

Niveles de riesgo en adolescentes en consumo de tabaco y en actitudes hacia el consumo de drogas después de la intervención preventiva “Programa de Competencia Familiar”

Risk levels among adolescents in tobacco use and in substance use attitudes after the preventive intervention “Family Competence Program”

Carmen Orte, Joan Amer, Belén Pascual y Albert Cabellos

Universitat de les Illes Balears

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

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

ORCID Belén Pascual: <https://orcid.org/0000-0002-0474-2402>

ORCID Albert Cabellos: <https://orcid.org/0000-0001-5738-8358>

Recibido: 11/03/2022 · Aceptado: 09/09/2022

Cómo citar este artículo/citation: Orte, C., Amer, J., Pascual, B. y Cabellos, A. (2022). Niveles de riesgo en adolescentes en consumo de tabaco y en actitudes hacia el consumo de drogas después de la intervención preventiva “Programa de Competencia Familiar”. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(3), 55-68. <https://doi.org/10.54108/10023>

— Correspondencia: _____
Joan Amer
joan.amer@uib.cat



Resumen

Introducción: el Programa de Competencia Familiar Universal (PCF-U) es un programa preventivo basado en la evidencia para familias con hijos entre 11 y 14 años. Los objetivos son la reducción o prevención del consumo, la promoción de las relaciones familiares, la promoción de las habilidades parentales y un aumento de las habilidades sociales y personales de los hijos.

Método: Diseño cuasi-experimental con grupo control. La muestra final son 305 padres y 262 hijos. La evaluación incluye el Cuestionario sobre Actitudes hacia las Drogas. La evaluación también contiene preguntas sobre el consumo de tabaco y alcohol. Se lleva a cabo un análisis de conglomerados sobre el consumo de tabaco y sobre las actitudes hacia el consumo de drogas.

Resultados: el consumo de tabaco desciende después de la intervención. El estadístico sobre las declaraciones sobre consumo de alcohol no es fiable. En actitudes hacia las drogas, la predisposición hacia el consumo desciende después de la intervención, pero no es significativa. Las creencias normativas y erróneas cambian, pero no de manera significativa. Sobre los conglomerados, se identifican tres niveles de riesgo, 4.7% de los adolescentes pertenecerían al riesgo alto, 24.3% pertenecerían al riesgo medio/medio-bajo y 70.9% pertenecerían al riesgo bajo.

Discusión: los resultados generales del PCF-U 11-14 presentados en otros estudios muestran buenos resultados en parentalidad y habilidades familiares. Sin embargo, en consumo de tabaco y alcohol y en actitudes hacia las drogas, sólo el consumo de tabaco tiene un cambio significativo. Quizás el programa es limitado para niveles de riesgo medio y alto.

Palabras clave

Prevención familiar, programas basados en la evidencia, prevención de drogas, actitudes hacia las drogas, tabaco, alcohol y adolescentes.

Abstract

Introduction: Universal Family Competence Program is an evidence-based drug preventive intervention in Spain, working with families with children between 11 and 14 years old. Their objectives are reduction or prevention of substance use, promotion of family relationships, promotion of parenting skills, and increase of children personal and social skills.

Method: Quasi-experimental design with control group. Final sample of this study was 305 parents and 262 children. Evaluation instrument includes the Questionnaire about Drug Attitudes, measuring readiness towards substance use, wrong beliefs and normative beliefs. The instrument also contains questions about tobacco and alcohol use. Cluster analysis on tobacco and alcohol use, and drug attitudes is calculated.

Results: tobacco use descends after program intervention. Declarations on alcohol use are not reliable. On drug attitudes, readiness towards substance use descends after intervention, but it is not significant. Wrong beliefs on drugs decrease, but not in a significant way. Normative beliefs increase, nevertheless not significantly. Regarding cluster analysis, according to their responses to tobacco use and drug attitudes, it is possible to identify three levels of risk. 4.7% of the adolescents interviewed would belong to the high risk level, 24.3% would belong to the middle or middle down level and 70.9% would belong to the low risk level.

Discussion: general results of the PCF-U 11-14 show good results in family and parenting skills (investigated elsewhere). Nevertheless, when it takes to tobacco and alcohol use and to drug attitudes, only tobacco use results are significant. The program might be slightly short for high and medium risk levels.

Key words

Family prevention, evidence-based programmes, drug prevention, drug attitudes, tobacco, alcohol and adolescents.



I. INTRODUCCIÓN

Tomando como referencia el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987), la familia puede ser un contexto de riesgo y a la vez de protección para el consumo de drogas: las prácticas parentales son directamente señaladas como responsables, al menos en parte, del consumo de sustancias y de otros problemas de conducta durante la adolescencia (Fosco et al., 2012; Kumpfer et al., 2010; Van Ryzin et al. 2012).

En este artículo se considera el trabajo con la familia como contexto prioritario de prevención del consumo desde una perspectiva socioeducativa. Este enfoque se desarrolla entendiendo que el consumo problemático de tabaco, alcohol y otras drogas, así como las conductas adictivas en la infancia y adolescencia, se pueden considerar también como un problema familiar y, por tanto, el objetivo debe de ser el empoderamiento familiar (Kumpfer et al., 2003; Orte et al., 2013).

La preadolescencia y la adolescencia, con sus propias características biopsicosociales, constituye un momento crítico para la adquisición de diversas conductas de riesgo (Kim-Spoon y Farley, 2014; SAMHSA, 2017). Generalmente, es precisamente durante la adolescencia cuando tienen lugar los primeros contactos con las drogas, la presión social es más fuerte y se tienen más relaciones con los iguales consumidores (NIDA, 2018; EMCDDA, 2019). Por todo ello, esta etapa se ha convertido en un factor de riesgo y vulnerabilidad decisivo para los planes de acción preventiva. En este sentido, las estrategias de prevención deben comenzar a ejercer su influencia a edades cada vez más tempranas.

Las revisiones de la literatura reciente señalan que las intervenciones preventivas basadas en la familia tienen tamaños del efecto pequeños o moderados, pero significativos en la reducción del consumo de drogas en adolescentes (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011; Van Ryzin et al., 2016; Vermeulen-Smit et al., 2015; Valero et al., 2017). Las relaciones familiares, la parentalidad positiva, las habilidades de comunicación emocional, la orientación hacia el futuro, la supervisión parental, las interacciones afectivas positivas o el entrenamiento en habilidades parentales, parecen ser componentes importantes en las intervenciones preventivas eficaces basadas en la familia (Fosco et al., 2012; Foxcroft y Tsertsvadze, 2011; Wyatt Kaminski et al., 2008; Van Ryzin et al., 2016; Vermeulen-Smit et al., 2015). Esto encajaría con los modelos tradicionales que subrayan la importancia de trabajar de forma conjunta las habilidades parentales y las habilidades de los adolescentes, para producir cambios más significativos (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011; Van Ryzin et al., 2016).

Los programas de prevención familiar de drogas, basados en el entrenamiento de habilidades familiares, permiten mejoras en el funcionamiento y las dinámicas de las familias (Bodin y Strandberg, 2011; Koning et al., 2009). Además, el entrenamiento de estas habilidades potencia los factores de protección y minimiza los factores de riesgo, contribuyendo al retraso en la edad de inicio en el consumo de drogas (Kumpfer y Alvarado, 2003). Estos programas trabajan la comunicación familiar y la resiliencia de las familias para situaciones de conflicto y adversidad (Spoth et al., 2009). También entrenan las habilidades para resistir la presión del grupo de iguales, para la regulación emocional y para disponer de estrategias de gestión ante situa-



ciones problemáticas (Ennett et al., 2016). Todos estos aspectos sirven para la prevención de una adicción. Además, dichos programas quieren incidir en las creencias, actitudes y comportamientos de riesgo (Spath et al., 2009). Rankin et al. (2016) afirman que trabajar adecuados estilos de comunicación familiar, el apoyo familiar y promover un lazo emocional son estrategias adecuadas para modificar actitudes en los jóvenes.

En esta línea, destaca el enfoque del fortalecimiento de las habilidades familiares como un marco de acción socioeducativo, sistémico y relacional (Kumpfer y Magalhaes, 2018). Un enfoque integral que apuesta por el trabajo sobre el núcleo familiar, desde una perspectiva multicomponente, es decir, incluyendo componentes diferenciados para padres y madres, hijos e hijas y la familia en conjunto. El objetivo de la intervención es fortalecer la familia y mejorar las relaciones y la dinámica familiares, a fin de afrontar de forma exitosa las situaciones de dificultad cotidianas. La estructura de la familia puede ser más o menos frágil, pero la clave de su capacidad para desarrollar protección es su dinámica interna. La fundamentación teórica y el diseño de contenidos tienen en cuenta el valor de las relaciones sociales y familiares positivas, la perspectiva evolutiva de los hijos y de la propia familia, así como la influencia de los diferentes valores y prácticas culturales. En la implementación de los programas de fortalecimiento de las habilidades familiares es importante que las intervenciones detallen contenidos y procedimientos, realicen la evaluación sistemática de los procesos y los resultados y garanticen la formación adecuada y específica de los formadores (Kumpfer y Alvarado, 2003; Orte et al., 2013).

Todo ello se lleva a cabo desde la perspectiva de la práctica basada en la evidencia (PBE), facilitando la clasificación de la evidencia en función de su calidad y garantizar su valor, asegurándose de que las intervenciones producen los efectos deseados (Gottfredson et al.; 2015; Small et al., 2009). El examen crítico de la evidencia disponible acerca de un tema permite a investigadores y profesionales conocer las estrategias más eficaces y utilizarlas con la certeza de que son la mejor opción de intervención. Desde este enfoque, la prevención basada en la evidencia aboga por generar programas y políticas que estén respaldados por la investigación empírica siguiendo una serie de estándares científicos que permitan reconocer prácticas eficaces y eficientes (Flay et al.; 2005; Gottfredson et al.; 2015).

El Programa de Competencia Familiar Universal (PCF-U), adaptación española del Strengthening Families Program, es una intervención preventiva familiar que se alinea con las premisas expresadas hasta ahora relativas a las características y objetivos de los programas de prevención familiar de drogas basados en la evidencia. Los objetivos generales del programa son: 1) mejorar las relaciones familiares; 2) incrementar las competencias parentales; 3) mejorar las competencias de hijos e hijas (saber, actitudes y conducta); 4) aumentar las habilidades sociales de hijos e hijas; 5) reducir o prevenir el abuso de alcohol y otras drogas y conductas de riesgo. Además el programa persigue: a) reducir los factores de riesgo en los hijos, como los problemas de comportamiento social, los problemas emocionales y los problemas en la escuela; y b) mejorar los factores de protección, como el desarrollo de habilidades de afrontamiento, de habilidades de comunicación y de habilidades sociales.



En Sánchez-Prieto et al. (2019), la aplicación del programa acredita cambios positivos en el fortalecimiento de habilidades familiares, concretamente en resiliencia, implicación familiar, parentalidad positiva y descenso del conflicto familiar. En el presente artículo, los objetivos de la investigación es, primero, analizar si el consumo de tabaco y alcohol, por parte de los adolescentes, así como sus actitudes de consumo hacia las drogas, descienden después de la intervención preventiva. Segundo, identificar diferentes niveles de riesgo de consumo entre los adolescentes, mediante análisis de grupos o clúster. Para ello, se formulan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: El consumo declarado de tabaco y alcohol entre los adolescentes descenderá después de la intervención preventiva familiar.

Hipótesis 2: La actitud de disponibilidad hacia el consumo y las creencias negativas y erróneas (creencias de riesgo) sobre el consumo descenderán después de la intervención preventiva, mientras que las creencias normativas o protectoras aumentarán.

Hipótesis 3: A partir del consumo declarado de tabaco y alcohol y de las actitudes manifestadas en relación al consumo de drogas se podrán detectar distintos niveles de riesgo de consumo entre los adolescentes.

2. MÉTODO

Participantes

La muestra final en este estudio es de 305 padres (GE=198 padres; GC=107 padres)

y 262 hijos (GE=164; GC=98). Del total de 198 padres que completaron su participación en la intervención del grupo experimental, 144 eran madres y 54 eran padres. La media de edad en las madres era de 43.57 (SD= 5.17) y la media de edad en los padres era de 44.56 (SD= 4.30). En el grupo control, participaron en las dos pruebas (pre-test y post-test) un total de 107 padres, de los cuales 88 eran madres y 19 eran padres. La edad media de las madres del grupo control era de 43.49 (SD= 5.90), y la edad media de los padres del grupo control era de 46.65 (SD= 7.23). La edad media de los adolescentes participantes que finalizaron el programa era de 11.55 (SD= 1.28) para el grupo de intervención y de 12.11 (SD= 1.29) para el grupo control.

En cuanto a la retención, en el grupo experimental empezaron 164 familias y terminaron 154 familias, lo que implica una tasa de retención del 93.33%. En el grupo control, empezaron 110 familias y terminaron 95 familias, lo que supone una tasa de retención del 86.36%. En el caso del grupo experimental, algunos de los motivos reportados en relación al abandono de la intervención son relacionados con el programa, como una eventual falta de motivación, o relacionados con otros motivos como la dificultad de conciliar la organización familiar o las actividades extraescolares de los hijos con el horario de las sesiones.

Los participantes deben reunir una serie de condiciones en relación a unos criterios de inclusión y unos criterios de exclusión. En el caso de los niños, los criterios de inclusión eran tres: 1) edad entre 11 y 14 años; 2) capacidad de comprensión del lenguaje, capacidad para prestar atención, capacidad para participar en las actividades del programa



y motivación para atender las seis sesiones del programa; 3) los padres, o al menos uno de ellos, participa en el programa. Los niños son alumnos de la última etapa de educación primaria o de la primera etapa de la educación secundaria.

Instrumentos

Se administra a los participantes un único cuestionario que contiene elementos del cuestionario Kumpfer (Kumpfer, 1998), el cuestionario BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992), el cuestionario CAD (Cuestionario de Actitudes hacia las Drogas) del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), la encuesta de satisfacción familiar ESFA, y un cuestionario sobre la satisfacción con el programa (todos ellos instrumentos validados para la población española). El instrumento de evaluación contiene también preguntas sobre el consumo de alcohol y tabaco (escala 1-15; 1= experiencia ocasional; 15= consumo diario). El Cuestionario de Actitudes hacia las Drogas CAD mide la predisposición de los adolescentes al consumo de drogas, así como sus creencias erróneas y sus creencias normativas. En cuanto a la predisposición al consumo, se trata de una escala que considera la posible aceptación de ofertas de consumo, así como la aceptación del propio consumo. En relación a las creencias erróneas, la escala mide creencias asociadas al riesgo. Errores como, por ejemplo, la consideración de que "el tabaco adelgaza". Referente a las creencias normativas, se trata de una escala que mide las creencias protectoras o correctas, que limitan el consumo o lo evitan.

Para el contenido del artículo, se analizan los resultados de las actitudes hacia el consumo del cuestionario CAD y los resultados

de la evaluación sobre consumo de alcohol y tabaco. Después se analizan de manera combinada los resultados de consumo y actitudes, mediante el análisis clúster, para intentar detectar diferentes niveles de riesgo.

Procedimiento

La metodología fue cuasi-experimental, con grupo de control. Las escuelas seleccionadas para participar cumplían los siguientes criterios de inclusión: 1) no haber participado en programas de prevención en los dos años anteriores; 2) escuelas de dos territorios concretos de España: Islas Baleares y Castilla y León; y 3) escuelas públicas o concertadas. Estos tipos de escuelas fueron elegidos para controlar posibles sesgos. Las escuelas que reunían los criterios de inclusión (aceptación del programa y disponibilidad de espacios adecuados para las sesiones) fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental o al grupo de comparación. No se implementó ningún programa de intervención al grupo de comparación, pero se les ofreció la posibilidad de participar en aplicaciones futuras. Las condiciones experimentales se mantuvieron constantes, así como la duración de las sesiones y la eliminación de elementos que pudieran provocar distorsión.

Después de contactar las escuelas y establecer un acuerdo de participación con ellas, el programa era explicado a las familias. Todas las familias interesadas, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión expresados en el subapartado de participantes, fueron incorporadas. Se procuró que hubiera todo tipo de familias y se evitó que los centros hicieran selección de familias, para mantener el carácter universal de la intervención preventiva.



La intervención preventiva del PCF-U tiene una duración de seis semanas. Cada semana tienen lugar primero sesiones con los padres y con los hijos de manera separada, y después una sesión conjunta de las familias. El programa tiene principalmente dos fases: en la primera fase, durante las primeras tres semanas, se trabajan las habilidades sociales y de comunicación, así como las recompensas, metas y objetivos y el tiempo positivo. En la segunda fase, se entrenan estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas, así como poner límites.

Los padres y los hijos fueron evaluados comparando la situación inicial (pretest), la situación después de la intervención (post-test). Cada participante rellenaba su propio cuestionario (auto-informes), aunque previamente los formadores daban unas indicaciones. Padres e hijos rellenaban los cuestionarios en salas separadas, para evitar incidencia recíproca en las respuestas.

La fidelidad de las sesiones y el seguimiento del desarrollo de las sesiones se evaluaba a través de auto-informes y evaluaciones de cada sesión llevadas a cabo por observadores independientes. El rol de los formadores se evaluaba a través de autoinformes y mediante un cuestionario de satisfacción con el programa que completaban padres e hijos el último día del programa.

El Comité de Ética de la Universidad de las Islas Baleares (España) evaluó y aprobó la investigación. Además las familias firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio y garantizar la confidencialidad de los datos.

Análisis de los datos

Se obtuvieron los resultados mediante la comparación entre el pretest y el post-test, de los cuestionarios para hijos, del consumo de tabaco y de alcohol. También se hizo la comparación pretest y post-test de las respuestas de los adolescentes relativas a sus actitudes hacia el consumo de drogas. Para intentar detectar diferentes niveles de riesgo, se utilizó el método k-means cluster para generar grupos, combinando los resultados del consumo de drogas y alcohol, con los resultados en relación a las actitudes hacia el consumo de drogas. Se hace también el análisis diferenciado por sexo, franja de edad (11-12 años versus 13-14 años) y territorio (Islas Baleares versus Castilla y León). Para el análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS 24.0.

3. RESULTADOS

Los objetivos del artículo son, en primer lugar, analizar si el consumo de tabaco y alcohol y las actitudes hacia las drogas descienden después de la intervención preventiva. En segundo lugar, se persigue detectar, mediante análisis de grupo o clúster, diferentes niveles de riesgo de consumo entre la población adolescente estudiada. Para ello se presentan los resultados relativos al consumo de tabaco y alcohol, los resultados vinculados a las actitudes (predisposición al consumo, creencias erróneas y creencias normativas o protectoras) y finalmente los grupos identificados en función de su nivel de riesgo de consumo.

En cuanto a los resultados de uso de tabaco informados por los adolescentes, el nivel de consumo en el pretest es 3.36 y en el



post-test de 3.04 ($t=2.962$; $p=0.003$). Tiene lugar una moderación del consumo en tanto que en el pretest 165 de 175 han experimentado el consumo (94.29%) y en el post-test son 160 de los 164 afirmativos inicialmente (atracción o abandono de un adolescente). No se detecta ocultación del consumo. En cuanto al consumo de alcohol informado por los adolescentes, el estadístico no es fiable, al producirse ocultación del consumo. En el pretest, 42 de 175 adolescentes han experimentado el consumo (24.0%). En el post-test, 19 de 164 contestan de nuevo.

En referencia a las actitudes ante las drogas reportadas por los adolescentes, primero, sobre la disponibilidad para el consumo, la predisposición o disponibilidad se reduce en las evaluaciones al final del programa, pero no de manera estadísticamente significativa (pretest=8.94; post-test=8.70; $t=0.512$; $p=0.609$). Segundo, sobre las creencias erróneas (creencias de riesgo), se produce una reducción, aunque no sea estadísticamente significativa (pretest= 13.01; post-test=12.91; $t=0.228$; $p=0.820$). Tercero, sobre las creencias normativas o co-

rrectas (creencias protectoras), se observa un mayor cambio, mejorando la protección, sin embargo, tampoco los cambios son estadísticamente significativos (pretest=20.66; post-test=21.25; $t=-1.301$; $p=0.303$).

También se lleva a cabo un análisis de grupos o análisis clúster para detectar los diferentes niveles de riesgo de consumo entre los adolescentes (Tablas 1, 2 y 3). Se identifican tres grupos (niveles alto, medio/medio-bajo y bajo de riesgo). El nivel de riesgo alto computa por un 4.73% de los casos, mientras que los niveles medio y bajo de riesgo contabilizan el 24.32% y el 70.95% del total de casos.

El análisis de grupos o clúster también se analiza en función del territorio de implementación, el género, y el nivel educativo. En relación al territorio ($X^2=0.853$; $p>0.05$), en Baleares pertenecen al grupo de nivel de riesgo alto un 6.0% de los adolescentes, en el nivel medio y medio bajo se encuadra un 22.6% y en el nivel de riesgo bajo se encuentran un 71.4% de los adolescentes. En el caso de Castilla y León, la distribución es 3.1% en el nivel alto, 26.6% en el nivel medio y medio bajo y 70.3% en

Tabla 1. Análisis de conglomerados de consumo de tabaco y de actitudes hacia las drogas. Número de casos en cada conglomerado

			Porcentaje
	1 Riesgo alto	7	4.73%
Cluster	2 Riesgo medio/medio-bajo	36	24.32%
	3 Riesgo bajo	105	70.95%
Válidos		148	100.00%
Perdidos		20	13.51%

**Tabla 2.** Análisis de Varianza

ANOVA						
	Cluster		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Consumo de tabaco	10.126	2	0.340	145	29.774	0.000
Creencias erróneas. Riesgo	313.155	2	10.532	145	29.733	0.000
Creencias normativas. Protección	1374.420	2	7.333	145	187.419	0.000
Predisposición al consumo	1076.085	2	3.301	145	325.990	0.000

Tabla 3. Centros de conglomerados finales

	Cluster		
	Riesgo alto (Media)	Riesgo medio/ medio-bajo (Media)	Riesgo bajo (Media)
Consumo de tabaco	5	3	3
Creencias erróneas. Riesgo	21.86	11.58	12.75
Creencias normativas. Protección	15.29	14.17	23.83
Predisposición al consumo	25.71	8.11	7.66

el bajo. En Baleares los adolescentes en el nivel alto son ligeramente superiores a los de Castilla y León, mientras que en el nivel medio y medio bajo, las cifras son un poco mayores en este último territorio.

En relación al género ($X^2=0.607$; $p>0.05$), entre las chicas, un 3.6% están en el nivel de riesgo alto, un 21.8% están en el nivel medio/medio-bajo y un 74.5 en el nivel bajo. Entre los chicos, un 5.4% se encuentran en el nivel alto, un 25.8% en el medio/

medio-bajo y un 68.8% en el bajo. En perspectiva comparada, las chicas tienen mayor número de personas en el nivel bajo que los chicos. Los chicos tienen mayor porcentaje que ellas en los niveles medio/medio-bajo y alto.

En relación a la edad ($X^2=0.837$; $p>0.05$), los adolescentes de los dos últimos cursos de educación primaria tienen un 4.95% de los casos en el nivel de riesgo alto, un 23.76% en el nivel de riesgo medio/medio-bajo y



un 71.29% de los casos en el nivel de riesgo bajo. Los adolescentes de los dos primeros cursos de educación secundaria presentan un 3.75% en el nivel alto, un 26.25% en el nivel medio y un 70.00% en el nivel bajo. Cuando se comparan ambos grupos, el grupo de educación primaria tiene porcentajes ligeramente superiores en los niveles alto y bajo, el grupo de educación secundaria tiene un porcentaje superior en el nivel de riesgo medio y medio bajo.

4. DISCUSIÓN CONCLUSIONES

Los programas de prevención familiar de drogas basados en la evidencia trabajan las dinámicas y relaciones familiares con el objetivo de prevenir o reducir el consumo de drogas, así como modificar las actitudes en relación al consumo. El PCF 11-14, en Sánchez-Prieto et al. (2019), acredita cambios positivos en las escalas que miden las dinámicas y relaciones familiares. Ahora, en el presente artículo, se quiere indagar si se producen también modificaciones en el consumo y las actitudes en relación al consumo, después de la intervención preventiva, así como cuáles son los diferentes niveles de riesgo de consumo entre los adolescentes al final de la intervención.

Los objetivos del artículo son detectar si la intervención preventiva familiar PCF-U 11-14 es efectiva en, primero, reducir el consumo de tabaco y alcohol, y, segundo, mejorar en actitudes relativas al consumo de drogas: reducir la disponibilidad al consumo, reducir las creencias erróneas y aumentar las creencias normativas o protectoras. También se quiere analizar los diferentes tipos de resultados mediante análisis de grupos o

clúster, para identificar distintos niveles de riesgo entre los adolescentes, después de la intervención.

A la vista de los resultados, se produce un cambio limitado en los cinco aspectos que se han podido probar (2 de consumo y 3 de actitudes) y los adolescentes presentan distintos niveles de riesgo de consumo, acreditados por el clúster, con distribución diferencial por territorio, género y edad. Hay cambios significativos en el consumo declarado de tabaco. Sin embargo, no hay respuestas suficientemente fiables en la declaración del consumo de alcohol. En cuanto a las actitudes hacia el consumo, no tienen lugar cambios, ello podría ser debido a la corta duración del programa (6 sesiones) y a una eventual limitación de la sensibilidad de las escalas utilizadas.

En conjunto, el cambio no es significativo pero es importante mirar la situación post-test a nivel de análisis de grupos. Este análisis de grupos determina que los niveles de riesgo alto son reducidos (4.7%). Al no haber cambio significativo, los niveles medios de riesgo (24.3%) tampoco han podido ser modificados, posiblemente por falta de tiempo de intervención.

A partir de lo estudiado en este artículo, el programa sería relativamente breve en términos de duración para hacer frente a las situaciones de riesgo medio y alto, y ello posiblemente comportaría no poder llevar a cabo una reducción del riesgo de carácter significativo.

Sin embargo, a partir del análisis del cambio en los factores familiares de esta misma intervención, estudiados en Sánchez-Prieto et al. (2019), el programa sí que acredita la mejora de factores de protección, identifica-



dos en el cambio positivo de las dinámicas y relaciones familiares. En especial, se obtuvieron cambios significativos en factores asociados a la dinámica familiar, como una mejora en la resiliencia y una reducción del conflicto familiar. También en relación a los estilos de crianza y parentalidad, se obtuvieron mejoras significativas en implicación familiar y en parentalidad positiva.

El programa funciona en la mejora de los factores familiares, que son a su vez variables mediadoras y factores de protección en relación al consumo (Vermeulen-Smit et al., 2015). Por otro lado, no acredita cambios suficientes en la reducción del consumo y la mejora de las actitudes. En relación a este segundo aspecto, relativo a la falta de cambios, es importante promover la difusión de resultados de los aspectos de la intervención que no han funcionado suficientemente (Axford et al., 2018). A diferencia de lo hallado por Spoth et al. (2009) y por Rankin et al. (2016), que afirman que los programas familiares inciden en las creencias y pueden modificar actitudes en relación al consumo de drogas, la intervención preventiva familiar investigada aquí no modifica las actitudes en relación al consumo en los jóvenes de manera suficiente.

En cuanto a las limitaciones, cabe destacar principalmente dos. La primera, relativa al formato, el diseño y la duración del programa. Como se ha explicado, el formato actual acredita buenos resultados en los factores familiares, sin embargo no lo hace en el consumo y actitudes hacia las drogas. El programa es relativamente breve para conseguir cambios significativos en este ámbito. La segunda limitación es relativa al instrumento de evaluación para la medición de las actitudes en relación al consumo de drogas.

Se trata del instrumento de referencia del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) español. La sensibilidad de la escala de este instrumento es limitada, a la luz de lo estudiado aquí, y en futuras investigaciones se indagará en la búsqueda de un instrumento estandarizado de referencia internacional que pueda presentar mayor fiabilidad.

En cuanto a las implicaciones prácticas y políticas, es importante encontrar programas de prevención universal de corta duración que sean efectivos (Small et al., 2009). A la hora de seleccionar un programa u otro para la implementación, la administración de recursos será mucho más eficiente si se elige no sólo un programa efectivo, sino también un programa que tenga menos coste, como es el caso de un programa de menor duración. Para el cambio familiar positivo, dados sus buenos resultados, el presente programa puede ser una opción efectiva y eficiente. En cambio, cabrá esperar a la mejora y el refinamiento del programa en el caso que se quiera administrar para la modificación de actitudes en relación al consumo.

En cuanto a las líneas de futuro, para trabajar de manera más efectiva en la modificación del consumo y de las actitudes hacia el consumo, se explorarán principalmente dos estrategias, además del cambio en el instrumento de evaluación: i) abordar el formato de prevención selectiva, para dirigirse de manera focalizada y con mayor énfasis a la población de riesgo; y ii) ampliar la duración del programa. La actual duración y dosis del programa es efectiva en el cambio en los factores familiares, pero una ampliación del programa puede ser una alternativa para intentar conseguir también cambios efectivos en consumo y actitudes.



5. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de España (MINECO), a la Agencia Estatal de Investigación (AEI) de España y a los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER) por su apoyo al proyecto Grant/Award Number: EDU2016-79235-R “Validación del Programa de Competencias Familiares” (MINECO/AEI/FEDER, UE).

Esta investigación se ha terminado en el marco del proyecto de investigación PID2019-105513RB-I00 (MCIN/AEI/10.13039/501100011033) “Intervención socioeducativa basada en la evidencia para la prevención familiar del consumo de drogas y la educación afectivo-sexual: el Programa de Competencia Familiar”. Instituciones financiadoras: Ministerio de Ciencia e Innovación, Agencia Estatal de Investigación (AEI).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Axford, N., Berry, V., Lloyd, J., Wyatt, K., y Hobbs, T. (2018, October). Embracing ‘failure’ in prevention science: how can we promote a more open and honest response to trial results showing that interventions ‘don’t work’ or cause harm? Paper presented at the 9th European Society of Prevention Research Conference, Lisbon, Portugal.

Bodin, M. C., y Strandberg, A. K. (2011). The Örebro prevention programme revisited: A cluster-randomized effectiveness trial of programme effects on youth drinking. *Addiction*, 106(12), 2134–2143. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03540.x>

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2019). *European Drug Report 2019: Trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ennett, S. T., Jackson, C., Choi, S., Hayes, K. A., Dickinson, D. M., y Bowling, J. M. (2016). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *The Cochrane Library*, (9), CD009307.

Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Gonzalez-Castro, F., Gottfredson, D., y Kellam, S., Moscicki, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., y Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6: 151-175.

Fosco, G. M., Stormshak, E. A., Dishion, T. J., y Winter, C. E. (2012). Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(2): 202-213.

Foxcroft, D., y Tsertsvadze, A. (2011). Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009308. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009308>

Gottfredson, D., Cook, T., Gardner, F., Gorman-Smith, D., Howe, G., Sandler, I., y Zafft, K. (2015). Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next



- generation. *Prevention Science*, 16(7): 893-926.
- Kim-Spoon, J., y Farley, J. P. (2014). Adolescence and early adulthood. In: Z.Sloboda, Z. y H.Petras (eds.). *Defining prevention science* (p. 87-112). Boston: Springer.
- Koning, I. M., Volleberg, W. A. M., Smit, F., Verdurmen, J. E. E., Van den Eijden, R. J. J. M., Ter Bogt, T. F., ... Engels, R. C. M. E. (2009). Preventing heavy alcohol use in adolescence (PAS): Cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*, 104, 1669–1678. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02677.x>
- Kumpfer, K., y Magalhães, C. (2018). Strengthening Families Program: An Evidence-Based Family Intervention for Parents of High-Risk Children and Adolescents. *Journal of Child y Adolescent Substance Abuse*, 27(3), 174-179.
- Kumpfer, K. (1998). Selective prevention interventions: The Strengthening Families Program. In R. S. Ashery, E. B. Robertson, y K. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions (NIDA Research Monograph No. 177. NIH Publication No. 99-4135)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kumpfer, K. L., y Alvarado, R. (2003). Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6-7), 457–465. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.457>
- Kumpfer, K., Alvarado, R., y Whiteside, H. (2003). Family-based interventions for the substance abuse prevention. *Substance Use and Misuse*, 38, (11-13), 1759–1789. <https://doi.org/10.1081/JA-120024240>
- Kumpfer, K., Whiteside, H., Greene, J. A., y Allen, K. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the strengthening families program in statewide field sites. *Group Dynamics*, 14(3): 211-229.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2018). *Drugs, brains, and behavior. The science of addiction*. Washington, EE. UU: NIH publications.
- Orte, C., Ballester, L. y March, M. (2013). El enfoque de la competencia familiar, una experiencia de trabajo socioeducativo con familias. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 3–27. https://doi.org/10.7179/PSRI_2013.21.1
- Rankin, L., Ayers, S., Baldwin, A., y Marsella, F. F. (2016). Delaying youth substance-use initiation: A cluster randomized controlled trial of complementary youth and parenting interventions. *Journal of the Society for Social Work y Research*, 7, 177–200. <https://doi.org/10.1086/685298>
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (1992). *BASC: Behavior assessment system for children: Manual*. American Guidance Service, Incorporated.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2017). *Focus on Prevention*. HHS Publication No. (SMA) 10-4120. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.



- Sánchez-Prieto, L., Orte, C., Ballester, L., y Amer, J. (2019). Can better parenting be achieved through short prevention programs? The challenge of universal prevention through Strengthening Families Program 11–14. *Child y Family Social Work*, 1-11. <https://doi.org/10.1111/cfs.12717>
- Small, S., Cooney, S., y O'Connor, C. (2009). Evidence-informed program improvement: using principles of effectiveness to enhance the quality and impact of family-based prevention programs. *Family Relations*, 58, 1-13.
- Spoth, R., Gyll, M., y Shin, C. (2009). Universal intervention as a protective shield against exposure to substance use: Long-term outcomes and public health significance. *Research and Practice*, 99(11), 2026–2033. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.133298>
- Valero, M., Ballester, L., Orte, C., y Amer, J. (2017). Meta-analysis of family-based selective prevention program for drug consumption in adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305.
- 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.
- 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.
- 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.
- Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H., y Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4): 567-589.