ajuste, la precisión y la eficacia de las intervenciones.

CONCLUSION

The review of the literature about effectiveness of family programs on selective prevention for adolescents offers a vision of the current state of research questions. Despite the low number of family prevention programs evaluated in the meta-analysis, the results show good TE for variables related to improve family relationships and positive parenting (Valero et al., 2017). The heterogeneity indicated by the analyzes could be due to the influence of aspects such as the differential efficiency by gender or the existence of different groups of use (Ballester et al., 2018). More research is needed to determine the influence of these possible moderating effects of variables. It is suggested that an attempt to homogenize the studies would allow comparisons to be made more reliably.

Efficacy analyzes disaggregated by sex are more widespread, but they have not been incorporated widely in the analysis of results of family prevention programs since the PBE approach (Orte et al., 2018a). The studies are still little systematic when it comes to reporting on gender analyzes and this makes the study of differential efficacy difficult, despite being considered an important moderating variable.

The profile description of at-risk families that can take advantage of the contents of a skills training program in a different way (Hidalgo et al., 2012). There are families for whom the PCF produces changes in their family dynamics, but in a specific group, the intensity of the program is not sufficient, and their family dynamics do not change significantly (Ballester et al., 2018). These results favor the understanding of the effectiveness difference in terms of the ability to generate changes in family dynamics. It is necessary to continue exploring the different profiles of at-risk families participating in the programs and to study the influence on aspects such as efficacy, intensity of treatments, adherence or initial motivation.

The results of this thesis contribute to continue with the research exploring the influence of moderating variables and the debate on the effectiveness of family prevention programs for adolescents at risk. In practice this information helps to understand the current state of family prevention and some aspects that could be relevant in the study of the effectiveness of interventions such as sex or the existence of different groups of use in the programs.

- *Limitations*

A high degree of heterogeneity between studies and low sample size are limitations when evaluating and comparing the effectiveness of interventions. According to other similar studies (Van Ryzin et al., 2016; Espada et al., 2015; Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a), in order to overcome the limitations currently presented by meta-analyses, for effective

comparison of prevention programs, it is recommended to make improvements when reporting results (Valero et al., 2017). For example, to build and make available to the research community intervention reports with the highest level of detail. That is, publish intervention and research protocols so as to be able to make more specific comparisons. Further, more homogeneous methodological designs could be established, in terms of both samples, and the evaluation measures and instruments that are used (Gottfredson et al., 2015). In short, to implement some measures to improve the quality and validity of comparisons between programs. This implies reaching consensus in the different areas of prevention research and dealing with some of the difficulties inherent to the field of study. In selective prevention practice, for instance, there is some difficulty in classifying and identifying some risk groups, intensity of interventions, variability of samples, and inclusion/exclusion criteria (Shamblen & Derzon, 2009).

Likewise, this review study of the gender perspective in evidence-based family prevention programs presents the limitations due to the lack of agreement among the different PBE bases consulted. In the different organizations consulted, it is found different definition, evaluation and classification criteria, a circumstance that complicates the search and selection of programs. However, despite the disparity of criteria for classifying the evidence, all of them guarantee the monitoring of exhaustive evaluation processes (Axford et al., 2012).

In the case of the study of clusters, the most important limitation when generalizing the results may be the low sample size. The analyzes were made based on the scores of 69 families, which makes it difficult to generalize or extrapolate the conclusions to the families in vulnerable situations. However, taking into account the difficulties in retaining families in this type of intervention, consideration of this limitation could be reduced.

- *Future research lines*

Based on the results obtained, the role of systematic reviews and meta-analyzes as a key tool for the development and understanding of EBP stands out (Ferreira et al., 2011). The reviews help synthesize large amounts of information, make comparisons and analyze the evidence. All this facilitates the decision making, both of professionals and institutions, to select the best option according to the needs of intervention (Kumpfer et al., 2012a). However, we know that they are not exempt from methodological limitations that affect their validity. In the reviewed socio-educational field, the lack of consolidated criteria or standards for the classification of practices, the lack of homogeneity in the studies that address the effectiveness, and the difficulties to find studies with sufficient methodological quality to establish valid comparisons stand out (Valero et al. , 2017). We understand that some of these limitations are due to the very nature of our area of study, since there is a great diversity of family realities and, therefore, we also find diversity in terms of the forms of intervention and evaluation. Therefore, in future research, the systematization of evaluations and the establishment of criteria and unified and consensual methodological standards are desirable in order to be able to make

comparisons with lower levels of heterogeneity (Valero et al., 2017). But also, to improve the comprehension about variables that can affect the variability in the TE of the programs as it has been tried to expose throughout the present doctoral thesis.

In relation to the gender perspective, we can observe how in recent years the interest of the scientific community has grown, especially the study of the variables associated with female consumption, although up to now its incorporation into family prevention programs is limited (Kumpfer et al., 2008; Kumpfer, 2014; Orte et al., 2018ab). The analyzes of the data disaggregated by sex are necessary, but insufficient. It is necessary to devote more effort to studying the variable sex as an important moderating variable, as well as age. It is necessary to bet on programs that integrate the evidence from the investigation of the risk and protection factors associated with gender (Chan et al., 2013; Hemphill et al., 2011; Kelly et al., 2011; Schwinn et al., 2014, 2016; Kumpfer et al., 2008; Kumpfer, 2014). In this way, the idea of sex and the role of gender are consolidated as important variables like or more important than age to explain consumption (Novák et al., 2013). Therefore, the application of the gender perspective will not only come from the differential analysis of the effects, but must be incorporated into the designs from the beginning (Orte et al., 2018ab). In the future it is expected to continue studying the differential influence of the family in terms of gender in the prevention of drug use in young people and to explore the weight of different aspects of programs such as coparentality, differential involvement of fathers and mothers, the design of content and specific retention or participation strategies depending on the gender role of parents, etc. (Kelly et al., 2011; Patock-Peckham et al., 2011).

In relation to the clustr's study, future proposals include expanding the families analyzed and exploring the differences between groups as a variable that can explain the variability in the effectiveness of the interventions. We also propose the study of predictive models based on family dynamics, research on the influence of family functioning on care, involvement or commitment to the program. Likewise, the extent to which specific components of the program can be related to family dynamics could be assessed. For example, longitudinal follow-ups or incentives to participate (Ballester et al., 2018). Another of the lines to explore the impact of initial risk assessment procedures to detect needs and derive resources, given that they involve changes in the intensity of the intervention and this may be reflected in the variations in the TE of the practices (Connell et al., 2007; Dishion and Kavanagh, 2005; Stormshak et al., 2009). Knowing the profiles of the families better at the beginning and at the end of the program can help to detect the strengths of the intervention, but also the weaknesses, detecting support needs or extra reinforcement depending on the profiles of the families. In short, use the evaluation information to improve the fit, precision and effectiveness of the interventions.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M.D.S., y Wittig, B.A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. En B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior*, vol.4, (pp.113-136). London: Methuen.
- Allen, D., Coombes, L., y Foxcroft, D. R. (2007). Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study. *Health Education Research*, 22, 547–560.
- Altell, G. (2018). Chicas adolescentes y consumo recreativo. En C. Orte y R. Pozo (Eds.), *Género, adolescencia y drogas. Prevenir el riesgo desde la familia*, (pp. 25-36). Barcelona: Octaedro.
- Arco, J. L., y Fernández, A. (2002). Porque los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 209-226.
- Axford, N., Elliott, D. S., y Little, M. (2012). Blueprints for Europe: Promoting Evidence-Based Programmes in Children’s Services. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 205–214.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J., y DeCato, L. A. (2001). A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disordered and substance-dependent youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11(1), 1-43.
- Ballester, L., Valero, M., Orte, C., y Amer, J. (2018). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal Of Social Work*, 21(3), 1-13.
- Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P.-M., Bröning, S., Arnaud, N., Daubmann, A., y Thomasius, R. (2016). Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: a randomised controlled trial. *The European Journal of Public Health*, 26(6), 953–959. doi:10.1093/eurpub/ckw082
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., y Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: Antisocial activities and drug use. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 45, 195–211.
- Barraca, M.J., y López-Yarto, E.L. (1999). *ESFA. Escala de satisfacción familiar por adjetivos*. Madrid, España: Segunda edición. TEA, Publicaciones de Psicología Aplicada.

Referencias bibliográficas

- Baumrind, D. (1977). What research is teaching us about the differences between authoritative and authoritarian child-rearing styles. En D. E. Hanachek (Ed.), *Human dynamics in psychology and education* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., y Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 19, 1-10. doi:10.3109/09687637.2011.631060
- Becoña, E. (2002). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Bellis, M. A., y Hughes, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo, [Sex potions Relationships between alcohol, drugs and sex]. *Adicciones*, 16(4), 251-259. doi.org/10.20882/adicciones.390
- Beerli-Palacio, A., Martín-Santana, J., Díaz-Meneses, G., Fernández-Monroy, M., y Galván-Sánchez, I. (2012). A model of attitudes, beliefs, emotions and values to explain the spanish youth street binge drinking phenomena. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 9(2), 181-197. doi:10.1007/s12208-012-0088-y
- Bernal, G., Jimenez-Chafey, M. I., y Domenech, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 361–368.
- Black, K., y Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33-55. doi:10.1177/1074840707312237
- Botella, J., y Sánchez-Meca, J. (2015). *Meta-análisis en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Harvard University Press.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., . . . Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 7. doi:10.1186/1747-597X-7-23
- Bröning, S., Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P.-M., Arnaud, N., y Thomasius, R. (2017). Children with Elevated Psychosocial Risk Load Benefit Most from a Family-Based Preventive Intervention: Exploratory Differential Analyses from the German “Strengthening Families Program 10–14” Adaptation Trial. *Prevention Science*, 18(8), 932–942.

Referencias bibliográficas

- Brook, J. S., y Brook, D. W. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 116(2), 111-267.
- Bourdeau, B., Miller, B. A., Duke, M. R., y Ames, G. M. (2011). Parental Strategies for Knowledge of Adolescents' Friends: Distinct from Monitoring? *Journal of child and family studies*, 20(6), 814–821. doi:10.1007/s10826-011-9449-0
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., ... Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97–104. doi.org/10.20882/adicciones.811
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Brody, G. H., Chen, Y. F., Kogan, S. M., Yu, T., Molgaard, V. K., DiClemente, R. J., ... Wingood, G. M. (2012). Family-centered program to prevent substance use, conduct problems, and depressive symptoms in Black adolescents. *Pediatrics*, 129(1), 108–115. doi:10.1542/peds.2011-0623
- Brown, E. C., Catalano, R. F., Fleming, C. B., Haggerty, K. P., y Abbott, R. D. (2005). Adolescent substance use outcomes in the Raising Healthy Children project: A two-part latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 699-710.
- Burkhart, G. (2013). *North American drug prevention programmes: Are they feasible in European cultures and contexts?* Lisbon: EMCDDA.
- Butler, S., Baruch, G., Hickey, N., y Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1220-1235.
- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Chen, M. J., y Grube, J. W. (2010). The roles of mothers' neighborhood perceptions and specific monitoring strategies in youths' problem behavior. *Journal of youth and adolescence*, 40(3), 347–360. doi:10.1007/s10964-010-9538-1
- Byrnes, H.F., Miller, B.A., Grube, J.W., Bourdeau, B., Buller, D.B., Wang-Schweig, M., y Woodall, W.G. (2019). Prevention of alcohol use in older teens: an online family prevention program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(1), 1-14. doi.org/10.1037/adb0000442
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.
- Cano, A. J., Solanas, S. E., Marí-Klose, M., y Marí-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales. *Adicciones*, 24, 309-318.

Referencias bibliográficas

- Cánovas, P., y Sahuquillo, P. M. (2010). Educación y diversidad familiar: aproximación al caso de la monoparentalidad. *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 109-126.
- Cánovas, P., Sahuquillo, P. M., Císcar, E., y Martínez, C. (2014). Estrategias de intervención socioeducativa con familias: Análisis de la orientación familiar en los servicios especializados de atención a la familia e infancia de la comunidad valenciana. *Educación XXI*, 17(2), 265-288. doi: 10.5944/educxx1.17.2.11491
- Capano, A., y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Catalano, R.F., y Hawkins, J.D. (1996). Chapter 4: The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and Crime: Current Theories*, (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cerutti, F., de Ramos, S. P., y Argimon, I. I. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência, [Influence of parental attitudes on substance consumption in adolescence]. *Acta Colombiana De Psicologia*, 18(2), 173–181. doi:10.14718/ACP.2015.18.2.15
- Cervantes, R., Goldbach, J., y Santos, S. M. (2011). Familia adelante: A multi-risk prevention intervention for latino families. *Journal of Primary Prevention*, 32(3-4), 225-234.
- Chan, C. K., Kelly, A.B., y Toumbourou, J. W. (2013). Accounting for the association of family conflict and heavy alcohol use among adolescent girls: the role of depressed mood. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74(3), 396-405.
- Chan, G. C. K., Kelly, A. B., Hides, L., Quinn, C., y Williams, J. W. (2016). Does gender moderate the relationship between polydrug use and sexual risk-taking among Australian secondary school students under 16 years of age? *Drug and Alcohol Review*, 35(6), 750–754. doi.org/10.1111/dar.12394
- Chen, M., y Chan, K. L. (2015). Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(1), 88–104. doi:10.1177/1524838014566718
- Chen, C-Y., Storr, C.L., y Anthony, J.C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors*, 34(3), 319-322. doi:10.1016/j.addbeh.2008.10.021
- Chen, P., y Jacobson, K. C. (2012). Developmental Trajectories of Substance Use From Early Adolescence to Young Adulthood: Gender and Racial/Ethnic Differences. *Journal of Adolescent Health*, 50(2), 154–163. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.05.013
- Colom, A. J., y Ballester, B. (2016). *El mundo en el bolsillo. Pautas prácticas para educar en el buen uso del móvil*. Madrid: Sello editorial.

Referencias bibliográficas

- Conger, K. J., Conger, R. D., Elder, G. H., Lorenz, F. O., Melby, J. N., y Simons, R. L. (1991). A process model of family economic pressure and adolescent alcohol use. *Journal of Early Adolescence*, 11(4), 430–449.
- Conger, R. D., Wallace, L. E., Sun, Y., Simons, R. L., McLoyd, V. C., y Brody, G. H. (2002). Economic pressure in African American families: A replication and extension of the family stress model. *Developmental Psychology*, 38(2), 179–193. doi.org/10.1037/0012-1649.38.2.179
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Jr., Lorenz, F. O., y Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents [Special issue on children and poverty]. *Child Development*, 65, 541–561.
- Connell, A. M., Dishion, T. J., Yasui, M., y Kavanagh, K. (2007). An Adaptive Approach to Family Intervention: Linking Engagement in Family-Centered Intervention to Reductions in Adolescent Problem Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 568-579.
- Coombes, L., Allen, D., Marsh, M., y Foxcroft, D. (2009). The Strengthening Families Programme (SFP) 10-14 and substance misuse in Barnsley: the perspectives of facilitators and families. *Child Abuse Review*, 18(1), 41–59.
- Crawford, L. A., y Novak, K. B. (2008). Parent-child relations and peer associations as mediators of the family structure substance use relationship. *Journal of Family Issues*, 29(2), 155–184. doi:10.1177/0192513X07304461
- Cummings, E. M., y Schatz, J. N. (2012). Family conflict, emotional security, and child development: Translating research findings into a prevention program for community families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 14-27. doi:10.1007/s10567-012-0112-0
- Dalen, J., Brody, J. L., Staples, J. K., & Sedillo, D. (2015). A Conceptual Framework for the Expansion of Behavioral Interventions for Youth Obesity: A Family-Based Mindful Eating Approach. *Childhood Obesity*, 11(5), 577–584. doi:10.1089/chi.2014.0150
- Daly, M. (2013). Parenting support policies in Europe. *Families, Relationships and Societies*, 2(2), 159–174.
- Danielsson, A.K., Romelsjö, A., y Tengström, A. (2011). Heavy Episodic Drinking in Early Adolescence: Gender-Specific Risk and Protective Factors. *Substance Use & Misuse*, 46(5), 633–643.
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(2), S61-S75. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.06.021
- De La Villa Moral Jiménez, M., Díaz, F. J. R., y Ruiz, C. S. (2006). Factors related to young people's attitudes to the consumption of alcohol and other psychoactive

Referencias bibliográficas

- subs tances. [Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas]. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., y Ogborne, A. C. (2014). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745–750.
- Dishion, T. J., y Kavanagh, K. (2005). *Intervining in adolescent problem behavior. A family-centered approach*. New York: The Guilford Press.
- Dishion, T.J., Véronneau, M-H., y Stormshak, E. (2015). Family-centered prevention of adolescent drug abuse: Translational research in a public health. En L.M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescent drug use prevention: research, intervention strategies, and practice*, (pp. 293-309). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dishion, T.J., Véronneau, M.H., y Myers, M.W. (2010). Cascading peer dynamics underlying the progression from problem behavior to violence in early to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 22(3), 603–619.
- Dishion, T.J., y Patterson, S.G. (1996). *Preventive Parenting with Love, Encouragement and Limits: the Preschool Years*. Eugene, Oregon: Castalia Publishing.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M., y Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27(1), 172-180. doi:10.1037/0012-1649.27.1.172
- Dockett, S., Perry, R., y Kearney, E. (2010). *Facilitating children's transition to school from families with complex support needs*. Research Institute for Professional Practice, Learning and Education: Charles Sturt University.
- Donati, P. (2003). *Manual de sociología de la familia*. Pamplona, Eunsa.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., y Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82(1), 405-432.
- Durlak, J., y DuPre, E. (2008). Implementation Matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.
- Elliott, D. S., y Mihalic, S. (2004). Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prevention Science*, 5, 47–53.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W., y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.

Referencias bibliográficas

- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D., y Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27(1), 5-12.
- Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., y Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 534-544. doi:10.1556/2006.6.2017.086
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003). *Selective prevention: First overview on the European situation*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Spain: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *European Drug Report 2018: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evans, R., Rozelle, R., Maxwell, S., Raines, B., et al. (1981). Social modeling films to deter smoking in adolescents: Results of a three year field investigation. *Journal of Applied Psychology*, 66, 399-414.
- Fagan, A., y Mihalic, S. (2003). Strategies for enhancing the adoption of school-based prevention programs: Lessons learned from the blueprints for violence prevention replications of the life skills training program. *Journal of Community Psychology*, 31, 3, 235-253.
- Fernández-Calderón, F., Lozano-Rojas, O., y Rojas-Tejada, A. (2013). Raves y consumo de drogas desde una perspectiva epidemiológica y psicosocial: una revisión bibliográfica sistemática. *Adicciones*, 25(3), 269-279.
- Ferreiras, I., Urrútia, G., y Alonso-Coello, P. (2011). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Revista Española de Cardiología*, 64(8), 688-696.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., . . . Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151-175. doi:10.1007/s11121-005-5553-y
- Fothergill, K. E., y Ensminger, M.E. (2006). Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: a longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(1), 61-76.
- Foxcroft, D. R., y Tsertsvadze, A. (2011a). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD009308.

- Foxcroft, D.R., y Tsertsvadze, A. (2011b). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5*. doi:10.1002/14651858.CD009113
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F., y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y peligro del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000–1007. doi.org/10.6018/analesps.31.3.183491
- Fundación Atenea (2013). *Análisis del cambio en las pautas de consumo de población drogodependiente*. Madrid: Fundación Atenea.
- Gallimberti, L., Buja, A., Chindamo, S., Terraneo, A., Marini, E., Rabensteiner, A., . . . Baldo, V. (2016). Problematic cell phone use for text messaging and substance abuse in early adolescence (11- to 13-year-olds). *European Journal of Pediatrics*, 175(3), 355-364. doi:10.1007/s00431-015-2645-y
- Gardner, F., Montgomery, P., y Knerr, W. (2016). Transporting evidence- based parenting programs for child problem behavior (age 3-10) between countries: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 749-762.
- Gil-Lacruz, A. I., y Gil-Lacruz, M. (2010). Subjective valuation of risk perception and alcohol consumption among spanish students. *Salud Mental*, 33(4), 309-316.
- Griffin, K., y Botvin, G. (2010). Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 505-526. doi:10.1016/j.chc.2010.03.005
- Griner, D., y Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: a meta-analytic review. *Psychotherapy*, 43, 531–548.
- Gripenberg-Abdon, J., Elgán, T. H., Wallin, E., Shaafati, M., Beck, O., y Andréasson, S. (2012). Measuring substance use in the club setting: a feasibility study using biochemical markers. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(1), 7. doi:10.1186/1747-597x-7-7
- Gómez-Fraguela, J. A., Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20(2), 211-217.
- González-Castro, F., Barrera, M., y Holleran-Steiker, L.K. (2010). Issues and challenges in the design of culturally adapted Evidence-Based Interventions. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213-239.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.

Referencias bibliográficas

- Gottfredson, D. C., Cook, T. D., Gardner, F. E. M., Gorman-Smith, D., Howe, G. W., Sandler, I. N., y Zafft, K. M. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. *Prevention Science*, 16(7), 893-926. doi:10.1007/s11121-015-0555-x
- Guyll, M., Spoth, R. L., Chao, W., Wickrama, K. A. S., y Russell, D. (2004). Family-focused preventive interventions: Evaluating parental risk moderation of substance use trajectories. *Journal of Family Psychology*, 18(2), 293-301. doi:10.1037/0893-3200.18.2.293
- Hadfield, K., y Ungar, M. (2018) Family resilience: Emerging trends in theory and practice. *Journal of Family Social Work*, 21(2), 81-84. doi:10.1080/10522158.2018.1424426
- Harbour, R., y Miller, J. (2001). A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*, 323, 334-336.
- Harstad, E., Levy, S., y Committee on Substance Abuse (2014). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse. *American Academy of Pediatrics*, 134(1), e293-301.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications or substance-abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G., y Abbott, R. D. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: long-term effects from the Seattle Social Development Project. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(1), 25-31.
- Hawkins, J. D., y Weis, J. G. (1985). The Social Development Model: An Integrated Approach to Delinquency Prevention. *Journal of Primary Preventio*, 6(2), 73-97.
- Hemphill, S. A., Heerde, J. A., Herrenkohl, T. I., Patton, G. C., Toumbourou, J. W., y Catalano, R. F. (2011). Risk and protective factors for adolescent substance use in washington state, the United States and Victoria, Australia: a longitudinal study. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 49(3), 312-320. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.12.017
- Herman, K. C., Riley-Tillman, T. C., y Reinke, W. M. (2012). The Role of Assessment in a Prevention Science Framework. *School psychology review*, 41(3), 306-314.
- Hensen, F.E. y Ellis, A. (2015). *El cerebro adolescente*. Barcelona, RBA.
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., y Gras, M. E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205-213.
- Hidalgo, M.I., y Júdez, J. (2007). Adolescencia de alto riesgo. Consumo de drogas y conductas delictivas. *Pediatría Integral*, 11(10), 895-910.

Referencias bibliográficas

- Hidalgo, M.V., Menéndez, S., Sánchez, J., Lorence, B., y Jiménez, L. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 413-426.
- Hidalgo, M. V., Lorence, B., Pérez, J., y Menéndez, S. (2012). Typology of families at psychosocial risk: The role of family structure. *Revista Mexicana de Psicología*, 29(2), 165–174.
- Higgins, K., McCann, M., McLaughlin, A., McCartan, C., y Perra, O. (2013). Investigating parental monitoring, school and family influences on adolescent alcohol use. *Alcohol Insight*, 103. doi:10.1080/10826084.2016.1197941
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W., y Gerris, J. R. (2009). The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 37(6), 749-75.
- Huey, S.J., y Polo, A.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 262–301.
- Iglesias de Usel, J. (1994). Familia. En M. Juárez (Dir), *V Informe sobre la situación social en España*. Madrid: Foessa.
- Isorna, M., Fariña, F., Sierra, J. C., y Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica*, 22(1), 1-8.
- Israelashvili, M., y Romano, J. (Eds.). (2016). *The Cambridge Handbook of International Prevention Science*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Jaaskelainen, M., Holmila, M., Notkola, I., y Raitasalo, K. (2016). A typology of families with parental alcohol or drug abuse. *Addiction Research & Theory*, 24(4), 288–299. doi:10.3109/16066359.2015.1127358
- Jenson, J. M., y Bender, K. A. (2014). *Evidence-based practices series. Preventing child and adolescent problem behavior: Evidence-based strategies in schools, families, and communities*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977) *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jiménez, L., Antolín-Suárez, L., Lorence, B., y Hidalgo, V. (2019). Family education and support for families at psychosocial risk in europe: Evidence from a survey of international experts. *Health and Social Care in the Community*, 27(2), 449-458. doi:10.1111/hsc.12665
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Patrick, M. E. (2018). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2017: Overview, key findings on adolescent drug use*. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan.

Referencias bibliográficas

- Jones, A.W. (2010). Evidence-based survey of the elimination rates of ethanol from blood with applications in forensic casework. *Forensic Science International*, 200, 1-20.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., y Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D.J.I. M. Sayers, y H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives. NIDA Research Monograph Series, 30*. Washington, D.C.: Government Printing Office
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13. doi:10.1016/S0165-0327(02)00426-3
- Kelly, A. B., O'Flaherty, M., Toumbourou, J. W., Connor, J. P., Hemphill, S. A., y Catalano, R. F. (2011). Gender differences in the impact of families on alcohol use: a lagged longitudinal study of early adolescents. *Addiction*, 106(8), 1427-1436.
- Kerr, M., Stattin, H., y Özdemir, M. (2012). Perceived parenting style and adolescent adjustment: Revisiting directions of effects and the role of parental knowledge. *Developmental Psychology*, 48(6), 1540-1553. doi.org/10.1037/a0027720
- Kim, H. K., y Leve, L. D. (2011). Substance use and delinquency among middle school girls in foster care: A three-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 740-750. doi.org/10.1037/a0025949
- Kim, H. K., Pears, K. C., Leve, L. D., Chamberlain, P., y Smith, D. K. (2013). Intervention Effects on Health-Risking Sexual Behavior Among Girls in Foster Care: The Role of Placement Disruption and Tobacco and Marijuana Use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(5), 370-387. doi.org/10.1080/1067828X.2013.788880
- Kim-Spoon, J., y Farley, J. P. (2014). Adolescence and early adulthood. En Z. Sloboda y H. Petras (Eds.), *Defining prevention science*, (pp. 87-112). New York, NY: Springer.
- Kliewer, W., y Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected central american countries. *Journal of Adolescent Health*, 40(5), 448-455. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.11.148
- Kogan, S. M., Brody, G. H., Molgaard, V. K., Grange, C. M., Oliver, D. A. H., Anderson, T. N., . . . Sperr, M. C. (2012). The strong african american families-teen trial: Rationale, design, engagement processes, and family-specific effects. *Prevention Science*, 13(2), 206-217. doi:10.1007/s11121-011-0257-y

Referencias bibliográficas

- Kostelecky, K. L. (2005). Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *Journal of Adolescence*, 28(5), 665–669. doi:10.1016/j.adolescence.2004.12.006
- Krakouer, J., Mitchell, P., Trevi, J., y Kochano, A. (2017). *Early years transitions: Supporting children and families at risk of experiencing vulnerability. Rapid literatura review*. East Melbourne: Department of Education and Training.
- Krohn, M.D., Lizotte, A.J., y Perez, C.M. (1997) The interrelationship between substance use and precocious transitions to adult statuses. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 87-103.
- Kulis, S., Nieri, T., Yabiku, S., Stromwall, L. K., y Marsiglia, F. F. (2007). Promoting reduced and discontinued substance use among adolescent substance users: Effectiveness of a universal prevention program. *Prevention Science*, 8(1), 35-49. doi:10.1007/s11121-006-0052-3
- Kulis, S., Booth, J. M., y Becerra, D. (2016). Drug-Resistance Strategies of Early Adolescents in Mexico: Gender Differences in the Influence of Drug Offers and Relationship to the Offeror. *Substance Use & Misuse*, 51(3), 370–382. doi.org/10.3109/10826084.2015.1110171
- Kumpfer, K.L. (1987). Special populations: Etiology and prevention vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. En B.S. Brown y A.R. Mills (Eds.), *Youth at High Risk for Substance Abuse*, DHHS Publication No. (ADM) 87-1537 Alcohol, Drug Abuse and Mental health Administration. U.S. Government Printing Office: Washington, DC.
- Kumpfer, K.L., Trunnell, E.P., y Whiteside, A.O. (1990). The biopsychosocial model: Application to the addictions field. En R.C. Engs (Ed.), *Controversies in the addiction's field*, (pp. 55-66). Baltimore: American Council on Alcoholism.
- Kumpfer, K.L., y Turner, C.W. (1990). The Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention. *The International Journal of the Addictions*, 25(4A), 435-463.
- Kumpfer, K.L., y Turner, C.W. (1991). *Pathways to Substance Use in College Students: An SEM Empirically Tested Application of the Social Ecology Model to College Students*. Social Research Institute. Graduate School of Social Work. University of Utah, Salt Lake City, Utah: USA.
- 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 177*, (pp. 160-207). Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*, (pp. 179–224). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Referencias bibliográficas

- Kumpfer, K. L. (2002). Prevention of alcohol and drug abuse: What works? *Substance Abuse*, 23, 23-45. doi:10.1080/08897070209511506
- Kumpfer, K. L., y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 457-465. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.457
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., y Whiteside, H. O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance use and Misuse*, 38(11-13), 1759-1787. doi:10.1081/JA-120024240
- Kumpfer, K. L., y Johnson, J. L. (2007). Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents. [Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos]. *Adicciones*, 19(1), 13-25.
- Kumpfer, K.L. (2008). Why are There no Effective Child Abuse Prevention Parenting Interventions? *Substance Use & Misuse*, 43, 8-9, 1262-1265. Doi:10.1080/10826080802215114
- Kumpfer, K., Smith, P., y Summerhays, J. F. (2008). A Wakeup Call to the Prevention Field: Are Prevention Programs for Substance Use Effective for Girls? *Substance Use & Misuse*, 43(8-9), 978-1001.
- Kumpfer, K. L., Whiteside, H. O., Greene, J. A., y Allen, K. C. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the strengthening families program in statewide field sites. *Group Dynamics*, 14(3), 211-229.
- Kumpfer, K.L., Magalhães, C., y Xie, J., (2012a). Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's outcomes. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 104-116.
- Kumpfer, K. L., Xie, J., y O'Driscoll, R. (2012b). Effectiveness of a culturally adapted strengthening families program 12-16 years for high-risk Irish families. *Child and Youth Care Forum*, 41(2), 173-195.
- Kumpfer, K. L., Fenollar, J., y Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz basada en las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de padres adictos a alcohol y drogas. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108.
- Kumpfer, K.L. (2014). Family-Based Interventions for the Prevention of Substance Abuse and Other Impulsive Control Disorders in Girls. *ISRN Addiction*. doi.org/10.1155/2014/308789
- Kumpfer, K.L., y Hasen, W. (2014). Family-based prevention programs. En W Hasen, y L. Scheier (Eds.), *Parenting and teen drug use*, (pp. 166-192). Oxford: Oxford University Press.

- Kumpfer, K., Magalhães, C., y Xie, J. (2017). Cultural adaptation and implementation of family evidence-based interventions with diverse populations. *Prevention Science*, 18(6), 649-659.
- Kumpfer, K., y Magalhães, C., y Xie, J. (2018a). Strengthening Families Program: An Evidence-Based Family Intervention for Parents of High-Risk Children and Adolescents, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(3), 174-179, doi: 10.1080/1067828X.2018.1443048
- Kumpfer, K., Scheier, L., y Brown, J. (2018b). Strategies to Avoid Replication Failure With Evidence-Based Prevention Interventions: Case Examples From the Strengthening Families Program. *Evaluation & the Health Professions*, 1-34. doi.org/10.1177/0163278718772886
- Kumpfer, K., Park, M., Magalhães, C., Orte, C., y Amer, J. (2018c). El impacto de la satisfacción de las familias y la calidad del formador en los resultados de la intervención familiar. En C. Orte y L. Ballester (Eds.), *Intervenciones efectivas en prevención familiar de drogas. El Strengthening Families Program*, (pp. 119-137). Barcelona: Octaedro.
- Kuntsche, S., y Kuntsche, E. (2016). Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use — A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 45, 89–101. doi:10.1016/j.cpr.2016.02.004
- Landero, R., y Villareal, M.E. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*, 17(1), 17-23.
- Leve, L. D., Harold, G. T., Van Ryzin, M. J., Elam, K., y Chamberlain, P. (2012). Girls' Tobacco and Alcohol Use During Early Adolescence: Prediction From Trajectories of Depressive Symptoms Across Two Studies. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 21(3), 254–272. doi.org/10.1080/1067828X.2012.700853
- Li, Y., y Warner, L. A. (2015). Parent-adolescent conflict, family cohesion, and self-esteem among hispanic adolescents in immigrant families: A comparative analysis. *Family Relations*, 64(5), 579–591. doi:10.1111/fare.12158
- Liquete, L., Pérez, E., Marugán, J. M., Rodríguez, L., de Uribe, F., Ugidos, M., ...Izquierdo, A. (2017). Riesgo percibido sobre el consumo ocasional de tabaco tradicional y electrónico en adolescentes. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 19, 127-136.
- Llavona, L., y Llavona, R. (2012). La familia en la sociedad actual. En L. Llavona, y F.X. Méndez (Coords.), *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional*, (pp.35-55). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Llorens, N., Tomás, D., Aguilar, J., y Tortajada, S. (2011). Consumo de cannabis: ¿los factores de riesgo y protección varían según la edad? *Revista Española de Drogodependencias*, 36(4), 427-438.

Referencias bibliográficas

- Lochman, J. E., y Wells, K. C. (2004). The Coping Power Program for Preadolescent Aggressive Boys and Their Parents: Outcome Effects at the 1-Year Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 571-578.
- López, S., y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Lorenzo, M.M., Godás, A., y Santos, M.A. (2017). Principales determinantes de la implicación y participación de las familias inmigrantes en la escuela. *Cultura y Educación*, 29(2), 213-253.
- Lynch, W.J., Roth, M.E., y Carroll, M.E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology* 164, 121–137.
- Maccoby, E., y Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology*, (pp. 1-101). Wiley: New York.
- Macià, D. (1986). *Cuestionario de actitudes y Cuestionario de información. Método Conductual de Prevención de Drogodependencias*. Valencia: Promolibro.
- Mallett, K. A., Turrisi, R., Reavy, R., Russell, M., Cleveland, M. J., Hultgren, B., ... Hospital, M. (2019). An Examination of Parental Permissiveness of Alcohol Use and Monitoring, and their Association with Emerging Adult Drinking Outcomes across College. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 43(4), 758-766. doi:10.1111/acer.13978
- Marques, A., Branquinho, C., y Gaspar de Matos, M. (2015). Gender Differences in Risk Behaviours: Does Sexual Maturation Matter? *International Archives of Medicine*, 8(76). doi: 10.3823/1675
- Martínez, I., Fuentes, M.C., García, F., y Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Martínez-Monteagudo, M.C., Estévez, E., e Inglés, C. (2013). Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual. *Psicología.com*, 17(6).
- Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L., y Shin, C. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive Behaviors*, 34(6-7), 599-605.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. L., y Redmond, C. (2007). Influence of a family-focused substance use preventive intervention on growth in adolescent depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence*, 17(3), 541-564.

Referencias bibliográficas

- Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., y Spoth, R. L. (2003). Reducing adolescents' growth in substance use and delinquency: Randomized trial effects of a parent-training prevention intervention. *Prevention Science*, 4(3), 203-212.
- McCoy, E.C. (2017). Understanding the Intention-to-treat Principle in Randomized Controlled Trials. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1075-1708.
- McGuire, W. L. (1968). The Nature of Attitudes and Attitude Change. En G. Lindzey y E. Aranson (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- McWey, L. M., Holtrop, K., Wojciak, A. S., y Claridge, A. M. (2014). Retention in a Parenting intervention among parents involved with the Child Welfare System. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1073-1087. doi:10.1007/s10826-014-9916-5
- Medina-Mora, M. E., y Rojas, E. (2003). Mujer, prueba, y adicciones. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17, 230-244.
- Mejia, A., Leijten, P., Lachman, J.M., y Parra-Cardona, J.R. (2017). Different strokes for different folks? Contrasting approaches to cultural adaptation of parenting interventions. *Prevention Science*, 18(6), 630-639.
- Méndez-Ruiz, M. D., de Jesús Alonso-Castillo, M. T., Alonso-Castillo, M. M., Uribe-Alvarado, J. I., y Armendáriz-García, N. A. (2015). Relationship between risk perception and alcohol consumption in adolescents. *SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 11(3), 161-167. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p161-167.
- Metrik, J., Caswell, A. J., Magill, M., Monti, P. M., y Kahler, C. W. (2016). Sexual risk behavior and heavy drinking among weekly marijuana users. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(1), 104-112. doi:10.15288/jsad.2016.77.104
- Miller, T. A., y Hendrie, D. (2008). *Substance abuse prevention: Dollars and cents: A cost-benefit analysis*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), SAMHSA. DHHS Pub. No 07-4298.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Molinaro, S., Benedetti, E., Scalese, M., Bastiani, L., Fortunato, L., Cerrai, S., . . . Urdih Lazar, T. (2018). Prevalence of youth gambling and potential influence of substance use and other risk factors throughout 33 European countries: First results from the 2015 ESPAD study. *Addiction*, 113(10), 1862-1873. doi:10.1111/add.14275

Referencias bibliográficas

- Moral, M.D., y Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 533-553.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Mayseless, O., y Scharf, M. (2012). Shifting internal parent-child representations among caregivers of teens with serious behavior problems: An attachment-based approach. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 5(3), 191-204.
- Muchiri, B. W., y dos Santos, M. M. L. (2018). Family management risk and protective factors for adolescent substance use in south Africa. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1). doi:10.1186/s13011-018-0163-4
- Muñoz-Rivas, M. J., Gámez-Guadix, M., Graña, J. L., y Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*, 22(2), 125–134. doi.org/10.20882/adicciones.201
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., y Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6-7), 449-456.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA (2004). *Cómo prevenir el Uso de Drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA (2016). *Principles of substance abuse prevention for early childhood: a research-based guide*. Estados Unidos, National Institute on Drug Abuse.
- National Institute on Drug Abuse, NIDA (2018). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction> on 2018, October 19.
- Negreiros, J. (2006). *Injeção de drogas, comportamento sexual e risco de VIH*. Porto: Livpsic.
- Negreiros, J. (2013). Participación parental en intervenciones familiares preventivas de toxicodependencias: Una revisión bibliográfica empírica. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 39-65.
- Negreiros, J. (2015). Intervenções familiares na delinquência juvenil. En J. Negreiros (Ed.), *Intervenção na delinquência juvenil: Perspectivas psico-forenses*, (pp. 103-121). Curitiba, Brasil: Editora CRV.
- Negreiros, J. (2018). Predictores de la participación parental en las intervenciones familiares preventivas de toxicodependencias. En C. Orte y L. Ballester (Eds.), *Intervenciones efectivas en prevención familiar de drogas*, (pp. 137-150). Barcelona: Octaedro.

- Neppl, T. K., Jeon, S., Schofield, T. J., y Donnellan, M. B. (2015). The Impact of Economic Pressure on Parent Positivity, Parenting, and Adolescent Positivity into Emerging Adulthood. *Family Relations*, 64(1), 80–92. doi.org/10.1111/fare.12098
- Newton, N.C., Champion, K.E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., ... Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug Alcohol Review*, 36, 337-351
- Nordfjærn, T., Bretteville-Jensen, A. L., Edland-Gryt, M., y Gripenberg, J. (2016). Risky substance use among young adults in the nightlife arena: An underused setting for risk-reducing interventions? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(7), 638–645. doi:10.1177/1403494816665775
- Norman, E., y Turner, S. (1993). Adolescent Substance Abuse Prevention Programs: Theories, Models, and Research in Encouraging 80's. *The Journal of Primary Prevention*, 14(1), 3-20.
- Novák, P., Miovský, M., Vopravil, J., Roman, G., Lenka, S., y Jurystová, L. (2013). Gender-Specific Effectiveness of the Unplugged Prevention Intervention in Reducing Substance Use among Czech Adolescents. *Sociologický časopis. Czech Sociological Review*, 49(6), 903-926.
- Nunes, L. M., y Sani, A. (2015). Adicción a las drogas y victimización: una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 25(2), 273-277.
- O'Neil, K. A., Conner, B. T., y Kendall, P. C. (2011). Internalizing disorders and substance use disorders in youth: Comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 104-112. doi:10.1016/j.cpr.2010.08.002
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, OEDA (2017a). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. ESTUDES 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, OEDA (2017b). *Informe 2017. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 1995-2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, OEDA (2018). *Encuesta a Profesores de Enseñanzas Secundarias sobre Drogas y otras Adicciones en España. EPAD 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Orte, C., Ballester, L., y March, M.X. (2013). El enfoque de la competencia familiar. Una experiencia de trabajo socioeducativo con familias. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 13-37. doi.org/10.7179/PSRI_2013.21.1

- Orte, C., y Amer, J. (2014). Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en la evidencia. *Ese-Estudios Sobre Educación*, 26, 175-195.
- Orte, C., Ballester, L., Amer, J., y Vives, M. (2014). Assessing the Role of Facilitators in Evidence-Based Family-Centric Prevention Programs via Delphi Technique. *Families In Society-The Journal Of Contemporary Social Services*, 95(4), 236-244.
- Orte, C., Ballester, L., March, M.X., Amer, J., Vives, M., y Pozo, R. (2015a). The Strengthening Families Programme in Spain: A Long-term Evaluation. *Journal of Children's Services*, 10(2), 101-119. doi:10.1108/JCS-02-2014-0013
- Orte, C., Ballester, L., March, M. X., Oliver, J. L., Pascual, B., y Gomila, M. A. (2015b). Development of prosocial behaviour in children after the improvement of family competences. *Journal of Children's Services*, 10(2), 161-172. doi:10.1108/JCS-02-2014-0013
- Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., Gomila, M.A., y Pozo, R. (2015c). *Programa de Competencia Familiar (PCF) 12-16. Manual del Programa de Competencia Parental*. Palma: Edicions UIB.
- Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., Gomila, M.A., y Pozo, R. (2015d). *Programa de Competencia Familiar (PCF) 12-16. Manual del Programa de Habilidades Sociales de los Hijos e Hijas*. Palma: Edicions UIB.
- Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., Gomila, M.A., y Pozo, R. (2015e). *Programa de Competencia Familiar (PCF) 12-16. Manual del Programa para Mejorar las Relaciones Familiares*. Palma: Edicions UIB.
- Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., Gomila, M.A., y Pozo, R. (2015f). *Programa de Competencia Familiar (PCF) 12-16. Guía de los padres y de las madres*. Palma: Edicions UIB.
- Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., Gomila, M.A., y Pozo, R. (2015g). *Programa de Competencia Familiar (PCF) 12-16. Guía de hijos y de las hijas*. Palma: Edicions UIB.
- Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., Gomila, M.A., y Pozo, R. (2015h). *Programa de Competencia Familiar (PCF) 12-16. Manual de Implementación del Formador*. Palma: Edicions UIB.
- Orte, C., Ballester, L., Vives, M., Amer, J., y March, M. X. (2017a). Cultural adaptation of family evidence-based drug prevention programs in Spain. En M. Israelshvili, y J. Romano (Eds.), *Cambridge Handbook of International Prevention Science* (pp. 873-895). Cambridge: Cambridge University Press.

- Orte, C., Ballester, L., Amer, J., y Vives, M. (2017b). Training of practitioners and beliefs about family skills in family-based prevention programmes. *British Journal of Guidance and Counselling*, 45(5), 573-582.
- Orte, C., Valero, M., Fernández-de-Álava, M., y Pozo, R. (2018a). El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), 9-28.
- Orte, C., Valero, M., Fernández-de-Álava, M., Vives, M., y Pozo, R. (2018b). Programas de prevención familiar basados en la evidencia y género: una revisión más que necesaria para prevenir, retrasar o reducir el consumo. En C. Orte y R. Pozo (Eds.), *Género, adolescencia y drogas. Prevenir el riesgo desde la familia*, (pp. 67-86). Barcelona: Octaedro.
- Orte, C., March, M.X., Ballester, L., Oliver, J. L., Pascual, B., Vives, M., Amer, J., y Valero, M. (2018c). Los factores de éxito del Programa de Competencia Familiar. Balance de 15 años de experiencia y resultados. En C. Orte y L. Ballester (Eds.), *Intervenciones efectivas en prevención familiar*, (pp. 85-98). Barcelona: Octaedro.
- Özdemir, M., y Koutakis, N. (2015). Does promoting parents' negative attitudes to underage drinking reduce adolescents' drinking? The mediating process and moderators of the effects of the Örebro Prevention Programme. *Addiction*, 111(2), 263–271. doi:10.1111/add.13177
- Palacios, J.R., y Andrade, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 5-16.
- Parada, J.L. (2010). La educación familiar en la familia del pasado, presente y futuro. *Educatio Siglo XXI*, 28(1), 17-40.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., y Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Morgan-Lopez, A. A., Ulloa, E. C., y Moses, J. M. F. (2011). Gender-Specific Mediation Links Between Parenting Styles, Parental Monitoring, Impulsiveness, Drinking Control, and Alcohol-Related Problems. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 72(2), 247–258.
- Pepler, D., Wash, M., Yuile, A., Levene, K., Jiang, D., Vaughan, A., y Webber, J. (2010). Bridging the Gender Gap: Interventions with Aggressive Girls and Their Parents. *Prevention Science*, 11(3), 229-238.
- Petrie, J., Bunn, F., y Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Education Research*, 22(2), 177-191.

Referencias bibliográficas

- Petterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwait, R. L., Ahluwalia, J. S., y Butler, J. (2000). Cultural sensitivity in substance abuse prevention. *Journal of Community Psychology*, 28, 271-290.
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (1992). *Behaviour assessment system for children manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Rial, A., Golpe, S., Gómez, P., y Barreiro, C. (2015). Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 25-38.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., y Kumpfer, K. L. (1990). The Resiliency Model. *Health Education*, 21(6), 33-39. doi:10.1080/00970050.1990.10614589
- Riquelme, M., García, O.F., y Serra, E. (2018). Desajuste psicosocial en la adolescencia: socialización parental, autoestima y uso de sustancias. *Anales de psicología*, 34(3), 536-544.
- Rioux, C., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R. E., y Séguin, J. R. (2018). Age of cannabis use onset and adult drug abuse symptoms: A prospective study of common risk factors and indirect effects. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(7), 457-464. doi:10.1177/0706743718760289
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Martín, J. C., y Rodríguez, B. (2015). La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. En M.J. Rodrigo, M.L. Máiquez, J. C. Martín, S. Byrne, y B. Rodríguez (coord.), *Manual práctico de parentalidad positiva*, (pp. 25-43). Madrid: Síntesis.
- Rodrigo, M., Martín, J. C., Cabrera, E., y Máiquez, M. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.
- Rodrigues, C. V., Figueiredo, A. B., Rocha, S., Ward, S., y Tavares, H. B. (2018). Risky behaviors on a student's population. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 62(1), 46-70.
- Romo, N. (2018). Cambios y continuidades en el consumo de drogas y tóxicos en mujeres y niñas jóvenes. En C. Orte y R. Pozo (Eds.), *Género, adolescencia y drogas. Prevenir el riesgo desde la familia*, (pp. 15-24). Barcelona: Octaedro.
- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., y Westling, E. (2018). Influence of parent-youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 310-320. doi.org/10.1037/fam0000350

Referencias bibliográficas

- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., Raya, A., y Herruzo, J. (2010). Cannabis consumption and risk perception in university students. [El consumo de cannabis y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios]. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 18(3), 579-590.
- Sackett, D. I., Rosenberg, W., Gary, J. A. M., Haynes, R. B., y Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.
- Sampaio, F., Feldman, I., Richards-Jones, S., y Mihalopoulos, C. (2018) Economic Benefits of Sustained Investments in Parenting. En M. Sanders, y A. Morawska (Eds.), *Handbook of Parenting and Child Development Across the Lifespan*. Springer, Cham.
- Sandler, I., Schoenfelder, E., Wolchik, S., y MacKinnon, D. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: Lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology*, 62, 299-329.
- Santisteban, D. A., Mena, M. P., y McCabe, B. E. (2011). Preliminary results for an adaptive family treatment for drug abuse in Hispanic youth. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 610-614.
- Santos, M.A., Ferraces, M.J., Godas, A., y Lorenzo, M. M. (2018). Do cooperative learning and family involvement improve variables linked to academic performance? *Psicothema*, 30(2), 212-217.
- Santos, M. A., Godás, A., Ferraces, M. J., y Lorenzo, M. (2016). Academic Performance of Native and Immigrant Students: A Study Focused on the Perception of Family Support and Control, School Satisfaction, and Learning Environment. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.01560
- Santos, M.A., y Lorenzo, M.M. (2009). La participación de las familias inmigrantes en la escuela. Un estudio centrado en la procedencia. *Revista de Educación*, 350, 277-300.
- Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., y Bidwell, K. (2008). Every family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *The Journal of Primary Prevention*, 29, 197-222.
- Sanz, J., Pont, M.J., Álvarez, C., González, H., Jociles, M. I., Konvalinka, N., ... Romero, E. (2013). Diversidad familiar: apuntes desde la antropología social. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 198, 30-40.
- Schwinn, T.C., Schinke, S., Fang, L., y Kandasamy, S. (2014). A Web-Based, Health Promotion Program for Adolescent Girls and Their Mothers Who Reside in Public Housing. *Addictive Behaviors*, 39(4), 757-760.

- Schwinn, T. M., Schinke, S. P., y di Noia, J. (2010). Preventing Drug Abuse Among Adolescent Girls: Outcome Data from an Internet-Based Intervention. *Prevention Science*, 11(1), 24-32.
- Segrott, J., Gillespie, D., Holliday, J., Humphreys, I., Murphy, S., Phillips, C., ..., Moore, L. (2014). Preventing substance misuse: study protocol for a randomised controlled trial of the Strengthening Families Programme 10–14 UK (SFP 10–14 UK). *BMC Public Health*, 14.
- Segrott, J., Murphy, S., Rothwell, H., Scourfield, J., Foxcroft, D., Gillespie, D., ..., Moore, L. (2017). An application of Extended Normalisation Process Theory in a randomized controlled trial of a complex social intervention: Process evaluation of the Strengthening Families Programme (10–14) in Wales, UK. *SSM-Population Health*, 3, 255-265.
- Sexton, T., y Turner, C. W. (2010). The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 339-348.
- Shamblen, S. R., y Derzon, J. H. (2009). A preliminary study of the population-adjusted effectiveness of substance abuse prevention programming: Towards making IOM program types comparable. *The Journal of Primary Prevention*, 30(2), 89–107. doi.org/10.1007/s10935-009-0168-x
- Shimura, A., Takaesu, Y., Nakai, Y., Murakoshi, A., Ono, Y., Matsumoto, Y., y Inoue, T. (2017). Childhood parental bonding affects adulthood trait anxiety through self-esteem. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 15-20. doi:10.1016/j.comppsy.2016.12.005
- Shortt, A., Toumbourou, J., Power, E., y Chapman, R. (2006). The Resilient Families Program: Promoting Health and Wellbeing in Adolescents and Their Parents during the Transition to Secondary School. *Youth Studies Australia*, 25(2), 33-40.
- Shulruf, B., O'Loughlin, C., y Tolley, H. (2009). Parenting education and support policies and their consequences in selected OECD countries. *Children and Youth Services Review*, 31(5), 526–532. doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.10.010
- Siennick, S. E., Widdowson, A. O., Woessner, M. K., Feinberg, M. E., y Spoth, R. L. (2017). Risk factors for substance misuse and adolescents' symptoms of Depression. *Journal of Adolescent Health*, 60(1), 50-56. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.08.010
- Slesnick, N., y Prestopnik, J. L. (2009). Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 255-277.
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., y Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 195–206.

Referencias bibliográficas

- Smith, J.D., Dishion, T.J., Shaw, D.S., Wilson, M.N., Winter, C.C., y Patterson, G.R. (2014). Coercive Family Process and Early-Onset Conduct Problems From Age 2 to School Entry. *Development and Psychopathology*, 26(4 0 1), 917-932.
- Spoth, R., Shin, C., Guyll, M., Redmond, C., y Azevedo, K. (2006). Universality of effects: An examination of the comparability of long-term family intervention effects on substance use across risk-related subgroups. *Prevention Science*, 7(2), 209-224. doi:10.1007/s11121-006-0036-3
- Spoth, R., Randall, K., Trudeau, L., Shin, C., y Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5½ years past baseline for partnership based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 57-68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.023.
- Spoth, R.L., y Redmond, C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *Journal of Primary Prevention*, 21(2), 267-284.
- Springer, J. F., Sambrano, S., Sale, E., Kasim, R., y Hermann, J. (2002). *The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs: Understanding Risk, Protection, and Substance Use among High-Risk Youth. Monograph Series*. Rockville, MD: National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information.
- Squeglia, L.M., y Cservenka, A. (2017). Adolescence and Drug Use Vulnerability: Findings from Neuroimaging. *Current Opinion in Behavior Science*, 13, 164-170.
- Staudt, M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children: Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 183–196. doi:10.1007/ s10826-006-9077-2
- Steinberg, L., y Fletcher, A. (1994). Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 93(6), 1060-1064.
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., Patton, G., y Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3, 280–296.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., y Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747–775.
- Stormshak, E.A., Connell, A. y Dishion, T.J. (2009). An Adaptive Approach to Family-Centered Intervention in Schools: Linking Intervention Engagement to Academic Outcomes in Middle and High School. *Prevention Science*, 10, 221-235. doi.org/10.1007/s11121-009-0131-3
- Stormshak, E. A., Fosco, G. M., y Dishion, T. J. (2010). Implementing interventions with families in schools to increase youth school engagement: The family check-up model. *School Mental Health*, 2(2), 82-92. doi:10.1007/s12310-009-9025-6

Referencias bibliográficas

- Stormshak, E. A., y Dishion, T. J. (2002). An ecological approach to child and family clinical and counseling psychology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(3), 197–215. doi.org/10.1023/A:1019647131949
- Stroobants, T., Vanderfaeillie, J., Andries, C., y Van Holen, F. (2016). Youth care workers' perspectives on and adoption of evidence-based practice. *Children and Youth Services Review*, 71, 299-307.
- Sundell, K., Beelmann, A., Hasson, H., y von Thiele Schwarz, U. (2015). Novel programs, international adaptations, or contextual adaptations? Meta-analytic results from German and Swedish intervention research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(6), 784-796.
- Sussman, S., Skara, S., y Ames, S. (2008). Substance abuse among adolescents. *Substance Use Misuse*, 43, 1802-1828.
- Tarrazo, M., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Malvar, A., Suanzes, J., y Hervada, X. (2017). Cambios en el consume de tabaco: auge del Tabaco de liar e introducción de los cigarrillos electrónicos. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 204-209.
- Ten Have, T. R., Normand, S. L., Marcus, S. M., Brown, C. H., Lavori, P., & Duan, N. (2008). Intent-to-Treat vs. Non-Intent-to-Treat Analyses under Treatment Non-Adherence in Mental Health Randomized Trials. *Psychiatric annals*, 38(12), 772–783. doi:10.3928/00485713-20081201-10
- Thomas, R. E., Baker, P., Thomas, B.C. ; y Lorenzetti, D.L. (2015). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*, 2, CD004493.
- Trudeau, L., Spoth, R., Randall, G. K., y Azevedo, K. (2007). Longitudinal effects of a universal family-focused intervention on growth patterns of adolescent internalizing symptoms and polysubstance use: Gender comparisons. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6), 725-740.
- Torío, S., Peña, J.V., y García-Pérez, O. (2015). Parentalidad Positiva y Formación Experiencial: Análisis de los Procesos de Cambio Familiar. *Multidisciplinary Journal of Educational Research*, 5(3), 296-315. doi:10.17583/remie.2015.1533
- Torío, S., Peña, J.V., y Rodríguez, C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación. Revista Universitaria*, 20, 151-178.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2009). *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. Vienna: United Nations publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2015). *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienna: United Nations publication.

Referencias bibliográficas

- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2018). *World Drug Report 2018*. Vienna: United Nations publication.
- Uribe, J.I., Verdugo, J. C., y Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.
- Valdivia, C. (2008). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, 1, 15-22.
- Valero, M., Ballester, L., Orte, C., y Amer, J. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305. doi: 10.7334/psicothema2016.275
- Van Ryzin, M. J., y Dishion, T. J. (2012). The impact of a family-centered intervention on the ecology of adolescent antisocial behavior: Modeling developmental sequelae and trajectories during adolescence. *Development and Psychopathology*, 24(3), 1139-1155.
- Van Ryzin, M. J., Fosco, G. M., y Dishion, T. J. (2012). Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. *Addictive Behaviors*, 37(12), 1314-1324. doi:10.1016/j.addbeh.2012.06.02
- Van Ryzin, M. J., Roseth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y., y Chen, I. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72-80. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.007
- Vermeulen-Smit, E., Verdurmen, J. E. E., y Engels, R. C. M. E. (2015). The effectiveness of family interventions in preventing adolescent illicit drug use: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(3), 218-239.
- Voils, C. I., King, H. A., Maciejewski, M. L., Allen, K. D., Yancy, W. S., Jr, y Shaffer, J. A. (2014). Approaches for informing optimal dose of behavioral interventions. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 48(3), 392-401. doi:10.1007/s12160-014-9618-7
- Walsh, F. (2012). Family resilience. Strengths forged through adversity. En F. Walsh (Ed.), *Normal family processes*, (pp. 339-427). New York, NY: Guilford Press.
- Warren, C. S., Lindsay, A. R., White, E. K., Claudat, K., y Velasquez, S. C. (2013). Weight-related concerns related to drug use for women in substance abuse treatment: Prevalence and relationships with eating pathology. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 494-501. doi:10.1016/j.jsat.2012.08.222
- White, H. R., Fleming, C. B., Kim, M. J., Catalano, R. F., y McMorris, B. J. (2008). Identifying two potential mechanisms for changes in alcohol use among college-

Referencias bibliográficas

attending and non-college-attending emerging adults. *Developmental Psychology*, 44, 1625–1639.

Winslow, E. B., Bonds, D., Wolchik, S., Sandler, I., y Braver, S. (2009). Predictors of enrollment and retention in a preventive parenting intervention for divorced families. *Journal of Primary Prevention*, 30,151–172. doi:10.1007/s10935-009-0170-3

Zimmerman, M. A., Stoddard, S. A., Eisman, A. B., Caldwell, C. H., Aiyer, S. M., y Miller, A. (2013). Adolescent resilience: Promotive factors that inform prevention. *Child Development Perspectives*, 7(4), 215-220. doi:10.1111/cdep.12042

ANEXOS



Universitat
de les Illes Balears

Dra. Carmen Orte Socías, como coautor del siguiente artículo

Valero, M., Ballester, L., Orte, C., y Amer, J. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305.

Orte, C., Valero, M., Fernández-de-Álava, M., y Pozo, R. (2018a). El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), 9-28.

Ballester, L., Valero, M., Orte, C., y Amer, J. (2018). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*, doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842

DECLARO:

Que acepto que el/la Sr./Sra. María Valero de Vicente presente los artículos anteriormente citados como autor principal y formen parte de su tesis doctoral. Dichos artículos no podrán formar parte, en ningún caso, de otra tesis doctoral.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, 7 de mayo de 2019



Universitat
de les Illes Balears

Dr. Lluís Ballester Brage, como coautor de los siguientes artículos:

Valero, M., Ballester, L., Orte, C., y Amer, J. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305.

Ballester, L., Valero, M., Orte, C., y Amer, J. (2018). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*, doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842

DECLARO:

Que acepto que el/la Sr./Sra. María Valero de Vicente presente los artículos anteriormente citados como autor principal y formen parte de su tesis doctoral. Dichos artículos no podrán formar parte, en ningún caso, de otra tesis doctoral.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, 7 de mayo de 2019



Universitat
de les Illes Balears

Dr. Joan Amer Fernández, como coautor del siguiente artículo

Valero, M., Ballester, L., Orte, C., y Amer, J. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention programs for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305.

Ballester, L., Valero, M., Orte, C., y Amer, J. (2018). An analysis of family dynamics: a selective substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work*, doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842

DECLARO:

Que acepto que el/la Sr./Sra. María Valero de Vicente presente los artículos anteriormente citados como autor principal y formen parte de su tesis doctoral. Dichos artículos no podrán formar parte, en ningún caso, de otra tesis doctoral.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Firmado: Joan Amer Fernández

Palma, 25 de abril de 2019



Dr. Rosario Pozo Gordaliza, como coautora del siguiente artículo

Orte, C., Valero, M., Fernández-de-Álava, M., y Pozo, R. (2018a). El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), 9-28.

DECLARO:

Que acepto que el/la Sr./Sra. María Valero de Vicente presente los artículos anteriormente citados como autor principal y formen parte de su tesis doctoral. Dichos artículos no podrán formar parte, en ningún caso, de otra tesis doctoral.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma
Rosario Pozo Gordaliza

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, is positioned to the right of the printed name 'Rosario Pozo Gordaliza'.

Palma de Mallorca, 29 de abril del 2019



Universitat
de les Illes Balears

Dr. Miren Fernández de Álava, como coautor del siguiente artículo

Orte, C., Valero, M., Fernández-de-Álava, M., y Pozo, R. (2018a). El impacto de género en los programas de prevención familiar para adolescentes: una revisión. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), 9-28.

DECLARO:

Que acepto que el/la Sr./Sra. María Valero de Vicente presente los artículos anteriormente citados como autor principal y formen parte de su tesis doctoral. Dichos artículos no podrán formar parte, en ningún caso, de otra tesis doctoral.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, Fecha

1 de mayo de 2019