

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Coordinadores:

José Ramón Fernández Hermida

Roberto Secades Villa

Este trabajo se enmarca en un Convenio de Colaboración entre la Delegación del Gobierno para el PNSD y el Colegio Oficial de Psicólogos.



Ministerio del Interior

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



| | |
|----------------------------------|----|
| Prólogo | 11 |
| Relación de autores | 13 |
| Presentación | 15 |
| Capítulo 1 | 21 |

FACTORES FAMILIARES, COMPORTAMIENTOS PERTURBADORES Y DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

José Pedro Espada Sánchez y Francisco Xavier Méndez Carrillo
(Universidad de Murcia)

| | |
|--|----|
| 1. Introducción | 25 |
| 2. Comportamientos perturbadores y factores familiares | 27 |
| 2.1. ¿Pautas estables o pasajeras? | 28 |
| 2.2. Incumplimiento y conflictividad | 29 |
| 2.3. Órdenes y normas | 34 |
| 2.4. ¿Figuras de autoridad o autoritarias? | 35 |
| 2.5. Génesis y mantenimiento de los comportamientos perturbadores | 37 |
| 2.5.1. Causas de los comportamientos perturbadores | 37 |
| 2.5.2. Familia y comportamientos perturbadores | 38 |
| 2.5.3. Modelo integrado de influencias familiares | 40 |
| 3. Frecuencia de los comportamientos perturbadores | 41 |
| 3.1. Género | 42 |
| 3.2. Edad | 42 |
| 3.3. Entorno sociocultural | 43 |
| 3.4. Análisis comparativo de los trastornos del comportamiento perturbador | 43 |
| 4. Comportamientos perturbadores y drogas | 44 |
| 4.1. Desobediencia, trastorno negativista desafiante y consumo de drogas | 45 |
| 4.2. Conducta antisocial, trastorno disocial y consumo de drogas | 45 |
| 5. Conclusiones | 48 |
| 6. Referencias bibliográficas | 50 |

| | |
|--|-----|
| Capítulo 2 | 57 |
| FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA EL USO DE DROGAS: UN ESTUDIO EMPÍRICO ESPAÑOL | |
| <i>Roberto Secades Villa y José Ramón Fernández Hermida Universidad de Oviedo</i> | |
| 1. Introducción | 61 |
| 1.1. Los factores de riesgo familiares para el uso y abuso de drogas | 62 |
| 1.2. Los estudios españoles | 64 |
| 1.3. Planteamiento de la investigación..... | 67 |
| 2. Objetivo de la investigación | 68 |
| 3. Método | 68 |
| 3.1. Sujetos participantes | 68 |
| 3.1.1. Diseño muestral | 68 |
| 3.1.2. Características descriptivas generales de la muestra de escolares | 69 |
| 3.2. Variables e instrumentos | 73 |
| 3.3. Procedimiento | 74 |
| 4. Análisis de datos | 74 |
| 5. Resultados | 74 |
| 5.1. Análisis descriptivo del consumo de drogas y los factores de riesgo | 74 |
| 5.1.1. Drogas legales | 74 |
| 5.1.2. Drogas ilegales | 77 |
| 5.1.3. Grado de severidad del uso de drogas | 77 |
| 5.1.4. Grado de conflicto entre los padres | 78 |
| 5.1.5. Estilo educativo de los padres | 81 |
| 5.1.6. Consumo de drogas en padres y familiares | 83 |
| 5.1.7. Actitudes de los padres y otros familiares hacia las drogas | 84 |
| 5.1.8. Abandono, abuso y maltrato familiar percibido | 87 |
| 5.2. Relacion entre las distintas variables (factores de riesgo) y el consumo de drogas: análisis bivariados | 88 |
| 5.2.1. Consumo de drogas y personas con las que convive | 88 |
| 5.2.2. Consumo de drogas y conflicto familiar | 89 |
| 5.2.3. Consumo de drogas y estilo educativo parental | 91 |
| 5.2.4. Consumo de drogas y percepción del consumo de drogas en padres y familiares | 92 |
| 5.2.5. Consumo de drogas y actitudes de los padres y otros familiares hacia las drogas | 95 |
| 5.2.6. Consumo de drogas y abandono, abuso y maltrato familiar percibido | 96 |
| 5.2.7. Consumo de drogas y psicopatología familiar | 98 |
| 5.2.8. Consumo de drogas y actitudes educativas de los padres | 100 |
| 5.2.9. Consumo de drogas y competencia parental autopercebida | 99 |
| 5.3. Relacion entre las distintas variables (factores de riesgo) y el consumo de drogas: análisis multivariados | 102 |

| | |
|--|-----|
| 6. Discusión y conclusiones | 103 |
| 6.1 Aspectos Metodológicos | 103 |
| 6.2 Consumo de drogas | 105 |
| 6.3 Factores predictores del consumo de drogas | 106 |
| 7. Referencias bibliográficas | 111 |
| Capítulo 3 | 113 |
| FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIAR PARA EL USO DE DROGAS | |
| <i>Elisardo Becoña Iglesias Universidad de Santiago de Compostela</i> | |
| 1. Los jóvenes y las drogas | 117 |
| 2. La familia de los jóvenes | 119 |
| 2.1. La importancia de la familia en el desarrollo de los jóvenes | 119 |
| 2.2. Familia y consumo de drogas | 120 |
| 3. Socialización y tipos de crianza | 121 |
| 3.1. El proceso de socialización | 121 |
| 3.2. Familia y tipos de crianza | 123 |
| 4. Los factores de riesgo y protección familiar | 124 |
| 4.1. Consideraciones generales sobre los factores de riesgo | 124 |
| 4.2. Factores de riesgo y protección familiar | 126 |
| 5. Conclusiones | 134 |
| 6. Referencias bibliográficas | 137 |
| Capítulo 4 | 141 |
| EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL USO RECREATIVO DE DROGAS | |
| <i>Enrique Gil Carmena y Amador Calafat Far IREFREA</i> | |
| 1. Introducción | 145 |
| 2. Relacion entre estructura familiar, comunicacion/control familiar y consumo de cannabis | 147 |
| 2.1. Planteamiento de la investigación | 147 |
| 2.2. Resultados | 147 |
| 2.2.1 Estructura familiar y consumo de cannabis | 147 |
| 2.2.2. Estructura familiar y prevención..... | 149 |
| 2.2.3. Comunicación familiar y consumo de cannabis | 150 |
| 2.2.4. Modelo de relaciones con dos variables independientes..... | 151 |
| 2.2.5. Modelo de interacción con dos variables | 152 |
| 2.2.6. Tipos familiares, "familia-comunicación" y consumo de cannabis | 154 |

| | |
|---|-----|
| 3. El consumo de drogas en las salidas de marcha de fin de semana | 157 |
| 3.1. Planteamiento de la investigación | 157 |
| 3.2. Resultados | 158 |
| 3.2.1. Estilos de vida y consumo de cocaína | 158 |
| 3.2.2. Tipo de actividades y consumo de cocaína | 159 |
| 4. Investigación y prevención familiar en IREFREA | 162 |
| 4.1. Planteamiento de la investigación | 163 |
| 4.2. Instrumentos y principales resultados | 166 |
| 4.3. Implicaciones teóricas y preventivas de los resultados | 167 |
| 5. Conclusiones | 168 |
| 6. Referencias bibliográficas | 170 |

Capítulo 5 171

**LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS:
¿ES POSIBLE LA INTEGRACIÓN DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, ESCOLAR Y FAMILIAR?**

*Manuela Matellanes Matellanes
Plan Municipal contra las Drogas. Ayuntamiento de Madrid*

| | |
|---|-----|
| 1. Situación actual de la prevención de las drogodependencias | 175 |
| 1.1. Los puntos débiles de la prevención | 178 |
| 1.2. Principios básicos de la prevención | 180 |
| 1.3. Prevención y cambios en los patrones de consumo de drogas | 181 |
| 1.4. La cuestión de la evaluación | 183 |
| 2. La intervención escolar y la familia | 183 |
| 2.1. Tipología y evaluación de las intervenciones familiares | 187 |
| 3. La intervención comunitaria y las familias | 188 |
| 4. Análisis de la integración existente, y posibles propuestas de actuación | 191 |
| 5. Referencias bibliográficas | 194 |

Capítulo 6 197

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

*José Pedro Espada Sánchez y Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia*

| | |
|---|-----|
| 1. Introducción | 201 |
| 1.1. Formas de intervención familiar para la prevención | 201 |
| 1.2. Hipótesis de intervención | 203 |
| 1.3. Objetivos y principios de las intervenciones preventivas dirigidas a familias..... | 204 |

| | |
|--|-----|
| Estrategias de prevención familiar | 205 |
| 2.1. Fase educativa: contenidos de las intervenciones familiares | 205 |
| 2.2. Entrenamiento en habilidades | 209 |
| 3. Experiencias de programas de prevención familiar | 215 |
| 4. Conclusiones | 225 |
| 5. Referencias bibliográficas | 227 |

Capítulo 7 231

LA PREVENCIÓN FAMILIAR EN ESPAÑA

*Isabel M. Martínez Higuera.
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. CEPS*

| | |
|--|-----|
| 1. Evolución de las intervenciones preventivas sobre drogas dirigidas a la familia | 235 |
| 2. Información sobre actividades de prevención en la familia: el Sistema de Información IDEA-Prevención | 239 |
| 3. Programas de prevención familiar contenidos en el Sistema de Información IDEA-Prevención | 241 |
| 3.1. Características generales de los programas de prevención familiar | 241 |
| 3.2. Evaluación de los programas de prevención familiar | 245 |
| 3.3. Situación actual de la prevención familiar | 248 |
| 4. Algunas sugerencias para la mejora de las intervenciones familiares | 249 |
| 5. Materiales y recursos de prevención familiar contenidos en el CDOC del Sistema de Información IDEA-Prevención | 250 |
| 6. Organizaciones que apoyan y promocionan las actividades de prevención familiar | 251 |
| 7. Referencias bibliográficas | 257 |

Anexo 1. Programas de prevención recogidos en el Sistema de Información IDEA-Prevención en el período 1990-2000 con objetivos referidos a la familia 259

Anexo 2. Documentos del CDOC recogidos en el Sistema de Información IDEA-Prevención en el período 1990-2000 referidos a la familia 311

Capítulo 8 321

LA IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS: UN ESTUDIO EMPÍRICO

*Sacramento Pinazo Hernandis y Javier Pons Díez
Universidad de Valencia*

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 325 |
| 1.1. Estrategias para fomentar la participación de los padres en los programas de prevención | 330 |

| | |
|--|-----|
| 2. Objetivos del estudio | 332 |
| 3. Método | 332 |
| 3.1. Universo y muestra | 332 |
| 3.2. Instrumentos | 334 |
| 3.3. Procedimiento | 336 |
| 4. Resultados | 336 |
| 4.1. Implicación y motivación de los padres en la prevención | 336 |
| 4.2. Actitudes de los padres hacia las drogas | 339 |
| 4.3. Relaciones entre actitudes y variables socioestructurales | 342 |
| 4.4. Relaciones entre actitudes e información sobre las drogas | 348 |
| 5. Discusión y conclusiones | 350 |
| 5.1. Implicación y motivación de los padres en la prevención | 350 |
| 5.2. Actitudes de los padres hacia las drogas | 353 |
| 5.3. Relaciones entre actitudes y variables socioestructurales | 355 |
| 5.4. Relaciones entre actitudes e información sobre las drogas | 357 |
| 5.5. Conclusiones finales | 359 |
| 6. Referencias bibliográficas | 361 |

| | |
|-------------------------|-----|
| Capítulo 9 | 365 |
|-------------------------|-----|

**EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CONSUMO DE DROGAS
DE LOS ADOLESCENTES**

*José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo*

| | |
|--|-----|
| 1. Introducción | 369 |
| 2. Factores de riesgo familiares y consumo de drogas en adolescentes | 370 |
| 3. Los programas de prevención | 376 |
| 3.1. Implicaciones para la prevención | 381 |
| 4. Referencias bibliográficas | 383 |

Resulta obvio afirmar que la familia constituye la primera instancia de socialización y la institución que globalmente tiene más influencia en la formación y desarrollo de los niños y los jóvenes. Es en su seno donde estos niños y jóvenes, a través del aprendizaje y de la observación de las conductas de los adultos, se van capacitando para vivir en la sociedad y para afrontar de forma adecuada las nuevas situaciones que se les presentarán a lo largo de la vida, situaciones a las que no será ajena, con toda seguridad, la disponibilidad de drogas.

De ahí la consideración de la familia como un agente preventivo fundamental en los programas de prevención de drogas dirigidos a los adolescentes. La familia es capaz de influir positivamente en el desarrollo sano y equilibrado de sus miembros, lo que explica la necesidad de apoyar esta potencialidad para evitar que la convivencia en su seno se convierta en todo lo contrario, es decir, en una fuente de riesgo y dificultades en el proceso evolutivo de los hijos.

Todo esto explica que los más recientes análisis de los factores de riesgo y de los programas de prevención de drogodependencias tengan a la familia como uno de sus principales objetos de investigación. En coherencia con estas tendencias de interés científico, el propio ámbito de la intervención - Delegación del Gobierno, Planes Autonómicos y Locales, organizaciones sociales, colectivos de profesionales, etc.- ha ido tomando cada vez mayor conciencia de la importancia de la familia en la prevención. Lo que se refleja claramente en la “Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008”, aprobada en diciembre de 1999, que considera a la familia como un ámbito prioritario para la prevención y aborda la cuestión de la prevención familiar de drogodependencias con un doble objetivo: por una parte, promover la validación de modelos de intervención familiar; por otra, mejorar el acceso a las familias, especialmente las de alto riesgo, y generalizar las intervenciones familiares.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas lleva varios años impulsando estudios e investigaciones y generando documentos de consenso institucional destinados a mejorar las prácticas preventivas dotándolas de una mayor exigencia metodológica. Precisamente esta colaboración con el Colegio Oficial de

Psicólogos se inserta en este proyecto orientado a potenciar la investigación en un área tan deficitaria como la prevención familiar de drogodependencias. Consideramos que los psicólogos se encuentran sin duda entre los profesionales que más han participado en los programas de prevención y poseen, por su formación técnica, una adecuada cualificación en este campo.

De hecho, este libro que tengo el honor de prologar, realiza un análisis muy extenso tanto de los factores de riesgo como de los programas de prevención familiar. Sin embargo, no se trata de una recopilación más de la investigación o de la praxis profesional fuera de nuestro país. Está elaborado por un grupo bien seleccionado de expertos universitarios y profesionales españoles que aportan sus conocimientos y experiencias en esta materia. Incluso en tres de sus capítulos se expone investigación realizada en muestras españolas, lo que supone un elemento de gran interés en orden a diseñar estrategias de intervención en nuestra propia realidad.

El texto representa, en consecuencia, un punto de referencia importante para todos aquellos que trabajan en este área de la prevención familiar de las drogodependencias, tanto profesionales como voluntarios, y sus aportaciones suponen un renovado impulso en el camino que venimos recorriendo hacia una prevención de calidad.



RELACIÓN DE AUTORES

José Ramón Fernández Hermida

Profesor Titular de Universidad. Universidad de Oviedo

Roberto Secades Villa

Profesor Titular de Universidad. Universidad de Oviedo

Elisardo Becoña Iglesias

Catedrático de Universidad. Universidad de Santiago de Compostela

Amador Calafat Far

Doctor en Medicina. Psiquiatra y psicólogo. Investigador de IREFREA

José Pedro Espada Sánchez

Psicólogo. Universidad de Murcia

Enrique Gil Carmena

Sociólogo y Master en Prevención de Drogodependencias. Investigador de IREFREA

Isabel M. Martínez Higuera

Psicóloga. Coordinadora de Proyectos. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. CEPS

Manuela Matellanes Matellanes

Psicóloga del Ayuntamiento de Madrid. Directora C.A.D. Sector 5. Plan Municipal contra las Drogas

Francisco Xavier Méndez Carrillo

Catedrático de Universidad. Universidad de Murcia

Sacramento Pinazo Hernandis

Doctora en Psicología y Master en Psicología Comunitaria. Profesora del Área de Psicología Social de la Universidad de Valencia

Javier Pons Díez

Doctor en Psicología y Master en Psicología Comunitaria. Profesor del Área de Psicología Social de la Universidad de Valencia.

PRESENTACIÓN

Diversos estudios realizados durante las dos últimas décadas han intentado determinar el origen y la trayectoria del uso de drogas (cuándo empieza este problema y cómo progresa). Así, se han identificado varios tipos de factores que diferencian a los que usan drogas de los que no las usan. Los factores asociados con un potencial mayor para el uso de drogas se denominan "factores de riesgo", mientras que los asociados con una reducción de la probabilidad del uso de drogas se llaman "factores de protección". Existe una amplia evidencia de que cuantos más factores de riesgo estén presentes, mayor será la probabilidad de abuso de drogas. Además, cuanto más tiempo sea la exposición a los factores de riesgo, la probabilidad del consumo también se incrementa.

Los factores de riesgo y/o protección se han organizado y clasificado atendiendo a diferentes criterios. La clasificación más tradicional divide los factores de riesgo en dos categorías básicas: contextuales e individuales (interpersonales). La primera de ellas incluiría una amplia gama de factores sociales y culturales que tienen que ver con las normativas legales, la disponibilidad y la aceptación social del consumo de drogas. El segundo grupo de variables incluye aspectos relativos a los individuos y a sus ambientes interpersonales (la escuela, el grupo de amigos y la familia).

La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres, como determinante del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocida ampliamente por los especialistas. La familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

En investigaciones realizadas a principios de los años ochenta ya se apuntaban algunos de los factores familiares más importantes relacionados con el consumo de drogas de los hijos: el comportamiento de consumo de drogas de los padres, sus actitudes respecto a las drogas y las interacciones padres-hijo. El último factor se caracterizaba por aspectos como la falta de disciplina o la disciplina incongruente y la falta de afecto paternal.

En la actualidad, se habla de dos tipos de factores de riesgo familiares: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Estos factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia. Básicamente, se refieren a aspectos relacionados con la estructura y el funcionamiento familiar.

El estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación al consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas.

Los estudios de los factores y procesos que incrementan el riesgo del uso de drogas o que protegen contra éste concluyen que los programas de prevención familiar pueden realzar los factores de protección enseñando a los padres ciertas estrategias para mejorar la comunicación familiar y la disciplina (enseñándoles a establecer reglas firmes y consistentes). Las investigaciones también han demostrado que los padres deben participar más en la vida de sus hijos, teniendo conversaciones con ellos acerca del uso de drogas, supervisando sus actividades, conociendo a sus amistades e implicándose en sus problemas e inquietudes personales.

No obstante, el nivel de desarrollo e implantación de las intervenciones familiares para la prevención del consumo de drogas no ha ido en consonancia con el desarrollo de la prevención en el ámbito escolar y comunitario. Y esta situación es aún más evidente en el caso de España. Así, a pesar de los avances en los programas de prevención familiar, todavía existe una gran variabilidad y cierto desorden que dificulta la tarea de los profesionales a la hora de tomar decisiones en la planificación y puesta en marcha de este tipo de programas.

El objetivo general de este texto es el de describir el panorama actual en el ámbito de la prevención familiar, de tal manera que sea una referencia útil de cara a la planificación y elaboración de programas de prevención de la drogodependencia especialmente centrados en el contexto familiar.

La estructura de este monográfico consta de dos bloques diferenciados (nueve capítulos) en los que se aborda de forma exhaustiva el papel de la familia en el uso y abuso de drogas de los adolescentes. En el primer bloque (capítulos 1 al 4) se analiza detalladamente la influencia que la familia tiene en el inicio y desarrollo de los problemas de abuso de drogas. El segundo bloque del texto (capítulos 5 al 9) se hace especial hincapié en el papel de los padres en los programas preventivos del abuso de drogas.

En el primer capítulo del libro se presenta una revisión pormenorizada y original de los comportamientos perturbadores en la adolescencia. Los autores presentan los problemas del consumo de drogas de los jóvenes y adolescentes dentro de esta denominación más amplia. Así, se ofrece una novedosa clasificación de los comportamientos

de los adolescentes sobre la base de dos dimensiones básicas: el grado de cumplimiento y el grado de conflictividad. De la combinación de estas dos dimensiones se obtienen cuatro categorías de comportamiento, una prosocial y tres socialmente perturbadoras: el adolescente responsable (prosocial), el adolescente protestón o discudidor, el adolescente "sordo" o "sueco" y el adolescente retador o antisocial. Sin duda, el antisocial es la clase de comportamiento más seria y que más se aleja de la normalidad. En él se insertan el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial.

El capítulo describe cómo las variables que intervienen en la génesis y mantenimiento de los comportamientos perturbadores están muy relacionadas con los factores que explican los problemas de abuso de drogas. Se trata de una combinación de factores ambientales, biológicos y psicosociales. Dentro de los factores familiares, los trastornos psicológicos de los padres, las desavenencias conyugales y las relaciones problemáticas padres-hijo juegan un papel fundamental.

Los autores analizan también la relación que existe entre el consumo de drogas y los comportamientos perturbadores en los jóvenes y adolescentes. Así, una de las conductas que se dan con más frecuencia entre los adolescentes que consumen alguna sustancia es la trasgresión de las normas. Por otra parte, la relación entre la conducta antisocial y el consumo de drogas ha sido ampliamente tratada. De tal forma, que los resultados de las investigaciones tienden a destacar el papel de las actividades pre-delictivas como un factor predictor importante del uso de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con el Plan Nacional sobre Drogas, la prevención es una de líneas de actuación más importantes para enfrentarse al problema de las drogas. Esta prioridad queda reflejada en el marco de la "Estrategia Nacional sobre Drogas" para el período 2000-2008. Así, en el capítulo segundo del monográfico se presenta el resumen de una investigación realizada por el Colegio Oficial de Psicólogos y financiada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Se trata del primer estudio de nivel nacional sobre los factores de riesgo familiares para el consumo de drogas. Este tipo de estudios constituyen el primer paso necesario para la planificación y el desarrollo de intervenciones familiares para la prevención del consumo de drogas en la adolescencia. La muestra estuvo compuesta por más de dos mil alumnos de la ESO, de centros educativos públicos, privados y concertados, de doce Comunidades Autónomas de España. Los resultados de esta investigación pueden ser extrapolables, por tanto, a toda la población española y de ellos se deducen los puntos de actuación más importantes que han de ser el objetivo del trabajo con las familias.

El capítulo tercero subraya la necesidad de conocer y entender cómo funciona la familia para explicar la conducta de los jóvenes, especialmente en la adolescencia. En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización primaria del niño, y este proceso de socialización está en la base, con frecuencia, del posterior consumo o no de drogas. En este sentido, se destaca la importancia del papel de la familia en el consumo de drogas de los adolescentes.

Diversos autores coinciden en señalar cuales son los factores de riesgo familiares para el uso de drogas más importantes: el uso de alcohol y otras drogas por par-

te de los padres, las actitudes positivas hacia el uso de drogas, las prácticas pobres e inconsistentes de manejo familiar, el conflicto familiar y el bajo apego a la familia por parte de los hijos. Estos factores familiares son de gran importancia, no sólo por incidir directamente como factores de riesgo y protección, sino que afectan indirectamente sobre otros factores que pueden facilitar el consumo, tanto del individuo como del contexto.

El cuarto capítulo se dedica al papel de la familia en el uso recreativo de drogas de los adolescentes. Tras una introducción común, el capítulo presenta tres estudios diferentes. El primero de ellos (apartado 2) presenta un análisis de la relación y la interacción entre determinadas variables de la estructura familiar (el control y la comunicación familiar) y el consumo de cannabis en adolescentes. Los autores muestran con claridad cómo ambas variables (estructura y comunicación) predicen con diferente magnitud el consumo de drogas y que la comunicación familiar puede ser una variable mediadora de gran importancia en el consumo de cannabis.

El segundo de los aspectos que se plantean en este trabajo se relaciona con el consumo de drogas de los adolescentes y el estilo de vida de los jóvenes. En particular se analiza el fenómeno de las "salidas de marcha" del fin de semana, actividad que se ha convertido en la más importante del tiempo libre para gran parte de los jóvenes españoles. El ocio nocturno está teniendo consecuencias en muchos aspectos, incluido el fuerte incremento del consumo de todo tipo de sustancias, tanto legales como ilegales.

Estos hábitos de utilización del tiempo libre se encuentran muy relacionados con la familia, en particular con el control familiar, sobre todo cuando se trata de jóvenes menores de edad.

Para finalizar, en el apartado cuarto se presenta parte de una investigación realizada por IREFREA (Instituto de Investigación Europea sobre los Factores de Riesgo en el Niño y el Adolescente) en el que se ha contado con la participación de 4 países europeos (Portugal, España, Italia y Francia). En este trabajo se pretende verificar cuál es la relación entre las variables familiares y los diferentes grados de consumo de drogas. Para tal fin, se realizó una encuesta a una población de 1.948 estudiantes entre 12 y 17 años de edad, de colegios públicos y privados de los países mencionados.

Las dimensiones familiares estudiadas se refieren al funcionamiento familiar, afrontamiento, apego / ausencia de conflicto y disciplina (respuesta familiar a las conductas antisociales). Estas dimensiones familiares se ponen en relación con diferentes variables relativas al consumo de drogas. De acuerdo con los autores, los resultados obtenidos en esta fase del proyecto permiten sostener que las variables de funcionamiento familiar son buenos predictores del consumo de alcohol y tabaco entre los más jóvenes y, por tanto, los programas de prevención deberían llegar a las familias cuyos hijos no estén aún en la adolescencia .

El quinto capítulo abre el bloque dedicado específicamente a la intervención familiar para la prevención del abuso de drogas. Se parte de la pregunta acerca de si es

posible la integración de la prevención en el ámbito comunitario, escolar y familiar. La autora realiza un breve repaso sobre la prevención del consumo de drogas, destacando los logros obtenidos en los últimos años, así como los puntos débiles aún hoy existentes. Entre estos últimos, destacan la falta de continuidad de los programas, la inestabilidad de los profesionales encargados de desarrollarlos, la falta de participación de las personas implicadas (especialmente la familia), y las deficiencias metodológicas de estos programas.

Se destaca también la necesidad de que las estrategias preventivas del consumo de drogas tengan en cuenta unos principios básicos ya señalados por las instituciones nacionales e internacionales. Por otra parte, el diseño de estos programas ha de tener presente los cambios de los patrones de consumo de drogas de la población juvenil que han ocurrido durante los últimos años.

Por último, y respondiendo a la pregunta que da título al capítulo, la autora plantea algunas alternativas que pueden facilitar los cauces de participación de las familias en los centros educativos y en el ámbito comunitario.

En el capítulo sexto se realiza una revisión exhaustiva y actualizada de las intervenciones familiares para la prevención del abuso de drogas. Las actuaciones preventivas que tienen a la familia como foco de atención presentan objetivos y métodos diversos atendiendo a diferentes criterios: duración, contenidos, ámbito de aplicación y destinatarios. Los autores parten de un modelo de intervención familiar comportamental-educativo, cuyos principales contenidos serían: la psicología del adolescente, los procesos de comunicación humana, los estilos educativos, información específica sobre las drogas, autonomía y autoestima, y entrenamiento en habilidades sociales, de comunicación, de negociación y de selección de conflictos. En el apartado final, se aporta una descripción de algunos programas de prevención familiar, desarrollados especialmente fuera de nuestro país, que resulta una información de gran interés para el lector interesado en este tema.

En el capítulo séptimo, que es complementario del anterior, se hace una revisión de los programas de intervención familiar para la prevención del consumo de drogas realizados en España. Dicha revisión se realiza a través del Sistema de Información técnica sobre prevención del abuso de drogas IDEA-Prevención. A principios de 2001 había recogidos en esta base de datos 157 programas preventivos que tenían algún objetivo relacionado con la familia; de éstos, 53 pueden considerarse, en sentido más estricto, programas familiares de prevención. En la actualidad, la respuesta preventiva en el ámbito familiar presenta algunas iniciativas mejor planificadas y elaboradas que las habidas con anterioridad. Estas intervenciones se suelen insertar en programas más amplios de índole escolar o comunitario y, en su mayoría, las realizan entidades de carácter municipal u ONGs. Como ocurre con otro tipo de intervenciones dentro del ámbito de la prevención, la evaluación de los resultados no se realiza con demasiada frecuencia y, cuando se lleva a cabo, no siempre se ajusta a los criterios de rigor metodológico deseables.

En la parte final de este capítulo, se ofrece un completo y útil listado de diversas organizaciones que apoyan y promocionan las actividades de prevención familiar en nuestro país.

El capítulo octavo se centra en uno de los problemas más importantes con los que se encuentran los técnicos a la hora de desarrollar programas de prevención: la asistencia y la participación de los padres. Algunos estudios recientes han evaluado la disposición de los padres para integrarse junto a los educadores en las labores preventivas. Los resultados de estas experiencias arrojan algunas conclusiones similares, entre las que podemos destacar que los padres manifiestan en general una buena disposición a la integración en las labores preventivas, pero, de hecho, su participación real en las acciones propuestas es muy escasa, así como también lo es su nivel de utilización de los recursos comunitarios.

Los autores analizan las causas de este problema y describen las estrategias que algunos investigadores han sugerido para su solución.

La segunda parte del capítulo describe un estudio empírico realizado en la Comunidad de Valencia sobre las opiniones, intereses y actitudes de los padres ante la prevención. Este tipo de estudios pueden ser de gran utilidad a la hora de planificar los programas de intervención familiar, con el fin de adaptarse a las necesidades e intereses de los padres y evitar, en la medida de lo posible, la escasa participación en este tipo de programas.

Para finalizar, el noveno y último capítulo del monográfico ofrece un resumen del estado actual del asunto que nos ocupa: el papel de la familia en el consumo de drogas de los adolescentes. Sobre todo, se hace hincapié en las implicaciones que para la prevención tiene el conocimiento de los factores de riesgo familiares. Por otra parte, se destacan cuatro aspectos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de planificar y desarrollar este tipo de programas: los contenidos, el formato, la motivación de las familias y la evaluación de los resultados. El análisis de todos estos aspectos y la sistematización de los contenidos sobre el tema nos conduce a la elaboración de algunas implicaciones básicas para la prevención, que se resumen en el apartado final del capítulo y del texto.

En definitiva, con la elaboración de este monográfico se pretende ofrecer una herramienta útil para todos aquellos profesionales interesados en el ámbito de la prevención del abuso de drogas en general, y en los programas de intervención familiar en particular. No se trata de un texto cuyo único punto en común de los capítulos que lo conforman es la materia que los une: el papel de la familia en la prevención de la drogodependencia, sino que se ha intentado conformar un marco de referencia unitario, en donde cada capítulo tiene sentido e interés por sí solo y que, al mismo tiempo, se complementa y enriquece con el resto de los contenidos del manual.

APÍTULO I

FACTORES FAMILIARES, COMPORTAMIENTOS PERTURBADORES Y DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

José Pedro Espada Sánchez y Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia



NDICE

1. Introducción
2. Comportamientos perturbadores y factores familiares
 - 2.1 ¿Pautas estables o pasajeras?
 - 2.2 Incumplimiento y conflictividad
 - 2.3 Órdenes y normas
 - 2.4 ¿Figuras de autoridad o autoritarias?
 - 2.5 Génesis y mantenimiento de los comportamientos perturbadores
 - 2.5.1 Causas de los comportamientos perturbadores
 - 2.5.2 Familia y comportamientos perturbadores
 - 2.5.3 Modelo integrado de influencias familiares
3. Frecuencia de los comportamientos perturbadores
 - 3.1 Género
 - 3.2 Edad
 - 3.3 Entorno sociocultural
 - 3.4 Análisis comparativo de los trastornos del comportamiento perturbador
4. Comportamientos perturbadores y drogas
 - 4.1 Desobediencia, trastorno negativista desafiante y consumo de drogas
 - 4.2. Conducta antisocial, trastorno disocial y consumo de drogas
5. Conclusiones
6. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos revelan que muchos niños y adolescentes presentan conductas problemáticas características de trastornos psicológicos específicos. Una investigación histórica relevante es el estudio de Lapouse y Monk (1958), en la que se reclutó una muestra representativa de 482 niños, de 6 a 12 años, en la ciudad de Búffalo, en el estado de Nueva York. Según los informes de las madres, el 48% tenía dos rabietas por semana. Tres décadas más tarde se obtuvieron datos similares en diferentes países (Reisman, 1986), poniendo de relieve la elevada frecuencia de comportamientos perturbadores en la infancia y adolescencia.

Sin embargo, estos comportamientos se presentan en gran medida de forma aislada y no revisten gravedad, es decir, son alteraciones pasajeras que remiten sin necesidad de tratamiento con la maduración y el aprendizaje. En este sentido, uno de los retos de la psicopatología del desarrollo es diferenciar cuándo una conducta problemática constituye un aspecto evolutivo normal y cuándo es parte integrante de un trastorno. Con otras palabras, la dificultad consiste en conocer si una conducta problemática es una crisis transitoria o si, por el contrario, persistirá y se traducirá en un diagnóstico clínico con el paso de los años (Campbell, 1987). Por ejemplo, cómo saber si la desobediencia de un niño de cinco años es un fenómeno propio del proceso de socialización que desaparecerá a medida que adquiera más autocontrol o si evolucionará hacia un trastorno negativista desafiante en la preadolescencia.

Los estudios epidemiológicos muestran que entre el 15% y el 25% de la población infantil y adolescente presenta un trastorno psicológico (Tuma, 1989; Verhulst y Koot, 1992). Este amplio rango se explica por factores como las diferencias en cuanto a las poblaciones objeto de estudio, características de las muestras reclutadas, definición de los trastornos psicológicos, y/o medición de las conductas problemáticas. A pesar de esta disparidad, Wicks-Nelson e Israel (1999) señalan que existe cierto grado de consenso entre los epidemiólogos en estimar en el 20% la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia. Los psicopatólogos además coinciden en que tanto las conductas problemáticas como los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia han aumentado en las

últimas décadas (Achenbach y Howell, 1993; Costello, Burns, Angold y Leaf, 1983).

En teoría, existen dos peligros extremos en relación con la decisión de aplicar un tratamiento psicológico: por un lado, subestimar el sufrimiento clínicamente significativo y las repercusiones negativas de las conductas problemáticas y, por otro lado, "patologizar", esto es, considerar cualquier conducta no deseada como signo inequívoco de un problema clínico. Pero, empíricamente se constata que cuatro de cada cinco sujetos menores de edad que requieren tratamiento psicológico no lo reciben (Tuma, 1989), especialmente los casos más necesitados (Costello et al., 1983).

El enfoque conductual clasifica los comportamientos problemáticos en excesos y déficit de conducta, en función de si la conducta se emite con una frecuencia, intensidad o duración, mayor y menor respectivamente, que el parámetro considerado adecuado para la edad del sujeto. Así, si un niño se enrabia siempre que se le niega una petición por insignificante que sea (frecuencia), destruye bienes y se autoleiona seriamente (intensidad) o tarda más de dos horas en calmarse (duración), este comportamiento infantil se considera excesivo o desproporcionado, a pesar de que las rabietas son un fenómeno común en la infancia. La calificación de un comportamiento como problema depende de la edad, así, para los padres las rabietas del primogénito de once años poseen distinto significado que las del pequeño de tres años.

Existen dos diferencias relevantes entre excesos y déficit conductuales. La primera se refiere al grado de acuerdo entre los jueces para considerar una determinada conducta como problemática. Si un niño no anda a los dos años, no existen dudas de su repertorio motor deficitario y de su retraso motor. Ahora bien, si un niño pega en el recreo en respuesta a la agresión iniciada por un compañero, la maestra le castiga y le advierte que la próxima vez debe decirselo en lugar de tomarse la justicia por su mano. Por el contrario, el padre que observa el hematoma en el ojo de su hijo al recogerlo del colegio, le felicita por haber sabido defenderse como un hombre hecho y derecho. Las valoraciones sociales contrapuestas se reflejan en las amplias variaciones constatadas en la estimación por distintas personas de los comportamientos catalogados como excesivos.

La segunda diferencia es que los déficit de conducta repercuten negativamente sobre todo en el propio sujeto, p. ej. retraso mental o retraso del lenguaje, mientras que los excesos incomodan a los demás (padres, profesores, etc.), p. ej. conducta antisocial o desobediencia. Aunque "la afirmación de que la conducta infantil anormal se define como aquella que molesta a los adultos" parece ciertamente exagerada" (Silva, 1987, p. 641), Pelechano (1979, 1980) ha constatado en nuestro país que, independientemente de los problemas de fracaso escolar, maestros y padres solicitan tratamiento psicológico para sus alumnos e hijos más por excesos que por déficit conductuales (Figura 1). La naturaleza aversiva de los excesos de conducta explica que las tasas de comportamientos perturbadores resulten particularmente elevadas cuando los informantes son los adultos.

La clasificación excesos-déficit de conducta se solapa con la dimensión comportamientos externalizados-internalizados (Achenbach, 1993), descritos como proble-

mas de infracontrol (p. ej. agresividad) o de sobrecontrol (p. ej. retraimiento). Los niños informan más de problemas internalizados, mientras que los padres se quejan más de problemas externalizados en sus hijos (Kashani, Orvaschel, Rosenberg y Reid, 1989). A su vez, los excesos conductuales y los comportamientos externalizados (delincuencia, agresividad, desobediencia) coinciden en buena medida con los trastornos del comportamiento perturbador (trastorno disocial, trastorno negativista desafiante), incluidos en la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, de la American Psychiatric Association (1994)¹.

Numerosos factores familiares contribuyen a la génesis y mantenimiento de los comportamientos perturbadores: situación socioeconómica, tamaño de la familia, trastornos psicológicos de los padres, desavenencias conyugales, rechazo de los padres, malos tratos en la infancia, estilo educativo autoritario o permisivo, relaciones padres-hijo coactivas, etc. Desafortunadamente estos problemas o trastornos se asocian a menudo con el consumo de drogas, constituyendo un factor de riesgo de la drogadicción.

Figura 1

La demanda de tratamiento psicológico para los niños y adolescentes por parte de los adultos es mayor para problemas de fracaso escolar que para problemas en el hogar como las pesadillas, y para excesos que para déficit conductuales

| | | CONTEXTO | |
|----------|--------------|----------|-----------------|
| | | HOGAR | PESADILLAS |
| CONDUCTA | DÉFICIT | | EXCESOS |
| | RETRAIMIENTO | | AGRESIVIDAD |
| | | + | + |
| | COLEGIO | | FRACASO ESCOLAR |

2. COMPORTAMIENTOS PERTURBADORES Y FACTORES FAMILIARES

Indocilidad, negativismo, oposicionismo, desafío a la autoridad, rebeldía, coacción, vandalismo, delincuencia etc., son expresiones utilizadas para referirse a la desobediencia y a la conducta antisocial. La desobediencia se define como una pauta de conducta estable que consiste en el incumplimiento de las órdenes dadas o de

¹ En este capítulo se utilizan las siguientes abreviaturas: TND (trastorno negativista desafiante). TD (trastorno disocial). DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition), APA (American Psychiatric Association).

las normas establecidas por figuras de autoridad. La conducta antisocial se define como una pauta de conducta estable que comprende dos tipos de comportamiento: a) agresor, tanto de bienes y propiedades (destrucción, piromanía), como de seres vivos (agresión verbal, agresión física), y b) transgresor de normas familiares (p. ej. fugas de casa), escolares (p. ej. novillos), sociales y legales (p. ej. robos).

2.1. ¿Pautas estables o pasajeras?

La socialización implica interiorizar valores y normas sociales que favorezcan el desarrollo personal y la convivencia. Desde un punto de vista psicológico, la madurez resulta del proceso de adquisición de repertorios de conducta cada vez más complejos, mantenidos principalmente por autocontrol.

El bebé depende por completo de sus cuidadores, ya que su repertorio conductual se reduce a un pequeño conjunto de reflejos y conductas elementales. Las probabilidades de sobrevivir sin contacto con otros seres humanos son prácticamente nulas. En los casos excepcionales en los que no se produce la muerte del recién nacido el desarrollo está gravemente afectado, como el niño salvaje de Aveyron.

La enseñanza de los adultos en forma de instrucciones, modelado, moldeamiento, etc., promueve la adquisición de repertorios básicos de conducta, andar, hablar, utilizar los cubiertos, asearse, vestirse, controlar esfínteres, leer, escribir, sumar, moverse con seguridad por la vía pública, utilizar dinero, etc., que permiten reducir la dependencia infantil y aumentar la autonomía. Por otro lado, la administración de contingencias se desplaza progresivamente desde los padres, familiares y maestros (control externo), al propio sujeto (control interno).

La crianza y educación exige el desvanecimiento gradual de la ayuda adulta, es decir, de los estímulos antecedentes y consecuentes. Así, los padres prefieren que su hijo haga los deberes sin tener que pedirselo constantemente, "ponte a estudiar", porque el escolar ha confeccionado un horario de estudio que cumple por sí solo sin necesidad de reiterados rogatorios, o quieren que su presencia no sea imprescindible para evitar las continuas peleas entre hermanos. Por otro lado, es deseable que la conducta esté mantenida por el autorrefuerzo de la satisfacción del niño consigo mismo por el deber cumplido o por el buen comportamiento (o por evitar el autocastigo en forma de remordimiento y mala conciencia), que por promesas y premios por aprobar o jugar juntos (o por amenazas y castigos por suspender o pelearse) administrados por agentes externos.

Este traspaso de responsabilidades es un proceso complicado, a lo largo del cual prácticamente todos los menores desobedecen y muestran conductas agresivas, puesto que es improbable que un aprendizaje difícil se produzca sin errores. Por tanto, el psicólogo clínico ha de valorar cuándo la desobediencia y la agresividad son parte del desarrollo normal (pautas evolutivas, transitorias) y cuándo resultan excesivas (pautas problemáticas, estables), y orientar a los educadores en consonancia. En este sentido, Graziano y Mooney (1984) advierten que la demanda de algunos padres no es tanto fomentar el bienestar y la adaptación del hijo, como aumentar su control

sobre él. Del mismo modo, en un artículo gráficamente titulado "Modificación de conducta actual en el aula: Estáte quieto, estáte callado, sé dócil", Winett y Winkler (1972) denuncian que algunas intervenciones se orientan más a facilitar la comodidad del maestro que a promover el desarrollo del alumno.

2.2. Incumplimiento y conflictividad

Los comportamientos perturbadores se pueden clasificar sobre la base de dos dimensiones:

a) *Grado de cumplimiento.*

Es un continuo que va desde el cumplimiento, es decir, el adolescente colabora de manera responsable cumpliendo lo que se le ordena, pasando por diversas situaciones intermedias, hasta el incumplimiento. Así, ante la orden de la madre de recoger la habitación, el adolescente puede ordenarla satisfactoriamente (cumplimiento), puede hacer la cama y guardar la ropa en el armario, pero dejar los zapatos tirados por el suelo (incumplimiento parcial), puede no hacer absolutamente nada y que el dormitorio continúe hecho una leonera (incumplimiento total).

Otra modalidad de incumplimiento es la demora en la acción, el adolescente puede realizar lo que se le pide de forma inmediata o en breve plazo de tiempo (cumplimiento), puede retrasarse (incumplimiento parcial) o puede ignorar la orden (incumplimiento total). Si la latencia de respuesta es muy grande los padres suelen considerarlo incumplimiento total, por ejemplo, a menudo se quejan de la vergüenza que experimentan cuando las visitas han visto el "bochornoso espectáculo de la habitación patas arriba", y no les satisface que su hijo la ordene al final del día en vez de haberlo efectuado por la mañana antes de marchar al instituto.

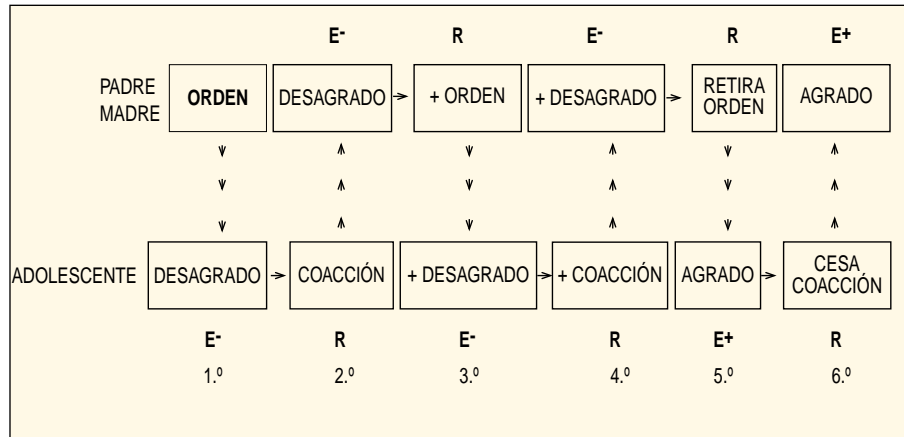
b) *Grado de conflictividad*

El adolescente no desobedece órdenes reforzantes, p. ej. quédate con las vueltas del recado, sino que incumple las que funcionan como estímulos negativos por resultar aversivas, p. ej. realizar una tarea pesada o aburrida como fregar los platos, y/o por competir con actividades agradables, p. ej. dejar de jugar con el ordenador y ponerse a estudiar. Ante una orden desagradable el joven ensaya respuestas de escape activo, emitiendo a su vez estimulación aversiva, que genera una escalada de intercambios negativos hasta conseguir que ceda la figura de autoridad. La Figura 2 representa esquemáticamente un proceso de coacción referido a la desobediencia.

Un pulso de fuerza habitual lo libran los adolescentes con sus padres por la marcha nocturna del fin de semana. Así, un padre advierte a su hija de catorce años, arreglada para salir el sábado por la noche, que debe regresar a casa antes de la una de la madrugada (eslabón 1.º de la cadena: orden paterna que funciona como estímulo negativo para la chica). La joven reacciona levantando airadamente el tono, argumentando que a todas sus amigas les dejan hasta las dos, calificando a su progenitor con epítetos molestos, "retrógrado", "facha", "antediluviano", "dictador", etc., (esla-

Figura 2

Intercambio de estimulación aversiva hasta conseguir que el padre y/o la madre ceda.



bón 2.º de la cadena: coacción de la adolescente). Los intercambios se suceden en una secuencia cada vez más aversiva, el padre reitera la orden a gritos, la hija replica que vendrá cuando le dé la gana, amenaza con irse y no volver, etc., (eslabones 3.º y 4.º de la cadena: escalada del comportamiento conflictivo), que se repiten hasta que el padre cede autorizando a su hija hasta las dos, "pero ni un minuto más" (eslabón 5.º de la cadena: reforzamiento positivo de la conducta conflictiva adolescente), momento en el que finaliza la bronca de la adolescente (eslabón 6.º de la cadena: reforzamiento negativo de la respuesta de escape paterna).

La conducta destructiva y la agresión son formas intensas de coacción. Así, un adolescente le pide a otro que le dé dinero. Éste responde que no y aquél le amenaza. Continúa negándose y al salir de clase encuentra el espejo y los retrovisores de la moto rotos. Al día siguiente cuando el adolescente le exige de nuevo dinero "porque si no esta vez será mucho peor", el chico le entrega doscientas pesetas. La trampa del reforzamiento para la víctima es que aunque experimenta alivio de la ansiedad al cesar la intimidación (reforzamiento negativo), aumenta la probabilidad de recibir castigo en forma de futuras agresiones, ya que la conducta del matón también ha sido reforzada (positivamente).

Combinando ambas dimensiones, incumplimiento y conflictividad, se obtienen cuatro categorías de comportamiento, una prosocial y tres socialmente perturbadoras (figura 3):

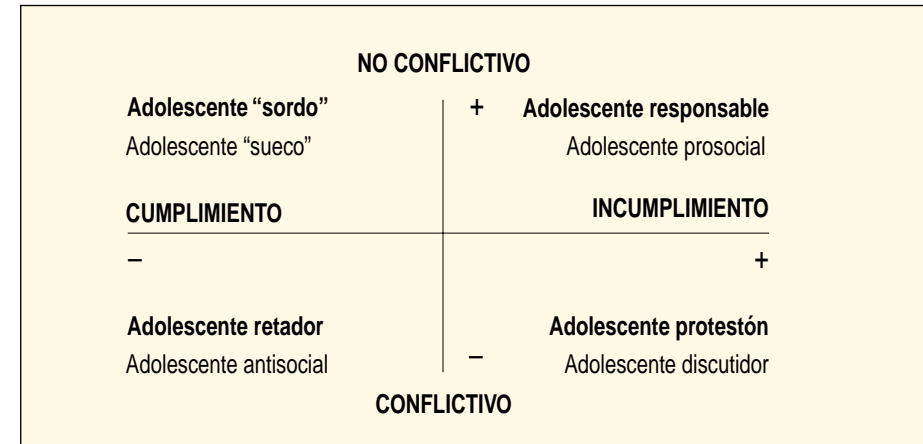
1. El adolescente responsable, prosocial

Cuando el proceso de socialización se lleva a cabo con éxito, se produce un traspaso de responsabilidades de los padres al adolescente, que cumple sus obligaciones como participar en las tareas domésticas o estudiar, respeta las reglas fundamentales en el hogar, en el instituto y en otros contextos, no infringe las normas sociales ni las leyes, etc. Los comportamientos perturbadores que continúa manifes-

Figura 3

Tipos de comportamiento perturbador sobre la base de dos dimensiones:

a) grado de incumplimiento, b) grado de conflictividad



tando son cada vez más aislados y carecen de significación clínica. Junto a ausencia de comportamientos perturbadores el joven presenta conductas prosociales y altruistas, como ayudar en casa y a los compañeros, colaborar con una organización no gubernamental, etc. Las relaciones padres-hijo son gratificantes, puesto que se basan mayoritariamente en el reforzamiento positivo recíproco.

2. El adolescente protestón, discudidor

El cumplimiento lleva asociado cierto grado de comportamiento conflictivo. El balance de contingencias para los padres suele ser ligeramente positivo, ya que el reforzamiento positivo por cumplir la orden predomina sobre el débil castigo que supone la emisión de conductas no deseadas. Las conductas perturbadoras por lo general son leves, ya que la conflictividad elevada correlaciona con incumplimiento.

El tratamiento de elección es la extinción. Por ejemplo, si un padre manda sacar la basura y el adolescente refunfuña, "siempre me toca a mí, ¿por qué no le mandas nunca a mi hermana?", esto es discriminación masculina, pienso denunciarlo al Tribunal Internacional de La Haya...", mientras anuda la bolsa y se encamina con ella hacia la puerta, el padre debe ignorar las quejas de su hijo "experto en leyes", de manera similar a como un árbitro competente tras mostrar la tarjeta amarilla a un jugador, gira y da la espalda al futbolista amonestado para no ver sus airadas protestas y evitar así tener que expulsarlo por doble amonestación.

3. El adolescente "sordo", "sueco"

El incumplimiento no se acompaña de otras conductas problemáticas. El adolescente se limita a ignorar las órdenes que recibe, de modo que el comportamiento de los padres no va seguido de reforzamiento, aunque tampoco de castigo. El balance de contingencias paterno es, por tanto, nulo.

El tratamiento de elección es el manejo diferencial de contingencias, esto es, moda-

lidades de reforzamiento positivo, como economía de fichas, para el cumplimiento, y de castigo, como coste de respuesta, para el incumplimiento. Así, los padres fijan una hora tope para salir con los amigos, que el adolescente no discute. Los días que regresa dentro del plazo autorizado le felicitan, le prestan atención, dialogan amablemente con él, etc. Por el contrario, los días que llega tarde le sancionan con pérdida de tiempo de ocio. Si el retraso es de pocos minutos pueden ignorar la pequeña falta de puntualidad.

4. El adolescente retardador, antisocial

El adolescente no solo incumple las órdenes, sino que manifiesta comportamientos negativistas que suponen un desafío a la autoridad, como discutir, oponerse abiertamente, amenazar, insultar, etc., y antisociales, como agredir, infringir normas fundamentales, etc. Las contingencias para los padres son doblemente negativas, ya que al malestar producido por el incumplimiento se añade el provocado por otras conductas perturbadoras graves.

Esta clase de comportamiento perturbador es la más seria y requiere un tratamiento complejo que incluya, entre otros, los siguientes componentes básicos:

- a) entrenamiento en control de la disciplina, como habilidades de mando o manejo diferencial de contingencias, (padres),
- b) entrenamiento en autocontrol, como control de la ira o seguimiento de instrucciones, (adolescente),
- c) entrenamiento en comunicación, negociación y resolución de conflictos (padres-hijo).

Dentro de esta categoría se insertan los trastornos del comportamiento perturbador, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial (Tablas 1 y 2).

Tabla 1

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante (APA, 1994)

- A. Patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante, que persiste como mínimo durante seis meses, presentando con excesiva frecuencia en relación con sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, al menos cuatro de las siguientes conductas:
1. Se encoleriza y manifiesta accesos de ira, p. ej. rabietas
 2. Discute con los adultos, p. ej. se muestra terco y se resiste a ceder
 3. Desafía o se niega a cumplir las órdenes de las figuras de autoridad
 4. Molesta intencionadamente a otras personas, p. ej. insultos
 5. Culpa a otros de sus errores o problemas de comportamiento
 6. Se muestra susceptible o se siente fácilmente molestado por otros
 7. Se muestra iracundo y resentido
 8. Se muestra rencoroso o vengativo
- B. El trastorno produce deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Las conductas problemáticas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. Si el sujeto es menor de edad (menos de 18 años) no se cumplen los criterios de trastorno disocial. Si el sujeto es mayor de edad no se cumplen los criterios de trastorno disocial ni de trastorno antisocial de la personalidad.

Tabla 2.

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno disocial (APA, 1994)

- A. Patrón de comportamiento que conculca derechos básicos o transgrede normas fundamentales, presentando al menos tres conductas en los últimos doce meses y al menos una conducta en los últimos seis meses, de las siguientes:
- Agresión a seres vivos*
1. Fanfarronea, amenaza o intimida, con frecuencia
 2. Inicia peleas físicas con frecuencia
 3. Ha utilizado objetos peligrosos, p. ej. botella rota, o armas, p. ej. navaja
 4. Ha mostrado crueldad física con animales
 5. Ha mostrado crueldad física con personas
 6. Ha robado enfrentándose a la víctima, p. ej. atraco a mano armada
 7. Ha cometido alguna ofensa sexual, p. ej. violación
- Destrucción de propiedades*
8. Ha provocado incendios con intención de causar daño
 9. Ha destruido intencionadamente bienes, p. ej. rotura de parabrisas
- Fraude y/o robo*
10. Ha forzado domicilios o automóviles
 11. Miente con frecuencia para lograr beneficios o evitar obligaciones, p. ej. tima
 12. Ha robado objetos de valor sin enfrentamiento, p. ej. hurtos en comercios
- Violación grave de normas*
13. Permanece fuera de casa por la noche con frecuencia infringiendo la prohibición paterna (antes de los 13 años)
 14. Se ha escapado de casa por la noche al menos dos veces o sólo una vez pero sin regresar durante mucho tiempo
 15. Hace novillos con frecuencia (antes de los 13 años)
- B. El trastorno produce deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el sujeto es mayor de edad (18 años o más) no se cumplen los criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Ambos trastornos se distinguen en:

- El grado de incumplimiento. Mientras en el TND se ponen a prueba los límites de conducta establecidos, ignorando o discutiendo las órdenes de los padres, en el TD se transgreden importantes normas familiares, escolares, sociales y legales.
- El grado de conflictividad. En el TND las agresiones suelen ser verbales y no físicas como en el TD.
- La persistencia mínima de las conductas problemáticas. Seis y doce meses para el diagnóstico del TND y del TD respectivamente.
- El contexto donde se manifiestan. Generalmente el TND afecta al ámbito familiar, mientras que el TD suele abarcar otras áreas (escolar, social, legal).

Estas diferencias indican que el trastorno disocial es más grave que el trastorno negativista desafiante. Algunos autores cuestionan la postura de la American Psychiatric Association de distinguir dos trastornos, en vez de considerar dos formas de un único trastorno del comportamiento perturbador (Frick et al., 1993; Russo,

Loeber, Lahey y Keenan, 1994), una manifestación leve que se inicia en la infancia (TND), de la que una proporción significativa evoluciona hacia una modalidad más seria en la (pre)adolescencia (TD).

2.3. Órdenes y normas

Una orden es una instrucción para que el adolescente realice una conducta concreta deseada, "pon la mesa", o para que no inicie o interrumpa una conducta específica no deseada, "deja de gritar". La primera es una orden positiva en el sentido que indica algo que se debe hacer, mientras que la segunda es una orden negativa que señala algo que no se debe hacer.

Una norma es una regla que describe el comportamiento que el adolescente debe mostrar o evitar en una situación dada. A diferencia de las órdenes que son mandatos directos y antecedentes inmediatos de la conducta, las normas solo están presentes de forma implícita. Así, el joven sabe que una norma básica es no dormir fuera del hogar sin permiso, por lo que su ausencia una noche constituye un serio incumplimiento, aunque ninguno de sus padres le haya recordado explícitamente su deber de regresar a casa. Las normas positivas son obligaciones y las negativas prohibiciones. La vida en sociedad está regulada por normas: la convivencia por reglas de buena educación, el tráfico por el código de la circulación, los actos sociales por regulaciones protocolarias, los derechos fundamentales por la Constitución, etc.

Las órdenes y las normas pueden proporcionarse de forma no verbal, por ejemplo una señal de prohibido fumar en el instituto, un aviso a la entrada de la discoteca prohibiendo la entrada a menores de edad, un recordatorio de la inyección de insulina en el imán de la nevera para el adolescente con diabetes, etc.

El cumplimiento no problemático o satisfactorio se produce principalmente por aprendizaje discriminativo. Si los padres proporcionan órdenes y establecen normas de forma apropiada y luego administran contingencias distintas en función de la conducta del hijo, reforzamiento del cumplimiento y castigo del incumplimiento y la agresión, entonces la obediencia se asocia con consecuencias positivas y la conflictividad con consecuencias negativas, de modo que las órdenes y las normas se convierten en estímulos discriminativos de la conducta obediente y estímulos delta de la conducta antisocial.

Lamentablemente, hay padres que presentan déficit en habilidades de mando (Forehand y McMahon, 1981; Forehand, Miller, Dutra y Watts-Chance, 1997; McMahon, 1991). Las órdenes alfa, apropiadas, describen con claridad respuestas motoras viables del adolescente, mientras que las órdenes beta, inapropiadas, son vagas, contradictorias, etc., interfiriendo la adquisición de conductas obedientes. Los errores más comunes en la emisión de órdenes por los padres son:

— **Órdenes inatendidas:** se formulan sin asegurarse que el mensaje es captado por el receptor, p. ej. la madre solicita desde la cocina que baje el volumen al hijo que se encuentra en su cuarto escuchando un disco de música rock,

— **Órdenes vagas:** son enunciados genéricos que confunden al no precisar el com-

portamiento esperado del joven, p. ej. "ya tienes edad para portarte como un adulto".
— **Órdenes inviables:** plantean objetivos poco realistas por la dificultad de su consecución, p. ej., el padre, tras examinar el boletín de notas del instituto y comprobar que el estudiante ha suspendido cinco asignaturas, exige que en la próxima evaluación apruebe todas las materias.

— **Órdenes complejas:** resultan difíciles de cumplir porque son excesivamente largas, como las secuencias ininterrumpidas de órdenes, o frecuentes; algunos estudios han hallado una media de 117 instrucciones paternas a la hora (Larroy y De la Puente, 1995).

— **Órdenes débiles:** se formulan en tono dubitativo o como un ruego cuyo cumplimiento es opcional, p. ej. "a la mamá le gustaría que le ayudaras a poner la mesa, ¿qué tal si me echas una mano?",

— **Órdenes autoritarias:** se enuncian en tono agresivo acompañándose a veces de instigación física, p. ej. el padre empuja a la hija a la habitación amenazando a gritos "que no te vea salir hasta que tengas recogido el cuarto",

— **Órdenes injustas:** plantean requerimientos que exceden la autoridad paterna, p. ej. imponer al hijo la carrera universitaria o la pareja que agrada a los padres,

— **Órdenes inconsistentes:** se contradicen las figuras de autoridad o varían según el estado de ánimo del ordenante, p. ej. la madre, aprovechando la ausencia del marido, entrega dinero y autoriza al hijo a salir a la calle, contraviniendo el castigo impuesto por el padre.

2.4. ¿Figuras de autoridad o autoritarias?

Se considera incumplimiento el que se produce ante figuras moral y/o legalmente investidas de autoridad, como padres, profesores, agentes de policía, etc. La relación adolescente-figuras de autoridad es asimétrica. Aunque la influencia padres-hijo es bidireccional, los progenitores ejercen un control mucho mayor porque seleccionan el ambiente, organizan y supervisan el horario y el acceso a los reforzadores, poseen más recursos (conocimiento, autocontrol, etc). Esta asimetría resalta la importancia de las pautas de crianza y estilos educativos de los padres (Maccoby, 1992).

La combinación de tres niveles, deficitario, apropiado, o excesivo, de tres dimensiones básicas, disciplina, afecto, y comunicación, origina tres estilos educativos característicos (Tabla 3):

a) *Permisivo*

Los padres son poco exigentes y no imponen límites de conducta. Tienden a satisfacer las demandas del hijo, incluso las poco razonables. Desvanecen su papel de figuras de autoridad demasiado pronto, dejando hacer al hijo (*laissez faire*) antes de que presente una conducta madura. El resultado de esta pauta indulgente y sobreprotectora es un adolescente con baja tolerancia a la frustración, impulsivo, dependiente y que no asume responsabilidades.

b) *Autoritario*

Los padres suelen fijar normas rígidas sin apenas participación del joven. No admi-

Tabla 3.
Estilos educativos (Méndez, 1998)

| ESTILOS EDUCATIVOS | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| | PERMISIVO | AUTORITARIO | DEMOCRÁTICO |
| DISCIPLINA | Deficitaria Normas de conducta: escasas y variables Actitud disciplinaria: blandura Tendencia emocional de los padres: ansiedad | Excesiva Normas de conducta: numerosas y arbitrarias Actitud disciplinaria: intransigencia Tendencia emocional de los padres: ira | Adecuada Normas de conducta: suficientes y razonables Actitud disciplinaria: firmeza Tendencia emocional de los padres: autocontrol |
| AFECTO | Excesivo sobreprotección, indulgencia | Deficitario hostilidad, rechazo | Adecuado comprensión, apoyo |
| COMUNICACIÓN | Excesiva irregular, inconsistente | Deficitaria unilateral, problemática | Adecuada recíproca, participativa |
| D I M E N S I O N E S | | | |

ten la negociación, sino que la consideran un desafío. Abusan del castigo, incluyendo el físico. Retrasan el traspaso de responsabilidades, impidiendo al hijo decidir aunque muestre una conducta madura. Los resultados de esta pauta intransigente y hostil son un adolescente retraído, sumiso, pasivo, con baja autoestima, o un adolescente rebelde, agresivo y que no respeta los derechos de los demás.

c) Democrático

Los padres establecen normas de conducta, no se muestran blandos ni duros, ni inflexibles ni volubles, sino firmes y consistentes en la disciplina. Ejercen adecuadamente su papel de figuras de autoridad, respetando al mismo tiempo los derechos del hijo. Promueven la conducta madura, fomentando la iniciativa y el autocontrol. El resultado de esta pauta firme y comprensiva es un adolescente independiente, socialmente responsable y colaborador, con autoconcepto positivo y elevada autoestima.

2.5. Génesis y mantenimiento de los comportamientos perturbadores

Los comportamientos problemáticos y los trastornos psicológicos son resultado de la interacción de variables ambientales, físicas y sociales, con variables personales, biológicas y psicosociales. Cuanto más desorganizado y adverso sea el medio, especialmente el ambiente familiar, y más vulnerable sea el niño, mayor riesgo de desarrollar problemas y trastornos psicológicos

2.5.1. Causas de los comportamientos perturbadores

Las variables que intervienen en la génesis y mantenimiento de los comportamientos perturbadores se clasifican en:

a) Macroambientales

Es el entorno físico, socio-económico, político y cultural, compartido por un gran número de adolescentes. Una influencia macroambiental relevante la ejercen los medios audiovisuales e impresos, como la televisión, el cine, el vídeo, los juegos de ordenador, la literatura, etc. Un conocido experimento de Bandura (1965) puso de relieve el papel de la observación en el aprendizaje del comportamiento agresivo. Los niños de una escuela infantil vieron una película de cinco minutos, donde el protagonista manifestaba agresividad verbal y física dirigida contra una muñeca. Los preescolares se dividieron en tres grupos: 1) película + escena final en la que se reforzaba la conducta agresiva del modelo, 2) película + escena final en la que se castigaba la conducta agresiva del modelo y 3) película + escena final sin consecuencias positivas ni negativas para el modelo.

Los niños del segundo grupo, comportamiento del modelo castigado, mostraron menos conductas agresivas que los otros dos grupos. Un dato adicional relevante fue la diferencia de género en agresividad, los niños imitaron más el comportamiento agresivo que las niñas en los tres grupos. Así pues, las imágenes en televisión, vídeo, cine, ordenador, etc., de escenas violentas promueve la adquisición o desinhibición del comportamiento agresivo, máxime si la conducta es reforzada. Desafortunadamente una encuesta realizada en nuestro país revela que alrededor de un tercio de

los padres admite desconocer los programas de televisión que ven sus hijos.

b) Microambientales

Son los contextos específicos donde se desenvuelve el adolescente, es decir, la familia, el instituto, el vecindario, la pandilla. El rechazo de los compañeros se relaciona con desobediencia, agresividad, conducta destructiva (Dodge, Coie y Brakke, 1982) y, a largo plazo, con delincuencia y criminalidad (Parker y Asher, 1987). Los estudios sobre factores de riesgo son correlacionales y no aclaran la dirección de las influencias. La explicación más plausible es la interacción dinámica de las variables. Se ha constatado que la competencia social de los adolescentes con comportamientos perturbadores es menor (Panella y Hengeller, 1986), por ejemplo emiten menos conductas de apoyo características del compañerismo y más conductas agresivas. El vacío y el rechazo consiguientes conducen al aislamiento y la marginación social. A su vez la pobreza de relaciones sociales impide la adquisición de competencia social, dando lugar a una espiral negativa donde el comportamiento se torna cada vez más antisocial.

c) Biológicas

La investigación constata respuestas psicofisiológicas anómalas al comparar adolescentes con y sin comportamientos perturbadores graves. Raine y Venable (1984) concluyen en su revisión que la tasa cardíaca baja es un hallazgo consistente en los estudios con adolescentes que presentan conducta antisocial. Borkovec (1970) encontró que la actividad electrodermal discrimina entre grupos de delincuentes juveniles, en concreto, la conductancia de la piel es más baja en los "psicópatas" que en los "normales" o "neuróticos". Gabrielli y Mednick (1983) llevaron a cabo un estudio prospectivo en Dinamarca, con 129 sujetos, de 11 a 13 años, constatando en un seguimiento de nueve años que la actividad alfa lenta (8-10 Hz) distingue a los (pre)adolescentes delincuentes de los que no han cometido delitos.

d) Psicosociales

Los adolescentes con conductas agresivas presentan déficit en habilidades de resolución de conflictos: buscan menos información, definen los problemas interpersonales en términos de mayor hostilidad, tienen más dificultad para escuchar tranquilamente al interlocutor, sobre todo cuando es una figura de autoridad, generan menos alternativas a los conflictos, valoran más positivamente las soluciones agresivas, etc. Así, estiman que las agresiones son efectivas para disminuir las conductas aversivas de los demás, por ejemplo impiden las críticas por temor, predicen que serán reforzadas materialmente, consideran que fortalecen la autoestima (Slaby y Guerra, 1988).

2.5.2. Familia y comportamientos perturbadores

a) Problemas y trastornos psicológicos de los padres

Se ha constatado la relación entre conducta antisocial (Kazdin, 1988), y trastorno disocial (Lahey et al., 1988), de padres e hijos. El estudio longitudinal de Huesmann, Eron, Lefkowitz y Walder (1984) mostró que el riesgo de desarrollar comportamiento agresivo es mayor en los sujetos cuyos padres, e incluso abuelos, presentan elevada

frecuencia de esas conductas, confirmando la estabilidad de este patrón de comportamiento perturbador entre generaciones.

Los estudios, de adopción y con gemelos, aportan cierto apoyo a la hipótesis de la contribución genética, principalmente en relación con la conducta antisocial precoz que evoluciona en la adolescencia hacia la delincuencia juvenil. La mayoría de autores sugieren una vía indirecta, es decir, se heredan determinadas características, como la complexión física, que predisponen a algunos individuos a desarrollar un comportamiento antisocial en respuesta a las presiones del medio. Las bases biológicas interactúan con los factores ambientales, cuyo peso es mucho mayor en la determinación de la conducta antisocial a través de experiencias de aprendizaje, como el modelado paterno. Kashani, Daniel, Dandoy y Holcomb (1992) han comprobado que los niños con conducta antisocial observan en casa comportamientos agresivos a menudo.

La American Psychiatric Association (1994) enuncia como factores de riesgo las siguientes patologías de los padres: trastorno del estado de ánimo, esquizofrenia, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias. La relación más fuerte del comportamiento perturbador infantil parece establecerse con la conducta antisocial del padre y la depresión de la madre (Baum, 1993).

b) Desavenencias conyugales y divorcio

Los problemas de pareja y los hogares rotos, separación, familias monoparentales, familias con un padrastro o una madrastra, etc., tienen un impacto negativo en las pautas de crianza, facilitando la aparición de comportamientos perturbadores en los hijos (Hetherington, Stanley-Hagan y Anderson, 1989). La existencia de conflictos graves entre los padres y el divorcio es común en los casos de conducta antisocial y delictiva, especialmente en sujetos varones (Emery, 1982).

Más que la estructura repercute negativamente el funcionamiento familiar inadecuado. Aunque las desavenencias matrimoniales constituyen un factor de riesgo por sí mismas (Porter y O'Leary, 1980); por ejemplo se ha encontrado relación entre insatisfacción conyugal y conducta pirómana del niño (Kazdin y Kolko, 1986); la probabilidad de trastornos del comportamiento perturbador en los hijos crece si el desacuerdo marital alcanza niveles de agresión y violencia en el hogar (Jouriles, Murphy y O'Leary, 1989). Por el contrario, la relación positiva con un progenitor amortigua el impacto de la ruptura de la pareja (Rutter, 1971).

c) Relaciones familiares conflictivas

La teoría más elaborada del comportamiento desobediente, negativista, agresivo y antisocial es la propuesta por Gerald Patterson y colaboradores, de la Universidad de Oregón (Patterson, 1982; Patterson y Gullion, 1968; Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975). Los comportamientos perturbadores se explican por procesos de coacción, donde las conductas de ambas partes se refuerzan recíprocamente, la del

adolescente (positiva y/o negativamente) y la de los padres (negativamente). Sin embargo, esta interacción constituye una trampa del reforzamiento, porque el alivio de aversión experimentado lleva aparejado el reforzamiento del comportamiento perturbador del adolescente, que será cada vez más frecuente, intenso y/o duradero, originando un agravamiento de la conflictividad. Así pues, la trampa del reforzamiento para los padres es que obtienen pequeñas consecuencias positivas en el presente a cambio de mayores consecuencias negativas en el futuro.

El problema se agrava además por el fenómeno denominado aceleración del castigo. Los procedimientos de castigo pierden su eficacia para reducir y eliminar las conductas coactivas del adolescente, incluso se observa en algunos casos un incremento paradójico, debido a la historia de reforzamiento intermitente de la coacción y al uso inconsistente del castigo; por ejemplo los padres aplican contingencias opuestas como una leve reprimenda seguida de muestras de arrepentimiento paterno y manifestaciones efusivas de cariño.

2.5.3. Modelo integrado de influencias familiares

La familia está inmersa en un marco físico y social, p. ej. pobreza, hacinamiento, etc., que influye directamente en la conducta del adolescente, aunque generalmente constituye el contexto donde actúan factores más próximos. Así, la relación entre condiciones socioeconómicas y comportamientos perturbadores (Kazdin, 1988; Kazdin y Buela-Casal, 1994), no implica que la pertenencia a la clase social baja determine necesariamente la conducta antisocial del adolescente, sino que los padres con menos formación e ingresos suelen emplear un estilo de educación más autoritario (Rutter y Hersov, 1985), que repercute negativamente en el desarrollo social del hijo (Eccles et al., 1993).

El riesgo de presentar comportamientos perturbadores se relaciona directamente con el grado de inadecuación de las relaciones padres-hijo, que a su vez depende de la interacción entre la predisposición del niño y los déficit de los padres en pautas de crianza y educación. En un conocido estudio longitudinal llevado a cabo en Nueva York, Chess y Thomas (1977) observaron diferencias individuales en la emocionalidad, actividad y sociabilidad de los bebés. Los niños con temperamento difícil tenían mayor probabilidad de exhibir conductas problemáticas.

Junto a la predisposición individual intervienen las experiencias tempranas de aprendizaje. Patterson, Littman y Bricker (1967) comprobaron que las agresiones de niños de guardería aumentaban cuando iban seguidas de consecuencias positivas, p. ej. rendición de la víctima, y disminuían en caso contrario, p. ej. represalias de la víctima. Los agresores elegían a sus víctimas entre los niños que se mostraban pasivos. Sin embargo, si alguno respondía a la agresión entonces cesaban los ataques o cambiaban de víctima.

Por otro lado, se hallan los déficit parentales. En primer lugar, déficit en supervisión. La cantidad de tiempo que el adolescente permanece sin supervisión de los padres correlaciona positivamente con la conducta antisocial. Las familias que acuden

a tratamiento por este motivo admiten desconocer dónde se encuentra su hijo, con quién está, qué hace o cuándo regresará a casa (Patterson, Reid y Dishion, 1992). En segundo lugar, déficit en habilidades de mando. Se ha comprobado con muestras clínicas que los padres dan más órdenes y que ordenan de forma airada, humillante o recriminadora (Forehand, King, Peed y Yoder, 1975) y que esta pauta de ejercitar la autoridad se asocia con comportamientos perturbadores (Griest, Forehand, Wells y McMahan, 1980). En tercer lugar, déficit en manejo diferencial de contingencias. Los padres ignoran las conductas obedientes y prosociales en vez de reforzarlas, reprenden y castigan los comportamientos perturbadores leves en vez de extinguirlos, dejan sin sancionar o aplican castigo físico a los incumplimientos y agresiones (Patterson et al., 1992).

Las características del hijo y de los padres se influyen mutuamente dando lugar a procesos de reforzamiento negativo recíproco y de modelado negativo, que conducen a una escalada de la conducta perturbadora. Así, un padre con baja tolerancia a la frustración pega a su hijo por un acto insignificante de desobediencia. El niño con temperamento difícil reacciona con una rabieta enervante, el padre airado administra un castigo más intenso, el niño responde con una agresión física, etc. Del mismo modo, las variables ambientales interactúan con factores personales agravando el problema. Por ejemplo, el estrés familiar que soporta diariamente una madre de familia numerosa, con problemas de pareja, carente de recursos para controlar la disciplina, desencadena una depresión, que a su vez conduce al abandono y negligencia en los cuidados básicos de los hijos, contribuyendo a la desorganización del hogar.

3. FRECUENCIA DE LOS COMPORTAMIENTOS PERTURBADORES

La investigación epidemiológica proporciona datos muy dispares, debido a diferencias en la definición (conductas problemáticas descritas operacionalmente, factores o conglomerados obtenidos empíricamente, categorías clínicas establecidas consensuadamente, etc.), población de referencia (general, escolar, clínica, etc.), muestra reclutada (edad, clase social, país, etc.), fuentes de información (niños/adolescentes, padres, profesores, etc.), instrumentos de evaluación (entrevistas, cuestionarios, observación, etc.), contextos (hogar, escuela, calle, etc).

Sin embargo, los autores coinciden en señalar que los comportamientos perturbadores son muy frecuentes en la infancia y adolescencia. La desobediencia es la queja más frecuente de los padres (Rinn y Markle, 1984) y uno de los problemas cotidianos de conducta para el que se solicita más atención psicológica (Peine y Howarth, 1982). Wicks-Nelson e Israel (1999) estiman la prevalencia de conductas antisociales específicas alrededor del 60%. Según Olweus (1993), el 15% de los escolares de primaria y secundaria ha participado en intimidaciones como matones y/o víctimas.

Los comportamientos perturbadores constituyen uno de los motivos más comunes de consulta a los profesionales de la salud (psicólogo clínico infantil, psicólogo educativo, pedagogo, pediatra, médico de familia, paidopsiquiatra, neuropsiquiatra, etc.), tanto en servicios públicos de salud mental (Valero, 1996), como en centros privados y escuelas de padres (Méndez, 1999).

Los índices de prevalencia del TND varían ampliamente según los estudios epidemiológicos. Así, el DSM-IV es poco preciso al señalar un rango entre el 2% y el 16% (APA, 1994). Es el trastorno del comportamiento perturbador más frecuente. Una estimación más ajustada sitúa su prevalencia entre el 6% y el 9%. En sendos estudios con población general, Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) hallaron el 5,7% de casos en una muestra de preadolescentes de once años, y Kashani et al. (1987) el 8,7% en una muestra de adolescentes entre catorce y dieciséis años.

De manera similar existe una gran dispersión de datos sobre el TD, cuya prevalencia se estima aproximadamente entre el 4% y el 6%. En los dos estudios epidemiológicos citados anteriormente se encontraron los siguientes índices: 3,4% en población preadolescente (Anderson et al., 1987) y 6% en población adolescente (Kashani et al., 1987). Lamentablemente la prevalencia del TD parece ir en aumento en las últimas décadas.

3.1. Género

El TND es más prevalente en niños que en niñas. Después de la pubertad tienden a igualarse los índices, aunque el comportamiento de los adolescentes varones suelen ser más persistente y desafiante. El porcentaje del TD en población menor de edad es más alto en el género masculino (6%-16%) que en el femenino (2%-9%). Además las conductas problemáticas son diferentes: en los chicos predominan las peleas, los robos, el vandalismo y la indisciplina en el colegio, mientras que en las chicas son más comunes las mentiras, las fugas de casa, los novillos, el consumo de tóxicos y la prostitución.

3.2. Edad

El comportamiento desobediente transitorio es muy común con picos en las etapas preescolar y adolescente. El TND suele comenzar de forma gradual antes de los ocho años en el ámbito familiar. En la preadolescencia y en la adolescencia experimenta un agravamiento paulatino, aumentando las conductas de oposición y extendiéndose a otros contextos.

El DSM-IV distingue dos tipos del TD según la edad de inicio:

a) Infantil

Presenta al menos una característica del trastorno antes de los 10 años. La mayoría de los casos pertenece al género masculino. Se produce un agravamiento progresivo del comportamiento perturbador, desde la primera infancia hasta la pubertad, donde se cumplen los criterios para diagnosticar el trastorno: nega-

tivismo, agresión verbal y física, transgresión de normas sociales y legales en escalada, por ejemplo, pequeños hurtos en grandes almacenes, robo de mercancía de un escaparate rompiendo la luna, atraco intimidando a la víctima con arma blanca, etc. Este tipo del trastorno, que por fortuna es el menos frecuente, tiene peor pronóstico.

b) Adolescente

No presenta ninguna característica del trastorno antes de los 10 años. Las diferencias de género no son tan acusadas. El comportamiento antisocial es menos serio y la probabilidad de desarrollar un TD persistente o de evolucionar hacia un trastorno antisocial de la personalidad en la adultez es menor. Así pues, su curso y su pronóstico son más favorables.

3.3. Entorno sociocultural

Con respecto al comportamiento antisocial, la American Psychiatric Association (1994) advierte al clínico que tome en consideración el contexto socio-económico. En este sentido, el diagnóstico del trastorno puede no estar justificando en jóvenes inmigrantes o refugiados, con historia de conductas agresivas útiles para la supervivencia en países pobres o en guerra. El TD es más común en núcleos urbanos que en zonas rurales.

3.4. Análisis comparativo de los trastornos del comportamiento perturbador

A pesar de la disparidad de datos en la investigación epidemiológica, es posible extraer las siguientes conclusiones (Tabla 4):

Tabla 4.
Comparación de los trastornos del comportamiento perturbador

| | Trastorno negativista desafiante | Trastorno disocial |
|---|--|--|
| Prevalencia ^a | 6% - 9% | 4% - 6% |
| Género | Masculino > Femenino Menor diferencia de género | Masculino > Femenino Mayor diferencia de género |
| Edad | Infancia < Adolencia Agravamiento con la edad | Infancia < Adolencia Agravamiento con la edad |
| Detección ^b | Infancia (antes de los 8 años) | (pre) adolescencia (después de los 10 años) |
| Entorno sociocultural | | Urbano > rural |
| Área afectada ^c | Familiar | Familiar, Escolar, Social |
| ^a Estimación conservadora ^b Edad en que se diagnostican por primera vez la mayoría de casos ^c Área más afectada inicialmente | | |

1. Los comportamientos perturbadores y los correspondientes trastornos son muy frecuentes en la infancia y adolescencia. En el marco de una elevada prevalencia, el TND es más común que el TD, aunque los índices de este último están aumentando.

2. En la infancia los trastornos del comportamiento perturbador son más prevalentes en los niños que en las niñas. En la adolescencia las diferencias de género se acortan en el TD y disminuyen tendiendo a desaparecer en el TND.

3. El curso de los trastornos del comportamiento perturbador varía con la edad. El TND comienza en la infancia y se agudiza en la preadolescencia y la adolescencia, siendo en algunos casos un antecedente evolutivo de comportamiento antisocial más grave. El TD aparece principalmente en la preadolescencia o en la adolescencia y su evolución es variable. El inicio precoz (p. ej., 5-6 años) o tardío (p. ej., 15-16 años) se asocia a peor o mejor pronóstico respectivamente.

4. Existen diferencias en la prevalencia de los trastornos del comportamiento perturbador en función de aspectos socioculturales. El TD es más común en zonas de mayor densidad de población (ciudades grandes) que en áreas de población dispersa (campo).

4. COMPORTAMIENTOS PERTURBADORES Y DROGAS

Los adolescentes que consumen drogas padecen a menudo otros problemas de conducta que pueden ser resultantes del propio consumo, y también con la capacidad de actuar como factor precipitante. Siguiendo a Lerner y Vicary (1984), el uso de drogas suele estar precedido por algún tipo de malestar emocional. En este sentido, la relación entre el uso de drogas y los trastornos psicológicos, puede ser de causa-efecto, actuando la droga como una forma provisional de aliviar el sufrimiento. Sin embargo la relación entre sustancia y comportamiento patológico puede darse en distintos sentidos. Becoña (1999) enumera las posibles relaciones que se dan entre la conducta adictiva y otras patologías:

- 1) Los factores de riesgo de cada trastorno pueden interactuar y solaparse.
- 2) Las psicopatologías del eje I o II del DSM-IV pueden servir como factor de riesgo para el consumo de sustancias.
- 3) La adicción a una sustancia puede ser un factor de riesgo de la psicopatología.
- 4) Los trastornos psiquiátricos pueden llevar a iniciar el consumo de drogas.
- 5) Algunos trastornos psiquiátricos pueden emerger cuando el sujeto deja de consumir.
- 6) La psicopatología puede modificar el curso de la adicción a la droga.
- 7) Aspectos de mantenimiento del trastorno psiquiátrico pueden llevar a una progresión continuada, consolidación y recaída al consumo.

El hecho es que, comparando a sujetos que son consumidores frente a los que no son, se encuentra una mayor proporción de estos trastornos psicológicos en los primeros. Los trastornos comórbidos que se presentan de forma más común son los

trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, y comportamientos perturbadores como la conducta antisocial (Clark y Bustein, 1998; Kandel et al., 1999; Mariño et al., 1999).

Se ha estudiado la relación de variables como los trastornos de conducta en distintos momentos del proceso adictivo. Así, por ejemplo, Graña y Muñoz (2000) encuentran que las variables de personalidad y los trastornos de conducta funcionan como factores de riesgo en el inicio al consumo de sustancias. En sujetos en tratamiento también han demostrado tener peso, como elementos que dificultan el abandono del consumo, y que hacen al sujeto más vulnerable ante las recaídas (Becoña, 1999).

En casos de consumo de drogas durante la infancia y adolescencia, los síntomas asociados al abuso de la sustancia, como los propios del síndrome de abstinencia, pueden estar enmascarados en forma de irritabilidad, agresividad y ansiedad por parte del niño, lo cual dificulta la detección y el inicio del tratamiento conveniente. Así, Deas y Gerding (2000) describen el caso de un niño de 11 años en el que los síntomas de síndrome de abstinencia al alcohol estaban camuflados inicialmente en esas pautas de comportamiento perturbador.

4.1. Desobediencia, trastorno negativista desafiante y consumo de drogas

Una de las conductas problemáticas que se dan con más frecuencia entre los adolescentes que consumen alguna droga es la transgresión de las normas (por ejemplo, escaparse de casa o no respetar las normas de tráfico). Según Graña y Muñoz (2000) la aparición de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad supone un importante predictor del riesgo de uso de drogas. La conflictividad se presenta en diferentes contextos. En el marco del centro educativo, se observa una mayor frecuencia de problemas escolares en los adolescentes que consumen alcohol que en los que no lo hacen. Entre dichos problemas, se incluyen problemas académicos, de disciplina en la clase y también por abandono de los estudios (Casas 1998).

En el ámbito familiar, en ocasiones, el consumo de drogas como el alcohol supone en sí mismo una transgresión de las normas establecidas por los padres. Los problemas de los adolescentes consumidores con sus familias, debidos en gran parte al incumplimiento de órdenes o normas se da, según los estudios realizados, en un 9,7% de los adolescentes (Basabe y Páez, 1992). Considerando las características psicológicas del adolescente, algunos autores (Luengo et al., 1999) relacionan la desobediencia y la ingesta de drogas como una respuesta al deseo adolescente de buscar la propia independencia, alejándose progresivamente de los roles infantiles.

4.2. Conducta antisocial, trastorno disocial y consumo de drogas

La relación entre la conducta antisocial y el consumo de drogas se ha abordado ampliamente en monografías y trabajos de investigación (Otero-López, 1997). Sin embargo, son escasos los trabajos que evalúan la incidencia de estas conductas en

la población juvenil española. Uno de los más recientes fue realizado por Mirón et al., en 1997, estudiando una muestra nacional representativa, formada por más de 7500 adolescentes de 14 a 19 años. Se encontró que las conductas de vandalismo y agresión afectaban a cerca del 50%, mientras que el 25% informaba de alguna conducta de robo. La proporción de adolescentes que reconocían haber participado en la venta y tráfico de droga era cercana al 5%. El estudio mostraba relación entre el consumo de alcohol, y drogas ilegales como el cannabis y la cocaína y los comportamientos antisociales, ya que los adolescentes que realizaban este tipo de conductas eran consumidores de droga con mayor probabilidad.

Si consideramos cómo evoluciona esta relación entre droga y conducta antisocial, los estudios coinciden en que la agresividad en niños pequeños (de 5 a 7 años) puede ser un importante predictor de la conducta antisocial posterior, incluyendo la frecuencia de uso de drogas en la edad adulta y la delincuencia en la etapa adolescente. Si la conducta agresiva perdura hasta el comienzo de la adolescencia (13 años), se considera como un potente predictor del alcoholismo y de la conducta agresiva adulta (Giancola, Mezzich y Tarter, 1998; Graña y Muñoz, 2000).

El papel de las actividades predelictivas como factor predictivo del consumo de drogas es notable. Graña y Muñoz (2000) encontraron que entre adolescentes consumidores había mayor probabilidad de realizar actividades predelictivas, como romper los cristales de casas deshabitadas, robar cosas de una tienda o de un coche, llevar un arma por si se necesita en una pelea, etc. Es más, el abuso de drogas se hace más probable en los casos en que la conducta antisocial persiste y se hace más variada en la adolescencia temprana, incluyendo peleas y mal comportamiento en la escuela (Kandel, 1982, Barnes y Welte, 1986).

Otros estudios, como el de Basabe y Páez (1992), confirman la comorbilidad entre el consumo de alcohol y las conductas antisociales, hallando que el 11% de los adolescentes tienen problemas de relación causados por el alcohol en forma de peleas y riñas con los amigos, y un 12% con otras personas. Por su parte, Wechsler et al. (1995) señalan la ocurrencia de peleas en un 22% y de lesiones en un 10%.

Las pautas actuales de consumo, asociadas al ocio durante el fin de semana, hacen que la mayoría de estos comportamientos perturbadores se den en ese contexto. Calafat et al. (2000) han investigado el comportamiento de los adolescentes y jóvenes cuando salen "de marcha" en las principales capitales españolas. Se han analizado las conductas antisociales que realizan los adolescentes, encontrando que las más frecuentes es conducir un coche sin tener permiso de conducción (18,4% de los encuestados lo había hecho en los últimos doce meses y el 19,5% lo hizo al menos una vez desde los quince años de edad). Dañar deliberadamente los bienes públicos es una acción realizada en el último año por el 19,2% de los sujetos, llevarse cosas de tiendas sin pagarlas lo hace el 34,6%, e involucrarse en peleas físicas el 32,3%.

Los trastornos de comportamiento perturbador pueden llegar a ser mejores pre-

dictores de problemas graves derivados del abuso de alcohol que otros factores también considerados clave, como el inicio temprano al consumo (Andersson, 2000). Otros estudios se han centrado en analizar el efecto de otras sustancias como la marihuana. Se ha observado que en adolescentes que consumían habitualmente marihuana aparecían más problemas de conducta como ansiedad, depresión, problemas sociales, problemas de atención, conducta delictiva y comportamiento agresivo, si se comparaba con sujetos que no consumían (Greenblatt, 1998). De igual manera se presentan los datos referentes al consumo de tabaco y de drogas ilegales. Petersen y Skrondal (1999) encontraron que todos los patrones de consumo de drogas ilegales estaban altamente asociados con el tabaquismo, el consumo de alcohol y las conductas disruptivas.

La frecuencia de problemas de conducta como los comportamientos perturbadores está directamente relacionada con las tasas de consumo de sustancias. Los trastornos de conducta disruptiva y la depresión estaban asociados con las tasas de consumo más altas, y con el inicio al consumo más temprano, en ambos sexos (Costello et al., 1999; Rooney y Villahoz, 1994).

Otros trastornos de comportamiento perturbador, además de los aquí tratados, se han constatado como predictores del consumo de drogas en adolescentes. Así, Milberger et al. (1997) hallaron, tras cuatro años de seguimiento de una muestra de adolescentes, que el déficit de atención con hiperactividad era un buen predictor del abuso del alcohol, en especial del inicio temprano al consumo. El riesgo era especialmente alto si además del diagnóstico de hiperactividad los sujetos presentaban problemas de conducta. Otros trastornos psicopatológicos, como el trastorno de la personalidad antisocial o la depresión han recibido también la atención investigadora por su estrecha relación con el uso de drogas. Se ha observado que los alumnos que presentaban problemas de conducta y depresión mostraban los mayores niveles de consumo de sustancias (Miller et al., 1998).

Destacamos, por fin, la investigación de Clark et al. (1997), en la que se estudió la psicopatología comórbida en adolescentes consumidores entre 14 y 18 años. Para ello se compararon los trastornos diagnosticados en una muestra de adolescentes con dependencia alcohólica y en un grupo sin adicción, encontrando que el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, la depresión mayor y el trastorno de estrés postraumático presentaban tasas significativamente más altas en el grupo de consumidores de alcohol que en el grupo control. Con menor frecuencia, otros estudios han informado de la relación entre adicción a sustancias por parte de adolescentes con trastornos de ansiedad como la fobia social (Sonntag et al., 2000).

El diagnóstico de trastorno de comportamiento perturbador y uso de drogas puede repercutir en otras áreas de la vida del adolescente, además de la salud, y del entorno socio-familiar. Por ejemplo, Basabe y Páez (1992) encontraron una asociación entre consumo de alcohol y fracaso escolar: cuanto mayor es el número de cursos repetidos y de suspensos en el último año, mayor es el consumo de alcohol.

5. CONCLUSIONES

Todavía no existe una teoría que integre todos los datos disponibles sobre las relaciones existentes entre factores familiares, comportamientos perturbadores, y consumo de drogas, en la adolescencia. Sin embargo, la revisión efectuada en este capítulo permite sistematizar el conocimiento y extraer varias conclusiones sobre el estado actual del campo:

— Desde el punto de vista de la socialización, es posible clasificar el comportamiento del adolescente en cuatro categorías: a) el adolescente responsable, prosocial, caracterizado por el cumplimiento de las órdenes, por el respeto de las normas, y por la ausencia de conflictos con figuras de autoridad, b) el adolescente protestón, discutiador, por el cumplimiento ligeramente conflictivo, c) el adolescente "sordo", "sueco", por el incumplimiento no conflictivo, d) el adolescente retador, antisocial, por el incumplimiento gravemente conflictivo.

— Dentro de la última categoría se incluyen los trastornos del comportamiento perturbador. El trastorno negativista desafiante presenta menor grado de incumplimiento, menor grado de conflictividad, menor persistencia de las conductas problemáticas, y menor nivel de generalización situacional, que el trastorno disocial.

— Los comportamientos perturbadores son resultado de la interacción de variables ambientales y personales. Cuanto más adverso y desorganizado sea el medio, y cuanto mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social presente el adolescente, mayor probabilidad de desarrollar un trastorno del comportamiento perturbador. Los factores de riesgo se dividen en: a) macroambientales, como la influencia negativa de los medios de comunicación, b) microambientales, como el estrés familiar, c) biológicos, como las alteraciones en las respuestas psicofisiológicas; d) psicosociales, como los déficit en habilidades de resolución de conflictos.

— Los factores familiares más relacionados con la aparición de comportamientos perturbadores son: a) problemas y trastornos psicológicos de los padres, especialmente conducta antisocial paterna y depresión materna, b) desavenencias conyugales, sobre todo agresividad y violencia en el hogar, c) relaciones padres-hijo problemáticas, basadas principalmente en la coacción.

— Por un lado, la predisposición individual del niño, puesta de manifiesto en un temperamento difícil, facilita las experiencias tempranas de aprendizaje de comportamientos perturbadores. Por otro, el pobre repertorio de habilidades de control de la disciplina, traducido en tres déficit básicos de los padres: a) déficit en supervisión, b) déficit en habilidades de mando, c) déficit en manejo diferencial de contingencias, conduce al empleo de estilos educativos inadecuados, permisivo o autoritario. La interacción de los factores personales y de los factores familiares conduce a unas relaciones conflictivas padres-hijo, con una elevada tasa de reforzamiento negativo recíproco y modelado negativo de los comportamientos perturbadores.

— Los comportamientos perturbadores constituyen la queja más frecuente de los padres y el motivo principal de solicitud de tratamiento psicológico. Son más frecuen-

tes en el género masculino. El trastorno negativista desafiante suele comenzar antes de los 8 años y su prevalencia se estima entre el 6% y el 9%. El trastorno disocial empieza generalmente después de los 10 años y su prevalencia se sitúa entre el 4% y el 6%. La aparición temprana de comportamientos perturbadores graves se asocia a peor evolución.

— Existe una estrecha relación entre los comportamientos perturbadores y el consumo de drogas en la adolescencia: por un lado, el uso de sustancias se considera unánimemente un factor de riesgo para la realización de conductas antisociales (transgresión de normas, agresiones, acciones delictivas, etc.). Por otra parte, se ha observado que los adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas presentan una mayor prevalencia de diagnósticos de trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, y otros problemas psicopatológicos como depresión e hiperactividad. Los estudios al respecto realizados en nuestro país y en el extranjero, señalan que esta relación se da principalmente con el consumo de alcohol, pero también de marihuana, tabaco, drogas de síntesis, etc.

— En ocasiones, las conductas del niño o del adolescentes de carácter agresivo, la irritabilidad inusual y la ansiedad pueden ser una manifestación de los síntomas asociados al abuso de la sustancia, como los propios del síndrome de abstinencia.

Por último, existen en castellano publicaciones monográficas sobre prevención y tratamiento de los comportamientos perturbadores en el ámbito familiar (Carroles y Pérez-Pareja, 1999; Larroy y De la Puente, 1995; Macià, 2000; Serrano, 1996), y sobre intervención psicológica dirigida a adolescentes que empiezan a consumir tabaco (Becoña, Palomares y García, 1994), alcohol (Secades, 1996), o drogas en general (Macià, 1995)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. (1993). *Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from the CBCL/4-18, TRF, and YSR*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. y Howell, C. T. (1993). Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1145-1154.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: Autor. (Traducción: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995).
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in pre-adolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Andersson, T. (2000). Developmental patterns and the dynamics of alcohol problems in adolescence and young adulthood. En L.R. Bergman y R. B. Cairns, (Eds). *Developmental science and the holistic approach*. (pp. 377-391). Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- Basabe, N. y Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Bilbao: Fundamentos.
- Baum, C. G. (1993). Trastornos de conducta. En T. H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Psicopatología infantil* (pp. 203-231). Barcelona: Martínez Roca. (Original inglés de 1989).
- Becoña, E. (1999). *Psicopatología y tratamiento de las adicciones*. Madrid: UNED – Fundación Universidad – Empresa.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (1994). Tabaco y salud: *Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Borkovec, T. D. (1970). Autonomic reactivity to sensory stimulation in psychopathic, neurotic, and normal juvenile delinquents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 217-222.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Campbell, S. B. (1987). Parent-referred problem three-year-olds: Developmental changes in symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 835-845.
- Carroles, J. A. y Pérez-Pareja, J. (1999). Escuela de padres: *Guía práctica para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil*. Madrid: Pirámide.
- Casas, J. (1998). *Actitudes, habilidades sociales y autocontrol en la prevención del consumo abusivo de alcohol y tabaco*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Chess, S. y Thomas, A. (1977). Temperamental individuality from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 16, 218-226.
- Clark, D. B. y Bukstein, O. G. (1998). Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health and Research World*, 22, 2, 117-121
- Clark, D. B., Pollock, N., Bukstein, O. G., Mezzich, A. C., Bromberger, J. T. y Donovan, J. E. (1997). Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 9, 1195-1203.
- Costello, E. J., Burns, B. J., Angold, A. y Leaf, P. J. (1983). How can epidemiology improve mental health services of children and adolescents? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1106-1117.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E. y Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: Effects of timing and sex. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 3, 298-311
- Deas, D. y Gerding, L. (2000). Alcohol withdrawal in an 11-year old. *American Journal on Addictions*, 9, 1, 94-95.
- Dodge, K. A., Coie, J. D. y Brakke, N. P. (1982). Behavior patterns of socially rejected and neglected preadolescents: The roles of social approach and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 389-410.
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C. y Maclver, D. (1993). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. *American Psychologist*, 48, 90-101.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.
- Forehand, R. y McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. Nueva York: Guilford Press.
- Forehand, R., King, H. E., Peed, S. y Yoder, P. (1975). Mother-child interactions: Comparisons of a noncompliant clinic group and a non-clinic group. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 79-84.
- Forehand, R., Miller, K. S., Dutra, R. y Watts-Chance, M. W. (1997). Role of parenting in adolescent deviant behavior: Replication across and within two ethnic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1036-1041.
- Frick, P. J., Van Horn, Y., Lahey, B. B., Christ, M. A. G., Loeber, R., Hart, E. A., Tannenbaum, I. y Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review*, 13, 319-340.
- Gabrielli, W. F. y Mednick, S. A. (1983). Genetic correlates of criminal behavior. *American Behavioral Scientist*, 27, 59-74.

- Giancola, P. R., Mezzich, A. C. y Tarter, R. E. (1998). Disruptive, delinquent and aggressive behavior in female adolescents with a psychoactive substance use disorder: Relation to executive cognitive functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 5, 560-567
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 2, 249-269.
- Graziano, A. M. y Mooney, K. C. (1984). *Children and behavior therapy*. Nueva York: Aldine.
- Greenblatt, J. C. (1998). *Adolescent self-reported behaviors and their association with marijuana use*. Rockville, MD: Office of Applied Studies.
- Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C. y McMahan, R. J. (1980). An examination of differences between nonclinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 497-500.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M. y Anderson, E. R. (1989). Marital transitions: A child's perspective. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M. y Walder, L. O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 1120-1134.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 453-455.
- Kandel, D. B., Johnson, J. G. Bird, H. R., Weissman, M. M., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Regier, D. A. y Schwab-Stone, M. E. (1999). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: Findings from the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 6, 693-699.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., Hooper, E. W., Fallahi, C., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Rosenberg, T. K. y Reid, J. C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kashani, J. H., Daniel, A. E., Dandoy, A. C. y Holcomb, W. R. (1992). Family violence: Impact on children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 181-189.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K. y Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 701-706.
- Kazdin, A. E. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca. (Original inglés de 1985).
- Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (1994). *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Kazdin, A. E. y Kolko, D. (1986). Parent psychopathology and family functioning among childhood firesetters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 315-329.

- Lahey, B. B., Hartdagen, S. E., Frick, P. J., McBurnett, K., Conner, R. y Hynd, G. W. (1988). Psychopathology and antisocial behavior in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 620-626.
- Lapouse, R. y Monk, M. (1958). An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134-1144.
- Larroy, C. y de la Puente, M. (1995). *El niño desobediente: Estrategias para su control*. Madrid: Pirámide.
- Lerner, J. V. y Vicary, J. R. (1984). Difficult temperament and drug use: Analices from the New York longitudinal study. *Journal of Drug Education*, 14, 1-8.
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez-Fragüela, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerios de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo y de Interior – Universidad de Santiago de Compostela.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Macià, D. (1995). *Las drogas: Conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Macià, D. (2000). *Un adolescente en mi vida: Manual práctico para la educación de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Mariño, M. C., González Forteza, C. y Medina Mora, E. (1999). *Relaciones familiares en adolescentes: resultados en estudiantes y consumidores de drogas*. *Psicología Conductual*, 7, 3, 461-470.
- McMahon, R. J. (1991). El entrenamiento de padres. En V. E. Caballo (Ed.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 445-471). Madrid: Siglo XXI.
- Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe: Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. (1999). *Estudio descriptivo de los motivos de consulta en psicología clínica infantil*. Universidad de Murcia: Manuscrito no publicado.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Wilens, T. y Chu, M. P. (1997). Associations between ADHD and psychoactive substance use disorders. Findings from a longitudinal study of high-risk siblings of ADHD children. *American Journal on Addictions*, 6, 4, 318-329.
- Miller, J. S., Lochman, J. E., Coie, J. D., Terry, R. y Hyman, C. (1998). Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade: substance use outcomes across adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 3, 221- 232.
- Mirón, L., Serrano, G. Godor, A. y Rodríguez, D. (1997). *Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 88, 255-282.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Cambridge, MA: Blackwell.

- Otero-López, J. M. (1997). *Droga y delincuencia: Un acercamiento a la realidad*. Madrid: Pirámide.
- Panella, D. y Henggeler, S. W. (1986). Peer interactions of conduct-disordered, anxious-withdrawn, and well adjusted black adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 1-11.
- Parker, J. G. y Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. y Gullion, M. E. (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R. y Conger, R. E. (1975). *A social learning approach to family intervention (Vol. 1)*. Eugene, OR: Castalia.
- Peine, H. y Howarth, R. (1990). *Padres e hijos: Problemas cotidianos de conducta (6ª Ed.)*. Madrid: Siglo XXI. (Primera edición de 1979).
- Pelechano, V. (1979). *Psicología educativa comunitaria en EGB*. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. (1980). *Terapia familiar comunitaria*. Valencia: Alfaplús.
- Petersen, W. y Skrondal, A. (1999). Ecstasy and new patterns of drug use: a normal population study. *Addiction*, 94, 11, 1695-1796.
- Porter, B. y O'Leary, K. D. (1980). Marital discord and childhood behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 287-295.
- Raine, A. y Venables, P. H. (1984). Tonic heart rate level, social class, and antisocial behaviour in adolescents. *Biological Psychology*, 18, 123-132.
- Reisman, J. M. (Ed.) (1986). *Behavior disorders in infants, children, and adolescents*. Nueva York: Random House.
- Rinn, R.C. y Markle, A. (1984). *Paternalidad positiva: Modificación de conducta en la educación de los hijos (2ª Ed.)*. México: Trillas. (Primera edición de 1981).
- Rooney, J. F. y Villahoz, J. (1994). Análisis de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en una población escolar de EGB y EEMM. *Revista Española de Drogodependencias*, 19, 4, 311-324.
- Russo, M. F., Loeber, R., Lahey, B. B. y Keenan, K. (1994). Oppositional defiant and conduct disorders: Validation of the DSM-III-R and an alternative diagnostic option. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 56-68.
- Rutter, M. (1971). Parent-child separation: Psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 233-260.
- Rutter, M. y Hersov, L. (Eds.) (1985). *Child and adolescent psychiatry*. Boston: Blackwell.
- Secades, R. (1996). *Alcoholismo juvenil: Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

- Serrano, I. (1996). *Agresividad infantil*. Madrid: Pirámide.
- Silva, F. (1987). Evaluación de alteraciones conductuales en niños. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.), *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (3ª Ed., pp. 637-670)*. Madrid: Pirámide.
- Slaby, R. C. y Guerra, N. G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 1. Assessment. *Development Psychology*, 24, 580-588.
- Sonntag, H., Wittche, H. U., Hoefler, M., Kessler, R. C. y Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, 15, 1, 67-74
- Tuma, J. M. (1989). Mental health services for children: The state of the art. *American Psychologist*, 44, 188-199.
- Valero, L. (1996). Trastornos de conducta en niños y adolescentes. En M. C. Luciano (Ed.), *Manual de psicología clínica: Infancia y aprendizaje (pp. 609-638)*. Valencia: Promolibro.
- Verhulst, F. C. y Koot, H. M. (1992). *Child psychiatric epidemiology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wechsler, H., Dowdall, G. W., Davenport, A. y Rimm, E. B. (1995). A gender specific measure of binge drinking among college students. *American Journal of Public Health*, 85, 7, 982-985.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente (3ª Ed.)*. Madrid: Prentice-Hall.
- Winett, R. A. y Winkler, R. C. (1972). Current behavior modification in the classroom: Be still, be quiet, be docile. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5, 499-504.



APÍTULO II

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA EL USO DE LAS DROGAS: UN ESTUDIO EMPÍRICO ESPAÑOL

*Roberto Secades Villa y José Ramón Fernández Hermida
(Universidad de Oviedo)*



NDICE

1. Introducción
 - 1.1 Los factores de riesgo familiares para el uso y abuso de drogas
 - 1.2 Los estudios españoles
 - 1.3 Planteamiento de la investigación
2. Objetivo de la investigación
3. Método
 - 3.1 Sujetos participantes
 - 3.1.1 Diseño muestral
 - 3.1.2 Características descriptivas generales de la muestra de escolares
 - 3.2 Variables e instrumentos
 - 3.3 Procedimiento
4. Análisis de datos
5. Resultados
 - 5.1 Análisis descriptivo del consumo de drogas y los factores de riesgo
 - 5.1.1 Drogas legales
 - 5.1.2 Drogas ilegales
 - 5.1.3 Grado de severidad del uso de drogas
 - 5.1.4 Grado de conflicto entre los padres
 - 5.1.5 Estilo educativo de los padres
 - 5.1.6 Consumo de drogas en padres y familiares
 - 5.1.7 Actitudes de los padres y otros familiares hacia las drogas
 - 5.1.8 Abandono, abuso y maltrato familiar percibido

- 5.2 Relación entre las distintas variables (factores de riesgo) y el consumo de drogas: análisis bivariados
 - 5.2.1 Consumo de drogas y personas con las que convive
 - 5.2.2 Consumo de drogas y conflicto familiar
 - 5.2.3 Consumo de drogas y estilo educativo parental
 - 5.2.4 Consumo de drogas y percepción del consumo de drogas en padres y familiares
 - 5.2.5 Consumo de drogas y actitudes de los padres y otros familiares hacia las drogas
 - 5.2.6 Consumo de drogas y abandono, abuso y maltrato familiar percibido
 - 5.2.7 Consumo de drogas y psicopatología familiar
 - 5.2.8 Consumo de drogas y actitudes educativas de los padres
 - 5.2.9 Consumo de drogas y competencia parental autopercebida
- 5.3 Relación entre las distintas variables (factores de riesgo) y el consumo de drogas: análisis multivariados
- 6. Discusión y conclusiones
 - 6.1 Aspectos metodológicos
 - 6.2 Consumo de drogas
 - 6.3 Factores predictores del consumo de drogas (factores de riesgo familiares)
- 7. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en España es uno de los principales problemas para la salud pública, tanto por lo que se refiere a los costes sociales y económicos que origina, como por la importancia que le confiere la opinión pública.

Las causas que operan sobre el consumo de drogas, en cualquiera de las fases que constituyen el proceso adictivo, son de naturaleza diversa y su dinámica interactiva, por lo que no es extraño que los programas de tratamiento tengan un rendimiento que, en muchos casos, es más pobre de lo que se desea. La complejidad de las causas de la conducta adictiva reduce sustancialmente la eficacia del tratamiento que, forzosamente, está ligado al individuo y es, por lo tanto, parcial y de reducido alcance.

Por lo tanto, en este ámbito de las drogodependencias como en otros de la Sanidad Pública, se ha venido a considerar que la prevención es una faceta de intervención prioritaria y deseable, con una mejor relación coste / beneficio que el tratamiento o la rehabilitación. Sin embargo, una premisa esencial para que esta consideración pueda ser tomada en cuenta seriamente es que la prevención se base en sólidos fundamentos y se encuentre respaldada por la investigación científica.

Estudios realizados durante las dos últimas décadas han intentado determinar el origen y la trayectoria del uso de drogas (cuándo empieza este problema y cómo progresa). Así, se han identificado varios tipos de factores que diferencian a los que usan drogas de los que no las usan.

Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas. Los factores de protección se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas.

El estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención

eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación al consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas. La ausencia de las referencias de los factores predisponentes y facilitadores no permitiría establecer cuales son las necesidades y, por tanto, difícilmente, se podrían conocer los aspectos sobre los que intervenir (Moncada, 1997).

Los factores de riesgo y/o protección se han organizado y clasificado atendiendo a diferentes criterios. La clasificación más tradicional divide los factores de riesgo en dos categorías básicas: individuales y contextuales.

Los factores individuales se refieren a las características de los individuos que determinan una mayor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas. Dentro de los factores sociales, se diferencia el nivel macro-social y el micro-social. El primer nivel agrupa los factores de riesgo externos del individuo que operan a una escala extensa y alejada del consumo. Se trata de factores de carácter estructural, social, económico y cultural. El nivel micro-social se refiere a los contextos ambientales más inmediatos en los que el sujeto se desenvuelve y participa directamente, sobre todo, la escuela, el grupo de iguales y la familia.

En los trabajos de Hawkins, Catalano y Miller (1992) Petterson et al. (1992) Pollard et al. (1997) y Moncada (1997) se pueden encontrar revisiones amplias acerca de estos factores.

1.1. Los factores de riesgo familiares para el uso y abuso de drogas

La importancia del ambiente familiar, particularmente de los padres como determinantes del ajuste psicológico y social de los hijos, está reconocido ampliamente por los especialistas. La familia es el ambiente social básico del niño y el adolescente, por ser el lugar donde pasa gran parte de su tiempo. El contexto familiar puede convertirse en una fuente positiva de adaptación o, por el contrario, de estrés, dependiendo de la calidad de la relación entre los miembros de la familia.

Merikangas, Dierker y Fenton (1998) hablan de dos tipos de factores: factores específicos del consumo de drogas y factores generales de un número amplio de conductas problemáticas en la adolescencia. Estos factores no específicos incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia. Básicamente, se refieren a aspectos relacionados con la estructuración familiar (Tabla 1).

Por tanto, la familia puede incrementar el riesgo del abuso de drogas tanto a través de factores específicos como a través de un amplio rango de factores no específicos que caracterizan el funcionamiento familiar.

Tabla 1.

Factores de riesgo familiares (adaptado de Merikangas, Dierker y Fenton, 1998)

| | |
|-------------------------|--|
| FACTORES ESPECÍFICOS | <ul style="list-style-type: none"> - Exposición a las drogas - Exposición directa (modelados negativos de uso de drogas de los padres) - Actitudes de los padres ante las drogas. |
| FACTORES NO ESPECÍFICOS | <ul style="list-style-type: none"> - Conflicto familiar - Estilo educativo - Exposición a estrés - Psicopatología - Negligencia - Abuso |

Por su parte, Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary (1998), atendiendo a los resultados de los estudios realizados, resumen el estado de la cuestión proponiendo el siguiente listado de correlatos familiares del abuso de drogas en los adolescentes:

- Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo: modelo de los padres o hermanos de valores antisociales y de consumo de drogas, actitudes favorables hacia el uso de drogas, personalidad antisocial, psicopatología o conducta criminal de los padres.
- Prácticas pobres de socialización, incluyendo fallos para promover un desarrollo moral positivo, negligencia para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores prosociales y actitudes desfavorables al uso de drogas en los jóvenes.
- Supervisión ineficaz de las actividades, compañías, etc. de los hijos.
- Disciplina ineficaz: laxa, inconsistente o excesivamente severa. Sobre control o bajo control de los hijos. Expectativas y demandas excesivas o no realistas y castigo físico severo.
- Relaciones pobres entre padres e hijos: ausencia de lazos familiares, negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones maladaptativas entre padres e hijos.
- Conflicto familiar excesivo, con abusos verbales, físicos o sexuales.
- Desorganización familiar y estrés, con frecuencia provocados por la ausencia de habilidades de manejo familiar eficaces.
- Problemas de salud mental, como la depresión, que pueden causar puntos de vista negativos sobre las conductas de los hijos, hostilidad hacia estos o disciplina demasiado severa.
- Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares en el grado de culturización o pérdida de control de los padres sobre el adolescente debido a un menor grado de culturización.

En resumen, las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas son: la relación afectiva y la comunicación padres-hijo, el manejo familiar (disciplina inadecuada) y el uso de drogas y las actitudes favorables a éstas por parte de los padres.

Una revisión exhaustiva de los factores de riesgo familiares puede encontrarse en el capítulo tercero de este monográfico.

1.2. Los estudios españoles

Hasta el momento, las investigaciones sobre los factores de riesgo familiares que se han llevado a cabo en nuestro país son escasas y todas ellas han sido realizadas en ámbitos geográficos muy delimitados. En este apartado, se describirán algunos de los estudios españoles más significativos. En la Tabla 2 se resumen los principales resultados de estos estudios.

Recio (1993, 1995) llevó a cabo un estudio longitudinal de un año de seguimiento, con una muestra final de 1238 estudiantes de BUP y primero de FP de la ciudad de Madrid. Se utilizó un cuestionario autoaplicado en el que se incluía información de diferentes áreas del estilo de vida de los adolescentes, incluido el consumo de drogas legales e ilegales. Los resultados mostraron que las variables relacionadas con el grupo de amigos eran las que mejor predecían el uso de sustancias legales e ilegales de los sujetos. Las variables de la familia que favorecían el consumo de determinadas sustancias de los hijos al año de seguimiento eran las actitudes de los padres ante el uso de algunas drogas, la falta de confianza en los padres las relaciones padres-hijo y las conductas depresivas de los padres.

El trabajo realizado por Ruiz Carrasco, Lozano San Martín y Polaino Lorente (1994) pretendía estudiar la relación existente entre determinados aspectos personales y familiares y el consumo de alcohol y drogas ilegales en la población adolescente. El estudio comparó una población compuesta por dos grupos de 100 adolescentes cada uno, de ambos sexos y con edades comprendidas entre los 15 y 21 años, residentes en el área urbana de Sevilla. El primer grupo, denominado no consumidor, se caracterizaba por ingerir menos de 280 grs./semana de alcohol y por no presentar consumo de drogas ilegales. El segundo grupo denominado consumidor estaba constituido por adolescentes que ingerían una cantidad superior a 280 grs./semana de alcohol y/o otras drogas ilegales.

A los estudiantes se les aplicó una entrevista clínica estructurada en donde se recogían datos socio-demográficos, uso de drogas y otras áreas del estilo de vida. Una aportación interesante de este estudio fue que, además, también se entrevistó a los padres de cada uno de los adolescentes. Los resultados del trabajo mostraron que las variables de la familia que incidían sobre los patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales eran: el grado de formación de los padres, la estabilidad matrimonial y laboral y la frecuencia de consumo de alcohol y otras drogas.

Tabla 2.

Estudios españoles sobre los factores familiares de riesgo de consumo de drogas

| Autores | Lugar | VARIABLES familiares asociadas al consumo de drogas. |
|---------------------------------|----------|--|
| Recio (1993,1995) | Madrid | Actitudes permisivas de los padres ante las drogas. Falta de confianza en las relaciones padre-hijo. Conductas depresivas de los padres. |
| Ruiz Carrasco et al., (1994) | Sevilla | Grado de formación de los padres. Estabilidad matrimonial y laboral. Consumo de alcohol y otras drogas de los padres. Falta de cohesión familiar. Consumo de tabaco y alcohol de los padres. |
| Alonso Sanz y Del Barrio (1994) | Toledo | Actitudes permisivas de los padres ante las drogas. Consumo de sustancias en la familia. Insatisfacción dentro del sistema familiar. |
| Pons et al., (1996, 1999) | Valencia | Dificultades en la relación afectiva con los padres. Estrategias familiares basadas en la reprobación. |
| Muñoz-Rivas y Graña (2001) | Madrid | Conflictos entre el adolescente y sus padres Uso de alcohol por parte del padre Consumo habitual de tranquilizantes por parte de la madre |

Alonso Sanz y Del Barrio (1994) investigaron la influencia del contexto familiar en el consumo de tabaco y alcohol de los hijos. La muestra estaba comprendida por 277 alumnos de 7º curso de EGB de la provincia de Toledo. Los datos socio-demográficos y las variables asociadas al uso de drogas se midieron a través de un cuestionario elaborado "ad hoc" y el ambiente familiar se midió a través del cuestionario "Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales –FACES III" (Olson, Portner y Lavee, 1985). Los resultados mostraron que tener hermanos actuaba como un factor de protección respecto al consumo de tabaco y, especialmente, de alcohol, ya que los sujetos que tenían hermanos se iniciaban más tarde en el consumo de bebidas alcohólicas. La cohesión familiar se relacionó significativamente con el consumo regular de tabaco y alcohol por parte de los hijos. Asimismo, el consumo de tabaco y alcohol de los padres estaban relacionados con el consumo de estas sustancias por parte de los hijos. Los hijos de padres fumadores habían probado el tabaco y tenían intención de fumar en mayor proporción que los hijos de padres no fumadores. Lo mismo sucedía respecto al consumo de alcohol.

De acuerdo con los autores, estos resultados tienen importantes implicaciones para la prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Se reducirá la probabilidad del consumo de drogas si los padres no consumen tabaco o alcohol y, además favorecen el establecimiento de fuertes vínculos entre los miembros de la familia, logrando una elevada cohesión entre ellos. Para ello, sería necesario implemen-

tar estrategias que promovieran una comunicación adecuada entre los miembros de la familia, compartir actividades y, en general, que crearan un sentimiento de proximidad, unión y apoyo entre los miembros de la familia.

Pons y otros (Pons, Berjano y García, 1996; Pons y Berjano, 1999) llevaron a cabo un estudio muy amplio con 1.100 jóvenes de ambos sexos, con edades comprendidas entre 15 y 19 años y escolarizados en centros públicos y privados del municipio de Valencia. Se trataba de determinar las relaciones existentes entre el consumo abusivo de bebidas alcohólicas y una serie de variables asociadas hipotéticamente a este consumo, entre éstas, la influencia de la familia. Para obtener los datos de la investigación, se utilizó un instrumento compuesto por siete escalas alusivas a cada una de los grupos de variables estudiados. Los resultados mostraron una importante mediación sobre el consumo abusivo de alcohol de los grupos de influencia social, sobre todo, de la familia. En concreto, el consumo abusivo de alcohol se encontraba relacionado con: el mantenimiento de actitudes permisivas, el consumo habitual dentro de la familia, especialmente, por parte del padre y los hermanos/as mayores, el consumo elevado de los miembros del grupo de iguales, la percepción de incompreensión e insatisfacción dentro del sistema familiar, las dificultades en la relación afectiva con los padres y con la utilización habitual de estrategias familiares de socialización basadas en la reprobación.

Por último, en un estudio reciente (Muñoz-Rivas y Graña, 2001) se analizó la influencia y el peso diferencial de determinadas variables familiares en el consumo de drogas por parte de los adolescentes. Se utilizó una muestra de 1570 adolescentes de la Comunidad Autónoma de Madrid. Las variables de la relación familiar que se tuvieron en cuenta fueron: la estructura y composición familiar, la existencia de normas de convivencia familiar, la naturaleza de la relación familiar, la vinculación afectiva, la comunicación familiar y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas. Los resultados mostraron que las dimensiones relacionadas con la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres y con el consumo familiar, eran las que predecían un mayor riesgo de uso de sustancias por parte del joven. Así, las disputas frecuentes entre el joven y sus padres y entre éstos entre sí, predecía el consumo de alcohol, tabaco y fármacos o derivados.

Por otra parte, el uso de alcohol por parte del padre era el principal predictor del mismo tipo de consumo en el adolescente; mientras que el consumo habitual de tranquilizantes por parte de la madre se encontraba relacionado con el uso de drogas médicas e ilegales de los jóvenes.

Los autores llaman la atención del hecho de que la existencia en el seno familiar de normas contrarias al uso de drogas ilegales estaba relacionado con un mayor riesgo del uso de alcohol y tabaco. Una interpretación que se ofrece es que el establecimiento de normas claras de rechazo hacia las drogas ilegales puede

provocar la idea de que otras sustancias (alcohol y tabaco) son menos peligrosas al no ser expresamente rechazadas por sus padres (Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

En lo que se refiere a la protección del consumo de drogas, los resultados de este estudio señalan la importancia de la cohesión familiar, confirmando así las conclusiones extraídas de otros trabajos (por ejemplo, Alonso Sanz y Del Barrio, 1994).

1.3. Planteamiento de la investigación

Como se ha visto anteriormente, el consumo abusivo de drogas está determinado, en gran parte, por el contexto interpersonal en el que se desenvuelve el joven. Dentro de estos factores interpersonales, la familia es sin duda uno de los factores principales a la hora de comprender el fenómeno de las drogodependencias. No obstante, la importancia de la contribución de la familia al consumo de drogas es un acercamiento relativamente nuevo, si tenemos en cuenta que, tradicionalmente, el abuso de drogas ha sido visto desde una perspectiva médica y la mayoría de la investigación y propuestas de tratamiento se centraban en el individuo.

Diversos estudios llevados a cabo en el ámbito internacional y también los realizados en nuestro país coinciden en señalar aproximadamente los mismos determinantes familiares del consumo de drogas de los jóvenes y adolescentes.

En general, tres conclusiones claras se podrían extraer sobre los determinantes familiares del consumo de drogas (García-Pindado, 1992): (1) el vínculo paterno-filial, el apego, las relaciones positivas y la comunicación en el hogar van unidos a una probabilidad menor de que los jóvenes ingieran drogas, (2) una disciplina inconsistente e inadecuada y unos métodos educativos incorrectos se asocian con niveles más altos de consumo y (3) se ha encontrado una relación positiva entre la ingestión de drogas legales o ilegales por parte de los padres y el consumo de estas sustancias por parte de los jóvenes.

El conocimiento de los factores de riesgo y protección familiares que operan en la drogodependencia juvenil, dentro del contexto socio-cultural español, puede ser visto como un objetivo esencial en el diseño de cualquier programa preventivo cuyo objeto sea el abuso de drogas entre los jóvenes. Ahora bien, aún no disponemos de una investigación a nivel nacional, con muestras suficientemente representativas, que recoja el peso específico de cada uno de los factores de riesgo y/o protección, lo que nos permitiría diseñar acciones y programas preventivos cada vez más eficaces y ajustados a las necesidades de la población diana.

El estudio que se presenta a continuación se trata de un resumen de un proyecto más amplio, fruto de un Convenio Marco de Colaboración suscrito entre el Plan Nacional sobre Drogas y el Colegio Oficial de Psicólogos.

2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo principal de este estudio es identificar los factores familiares de riesgo que incrementen la vulnerabilidad para el consumo de drogas en jóvenes y adolescentes.

3. MÉTODO

3.1. Sujetos participantes

3.1.1. Diseño muestral

Para la elaboración de los criterios de selección de la muestra, se tuvieron en cuenta criterios demográficos, económicos y culturales. Se recopiló información sobre los centros docentes en España: distribución geográfica, número de centros y distribución por edades.

El diseño muestral adoptado fue el aleatorio por conglomerados en dos etapas o bietápico. El diseño de muestreo bietápico utilizado implica, por un lado, disponer de una lista con las unidades de muestreo primarias o conglomerados, cuya selección como veremos más adelante efectuaremos mediante un muestreo estratificado y, por otro lado, listar las unidades secundarias de muestreo de los conglomerados seleccionados en la primera etapa.

A la hora de seleccionar el número de centros de enseñanza, se asumió que en los conglomerados de tamaño grande, como ocurre en el caso que nos ocupa, la variabilidad entre las unidades que lo configuran será sustancial, mientras que en los conglomerados de tamaño reducido el grado de variación será bastante más reducido.

Aplicado el pertinente algoritmo, y teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, el número de conglomerados a seleccionar resultó ser de 66, lo que representa aproximadamente el 1% de los conglomerados existentes en Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional, de acuerdo con los datos facilitados para el curso 1999-2000 por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Los conglomerados fueron obtenidos teniendo en cuenta que fueran proporcionales al número de centros existentes en las diferentes Comunidades Autónomas y al tamaño del hábitat, conjuntamente. Para ello tras formar cinco estratos de diferente tamaño (centros existentes en municipios de: 1 a 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 100.000, de 100.001 a 250.000 y de más de 250.000) elaboramos un programa informático mediante el cual seleccionamos aleatoriamente 132 conglomerados (66 en lista de espera en previsión de posibles problemas) con probabilidad proporcional, tanto al tamaño de las diferentes Comunidades Autónomas, en nuestro caso al número de centros existentes en las mismas, como al tamaño de los diferentes estratos definidos en función del

hábitat. Por último, en una segunda fase del trabajo, procederemos a seleccionar una muestra aleatoria de dos aulas dentro de cada uno de los centros seleccionados.

3.1.2. Características descriptivas generales de la muestra de escolares

La muestra estuvo compuesta por 2.126 sujetos, distribuidos por casi toda la geografía nacional (con la excepción de Cantabria, Baleares, La Rioja, Las Palmas, Ceuta, Melilla y Cataluña) mediante un sistema de conglomerados por bloques, en el que la unidad ha sido el aula y su representación proporcional ha venido dada por el tamaño de la población en cada Comunidad Autónoma y el tipo de hábitat, tal y como se ha especificado anteriormente. La **distribución de los sujetos por Comunidad Autónoma** puede verse en la Tabla 3.

Tabla 3.
Distribución de la muestra por Comunidades Autónomas

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|----------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Andalucía | 610 | 28,7 | 28,7 | 28,7 |
| Aragón | 67 | 3,2 | 3,2 | 31,8 |
| Asturias | 74 | 3,5 | 3,5 | 35,3 |
| Castilla y León | 176 | 8,3 | 8,3 | 43,6 |
| Castilla-La Mancha | 94 | 4,4 | 4,4 | 48,0 |
| País Vasco | 93 | 4,4 | 4,4 | 52,4 |
| Extremadura | 107 | 5,0 | 5,0 | 57,4 |
| Madrid | 312 | 14,7 | 14,7 | 72,1 |
| Murcia | 137 | 6,4 | 6,4 | 78,6 |
| Comunidad Valenciana | 296 | 13,9 | 13,9 | 92,5 |
| Canarias | 35 | 1,6 | 1,6 | 94,1 |
| Galicia | 125 | 5,9 | 1,6 | 100,0 |
| Total | 2126 | 100,0 | 100,0 | |

En cuanto al **tipo de centro**, la mayoría de sujetos pertenece a centros públicos y concertados, en clara consonancia con la proporción existente en la población general (ver Tabla 4).

La distribución por el **tamaño del municipio** puede verse en la Tabla 5. La mayoría de los sujetos (70%) se concentra en municipios medianos de entre 10.000 y 500.000 habitantes, un tamaño característico de la mayoría de las capitales de provincia y de las principales poblaciones del país. Fuera de este segmento se encuentra el grupo de las grandes capitales (Madrid, Sevilla, Valencia, Bilbao) y el de los municipios rurales o semi-rurales por debajo de los 10.000 habitantes. Si se comparan la Tabla 5 y la Tabla 6, puede observarse que los municipios medianos se encuentran sobre-representados en la muestra a costa de los rurales o semi-rurales. Esta desviación se ha hecho de forma premeditada para asegurar la presencia de una muestra suficiente de sujetos consumidores, que, a priori, se presumen más frecuentes en ámbitos urbanos que en los rurales.

Tabla 4.*Distribución de la muestra según el tipo de centro educativo*

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Privado | 198 | 9,3 | 9,3 | 9,3 |
| Público | 1278 | 60,1 | 60,1 | 69,4 |
| Concertado | 650 | 30,6 | 30,6 | 100,0 |
| Total | 2126 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 5.*Distribución de la muestra según el tamaño de la población*

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|------------------------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Menos de 10.000 | 188 | 8,8 | 8,9 | 8,9 |
| Entre 10.000 y 500.000 | 1494 | 70,3 | 70,3 | 79,2 |
| Más de 500.000 | 442 | 20,8 | 20,8 | 100,0 |
| Perdidos | 2 | ,1 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 6.*Censo del año 1998*

| TAMAÑO DE MUNICIPIO | Nº DE MUNICIPIOS | POBLACIÓN | % DEL TOTAL |
|------------------------|------------------|------------|-------------|
| Menos de 10.000 | 7.472 | 9.683.308 | 24 |
| Entre 10.000 y 500.000 | 620 | 23.209.471 | 58 |
| Mayor de 500.000 | 6 | 6.959.872 | 18 |
| Total | 8.098 | 39.852.651 | |

La media de **edad** es de 13,59 y la desviación típica es 0,85. La distribución puede verse en la Tabla 7. Se puede apreciar que la inmensa mayoría (97,5%) de los sujetos se agrupa en torno a las edades de 12 a los 15 años, aunque el rango abarca desde los 11 a los 20 años. Esta es una de las consecuencias de utilizar como unidad muestral a la clase y no al sujeto. Sin embargo, éste ha sido el único muestreo posible, dada la información disponible por parte de las autoridades educativas.

Aunque el centro del interés se encontraba en el rango de edades mayoritario (ya que el objetivo era detectar un consumo incipiente), no hemos querido excluir al resto de los sujetos con el fin de observar la posible influencia de la edad en algunas variables relacionadas con la percepción del consumo del hijo. Concretamente, se ha pensado que en edades más tempranas el consumo puede no ser detectado, mientras que edades más avanzadas (por encima de

los 15 años) el uso de drogas tiene más probabilidad de ser detectado debido a los problemas de conducta que están asociados. Esta hipótesis se ha podido comprobar parcialmente con posterioridad. El reducido número de casos de consumo detectados por los padres no permite obtener conclusiones fiables de la aplicación de pruebas estadísticas.

Tabla 7.*Censo del año 1998*

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| 11 | 1 | ,0 | ,0 | ,0 |
| 12 | 59 | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| 13 | 1086 | 51,1 | 51,2 | 54,0 |
| 14 | 710 | 33,4 | 33,5 | 87,5 |
| 15 | 212 | 10,0 | 10,0 | 97,5 |
| 16 | 37 | 1,7 | 1,7 | 99,2 |
| 17 | 14 | ,7 | ,7 | 99,2 |
| 18 | 2 | ,1 | ,1 | 100,0 |
| 20 | 1 | ,0 | ,0 | 100,0 |
| Total | 2122 | 99,8 | 100,0 | |
| Perdidos | 4 | ,2 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

La composición por **sexo** es prácticamente paritaria, aunque con una escasa mayoría de mujeres (ver Tabla 8).

Tabla 8.*Distribución de la muestra por género*

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Varón | 1029 | 48,4 | 48,4 | 48,4 |
| Mujer | 1096 | 51,6 | 51,6 | 100,0 |
| Total | 2125 | 100,0 | 100,0 | |
| Perdidos | 1 | ,0 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

Los **cursos escolares** a los que nos ha sido posible acceder para encontrar el rango de edades que buscábamos es el del primer ciclo de la ESO (de primero a cuarto). La distribución de los sujetos por cada curso puede observarse en la Tabla 9.

La mayoría de los sujetos tiene uno o más hermanos, y sólo un 12,7% es hijo único (ver Tabla 10). El número de hermanos medio es de 1,73 y la desviación típica de 1,16.

Tabla 9.
Distribución de la muestra por cursos escolares

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 1 ESO | 56 | 2,6 | 2,6 | 2,6 |
| 2 ESO | 1338 | 62,9 | 63,3 | 65,9 |
| 3 ESO | 681 | 32,0 | 32,2 | 98,2 |
| 4 ESO | 39 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| Total | 2114 | 99,4 | 100,0 | |
| Perdidos | 12 | ,6 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

Tabla 10
Distribución de la muestra según el número de hermanos

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 0 | 271 | 12,7 | 12,7 | 12,7 |
| 1 | 1049 | 49,3 | 49,3 | 62,1 |
| 2 | 498 | 23,4 | 23,4 | 85,5 |
| 3 | 195 | 9,2 | 9,2 | 94,7 |
| 4 | 54 | 2,5 | 2,5 | 97,2 |
| 5 | 33 | 1,6 | 1,6 | 98,8 |
| 6 | 12 | ,6 | ,6 | 99,3 |
| 7 | 1 | ,0 | ,0 | 99,4 |
| 8 | 5 | ,2 | ,2 | 99,6 |
| 9 | 5 | ,2 | ,2 | 99,9 |
| 10 | 2 | ,1 | ,1 | 100,0 |
| 13 | 1 | ,0 | ,0 | 100,0 |
| Total | 2126 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 11
Distribución de la muestra según el núcleo de convivencia

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Ambos padres | 1716 | 80,7 | 81,1 | 81,1 |
| Padre o madre solo | 307 | 14,4 | 14,5 | 95,6 |
| Abuelos o tíos | 15 | ,7 | ,7 | 96,3 |
| Otros familiares | 58 | 2,7 | 2,7 | 99,1 |
| Otras personas | 20 | ,9 | ,9 | 100,0 |
| Total | 2126 | 99,5 | 100,0 | |
| Perdidos | 10 | ,5 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

En cuanto a las **personas con las que conviven** los jóvenes, aproximadamente un 14,5% de los sujetos vive en una familia monoparental (con el padre o la madre), mientras que la mayoría vive en la familia tradicional, con sus dos padres. Un 4,3% vive con sus abuelos, tíos u otros familiares (Tabla 11). Si se pregunta si sus padres viven juntos, un 14,7% dice que no, mientras que un 10,4% afirma que sus padres viven separados. Alrededor de un 3,1% es huérfano de padre, mientras que un 0,6% es huérfano de madre.

Con los datos expuestos hasta ahora, puede describirse el **perfil del sujeto promedio** de esta muestra, cuyas características serían las siguientes: alumno o alumna de 2º curso de ESO de un colegio público o concertado, residente en un municipio de entre 10.000 y 500.000 habitantes, con una edad en el entorno de los 13 años, con uno o dos hermanos, y que vive con sus padres.

3.2. Variables e instrumentos

Las variables que se han tenido en cuenta para la realización de este estudio pertenecen a los factores siguientes:

- (1) Variables sociodemográficas.
- (2) Consumo de drogas.
- (3) Percepción de conflicto familiar.
- (4) Relación con los padres.
- (5) Estilo educativo de los padres.
- (6) Consumo de drogas de los padres.
- (7) Actitudes de los padres acerca de las drogas.
- (8) Abandono, abuso o maltrato.
- (9) Dinámica y conflictividad familiar
- (10) Psicopatología familiar

Se emplearon dos procedimientos para la recogida de la información, un cuestionario y una entrevista familiar. Ambos instrumentos pueden verse en los anexos finales del informe original que recoge esta investigación.

- **Cuestionario de Evaluación de Riesgo Familiar en la Prevención de la Drogodependencia.** Cuestionario elaborado "ad hoc" de aplicación colectiva a los alumnos que, además del apartado sobre identificación sociodemográfica, constaba de varias sub-escalas que recogían información sobre: (1) consumo de drogas, (2) percepción de conflicto familiar, (3) relación con los padres, (4) estilo educativo de los padres, (5) consumo de drogas de los padres, (6) actitudes de los padres sobre las drogas, (7) abandono, abuso o maltrato.

- **Cuestionario Heteroaplicado de Evaluación Familiar.** El instrumento que se aplicó a las familias consistió en una entrevista estructurada y heteroaplicada. Esta entrevista estaba compuesta por las siguientes áreas de evaluación: (1) datos de identificación de parentesco y sociodemográficos, (2) consumo de sustancias de los padres, hermanos y otros familiares que viven en la casa, (3) conocimiento del consumo de drogas de su hijo/a, (4) actitudes hacia las drogas, (5) dinámica y conflictividad familiar, (6) estilo educativo y (7) psicopatología familiar.

3.3. Procedimiento

Paralelamente a la elaboración de los instrumentos se llevó a cabo la selección de los aplicadores. Para tal fin, los responsables de la investigación se pusieron en contacto con las Delegaciones territoriales del Colegio Oficial de Psicólogos pertenecientes a los centros educativos que habían sido seleccionados aleatoriamente para participar en el proyecto. Se seleccionó un aplicador de cada una de las delegaciones territoriales y se llevó a cabo la formación en las tareas de aplicación de los cuestionarios y entrevista con los padres.

Una vez aplicado y corregido el cuestionario, se seleccionaron dos submuestras de 200 sujetos cada una en función del nivel del consumo de drogas. El primer grupo (denominado *no consumidor*) se correspondía con los sujetos que declararon no haber probado nunca ninguna clase de sustancias. El segundo grupo, que denominamos *consumidor*, comprendió aquellos jóvenes que, como mínimo, bebían alcohol frecuentemente (al menos una vez a la semana) y que habían probado en alguna ocasión alguna de las sustancias no legalizadas.

Por último, se aplicó la entrevista clínica estructurada a los padres de los adolescentes de cada uno de los dos grupos: consumidores y no consumidores.

4. ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos se han llevado a cabo análisis de frecuencias, análisis bivariados (chi-cuadrado y t de Student) y análisis multivariados (discriminantes). El paquete estadístico utilizado fue el SPSS 10.0.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo del consumo de drogas y los factores de riesgo

5.1.1. Drogas legales

En el apartado de drogas legales se han incluido las drogas de uso más frecuente: tabaco y alcohol (cerveza, vino, sidra y combinados).

Los resultados obtenidos en el caso del **tabaco** pueden verse en la Tabla 12.

Como se puede observar en la tabla, el 18,3% de los sujetos fuma tabaco frecuentemente (al menos una vez a la semana) o diariamente, mientras que el 28,4% ya lo ha probado y lo utiliza rara vez. Algo más de la mitad de la muestra nunca ha probado esta sustancia.

Tabla 12
Consumo de tabaco

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca | 1117 | 52,5 | 53,3 | 53,3 |
| Rara vez | 595 | 28,0 | 28,4 | 81,7 |
| Frecuentemente | 178 | 8,4 | 8,5 | 90,2 |
| Diariamente | 205 | 9,6 | 9,8 | 100,0 |
| Total | 2095 | 98,5 | 100,0 | |
| Perdidos | 31 | 1,5 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

Tabla 13
Consumo de alcohol

| | NUNCA | | RARA VEZ | | FRECUENTEMENTE | | DIARIAMENTE | |
|----------------------|-------|------|----------|------|----------------|------|-------------|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Cerveza | 1177 | 56,6 | 741 | 35,6 | 142 | 6,8 | 20 | 1,0 |
| Vino | 1146 | 55,3 | 791 | 38,2 | 115 | 5,6 | 20 | 1,0 |
| Sidra | 877 | 42,4 | 1092 | 52,9 | 81 | 3,9 | 16 | 0,8 |
| Licores y combinados | 1193 | 57,7 | 576 | 27,9 | 269 | 13,0 | 28 | 1,4 |

En el caso del **alcohol**, los resultados parecen indicar que el consumo frecuente o diario se encuentra en una banda bastante amplia que va desde el 4,7% del caso de la sidra hasta el 14,4% de los licores o combinados. Esta última cifra es especialmente relevante si se tiene en cuenta que este tipo de bebidas son las que poseen más contenido de alcohol (Tabla 13).

Si observamos las dos columnas etiquetadas como "frecuentemente" (al menos una vez a la semana) y "diariamente" podemos observar que aproximadamente un 8% de la muestra se encuentra bajo ese epígrafe. Sin embargo, con esta distribución no sabemos si son los mismos o diferentes sujetos los que se incluyen en esa columna. Por ello, hemos agrupado el consumo de alcohol en las diferentes bebidas, construyendo una nueva variable con dos valores, que serían los siguientes: (1) El sujeto consume una o más bebidas alcohólicas frecuentemente; (0) El sujeto no consume o consume una o más bebidas alcohólicas rara vez.

De esta forma, eliminamos el consumo esporádico o casual, que probablemente indica sólo que ya se ha probado la bebida en cuestión, y consignamos como consumo de alcohol el uso más o menos habitual (al menos una vez por semana) de cual-

quier bebida alcohólica. En la Tabla 14, se pueden ver los resultados. Aproximadamente el 20% de los sujetos evaluados tiene ya un patrón de consumo frecuente de una o más bebidas alcohólicas.

Tabla 14
Consumo de alcohol (frecuente o diariamente)

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No | 1697 | 79,8 | 80,5 | 80,5 |
| Si | 410 | 19,3 | 19,5 | 100,0 |
| Total | 2107 | 99,1 | 100,0 | |
| Perdidos | 19 | ,9 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

Si evaluamos la intensidad del consumo, nos encontramos que cerca de un 9% consumen frecuentemente más de dos bebidas alcohólicas, mientras que un 10% utiliza sólo una (ver Tabla 15).

Tabla 15
Número de bebidas por número de sujetos

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 0 | 1716 | 80,7 | 80,7 | 80,7 |
| 1 | 220 | 10,3 | 10,3 | 91,1 |
| 2 | 124 | 5,8 | 5,8 | 96,9 |
| 3 | 41 | 1,9 | 1,9 | 98,8 |
| 4 | 25 | 1,2 | 1,2 | 100,0 |
| Total | 2126 | 100,0 | 100,0 | |

Si tenemos en cuenta sólo estas drogas legales, podemos agrupar a los sujetos que consumen más alcohol y tabaco (consumo diario o frecuente de tabaco y de cualquier bebida alcohólica), encontrándose la distribución que se muestra en la Tabla 16.

Aproximadamente un 10% (226 sujetos) de la muestra tiene un consumo significativo de alcohol y tabaco.

Tabla 16
Consumo de drogas legales (alcohol y tabaco)

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Sin consumo importante | 1863 | 87,6 | 89,2 | 89,2 |
| Con consumo importante | 226 | 10,6 | 10,8 | 100,0 |
| Total | 2089 | 98,3 | 100,0 | |
| Perdidos | 37 | 1,7 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

5.1.2. Drogas ilegales

El consumo de drogas ilegales se ha valorado de forma aún más simple. Se pretendió conocer si el sujeto conoce (ha oído hablar de) la droga o si la ha probado. Dada la sensibilidad social existente en este ámbito, nos pareció oportuno no inducir con la pregunta la idea de que este tipo de sustancias se pueden consumir con una intensidad alta o diaria. Por otra parte, para los propósitos de la investigación y por la naturaleza de las drogas evaluadas, nos bastaba con conocer si había algún consumo de alguna de ellas, dado que es muy improbable que a esas edades haya una utilización diaria o frecuente. Los resultados de consumo resumidos pueden verse en la Tabla 17

El consumo declarado de este tipo de sustancias es muy escaso, debido, lógicamente, al rango de edades que se examina y la extracción social de la muestra. El rango se encuentra entre el 1,4 y el 3,8% si eliminamos el caso atípico del hachis. El consumo de esta sustancia tiene bastante relieve, ya que al menos un 14% de la muestra reconoce haberlo probado, un porcentaje que se acerca a las cifras de consumo del alcohol y del tabaco aunque no alcanza su nivel.

Tabla 17
Consumo de drogas ilegales

| | | HE OÍDO HABLAR DE ELLA | LA HE VISTO | LA HE PROBADO |
|---------------------------|---|------------------------|-------------|---------------|
| Cocaína | N | 1793 | 237 | 39 |
| | % | 85,4 | 11,3 | 1,9 |
| Heroína | N | 1823 | 149 | 31 |
| | % | 86,8 | 7,1 | 1,5 |
| Hachis | N | 1062 | 704 | 297 |
| | % | 50,6 | 33,5 | 14,1 |
| Anfetaminas | N | 1507 | 128 | 32 |
| | % | 71,8 | 6,1 | 1,5 |
| Éxtasis | N | 1613 | 119 | 30 |
| | % | 76,8 | 5,7 | 1,4 |
| Codeína | N | 1459 | 53 | 73 |
| | % | 69,5 | 2,5 | 3,5 |
| Pegamento o cola inhalada | N | 1168 | 640 | 80 |
| | % | 55,6 | 30,5 | 3,8 |

5.1.3. Grado de severidad del uso de drogas

La utilización conjunta o separada de las drogas legales e ilegales es una interesante cuestión, ya que permite determinar si el fenómeno de riesgo adictivo se centra en unos pocos sujetos que consumen ambos tipos de sustancias o bien hay una distribución más o menos amplia del tipo de consumo en el grupo de consumi-

dores de la muestra. Si limitamos el consumo de drogas legales a aquellos sujetos que consumen frecuente o diariamente alguna bebida alcohólica y el riesgo de consumo ilegal lo centramos en haber probado alguna sustancia de las incluidas en la pregunta 12 del cuestionario, obtenemos la distribución que puede observarse en la Tabla 18.

El patrón de prueba y/o consumo parece muy variado, ya que aproximadamente existe el mismo porcentaje de sujetos que consumen drogas legales e ilegales en exclusiva o conjuntamente. La población con riesgo adictivo parece alto (el 30% de la muestra), aunque en un 10,5% el riesgo es claramente mayor, ya que tiene un consumo frecuente o diario de bebidas alcohólicas y además ha probado una o más sustancias ilegales. Este será el grupo que definamos como de máximo riesgo (grupo de consumidores) para la presentación de un patrón drogodependencia en comparación con el grupo de menor riesgo formado por los 1458 sujetos (68,9%) que no usa drogas en absoluto (grupo de no consumidores).

Tabla 18
Severidad del consumo de drogas legales e ilegales

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|---------------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Sin consumo importante | 1458 | 68,6 | 68,9 | 68,9 |
| Consumo solo de drogas ilegales | 247 | 11,6 | 11,7 | 80,6 |
| Consumo solo de drogas legales | 188 | 8,8 | 8,9 | 89,5 |
| Consumo en los dos tipos | 222 | 10,4 | 10,5 | 100,0 |
| Total | 2125 | 99,5 | 100,0 | |
| Perdidos | 11 | ,5 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

5.1.4. Grado de conflicto entre los padres

La conflictividad familiar se evalúa en el Cuestionario desde tres perspectivas. La primera hace referencia a la percepción que el sujeto tiene de la conflictividad paterna, la segunda evalúa su relación con sus padres y otros miembros de la familia y la tercera hace inventario de las actividades que hace el sujeto con sus padres a lo largo de la semana.

La conflictividad paterna se ha evaluado en el presente Cuestionario a través de 4 ítems que preguntan tanto sobre la existencia del posible conflicto desde la perspectiva del hijo como sobre la repercusión que tiene sobre éste. Los resultados obtenidos pueden verse resumidos en la Tabla 19.

Lo primero que hay que advertir, antes de analizar los resultados, es que alrededor de un 10% de la muestra no contesta a las preguntas. Sin embargo, esto no

puede atribuirse a una deficiente comprensión de o a un rechazo a contestar dichas preguntas, sino que en la mayoría de esos casos, los encuestados no viven con ambas figuras paternas por lo que no pueden contestar. En este sentido, y dado que aproximadamente un 20% de la muestra no vive con ambos padres, hay que sobreentender que algunos sujetos han cambiado la mención a los "padres" por "adultos" con los que convive, o que han contestado simplemente "no".

Tabla 19
Percepción de conflicto familiar

| | NO | | A VECES | | SIEMPRE | |
|--|-----|-------|---------|-------|---------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Mis padres discuten o se disgustan el uno con el otro | 998 | 52,1% | 869 | 45,8% | 41 | 2,2% |
| Me preocupo de lo que me pueda pasar cuando mis padres discuten | 967 | 52,6% | 561 | 30,5% | 312 | 17,0% |
| Cuando mis padres tienen problemas, normalmente pueden resolverlos | 219 | 11,8% | 287 | 15,4% | 1354 | 72,8% |
| Me altero mucho cuando mis padres discuten | 922 | 50,4% | 596 | 32,6% | 312 | 17,0% |

Parece haber muy alta conflictividad en el 2,2% de los casos (primer ítem) en los que se percibe un estado continuo de enfrentamiento entre los padres, aunque en el tercer ítem puede apreciarse que en un 11,8% de los casos hay una perspectiva pesimista sobre las posibilidades de arreglo en caso de desavenencias, lo que puede señalar una percepción de conflicto considerable. La percepción de peligro significativo en caso de conflicto es más frecuente – 17% (segundo y cuarto ítem).

Se puede confeccionar una puntuación global que indique el grado de conflictividad total percibido por el sujeto. Para calcular dicha puntuación sumaremos las puntuaciones obtenidas en cada uno de las cuatro preguntas, teniendo en cuenta el sentido inverso del ítem 3. La interpretación es simple, a mayor puntuación mayor conflicto percibido. Los estadísticos básicos pueden verse en la Tabla 20.

Tabla 20
Estadísticos descriptivos de la variable: percepción de conflicto en los padres

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP |
|---|--------------|--------|--------|-------|-----------|
| Percepción de conflicto N válido (según lista) | 1799 1799 | 0 | 8 | 2,23 | 1,72 |

La calidad de la relación con los padres y otros familiares, tal y como es percibida por el hijo, se ha evaluado mediante una pregunta con cuatro apartados: relación con el padre, la madre, los hermanos y otros familiares. La distribución de las puntuaciones puede verse en la Tabla 21.

Tabla 21
Calidad de la relación con la familia

| | | MUY BIEN | BIEN | BASTANTE MAL | MUY MAL | NO TENGO RELACIÓN |
|------------------|---|----------|-------|--------------|---------|-------------------|
| Padre | N | 1262 | 648 | 62 | 23 | 68 |
| | % | 61,2% | 31,4% | 3,0% | 1,1% | 3,3% |
| Madre | N | 1508 | 513 | 47 | 16 | 13 |
| | % | 71,9% | 24,5% | 2,2% | ,8% | ,6% |
| Hermanos/as | N | 918 | 719 | 163 | 43 | 39 |
| | % | 48,4% | 38,2% | 8,7% | 2,3% | 2,1% |
| Otros familiares | N | 683 | 504 | 32 | 16 | 93 |
| | % | 51,4% | 38,0% | 2,4% | 1,2% | 7,0% |

Como puede observarse, la relación entre padre/madre e hijo es percibida, en general, como buena o muy buena. Algo peor es entre hermanos o con otros familiares que conviven con el sujeto. La relación con la madre es la mejor valorada, sólo un 3,6% la valora negativamente, frente a un 7,4% en el caso del padre.

Como en otros apartados, podemos confeccionar una puntuación que nos permita tener una perspectiva global de la calidad de la relación tal y como la perciben los sujetos. Dicha puntuación la denominaremos "Valoración de la calidad la relación familiar" y se confeccionará obteniendo la media de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuatro ítems, con la salvedad de que la opción "No tengo relación" se excluirá del cálculo y que las equivalencias numéricas serán las siguientes: Muy bien =1 ... Muy mal = 4). Según esta regla, el rango posible de la puntuación combinada sería 1 – 4. En la Tabla 22 se pueden apreciar los principales estadísticos de esta variable.

Tabla 22
Estadísticos descriptivos de la Valoración de la calidad de la relación familiar

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP |
|-----------------------------|------|--------|--------|--------|-----------|
| Valoración Calidad Relación | 2110 | 1,00 | 4,00 | 1,4671 | ,4634 |
| N válido (según lista) | 2110 | | | | |

En lo que se refiere a las actividades realizadas junto con los padres, los resultados pueden verse en la Tabla 23.

Hay una buena dispersión en las respuestas, aunque las actividades más frecuentemente compartidas en familia son las comidas, ver la televisión y las confidencias sobre lo que ha pasado en el día. Por otra parte, visitar a los parientes y hacer

deporte son las actividades que menos se realizan en común.

Pero, ¿cuál es la utilidad de esta variable en relación con el consumo de drogas? La hipótesis que se podría formular es que los niños más desatendidos y menos supervisados por los adultos de su familia (es decir que realizan actividades conjuntas menos frecuentemente) tienen más posibilidades de consumir drogas. Para comprobar esta idea podemos establecer una puntuación resumen que nos de una idea conjunta de la frecuencia con la que los niños comparten con su familia este tipo de actividades comunes. Para ello, lo que se ha hecho es obtener la puntuación media que resulta de dividir la suma de las puntuaciones obtenidas en cada escala Likert por el número de las actividades.

Tabla 23
Frecuencia semanal de actividades con la familia

| | | NUNCA | ALGÚN DÍA | CASI TODOS LOS DÍAS | TODOS LOS DÍAS |
|------------------------------------|----------|-------|-----------|---------------------|----------------|
| Comer o cenar | Recuento | 47 | 166 | 422 | 1474 |
| | % | 2,2% | 7,9% | 20,0% | 69,9% |
| Ver la TV | Recuento | 46 | 375 | 687 | 1001 |
| | % | 2,2% | 17,8% | 32,6% | 47,5% |
| Arreglar la casa | Recuento | 279 | 1002 | 529 | 287 |
| | % | 13,3% | 47,8% | 25,2% | 13,7% |
| Hacer los deberes | Recuento | 684 | 657 | 305 | 451 |
| | % | 32,6% | 31,3% | 14,5% | 21,5% |
| Hacer deporte | Recuento | 872 | 738 | 275 | 212 |
| | % | 41,6% | 35,2% | 13,1% | 10,1% |
| Visitar a los parientes | Recuento | 86 | 1339 | 505 | 162 |
| | % | 4,1% | 64,0% | 24,1% | 7,7% |
| Hablar sobre lo que pasó en el día | Recuento | 248 | 593 | 606 | 653 |
| | % | 11,8% | 28,2% | 28,9% | 31,1% |

5.1.5. Estilo educativo de los padres

En este apartado se pretende valorar la percepción que tiene el niño de la existencia y rigidez de normas familiares y la fuente de autoridad que las dicta. Para la evaluación de esta variable se han planteado dos preguntas. En la primera se pide que valoren la frecuencia con la que la familia les exige que cumplan ciertas normas familiares, mientras que en la segunda se solicita que indiquen quién o quienes son los responsables de dictar dichas normas. Los resultados de la primera pregunta pueden verse en la Tabla 24.

Todos los ítems de esta pregunta parecen pertinentes, ya que, en mayor o menor medida, todas estas reglas se aplican en los hogares de los encuestados. Sin lugar a dudas, las normas frente al uso de drogas legales e ilegales son las que con más unanimidad e insistencia imponen las familias, seguidas de la necesidad del trabajo escolar después de clase.

Tabla 24
Frecuencia de cumplimiento normas familiares

| | | SIEMPRE | CASI SIEMPRE | UNAS VECES SI Y OTRAS NO | CASI NUNCA | NUNCA | TOTAL |
|--|---|---------|--------------|--------------------------|------------|-------|--------|
| Regresar a una hora fija cuando salgo | N | 958 | 465 | 405 | 163 | 113 | 2104 |
| | % | 45,5% | 22,1% | 19,2% | 7,7% | 5,4% | 100,0% |
| Hacer los deberes al regresar de clase | N | 1049 | 396 | 277 | 176 | 200 | 2098 |
| | % | 50,0% | 18,9% | 13,2% | 8,4% | 9,5% | 100,0% |
| Salir sólo durante los fines de semana | N | 508 | 379 | 375 | 271 | 562 | 2095 |
| | % | 24,2% | 18,1% | 17,9% | 12,9% | 26,8% | 100,0% |
| Acostarme a una hora fija | N | 242 | 346 | 400 | 385 | 722 | 2095 |
| | % | 11,6% | 16,5% | 19,1% | 18,4% | 34,5% | 100,0% |
| Vestirme y arreglarme correctamente | N | 837 | 358 | 272 | 234 | 397 | 2098 |
| | % | 39,9% | 17,1% | 13,0% | 11,2% | 18,9% | 100,0% |
| Evitar cierto tipo de amistades | N | 621 | 349 | 398 | 327 | 397 | 2092 |
| | % | 29,7% | 16,7% | 19,0% | 15,6% | 19,0% | 100,0% |
| Comer o cenar en familia | N | 947 | 518 | 293 | 143 | 198 | 2099 |
| | % | 45,1% | 24,7% | 14,0% | 6,8% | 9,4% | 100,0% |
| Participar en tareas domésticas | N | 988 | 516 | 343 | 130 | 120 | 2097 |
| | % | 47,1% | 24,6% | 16,4% | 6,2% | 5,7% | 100,0% |
| No fumar | N | 1447 | 120 | 80 | 96 | 354 | 2097 |
| | % | 69,0% | 5,7% | 3,8% | 4,6% | 16,9% | 100,0% |
| No beber alcohol | N | 1403 | 164 | 108 | 84 | 336 | 2095 |
| | % | 67,0% | 7,8% | 5,2% | 4,0% | 16,0% | 100,0% |
| No probar drogas | N | 1603 | 65 | 39 | 36 | 354 | 2097 |
| | % | 76,4% | 3,1% | 1,9% | 1,7% | 16,9% | 100,0% |

Puede confeccionarse una puntuación resumen formada por la suma de las puntuaciones obtenidas en cada caso y que represente, en cierta medida, el control familiar sobre el sujeto. La puntuación asignada a cada ítem se establece mediante la siguiente equivalencia 1 = Siempre; 2 = Casi siempre; 3 = A veces; 4 = Casi nunca y 5 = Nunca. A tenor de estas equivalencias, la puntuación resumen indicará tanta más rigidez en la aplicación de las normas cuanto menor sea la media que se obtenga. Los estadísticos básicos de esta nueva variable pueden verse en la Tabla 25.

Tabla 25
Estadísticos descriptivos Control Familiar Percibido

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP |
|----------------------------|------|--------|--------|-------|-----------|
| Control Familiar Percibido | 2107 | 11 | 55 | 25,54 | 8,50 |
| N válido (según lista) | 2107 | | | | |

En lo que se refiere a la segunda pregunta, sobre la fuente de autoridad que dicta las normas familiares, los resultados pueden verse en la siguiente Tabla 26. La mayoría (49,2%) percibe las normas como impuestas por los padres y un

porcentaje sustancial (24,7%) parece encuadrarse dentro de un estilo formalmente "democrático", con los propios sujetos participando en las decisiones que les afectan. Solo el 3,26% reconoce un estilo permisivo en la forma de educar de sus padres.

Tabla 26
¿Quién decide las normas familiares que me afectan?

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|---------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mi padre y mi madre | 1022 | 48,1 | 49,2 | 49,2 |
| Mi padre | 173 | 8,1 | 8,3 | 57,5 |
| Mi madre | 281 | 13,2 | 13,5 | 71,1 |
| Conjuntamente | 525 | 24,7 | 25,3 | 96,3 |
| Yo solo | 76 | 3,6 | 3,7 | 100,0 |
| Total | 2077 | 97,7 | 100,0 | |
| Perdidos | 49 | 2,3 | | |
| Total | 2126 | 100,0 | | |

5.1.6. Consumo de drogas en padres y familiares

En este apartado se recoge información sobre la percepción que tiene el niño del consumo de drogas en su familia. No se pretende obtener una información fidedigna de dicho consumo, sino que interesa más conocer la idea que tiene el niño del consumo de drogas en su familia debido a que se sospecha que es esta idea la que realmente determina su comportamiento frente a las drogas.

Las pesquisas fundamentales se dirigen a las drogas legales, cuyo consumo es fácilmente detectado, aunque también se formula alguna pregunta genérica dirigida al consumo de fármacos y "drogas".

El ítem que hace referencia a "fármacos" tiene una interpretación imprecisa (pueden ser medicamentos no psicotrofos dirigidos a tratar alguna dolencia física).

Como en apartados anteriores, la información se recoge mediante opciones fácilmente trasladables a escalas Likert, con lo que se facilita la interpretación de los resultados que pueden verse en la Tabla 27.

Salvo en lo que se refiere al tabaco, los sujetos, en su mayoría, no aprecian un fuerte consumo de drogas en su familia. En algún ítem es llamativo el número de casos perdidos, pero son perfectamente explicables si tenemos en cuenta que no es posible contestar a algunas opciones si no se tiene el familiar por el que se pregunta.

Como en casos anteriores, puede construirse una variable resumen que indique el grado en el que el sujeto percibe consumo familiar de drogas. Este indicador puede obtenerse por la simple suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems anteriores. Los estadísticos básicos de la variable pueden verse en la Tabla 28.

Tabla 27*Percepción de consumo drogas legales en la familia*

| | | NADA | POCO | BASTANTE | MUCHO | TOTAL |
|--|---|-------|-------|----------|-------|--------|
| Mi padre bebe alcohol | N | 565 | 1281 | 172 | 32 | 2050 |
| | % | 27,6% | 62,5% | 8,4% | 1,6% | 100,0% |
| Mi madre bebe alcohol | N | 1250 | 802 | 32 | 18 | 2102 |
| | % | 59,5% | 38,2% | 1,5% | ,9% | 100,0% |
| Mi padre fuma | N | 964 | 284 | 465 | 340 | 2053 |
| | % | 47,0% | 13,8% | 22,6% | 16,6% | 100,0% |
| Mi madre fuma | N | 1187 | 338 | 366 | 204 | 2095 |
| | % | 56,7% | 16,1% | 17,5% | 9,7% | 100,0% |
| Algunos de mis hermanos fuma | N | 1288 | 227 | 259 | 129 | 1903 |
| | % | 67,7% | 11,9% | 13,6% | 6,8% | 100,0% |
| Algunos de mis hermanos bebe alcohol | N | 1232 | 498 | 121 | 44 | 1895 |
| | % | 65,0% | 26,3% | 6,4% | 2,3% | 100,0% |
| Mi familia consume medicamentos para los nervios | N | 1605 | 333 | 103 | 33 | 2074 |
| | % | 77,4% | 16,1% | 5,0% | 1,6% | 100,0% |
| En mi familia se consumen drogas | N | 2009 | 52 | 17 | 18 | 2096 |
| | % | 95,8% | 2,5% | ,8% | ,9% | 100,0% |

Tabla 28*Estadísticos descriptivos Consumo Familiar Percibido*

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP |
|----------------------------|------|--------|--------|---------|-----------|
| Control Familiar Percibido | 2114 | 2,00 | 32,00 | 12,1131 | 3,3746 |
| N válido (según lista) | 2114 | | | | |

5.1.7. Actitudes de los padres y otros familiares hacia las drogas

En este apartado se pretende recoger información sobre la percepción del niño sobre las actitudes que tienen los padres y otros familiares frente a las drogas. Para ello se plantean dos tipos de preguntas. En el primero, se le pide que valore la intensidad de la reacción, en cada familiar, frente a un posible consumo de distintas drogas por su parte (tabaco, alcohol, drogas). El supuesto que subyace a este tipo de preguntas, es que cuánto más intensa sea la reacción prevista del familiar más fuerte será la resistencia a consumir drogas, dado que se prevé una reacción más negativa del entorno. El segundo tipo de pregunta inquiriere sobre la frecuencia con la que los familiares le advierten sobre los peligros del consumo de drogas. Esta frecuencia es también una medida del rechazo familiar al consumo de drogas, aunque puede encontrarse afectada por un estilo educativo excesivamente permisivo o "poco prohibitivo". Este estilo puede considerar poco conveniente transmitir normas o prohibiciones, de tal forma que, aunque exista un rechazo al consumo de drogas, esta norma no se traslade de forma

reiterada al hijo, con lo que éste informará de una baja frecuencia y nosotros inferiremos una actitud más condescendiente con el consumo.

Los resultados referentes al primer tipo de preguntas pueden verse en las Tablas 29, 30 y 31.

Lo primero que puede observarse es que los sujetos son conscientes de que no todas las drogas suscitan el mismo tipo de rechazo. "Las drogas" es el grupo que más rechazo suscita, seguido del tabaco y del alcohol. Es necesario aclarar que para la realización de este gráfico se ha hecho una media de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems de las tres primeras preguntas siguiendo la siguiente equivalencia (se disgustaría mucho = 1; se disgustaría bastante = 2; se disgustaría = 3; se disgustaría sólo un poco = 4 y le daría igual = 5). De esa manera, obtendremos el rechazo medio de cada familiar en cada una de las drogas evaluadas: tabaco, alcohol y "drogas". Cuanto más baja sea la puntuación más alto será el rechazo promedio.

Tabla 29*Percepción de la reacción familiar al consumo de tabaco*

| | | TU PADRE | TU MADRE | TUS HERMANOS | TUS ABUELOS | OTROS FAMILIARES |
|-------------------------|---|----------|----------|--------------|-------------|------------------|
| Se disgustaría mucho | N | 1399 | 1482 | 565 | 1299 | 903 |
| | % | 68,6% | 71,0% | 30,3% | 63,9% | 43,8% |
| Se disgustaría bastante | N | 318 | 332 | 334 | 363 | 436 |
| | % | 15,6% | 15,9% | 17,9% | 17,8% | 21,2% |
| Se disgustaría | N | 199 | 168 | 273 | 208 | 387 |
| | % | 9,8% | 8,0% | 14,6% | 10,2% | 18,8% |
| Se disgustaría poco | N | 72 | 67 | 210 | 77 | 157 |
| | % | 3,5% | 3,2% | 11,3% | 3,8% | 7,6% |
| Le daría igual | N | 50 | 39 | 484 | 87 | 177 |
| | % | 2,5% | 1,9% | 25,9% | 4,3% | 8,6% |
| Total | N | 2038 | 2088 | 1866 | 2034 | 2060 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Como puede observarse, no todas las personas de la familia expresan la misma intensidad de crítica. La madre es la figura más crítica y los hermanos la más permisiva.

A partir de las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los ítems de las tres variables, es posible construir varias variables resumen. En un primer momento se construirán dos. La primera abarcará la media de las puntuaciones obtenidas en los distintos ítems de las dos primeras preguntas y representará el rechazo familiar percibido frente a las drogas legales. La segunda seguirá la misma lógica pero con los ítems de la tercera variable y representará el rechazo familiar percibido frente a las drogas ilegales. Los estadísticos básicos de ambas variables pueden verse en la Tabla 32.

Tabla 30

Percepción de la reacción familiar al consumo de alcohol

| | | TU PADRE | TU MADRE | TUS HERMANOS | TUS ABUELOS | OTROS FAMILIARES |
|-------------------------|---|----------|----------|-----------------|----------------|---------------------|
| Se disgustaria mucho | N | 1238 | 1336 | 609 | 1177 | 895 |
| | % | 61,1% | 64,2% | 32,8% | 58,0% | 43,5% |
| Se disgustaria bastante | N | 386 | 420 | 321 | 398 | 438 |
| | % | 19,1% | 20,2% | 17,3% | 19,6% | 21,3% |
| Se disgustaria poco | N | 231 | 188 | 269 | 251 | 369 |
| | % | 11,4% | 9,0% | 14,5% | 12,4% | 17,9% |
| Le daría igual | N | 107 | 93 | 173 | 106 | 163 |
| | % | 5,3% | 4,5% | 9,3% | 5,2% | 7,9% |
| Total | N | 63 | 45 | 487 | 96 | 191 |
| | % | 3,1% | 2,2% | 26,2% | 4,7% | 9,3% |
| | N | 2025 | 2082 | 1859 | 2028 | 2056 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Tabla 31

Percepción de la reacción familiar al consumo de drogas ilegales

| | | TU PADRE | TU MADRE | TUS HERMANOS | TUS ABUELOS | OTROS FAMILIARES |
|-------------------------|---|----------|----------|-----------------|----------------|---------------------|
| Se disgustaria mucho | N | 1837 | 1906 | 1445 | 1811 | 1730 |
| | % | 90,9% | 91,8% | 77,4% | 89,2% | 84,3% |
| Se disgustaria bastante | N | 136 | 135 | 189 | 152 | 199 |
| | % | 6,7% | 6,5% | 10,1% | 7,5% | 9,7% |
| Se disgustaria poco | N | 14 | 12 | 68 | 34 | 63 |
| | % | ,7% | ,6% | 3,6% | 1,7% | 3,1% |
| Le daría igual | N | 13 | 9 | 40 | 13 | 23 |
| | % | ,6% | ,4% | 2,1% | ,6% | 1,1% |
| Total | N | 20 | 15 | 124 | 21 | 37 |
| | % | 1,0% | ,7% | 6,6% | 1,0% | 1,8% |
| | N | 2020 | 2077 | 1866 | 2031 | 2052 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Tabla 32

Estadísticos descriptivos del Rechazo Familiar Percibido

| | N | MÍNIMO | MÁXIMO | MEDIA | DESV. TÍP |
|--|------|--------|--------|--------|-----------|
| Rechazo familiar percibido drogas legales | 2116 | 1,00 | 5,00 | 1,9583 | ,8603 |
| Rechazo familiar percibido drogas ilegales | 2088 | 1,00 | 5,00 | 1,2328 | ,5246 |
| N válido (según lista) | 2088 | | | | |

El rechazo global a cada tipo de droga evaluada se refleja también en el comportamiento de los padres, tal y como es percibido por los chicos. Así, refieren más advertencias ligadas a las drogas, después al tabaco y, por último, al alcohol (ver Tabla 33).

En todos los casos, el nivel del rechazo es alto y perfectamente consistente con nuestra cultura.

Tabla 33

Frecuencia consejo familiar frente a las drogas

| | | NUNCA | RARA VEZ | CASI SIEMPRE | SIEMPRE | TOTAL |
|----------------------------------|---|-------|----------|-----------------|---------|--------|
| Fumar | N | 172 | 435 | 788 | 691 | 2086 |
| | % | 8,2% | 20,9% | 37,8% | 33,1% | 100,0% |
| Tomar alcohol | N | 205 | 467 | 698 | 719 | 2089 |
| | % | 9,8% | 22,4% | 33,4% | 34,4% | 100,0% |
| Consumir drogas | N | 226 | 205 | 423 | 1233 | 2087 |
| | % | 10,8% | 9,8% | 20,3% | 59,1% | 100,0% |
| Andar con personas que se drogan | N | 262 | 224 | 485 | 1114 | 2085 |
| | % | 12,6% | 10,7% | 23,3% | 53,4% | 100,0% |

5.1.8. Abandono, abuso y maltrato familiar percibido

En esta pregunta se recoge información sobre la percepción que tiene el sujeto sobre el trato familiar. Los cuatro ítems hacen referencia a la presencia de ideas de abandono o menosprecio por parte de la familia y a la posible existencia de una percepción de malos tratos infligidos tanto por los padres como por otros familiares. Los resultados pueden verse en la Tabla 34.

Tabla 34

Percepción del maltrato familiar

| | | ESTOY DE ACUERDO | NO ESTOY SEGURO | NO ES CIERTO | TOTAL |
|---|---|---------------------|--------------------|-----------------|--------|
| Siento que mis padres me quieren | N | 1942 | 107 | 40 | 2089 |
| | % | 93,0% | 5,1% | 1,9% | 100,0% |
| Mis padres se preocupan por mí | N | 1972 | 79 | 32 | 2083 |
| | % | 94,7% | 3,8% | 1,5% | 100,0% |
| Me siento maltratado por mis padres | N | 54 | 75 | 1951 | 2080 |
| | % | 2,6% | 3,6% | 93,8% | 100,0% |
| Hay personas en la familia que me maltratan | N | 74 | 76 | 1932 | 2082 |
| | % | 3,6% | 3,7% | 92,8% | 100,0% |

La característica más significativa de esta pregunta es la bajísima variabilidad que presenta, siendo el porcentaje de niños que se sienten maltratados o no queridos por sus padres muy bajo.

5.2. Relación entre las distintas variables (factores de riesgo) y el consumo de drogas: análisis bivariados

En este apartado se van a realizar diversos tipos de análisis bivariados que tienen como finalidad explorar la relación existente entre el consumo de drogas y las distintas variables "predictoras" que se han incluido en el Cuestionario aplicado a los adolescentes.

La variable de Consumo que, de forma sistemática, se va a utilizar es la que aparece reflejada en la Tabla 18. El grupo de consumidores (N = 222) será el de más alto riesgo (consumo de drogas legales e ilegales) y el de no consumidores (N = 1458) será el que no consume ninguna sustancia en absoluto. Esta segmentación maximizará el contraste, aunque, en contrapartida, se perderán un buen número de sujetos en el análisis (N se reduce de 2.126 a 1.680).

5.2.1. Consumo de drogas y personas con las que convive

En este apartado se analiza la relación existente entre los ítems 8.1 (Mis padres viven juntos), 8.2 (Mis padres viven separados) y el consumo (ver Tablas 35 y 36).

Tabla 35

Convivencia con ambos padres y consumo de drogas

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|-------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| No | Recuento | 199 | 43 | 242 |
| | Frecuencia esperada | 210,0 | 32,0 | 242,0 |
| Si | Recuento | 1259 | 179 | 1438 |
| | Frecuencia esperada | 1248,0 | 190,0 | 1438,0 |
| Total | Recuento | 1458 | 222 | 1680 |
| | Frecuencia esperada | 1458,0 | 222,0 | 1680,0 |

Tabla 36

Convivencia con un solo padre y consumo de drogas

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|-------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| No | Recuento | 1318 | 188 | 1506 |
| | Frecuencia esperada | 1307,0 | 199,0 | 1506,0 |
| Si | Recuento | 140 | 34 | 174 |
| | Frecuencia esperada | 151,0 | 23,0 | 174,0 |
| Total | Recuento | 1458 | 222 | 1680 |
| | Frecuencia esperada | 1458,0 | 222,0 | 1680,0 |

Ambos ítems guardan una relación estadísticamente significativa con el Consumo (ítem 8.1: $\chi^2 = 4,660$ con corrección de continuidad, gl =1, $p < 0,05$; ítem 8.2: $\chi^2 = 6,773$ con corrección de continuidad, gl =1, $p < 0,00$).

Cuando se analiza la relación del Consumo con otras variables que miden otros aspectos de la convivencia, como el parentesco de las personas que conviven con el sujeto, o si es huérfano de padre o madre, no se encuentra relación significativa alguna.

5.2.2. Consumo de drogas y conflicto familiar

De acuerdo con lo explicado en el apartado 5.1.4., la medida de la percepción de conflicto se ha hecho mediante la utilización de tres variables. La primera hace referencia al conflicto interparental, la segunda a la relación del sujeto con la familia y la tercera evalúa la frecuencia con la que el encuestado hace actividades comunes con su familia cercana.

La puntuación en la variable "percepción de conflicto interparental" se ha obtenido mediante una puntuación resumen de las respuestas a los ítems de la pregunta 15. Si analizamos la diferencia de medias obtenidas en esa puntuación resumen en las dos muestras de consumidores y no consumidores, veremos que el resultado es estadísticamente significativo ($t = -3,039$; gl = 228,306; $p < 0,00$; x consumidores = 2,58 - $\sigma = 1,94$ y x no consumidores = 2,13 - $\sigma = 1,65$; diferencia de medias = 0,45). Los consumidores perciben más conflicto interparental que los no consumidores, aunque, en general, el conflicto percibido es relativamente bajo en las dos muestras.

La percepción de la relación entre el sujeto y su familia más cercana (la que convive con él) también se ha resumido en una puntuación que sintetiza las contestaciones a la pregunta 16, tal y como se explicó en el apartado 5.1.4. Otra vez, los consumidores perciben una peor relación con su familia cercana que los no consumidores. La diferencia de medias obtenidas en la variable resumen es estadísticamente significativa ($t = -7,246$; gl = 257,257; $p < 0,00$; x consumidores = 1,70 - $\sigma = 0,55$ y x no consumidores = 1,41 - $\sigma = 0,43$; diferencia de medias = 0,29). Esta peor relación se extiende a todos los miembros que se evalúan en la pregunta, obteniéndose ítem a ítem una mayor probabilidad en los consumidores de tener una peor relación de la que sería esperable por azar. En la Tabla 37 pueden verse los diferentes valores de chi-cuadrado obtenidos al cruzar la variable Consumo con la Percepción de la relación con la familia.

La tercera variable hace referencia a la frecuencia con la que el sujeto realiza actividades conjuntas con sus padres. Las medias de la puntuación resumen obtenida en los dos grupos (consumidores y no consumidores) ha vuelto a compararse y, como en los casos anteriores, apunta en la misma dirección: los consumidores se relacionan menos con sus padres que los no consumidores. La diferencia de medias es estadísticamente significativa ($t = 7,822$; gl = 270,365; $p < 0,00$; x consumidores = 2,71 - $\sigma = 0,48$ y x no consumidores = 2,40 - $\sigma = 0,56$; diferencia de medias = 0,31).

Tabla 37

Relación entre Percepción de relación con la familia y consumo

| ITEM | VALOR χ^2 | GI | P < |
|---|----------------|----|------|
| Padre | 92,462 | 4 | 0,00 |
| Madre | 91,297 | 4 | 0,00 |
| Hermanos / as | 16,336 | 4 | 0,00 |
| Otros miembros de la familia que conviven contigo | 48,244 | 4 | 0,00 |

Si analizamos las diferencias absolutas entre consumidores y no consumidores en las tres variables de este apartado no vamos encontrar resultados claramente interpretables, ya que las distancias suelen ser muy pequeñas, pero lo importante es que hay una tendencia permanente que apunta a que los consumidores perciben un peor clima familiar. Este hallazgo no es novedoso en la literatura. Por lo general, las familias de los consumidores se encuentran más desestructuradas y se perciben con más conflictos internos. Sin embargo, este dato puede ser interpretado como una consecuencia más que como una causa de la drogodependencia. En esta investigación hemos querido controlar el conocimiento que la familia tiene del consumo del sujeto para evaluar si, a pesar de desconocer el consumo por ser muy incipiente, se mantienen las mismas diferencias entre sujetos consumidores y no consumidores.

Utilizando el Cuestionario de Evaluación Familiar hemos podido conocer el grado en el que la familia es consciente del consumo del sujeto examinado. Si utilizamos únicamente los 283 sujetos (de los 309 casos en los que se aplicó el Cuestionario a la familia) en los que la familia no percibe consumo, los resultados pueden verse en la Tabla 38.

Tabla 38

Relación entre Percepción de conflicto familiar y consumo en sujetos cuya familia no percibe consumo de drogas

| VARIABLE | \bar{x} Y (σ) DE CONSUMIDORES | \bar{x} Y (σ) DE NO CONSUMIDORES | VALOR T | GI | P < |
|---|--|---|---------|---------|------|
| Percepción de conflicto interparental | 2,83 (2,10) | 2,02 (1,67) | -3,023 | 160,920 | 0,00 |
| Percepción de conflicto con familiares cercanos | 1,76 (0,61) | 1,41 (0,43) | -4,920 | 162,506 | 0,00 |
| Actividades conjuntas con los padres | 2,35 (0,56) | 2,78 (0,50) | 6,372 | 251 | 0,00 |

Como se puede observar, la tendencia en las diferencias entre los dos grupos se mantienen en las dos primeras variables y se invierte en la tercera. Los sujetos consumidores perciben más conflicto interparental y tienen más problemas con familiares cercanos aunque hacen más actividades conjuntas con sus padres. Tal vez, en

esta actitud y comportamiento del sujeto estriba la explicación de que la familia aun no sospeche consumo a pesar de que lo esté habiendo de forma importante.

Las diferencias absolutas en las tres variables siguen siendo pequeñas y por lo tanto cualquier interpretación va a tener graves dificultades para atribuir el significado real de estos resultados a contextos familiares esencialmente diferentes. Pero lo tendencia es evidente, y en este caso ya no es atribuible al efecto que produce en la familia el conocimiento del consumo de drogas en el hijo.

5.2.3. Consumo de drogas y estilo educativo parental

Tal y como se apuntó en el apartado de descripción de las distintas variables, "el control percibido" es una variable que resume las contestaciones dadas a la pregunta 18 del Cuestionario para adolescentes. En dicha pregunta se interroga a los sujetos sobre el grado de exigencia familiar de que cumplan con determinadas normas de conducta. Si analizamos la diferencia de medias obtenidas en los grupos de consumidores y no consumidores podemos observar que los sujetos consumidores perciben menos control familiar que los no consumidores, lo que se mueve en la dirección esperada. La diferencia es estadísticamente significativa ($t = -7,434$; $gl = 1673$; $p < 0,00$; \bar{x} consumidores = 29,08 - $\sigma = 9,01$ y \bar{x} no consumidores = 24,57 - $\sigma = 8,34$; diferencia de medias = 4,51). Es necesario recordar que en esta variable cuanto menor sea la puntuación más es el control percibido.

Tabla 39

Fuente de las normas familiares y Consumo

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|----------------------|------------|-------------------|--------------|--------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Por mi padre y madre | N | 730 | 86 | 816 |
| | N esperada | 707,1 | 108,9 | 816,0 |
| Por mi padre | N | 104 | 23 | 127 |
| | N esperada | 110,1 | 16,9 | 127,0 |
| Por mi madre | N | 181 | 39 | 220 |
| | N esperada | 190,6 | 29,4 | 220,0 |
| De acuerdo conmigo | N | 375 | 53 | 428 |
| | N esperada | 370,9 | 57,1 | 428,0 |
| Por mi | N | 39 | 19 | 58 |
| | N esperada | 50,3 | 7,7 | 58,0 |
| Total | N | 1429 | 220 | 1649 |
| | N esperada | 1429,0 | 220,0 | 1649,0 |

A la hora de analizar la relación entre la fuente que dicta las normas según el sujeto y el consumo, vuelve a encontrarse una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 30,955$, $gl = 4$, $p < 0,000$). La distribución señala que los consumidores creen con mayor frecuencia de la que es esperable por azar que ellos son la fuente de las normas o que las establecen por separado el padre o la madre (ver Tabla 39).

5.2.4. Consumo de drogas y percepción del consumo de drogas en padres y familiares

Si analizamos las respuestas que dan los dos grupos de sujetos a la pregunta 20 del Cuestionario mediante la variable resumen que hemos construido obtenemos una diferencia inter-grupos estadísticamente significativa ($t = -8,991$; $gl = 246,019$; $p < 0,00$; \bar{x} consumidores = 14,49 - $\sigma = 4,71$ y \bar{x} no consumidores = 11,55 - $\sigma = 2,97$; diferencia de medias = 2,94). Según estos resultados, los sujetos consumidores observan más consumo de drogas, en general, en sus padres y familiares que los sujetos no consumidores. Si desmenuzamos esta respuesta en sus diferentes componentes, puede observarse que existe una relación significativa de cada ítem de la pregunta 20 con el Consumo, en la dirección que marca la puntuación global (ver Tablas 40 hasta 47).

Tabla 40
Consumo de alcohol del padre y consumo de drogas del adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|-------|----------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Padre | Nada | Recuento | 411 | 50 | 461 |
| | | Frecuencia esperada | 400,4 | 60,6 | 461,0 |
| | Poco | Recuento | 876 | 121 | 997 |
| | | Frecuencia esperada | 865,9 | 131,1 | 997,0 |
| | Bastante | Recuento | 103 | 30 | 133 |
| | | Frecuencia esperada | 115,5 | 17,5 | 133,0 |
| | Mucho | Recuento | 17 | 12 | 29 |
| | | Frecuencia esperada | 25,2 | 3,8 | 29,0 |
| Total | | Recuento | 1407 | 213 | 1620 |
| | | Frecuencia esperada | 1407,0 | 213,0 | 1620,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 33,583$, $gl = 3$, $p < 0,000$.

Tabla 41
Consumo de alcohol de la madre y consumo de drogas del adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|-------|----------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Madre | Nada | Recuento | 883 | 125 | 1008 |
| | | Frecuencia esperada | 875,4 | 132,6 | 1008,0 |
| | Poco | Recuento | 537 | 80 | 617 |
| | | Frecuencia esperada | 535,8 | 81,2 | 617,0 |
| | Bastante | Recuento | 18 | 8 | 26 |
| | | Frecuencia esperada | 22,6 | 3,4 | 26,0 |
| | Mucho | Recuento | 8 | 6 | 14 |
| | | Frecuencia esperada | 12,2 | 1,8 | 14,0 |
| Total | | Recuento | 1446 | 219 | 1665 |
| | | Frecuencia esperada | 1446,0 | 219,0 | 1665,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 18,395$, $gl = 3$, $p < 0,000$.

Tabla 42
Consumo de tabaco del padre y consumo de drogas del adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|-------|----------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Madre | Nada | Recuento | 696 | 75 | 771 |
| | | Frecuencia esperada | 670,2 | 100,8 | 771,0 |
| | Poco | Recuento | 213 | 27 | 240 |
| | | Frecuencia esperada | 208,6 | 31,4 | 240,0 |
| | Bastante | Recuento | 325 | 34 | 359 |
| | | Frecuencia esperada | 312,1 | 46,9 | 359,0 |
| | Mucho | Recuento | 176 | 76 | 252 |
| | | Frecuencia esperada | 219,1 | 32,9 | 252,0 |
| Total | | Recuento | 1410 | 212 | 1622 |
| | | Frecuencia esperada | 1410,0 | 212,0 | 1622,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 77,143$, $gl = 3$, $p < 0,000$.

Tabla 43
Consumo de tabaco de la madre y consumo de drogas del adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|-------|----------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Madre | Nada | Recuento | 847 | 110 | 957 |
| | | Frecuencia esperada | 830,3 | 126,7 | 957,0 |
| | Poco | Recuento | 251 | 25 | 276 |
| | | Frecuencia esperada | 239,5 | 36,5 | 276,0 |
| | Bastante | Recuento | 245 | 35 | 280 |
| | | Frecuencia esperada | 242,9 | 37,1 | 280,0 |
| | Mucho | Recuento | 99 | 50 | 149 |
| | | Frecuencia esperada | 129,3 | 19,7 | 149,0 |
| Total | | Recuento | 1442 | 220 | 1662 |
| | | Frecuencia esperada | 1442,0 | 220,0 | 1662,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 60,429$, $gl = 3$, $p < 0,000$.

Tabla 44

Consumo de tabaco de hermanos y consumo de drogas del adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|----------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Hermanos | Nada | Recuento | 954 | 92 | 1046 |
| | | Frecuencia esperada | 908,2 | 137,8 | 1046,0 |
| | Poco | Recuento | 149 | 27 | 176 |
| | | Frecuencia esperada | 152,8 | 23,2 | 176,0 |
| | Bastante | Recuento | 149 | 42 | 191 |
| | | Frecuencia esperada | 165,8 | 25,2 | 191,0 |
| | Mucho | Recuento | 53 | 37 | 90 |
| | | Frecuencia esperada | 78,1 | 11,9 | 90,0 |
| Total | Recuento | | 1305 | 198 | 1503 |
| | Frecuencia esperada | | 1305,0 | 198,0 | 1503,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 92,643$, gl =3, p<0,000.

Tabla 45

Consumo de alcohol de los hermanos y consumo de drogas del adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|----------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Hermanos | Nada | Recuento | 927 | 76 | 1003 |
| | | Frecuencia esperada | 870,9 | 132,1 | 1003,0 |
| | Poco | Recuento | 313 | 69 | 382 |
| | | Frecuencia esperada | 331,7 | 50,3 | 382,0 |
| | Bastante | Recuento | 51 | 30 | 81 |
| | | Frecuencia esperada | 70,3 | 10,7 | 81,0 |
| | Mucho | Recuento | 8 | 22 | 30 |
| | | Frecuencia esperada | 26,0 | 4,0 | 30,0 |
| Total | Recuento | | 1299 | 197 | 1496 |
| | Frecuencia esperada | | 1299,0 | 197,0 | 1496,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 170,754$, gl = 3, p<0,000.

Tabla 46

Consumo de fármacos en la familia y consumo de drogas del adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|---------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Familia | Nada | Recuento | 1139 | 150 | 1289 |
| | | Frecuencia esperada | 1118,9 | 170,1 | 1289,0 |
| | Poco | Recuento | 221 | 36 | 257 |
| | | Frecuencia esperada | 223,1 | 33,9 | 257,0 |
| | Bastante | Recuento | 59 | 19 | 78 |
| | | Frecuencia esperada | 67,7 | 10,3 | 78,0 |
| | Mucho | Recuento | 8 | 12 | 20 |
| | | Frecuencia esperada | 17,4 | 2,6 | 20,0 |
| Total | Recuento | | 1427 | 217 | 1644 |
| | Frecuencia esperada | | 1427,0 | 217,0 | 1644,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 49,606$, gl =3, p<0,000.

Tabla 47

Consumo de "drogas" en la familia y consumo en el adolescente

| | | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|---------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Familia | Nada | Recuento | 1422 | 172 | 1594 |
| | | Frecuencia esperada | 1386,7 | 207,3 | 1594,0 |
| | Poco | Recuento | 13 | 26 | 39 |
| | | Frecuencia esperada | 33,9 | 5,1 | 39,0 |
| | Bastante | Recuento | 5 | 10 | 15 |
| | | Frecuencia esperada | 13,0 | 2,0 | 15,0 |
| | Mucho | Recuento | 5 | 8 | 13 |
| | | Frecuencia esperada | 11,3 | 1,7 | 13,0 |
| Total | Recuento | | 1445 | 216 | 1661 |
| | Frecuencia esperada | | 1445,0 | 216,0 | 1661,0 |

El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 171,426$, gl =3, p<0,000.

5.2.5. Consumo de drogas y actitudes de los padres y otros familiares hacia las drogas

Utilizando las dos variables compuestas que se mencionaron en el apartado 5.1.7, "Actitudes familiares ante el consumo de drogas legales" y "Actitudes familiares ante el consumo de drogas ilegales", podemos evaluar la diferente percepción que tienen los sujetos del rechazo familiar en cada grupo de drogas.

Los resultados son concluyentes. A pesar de que las medias de ambos grupos en todo caso, indican rechazo (se encuentran entre "se disgustaría" y "se disgustaría bastante"), éste es más manifiesto en el grupo de los que no consumen que en el de los que consumen. A este respecto es necesario recordar que el rechazo es tanto mayor cuanto menor sea la puntuación obtenida. Por grupos de drogas, la diferencia en la percepción de las actitudes familiares en el caso de las drogas legales es estadísticamente significativa. Los resultados pueden verse en la Tabla 48.

Por último, en lo que se refiere a este apartado de actitudes, existe una pregunta en el cuestionario aplicado a los jóvenes que evalúa la actitud percibida de los padres mediante la valoración de la persistencia con la que insisten en una conducta de abstinencia. Se trata ya no tanto de que el sujeto adivine la reacción de los padres ante un consumo, cuánto que indique la persistencia en un comportamiento de advertencia. La relación entre las puntuaciones obtenidas en este ítem (24) y la pertenencia o no al grupo de consumidores indica que los consumidores perciben un comportamiento en sus padres menos insistente y determinado que los no consumidores, excepto en lo que se refiere al ítem de consumo de "drogas" en el que no hay diferencias (Tabla 49).

Tabla 48

Comparación de las actitudes percibidas de los padres hacia las drogas legales e ilegales en los grupos de sujetos consumidores y no consumidores

| | | N | \bar{x} | σ | T | GL | SIG. BILATERAL |
|-----------------------------------|-----------------|------|-----------|----------|--------|---------|----------------|
| Actitud hacia las drogas legales | No consumidores | 1454 | 1,78 | 0,74 | 14,240 | 260,914 | 0,000 |
| | Consumidores | 222 | 2,76 | 0,98 | | | |
| Actitud hacia las drogas ilegales | No consumidores | 1442 | 1,18 | 0,42 | -5,969 | 230,581 | 0,000 |
| | Consumidores | 217 | 1,55 | 0,89 | | | |

Tabla 49

Relación entre Consumo y Percepción por los hijos de la conducta de advertencia frente a las drogas

| ÍTEM | VALOR χ^2 | GI | P |
|----------------------------------|----------------|----|--------|
| Fumar | 20,686 | 3 | < 0,00 |
| Tomar alcohol | 20,573 | 3 | < 0,00 |
| Consumir drogas | 1,460 | 3 | > 0,05 |
| Andar con personas que se drogan | 9,451 | 3 | < 0,05 |

La conducta de los hijos parece modelada, en cierta medida, por la percepción que estos tienen de la conducta de sus padres. Así los hijos que no consumen ven a sus padres con una actitud más negativa frente a las drogas, actitud que es colegida de la probable reacción que tengan ante su consumo o de la conducta de advertencia que están manteniendo actualmente.

5.2.6. Consumo de drogas y abandono, abuso y maltrato familiar percibido

La pregunta 27 del cuestionario aplicado a los escolares tiene cuatro ítems que, como se ha dicho anteriormente, están encaminados a medir la percepción de maltrato (físico o psíquico) procedente del entorno familiar. En los cuatro ítems, los niños que muestran un mayor consumo (grupo de consumidores) dan con mayor proporción de la que sería esperable por azar ($p < 0,05$) respuestas que indican una percepción de abandono, abuso o maltrato procedente del entorno familiar (fundamentalmente de los padres), o bien respuestas que dudan sobre la bondad del trato que reciben o del afecto que se les profesa por padres y familiares. Las distintas distribuciones pueden verse en la Tabla 50 hasta la Tabla 53. Los valores de chi-cuadrado por cada ítem pueden verse en la Tabla 54.

Tabla 50

"Siento que mis padres me quieren" y consumo de drogas del adolescente

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Estoy de acuerdo | Recuento | 1364 | 176 | 1540 |
| | Frecuencia esperada | 1337,8 | 202,2 | 1540,0 |
| No estoy seguro | Recuento | 55 | 28 | 83 |
| | Frecuencia esperada | 72,1 | 10,9 | 83,0 |
| No es cierto | Recuento | 17 | 13 | 30 |
| | Frecuencia esperada | 26,1 | 3,9 | 30,0 |
| Total | Recuento | 1436 | 217 | 1653 |
| | Frecuencia esperada | 1436,0 | 217,0 | 1653,0 |

Tabla 51

"Mis padres se preocupan por mí" y consumo de drogas del adolescente

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Estoy de acuerdo | Recuento | 1368 | 189 | 1557 |
| | Frecuencia esperada | 1352,8 | 204,2 | 1557,0 |
| No estoy seguro | Recuento | 46 | 18 | 64 |
| | Frecuencia esperada | 55,6 | 8,4 | 64,0 |
| No es cierto | Recuento | 17 | 9 | 26 |
| | Frecuencia esperada | 22,6 | 3,4 | 26,0 |
| Total | Recuento | 1431 | 216 | 1647 |
| | Frecuencia esperada | 1431,0 | 216 | 1647,0 |

Tabla 52

"Me siento maltratado por mis padres" y consumo de drogas del adolescente

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Estoy de acuerdo | Recuento | 30 | 13 | 43 |
| | Frecuencia esperada | 37,4 | 5,6 | 43,0 |
| No estoy seguro | Recuento | 38 | 19 | 57 |
| | Frecuencia esperada | 49,5 | 7,5 | 57,0 |
| No es cierto | Recuento | 1363 | 184 | 1547 |
| | Frecuencia esperada | 1344,1 | 202,9 | 1547,0 |
| Total | Recuento | 1431 | 216 | 1647 |
| | Frecuencia esperada | 1431,0 | 216,0 | 1647,0 |

Tabla 53

“Hay personas en la familia que me maltratan” y consumo de drogas

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Estoy de acuerdo | Recuento | 37 | 16 | 53 |
| | Frecuencia esperada | 46,1 | 6,9 | 53,0 |
| No estoy seguro | Recuento | 37 | 16 | 53 |
| | Frecuencia esperada | 46,1 | 6,9 | 53,0 |
| No es cierto | Recuento | 1359 | 184 | 1543 |
| | Frecuencia esperada | 1340,9 | 202,1 | 1543,0 |
| Total | Recuento | 1433 | 216 | 1649 |
| | Frecuencia esperada | 1433,0 | 216,0 | 1649,0 |

Tabla 54

Relación entre Consumo y Abandono, Abuso y Maltrato percibido

| ÍTEM | VALOR χ^2 | GI | P |
|---|----------------|----|--------|
| Siento que mis padres me quieren | 58,806 | 2 | < 0,00 |
| Mis padres se preocupan por mi | 24,504 | 2 | < 0,00 |
| Me siento maltratado por mis padres | 33,530 | 2 | < 0,00 |
| Hay personas en la familia que me maltratan | 29,065 | 2 | < 0,00 |

5.2.7. Consumo de drogas y psicopatología familiar

En la entrevista aplicada a las familias se incluyó un apartado dedicado a la evaluación de la psicopatología familiar. Dicha evaluación se apoya básicamente en la apreciación del evaluador en función de la información que le suministra el entrevistado y bajo los criterios DSM IV. Hay que tener en cuenta, con relación a la fiabilidad del diagnóstico, que los entrevistadores eran psicólogos titulados, aunque no especialmente entrenados en el diagnóstico psicopatológico con los criterios DSM.

Las preguntas se dividieron en dos apartados, uno dedicado a la madre y otro al padre. En ambos, se incluyeron cuatro preguntas dicotómicas (si/no) referidas a cuatro grandes grupos de trastornos (Eje I): Trastornos afectivos, Trastornos Ansiedad, Trastornos Psicóticos y Trastornos adictivos. Además se abrió un apartado en el que el entrevistador emitía su opinión diagnóstica más específica, si creía tener base para ello.

Los resultados no apoyan la hipótesis de que la psicopatología familiar se relaciona con el uso de drogas de los adolescentes. Ninguna de las variables uti-

lizadas guarda una relación significativa ($p < 0,05$) con el consumo. Una de las posibles razones es el escaso número de casos diagnosticados, o también que el sistema seguido no haya sido suficientemente sensible para detectar la psicopatología familiar (ver Tablas 55 y 56).

Tabla 55

Diagnóstico del padre y consumo de drogas del adolescente

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|--------------------------|---------------------|-------------------|--------------|-------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Dependencia drogas | Recuento | 3 | 1 | 4 |
| | Frecuencia esperada | 3,2 | ,8 | 4,0 |
| T. depresivo | Recuento | 5 | 1 | 6 |
| | Frecuencia esperada | 4,7 | 1,3 | 6,0 |
| T. ansiedad generalizado | Recuento | 5 | 1 | 6 |
| | Frecuencia esperada | 4,7 | 1,3 | 6,0 |
| Adicción al juego | Recuento | 1 | 1 | 2 |
| | Frecuencia esperada | 1,6 | ,4 | 2,0 |
| T. Obsesivo Compulsivo. | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | Frecuencia esperada | ,8 | ,2 | 1,0 |
| Total | Recuento | 15 | 4 | 19 |
| | Frecuencia esperada | 15,0 | 4,0 | 19,0 |

Tabla 56

Diagnóstico de la madre y consumo de drogas del adolescente

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|----------------------------|---------------------|-------------------|--------------|-------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Dependencia drogas | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | Frecuencia esperada | 1,3 | ,7 | 2,0 |
| T. depresivo | Recuento | 6 | 4 | 10 |
| | Frecuencia esperada | 6,5 | 3,5 | 10,0 |
| Fobias | Recuento | 2 | 1 | 3 |
| | Frecuencia esperada | 2,0 | 1,0 | 3,0 |
| T. ansiedad generalizado | Recuento | 3 | 3 | 6 |
| | Frecuencia esperada | 3,9 | 2,1 | 6,0 |
| T. Estrés Postraumático | Recuento | 3 | 0 | 3 |
| | Frecuencia esperada | 2,0 | 1,0 | 3,0 |
| T. pánico | Recuento | 0 | 1 | 1 |
| | Frecuencia esperada | ,7 | ,3 | 1,0 |
| T. adaptativo con ansiedad | Recuento | 1 | 0 | 1 |
| | Frecuencia esperada | ,7 | ,3 | 1,0 |
| Total | Recuento | 17 | 9 | 26 |
| | Frecuencia esperada | 17,0 | 9,0 | 26,0 |

5.2.8. Consumo de drogas y actitudes educativas de los padres

En la entrevista realizada a los padres se han incluido 30 preguntas que pretenden evaluar las actitudes educativas del familiar entrevistado. Se pretende, con esta parte de la entrevista, desvelar si las distintas opiniones sobre la educación que conforman los diferentes estilos educativos (autoritario, permisivo o democrático) tienen alguna relación con el patrón de consumo del escolar.

Tabla 57
Distribución del ítem 188* y consumo de drogas del adolescente

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|-------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Muy de acuerdo | Recuento | 56 | 49 | 105 |
| | Frecuencia esperada | 58,8 | 46,2 | 105,0 |
| Bastante de acuerdo | Recuento | 52 | 55 | 107 |
| | Frecuencia esperada | 60,0 | 47,0 | 107,0 |
| No estoy seguro | Recuento | 22 | 6 | 28 |
| | Frecuencia esperada | 15,7 | 12,3 | 28,0 |
| En desacuerdo | Recuento | 21 | 10 | 31 |
| | Frecuencia esperada | 17,4 | 13,6 | 31,0 |
| Muy en desacuerdo | Recuento | 2 | 0 | 2 |
| | Frecuencia esperada | 1,1 | ,9 | 2,0 |
| Total | Recuento | 153 | 120 | 273 |
| | Frecuencia esperada | 153,0 | 120,0 | 273,0 |

* Ítem 188: "Los hijos son una fuente de preocupación constante y hay que estar permanentemente alerta para protegerlos de los peligros".
El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 10,504$, $gl = 2$, $p < 0,01$.

Tabla 58
Distribución del ítem 195* y consumo de drogas del adolescente

| | | CONSUMOS EXTREMOS | | TOTAL |
|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|-------|
| | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Muy de acuerdo | Recuento | 2 | 1 | 3 |
| | Frecuencia esperada | 1,7 | 1,3 | 3,0 |
| Bastante de acuerdo | Recuento | 1 | 12 | 13 |
| | Frecuencia esperada | 7,3 | 5,7 | 13,0 |
| No estoy seguro | Recuento | 10 | 7 | 17 |
| | Frecuencia esperada | 9,6 | 7,4 | 17,0 |
| En desacuerdo | Recuento | 85 | 55 | 140 |
| | Frecuencia esperada | 78,7 | 61,3 | 140,0 |
| Muy en desacuerdo | Recuento | 56 | 45 | 101 |
| | Frecuencia esperada | 56,8 | 44,2 | 101,0 |
| Total | Recuento | 154 | 120 | 274 |
| | Frecuencia esperada | 154,0 | 120,0 | 274,0 |

* Ítem 195: "Los padres poco pueden hacer para educar a los hijos frente al poder de la escuela, los compañeros y la televisión".
El valor de chi cuadrado en la distribución de este ítem por el Consumo es $\chi^2 = 9,685$, $gl = 2$, $p < 0,01$.

Los resultados son claramente confusos, aunque si hay que sacar una regla general se podría decir que las opiniones no guardan relación alguna con el hecho de que el hijo consuma o no.

En un análisis ítem a ítem, ninguno de ellos guarda relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la prueba de chi-cuadrado con el consumo, salvo los ítems 188 "Los hijos son una fuente de preocupación constante y hay que estar permanentemente alerta para protegerlos de los peligros" y 195 "Los padres poco pueden hacer para educar a los hijos frente al poder de la escuela, los compañeros y la televisión".

En el primer caso hay mayor probabilidad de sobreimplicación si son padres de consumidores (ver Tabla 57), mientras que en el segundo se apunta a que los padres de los consumidores parecen algo más convencidos de la influencia en la educación frente a los factores externos a la familia (ver Tabla 58).

La búsqueda de actitudes educativas subyacentes en esta escala de 30 ítems a través del análisis factorial ha resultado infructuosa. El hallazgo de dichas estructuras hubiera sido útil para relacionarlo con el consumo. Sin embargo, la solución factorial mínima era de 10 factores, que resultaban completamente imposibles de interpretar.

5.2.9. Consumo de drogas y competencia parental autopercebida

El último grupo de ítems del cuestionario familiar tiene como propósito la medición de la competencia parental percibida, entendida como la valoración que los padres hacen de sí mismos como cuidadores y educadores de sus hijos.

Para facilitar el análisis se ha confeccionado una puntuación resumen de los ítems de la escala (197-208) que tiene como rango posible 12 – 60, y cuya interpretación se basa en la regla de que cuanto menor sea la puntuación (más cercana a 12) mayor será el grado de competencia percibida. Los estadísticos descriptivos de la variable son: Mínimo = 12, Máximo = 40, $\bar{x} = 20,9029$ y $\sigma = 6,9761$.

Los resultados de comparar los dos grupos de padres de escolares consumidores y no consumidores indican claramente que no hay diferencias significativas entre ambos grupos ($t = -0,155$; $gl = 273$; Significación bilateral = 0,877; \bar{x} consumidores = 21,04 - $\sigma = 6,79$ y \bar{x} no consumidores = 20,90 - $\sigma = 7,16$; diferencia de medias = 0,14).

Tampoco en el análisis ítem a ítem se ha encontrado que los dos grupos de padres difieran con significación estadística ($p < 0,05$) entre sí.

Parece claro que los dos grupos de padres se perciben como igualmente competentes y tienen una buena percepción de sí mismos como educadores y cuidadores de sus hijos.

5.3. Relación entre las distintas variables (factores de riesgo) y el consumo de drogas: análisis multivariados

Como se ha podido ver en los resultados del apartado anterior, casi todas las variables medidas en el cuestionario aplicado a los jóvenes guardan relación con el consumo de drogas en los escolares. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los ítems de la entrevista familiar. De los análisis realizados no podemos extraer conclusiones definitivas sobre la importancia comparativa de cada una de esas variables ni tampoco sabemos la potencia de dichas variables para predecir el consumo de drogas.

Para comprobar la capacidad predictiva de estas variables sobre el consumo de drogas se realizaron diversos análisis discriminantes. Las variables incluidas en los análisis fueron aquellas que habían demostrado tener alguna relación estadísticamente significativa con el consumo de drogas de los adolescentes, a través de los análisis bivariados expuestos en el apartado anterior, esto es: conflicto familiar, valoración de la calidad de la relación, actividades conjuntas con la familia, control familiar percibido, consumo de drogas de la familiar, rechazo familiar de drogas legales y rechazo familiar de drogas ilegales). Los resultados de utilizar estas variables en la función discriminante para clasificar a los consumidores y no consumidores pueden verse en el de la Tabla 59.

Tabla 59

Resultados de la clasificación del Análisis Discriminante

| | | Consumos extremos | GRUPO DE PERTENENCIA PRONOSTICADO | | TOTAL |
|----------|---|--------------------|-----------------------------------|--------------|-------|
| | | | SIN CONSUMO | CONSUMIDORES | |
| Original | N | Sin consumo | 1157 | 301 | 1458 |
| | | Consumidores | 70 | 152 | 222 |
| | | Casos desagrupados | 275 | 171 | 446 |
| % | | Sin consumo | 79,4 | 20,6 | 100,0 |
| | | Consumidores | 31,5 | 68,5 | 100,0 |
| | | Casos desagrupados | 61,7 | 38,3 | 100,0 |

Clasificados correctamente el 77,9% de los casos agrupados originales.

Como puede observarse, la utilización de dichas variables consigue clasificar correctamente al 77,9% de los casos, aunque funciona mucho mejor en los no consumidores que en los consumidores. Los resultados suponen una mejora sobre el azar (2 grupos – 50%) del 27,9% .

El peso de cada una de las variables en la función (expresado mediante el tamaño de la correlación con la función) puede verse en la Tabla 60, en donde se puede apreciar que, en general, las variables familiares relacionadas directamente con las drogas son las más relevantes. Es decir, los factores familiares de riesgo específicos del consumo de drogas tienen más peso que los factores no específicos que incrementan la vulnerabilidad general a los problemas de conducta en la adolescencia.

Tabla 60

Peso de las variables (matriz de estructura)

| | FUNCIÓN |
|--|---------|
| | 1 |
| Rechazo familiar percibido drogas legales | ,827 |
| Consumo Familiar Percibido | ,600 |
| Valoración Calidad Relación | ,473 |
| Rechazo familiar percibido drogas ilegales | ,459 |
| Actividades Conjuntas | -,427 |
| Control Familiar Percibido | ,354 |
| Percepción de conflicto | ,166 |

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de esta investigación era conocer la influencia de los factores de riesgo familiares para el consumo de drogas en una muestra de adolescentes españoles.

La relación entre la dinámica familiar y el uso de drogas entre los hijos adolescentes es una cuestión conocida, pero no definitivamente establecida en cuanto a su importancia y a la forma en que ejerce su influencia. En este estudio trataremos de aportar algunos datos que supongan un avance en el conocimiento de esta relación. No obstante, antes de comentar los resultados relativos a los objetivos mencionados, conviene hacer una breve referencia sobre algunos aspectos metodológicos de esta investigación.

6.1. Aspectos metodológicos

En primer lugar, se debe destacar el hecho de que este estudio se trata de la primera investigación sobre los factores de riesgo para el consumo de drogas realizada a nivel nacional. Como ya se comentó en la parte teórica de este trabajo, todos los estudios llevados a cabo hasta la fecha en nuestro país han tenido un carácter local o como mucho provincial. Creemos que los datos extraídos de una muestra como la utilizada en este estudio pueden ser extrapolables con mayores garantías científicas a toda la población juvenil española.

El segundo aspecto que conviene destacar es el que hace referencia a los procedimientos utilizados para la recogida de los datos del estudio. En la práctica totalidad de los estudios que indagan acerca de los factores de riesgo para el consumo de drogas, el instrumento único que se emplea para la recogida de información es un cuestionario o una entrevista más o menos estructurada aplicada a los adolescentes. En este caso, además del cuestionario aplicado a los alumnos, se optó por emplear también una entrevista clínica familiar, que se aplicó a los padres de los dos grupos extremos en cuanto al consumo de drogas se refiere: no consumidores y consumidores de riesgo. Un procedimiento similar solo se ha encontrado en la literatura revisada en el estudio llevado a cabo por Ruiz Carrasco, Lozano San Martín y Polaino Lorente (1994) con 100 adolescentes de la ciudad de Sevilla. En principio, la única explicación que se nos ocurre de la escasa frecuencia con la que se emplea la entrevista a los padres es el alto coste de personal y de recursos que requiere. Sin embargo, los responsables de esta investigación así como los asesores técnicos consultados coincidíamos en señalar el valor añadido que tendría la utilización de la entrevista familiar. A priori, parece lógico pensar que una fuente de información válida y fiable de los factores de riesgo familiares para el consumo de drogas sería, precisamente, la familia, además de los propios adolescentes.

Estas dos características, la muestra y la entrevista familiar, hacen que este estudio sea novedoso con respecto a los trabajos hasta ahora publicados tanto en España como fuera de nuestras fronteras.

El prototipo de escolar que se evaluó tenía las siguientes características. La mayoría se encontraba en colegios públicos o concertados y vivía fundamentalmente en municipios medianos de entre 10.000 y 500.000 habitantes. Esta distribución se equipara con la tónica general del país según el censo (Tabla 6). La media de edad es de 13,59, con un rango mayoritario (97,5%) de 12 a 15 años. Estos datos coinciden con los requisitos previos que se marcaron en la investigación, ya que se pretendía recoger información en escolares que estuviesen iniciando un consumo de drogas que todavía no hubiese generado suficientes señales directas o indirectas que inducieran una dinámica familiar condicionada por ese consumo. La idea que subyace a esta condición es que de esta manera sería posible establecer con mayor claridad las condiciones familiares que se relacionan con (o facilitan) el uso de drogas, sin el temor de que dichas condiciones vengan determinadas por el estrés o las consecuencias del consumo de sustancias por los propios escolares. Se trata de romper la posible interdependencia entre ambas variables, a falta de disponer de un diseño longitudinal más adecuado. Los resultados han apoyado esta estrategia ya que la detección por los padres de situaciones problemáticas ha sido muy baja. También se ha podido encontrar una cierta relación entre la edad y la detección de problemas, tal y como se suponía inicialmente, aunque las conclusiones estadísticas no son fuertes debido al bajo número de casos de consumo referidos por los padres y al escaso número de sujetos situados en edades más avanzadas.

La muestra de escolares se ha repartido casi al 50% entre el género masculino y femenino, con un 3,2% más de mujeres y la mayoría tenía uno o dos hermanos, vivían con ambos padres y es, por lo general, buen estudiante, al menos en el nivel de la ESO. Estas características son, probablemente, extensibles a una mayoría amplia de escolares del país, en este rango de edad. Aunque no disponemos de datos directos del MEC, el INE da algunos indicadores muy similares, al menos en lo que refiere a los datos no académicos.

6.2. Consumo de drogas

Aunque esta investigación no tiene como propósito averiguar la incidencia del uso o abuso de drogas en los adolescentes, conviene hacer referencia a los datos relativos al consumo de drogas declarado por los participantes encuestados. La coincidencia de estos resultados con los de otros estudios nacionales sobre el uso de drogas de los jóvenes sería, sin duda, un dato que iría a favor de la fiabilidad de los resultados globales de nuestra investigación.

Aproximadamente el 18% tiene un consumo habitual de tabaco y el 19,5% consume alcohol frecuentemente (al menos una vez por semana), porcentajes que disminuyen al 10,8% si tenemos en cuenta el uso conjunto de ambas sustancias. Una proporción considerable, 14,5%, declara haber probado el hachis, mientras que el contacto con otras drogas es claramente marginal (1,5-3,8%). El uso conjunto de drogas legales e ilegales arroja un porcentaje del 10%, que se acerca bastante al porcentaje de los que usan ambas drogas legales. De todas formas, hay un amplio coqueteo (11,7%) con las denominadas drogas ilegales sin que haya uso importante de las legales, siendo las que se prueban con más frecuencia el hachis, los inhalantes y la codeína. Estas cifras coinciden en líneas generales con las que se han detectado en la Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre Drogas.

Esta coincidencia de los datos de consumo obtenidos en esta investigación con los extraídos de la Encuesta Escolar del PND creemos que puede ser un buen indicativo de la fiabilidad de nuestro instrumento y de la validez de las inferencias que se pueden extraer de los resultados. El hecho de que las respuestas de los escolares de nuestro estudio coinciden con la mencionada encuesta en lo que se refiere al uso de drogas, podría hacernos pensar que las respuestas de los encuestados al resto de los ítems son igualmente fiables.

Como ya se comentó con anterioridad, del conjunto de las alternativas de consumo posibles detectadas por esta evaluación, se han configurado dos categorías extremas que agrupan a los sujetos de mayor y menor riesgo adictivo. En la categoría de mayor riesgo (grupo de consumidores) hemos incluido a los escolares que declaran un uso frecuente o diario de sustancias legales (alcohol y tabaco) y que han probado alguna droga ilegal. En la categoría de menor riesgo (grupo de no consumi-

dores) se han incluido los sujetos que no declaran un uso relevante (rara vez o ninguno) de alcohol y tabaco y que no han probado nunca ninguna droga ilegal. La razón de que no se haya construido esta categoría con sujetos que no hayan probado nunca el alcohol es que se ha considerado poco relevante la simple prueba de esta sustancia en nuestra cultura.

6.3. Factores predictores del consumo de drogas (factores de riesgo familiares)

El estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas se ha centrado preferentemente en las variables relativas al ambiente familiar; este era el propósito fundamental de la investigación. Pero, es evidente que la familia ejerce o puede ejercer una influencia fundamental sobre los contextos interpersonales que rodean a los hijos. Así, el control y la educación que los jóvenes reciben en el hogar proveniente de los padres debe afectar necesariamente al comportamiento de éstos en el ambiente escolar y en las relaciones con el grupo de amigos. Por este motivo, en el trabajo original se tuvieron en cuenta también el ambiente escolar y el interpersonal. No obstante, en este capítulo solo se han incluido los análisis relativos a las variables familiares, por ser este el tema central del monográfico.

Entrando ya en el detalle de los resultados sobre los factores familiares, los análisis bivariados han mostrado que las variables relacionadas con el uso de drogas de los adolescentes son las siguientes: convivencia de los padres (juntos o separados), conflicto entre los padres, conflicto entre los padres y el adolescente, frecuencia de actividades conjuntas padres-hijo, estilo educativo parental (control familiar), consumo de drogas por padres y familiares, actitudes de los padres hacia las drogas legales e ilegales y abuso/maltrato familiar.

Como se puede apreciar, el cuadro de los factores de riesgo familiares coincide, básicamente, con los resultados de otros estudios similares. Estos factores pueden agruparse de acuerdo con Merikangas, Dierker y Fenton (1998) en factores generales (en cuanto a que pueden afectar a un amplio número de conductas problemáticas) y factores específicos que incrementan la vulnerabilidad básicamente al abuso de drogas. Entre estos últimos estarían el consumo de drogas de los padres y las actitudes hacia las drogas legales e ilegales. El resto serían factores de riesgo generales.

Los adolescentes incluidos en el grupo de consumidores tienen más probabilidad de convivir con padres separados que con ambos padres y de que exista más conflicto entre los miembros de la familia. Esta percepción es bastante coherente en las tres medidas utilizadas para evaluar problemas de relación intra-familiar, aunque las distancias entre consumidores y no consumidores no sean importantes.

En la línea de otros autores, nosotros creemos que la variable estructural (familias monoparentales) no ejerce un efecto directo sobre el consumo de drogas de los hijos, sino que se debe más bien a la mediación de una variable funcional como es el control familiar. Esto es, la explicación de porqué los adolescentes consumidores tie-

nen más probabilidad de convivir en familias monoparentales tiene que ver con la mayor dificultad para ejercer una labor de control y supervisión sobre los hijos.

Por otra parte, la falta de cohesión familiar, los problemas de comunicación y, en suma, las relaciones familiares conflictivas han sido variables asociadas habitualmente al consumo de drogas. Esta relación se ha encontrado tanto en estudios extranjeros como en algunos trabajos publicados en nuestro país (por ejemplo, Ruiz Carrasco et al., 1994; Alonso Sanz y Del Barrio, 1994, Pons et al., 1996, 1999 y Muñoz-Rivas y Graña, 2001).

Si se analiza el conocimiento que tienen los padres del consumo y se evalúa la diferencia entre consumidores y no consumidores, únicamente en sujetos en los que su familia no declara tener conocimiento de que consumen, los resultados apenas varían, salvo en el apartado de actividades conjuntas, que en este caso son más frecuentes en las familias de los consumidores. Pero, como ya se ha dicho anteriormente, lo relevante es la tendencia marcada. ¿Cuál puede ser el vínculo teórico entre la conflictividad familiar y el consumo en los hijos? Probablemente el nexo sea otra vez el control efectivo sobre el contexto en el que se desenvuelve la conducta de los hijos. Las familias en las que se percibe más conflicto (padres separados con problemas, padres que conviven con un alto grado de desavenencia y crispación) es muy probable que sean familias con menor grado efectivo de control sobre los hijos, en las que se les cause un mayor grado de estrés que dificulte su funcionamiento social y académico. Además, hay una correlación positiva moderada ($r = 0,20$, $p < 0,000$) entre el conflicto entre los miembros de la familia y el consumo de drogas familiar, y esta puede ser otra de las fuentes por las que la percepción de conflicto correlaciona con el uso de drogas en los hijos. La relación entre esta variable (conflicto familiar) y el consumo es moderada, tal y como puede verse en los análisis multivariados, y su poder causal es muy probable que se encuentre modulado por múltiples factores amortiguadores y facilitadores.

Una posible crítica que se puede hacer a muchos estudios que han obtenido este mismo resultado es que el conflicto y la desestructuración familiar pueden ser interpretados, en realidad, como una causa y no como una consecuencia del consumo de drogas. La metodología empleada en estos trabajos no permite aclarar esta posibilidad. En este caso, hemos querido descartar esta interpretación utilizando dos procedimientos novedosos. En primer lugar, la muestra de sujetos que en este estudio conformaba el grupo de consumidores de drogas se encontraba en una fase incipiente de consumo, por lo que es improbable que los conflictos familiares puedan estar precedidos por problemas debidos al uso de drogas. En segundo lugar, hemos investigado el conocimiento que la familia tenía acerca del consumo del sujeto para saber si, a pesar de desconocer el consumo, se mantenían las mismas diferencias entre los sujetos de uno y otro grupo. Los resultados de los análisis demostraron que las diferencias entre consumidores y no consumidores se mantenían también en aquellos casos en los que la familia desconocía el uso de sustancias del adolescen-

te, por lo que parece muy difícil atribuir los conflictos familiares a los problemas previos causados por el abuso de drogas.

Atendiendo a los resultados de la literatura, otro grupo de ítems del cuestionario de los adolescentes trataba de medir el estilo educativo de los padres o también, el control familiar. El manejo familiar o estilo educativo es una de las variables que con más frecuencia se ha vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas. La hipótesis básica es que un estilo educativo carente de normas o en el que las normas las impone el hijo, o bien, un estilo educativo excesivamente rígido y autoritario es incompetente a la hora de dotar al adolescente de mecanismos psicológicos eficaces para afrontar la resistencia al consumo. En este caso, la relación entre esta variable y el consumo de drogas se muestra, una vez más, significativa. Los consumidores se perciben a diferencia de los no consumidores como menos coartados por normas familiares y creen con más frecuencia que la fuente del orden familiar son ellos o bien su padre o madre por separado. Parece que no perciben a la pareja paterna ejerciendo el control de común acuerdo con tanta frecuencia como en el caso de los no consumidores. En este caso, el patrón asociado al uso de sustancias es el denominado "permisivo", que se caracteriza fundamentalmente por que es el joven quien establece sus propias reglas y límites y por la existencia de pocas directrices claras por parte de los padres.

El consumo de drogas de la familia se evaluó mediante ocho ítems en el cuestionario aplicado a los adolescentes. Tal y como era previsible, los sujetos consumidores perciben, con mayor frecuencia de la que es esperable por azar, que en la familia se consumen más drogas en comparación con lo que es percibido por los sujetos no consumidores. Estas diferencias entre consumidores y no consumidores aparecen en los ocho ítems de este apartado. Es decir, el mayor uso de drogas se da en todos los miembros de la familia de los consumidores y en todas las drogas, legales o ilegales. Esta es una de las variables específicas de riesgo que aparecen de forma sistemática en casi todos los estudios (Merikangas, Dierker y Fenton, 1998), incluidos también los estudios españoles (Ruiz Carrasco et al., 1994; Alonso Sanz y Del Barrio, 1994; Pons et al., 1996, 1999; Muñoz-Rivas y Graña, 2001). La exposición a las sustancias, la exposición al uso de drogas y, en definitiva, el aprendizaje social son los mecanismos que pueden explicar esta relación.

Junto con el consumo de sustancias de la familia, las actitudes de los padres ante las drogas parece ser otra de las variables familiares específicas que pueden incrementar la vulnerabilidad hacia el consumo de drogas de los adolescentes. La relación entre las actitudes de los padres ante las drogas y el consumo de los hijos se ha encontrado en varios trabajos, incluidos algunos españoles (por ejemplo, Recio, 1993, 1995 y Pons et al., 1996, 1999). Los resultados de nuestro estudio van en la misma dirección. Las actitudes de los familiares hacia el consumo de drogas son sistemáticamente vistas por los escolares como negativas, sean consumidores o no consumidores. Pero, en el caso de los no consumidores, esas actitudes son signifi-

cativamente más negativas, tanto en lo que respecta a las drogas legales como a las ilegales. Hay mayor rechazo percibido en la familia y eso parece traducirse en una menor probabilidad de consumir en los jóvenes.

Ese mayor rechazo parece evidenciarse también claramente si lo que se explora es la conducta de advertencia o consejo de los padres para que sus hijos se mantengan abstinentes, aunque aquí las diferencias sólo se dan en las drogas legales. Los padres de los sujetos no consumidores parecen mantener, a juicio de los hijos, una actitud más beligerante al promover el no consumo, que en el caso de los padres de los consumidores. Actitud y conducta, tal y como las perciben los escolares, son plenamente consistentes y van en el sentido esperado con el consumo que reconocen.

Una última variable familiar, esta vez de carácter no específico, es el abuso o maltrato por parte de los padres. Esta es una variable que, por lógica, debe estar ligada a otros factores medidos en el cuestionario, especialmente el conflicto familiar. Para medir esta variable se utilizaron cuatro ítems del instrumento. Pues bien, en los cuatro ítems los jóvenes del grupo de consumidores dieron, con mayor proporción de la que sería esperable por azar, respuestas que indicaban una percepción de abandono, abuso o maltrato procedente del entorno familiar.

A manera de resumen, puede decirse que, desde el punto de vista de los adolescentes, las familias de los no consumidores son familias en las que, con mayor probabilidad que en los consumidores, el padre y la madre conviven con pocos conflictos y son los que, principalmente, marcan y hacen cumplir las normas por las que debe regirse la familia. En esas familias de no consumidores hay una mejor relación de los hijos con los padres y otros familiares y se realizan más actividades conjuntamente. Además, las familias de los no consumidores tienen más normas que controlan diversos aspectos de la vida del escolar cuyo cumplimiento se exige, en ellas se percibe menos consumo de drogas legales e ilegales, una actitud más beligerante contra las legales y menos maltrato físico o psíquico hacia sus hijos.

Por último, además de los análisis bivariados, se realizaron también análisis multivariados con el fin de determinar la capacidad predictiva del conjunto de variables utilizadas y el peso relativo de cada una de éstas. Los resultados de estos análisis mostraron que las variables familiares tenían una capacidad pronóstica del consumo de drogas de los adolescente relativamente importante (77,9%) y que las variables con mayor importancia eran, en orden decreciente: las actitudes de la familia ante las drogas legales, el consumo de drogas de la familia, la calidad de la relación familiar, las actitudes de la familia ante las drogas ilegales, la realización de actividades conjuntas y el conflicto familiar.

Como se puede apreciar, las variables predictoras más importantes son, en términos de Merikangas, Dierker y Fenton (1998), los factores específicos del consumo de drogas (en este caso, actitudes y consumo), mientras que los factores no específicos (que incrementan la vulnerabilidad general a problemas de conducta en la adolescencia) estarían situados en segundo término.

En suma, los factores de riesgo y de protección que se han encontrado en este trabajo de investigación no difieren sustancialmente de los que se han hallado en otros trabajos tanto nacionales como extranjeros (fundamentalmente anglosajones).

A pesar de la extrema complejidad teórica que se encierra en la interpretación de los estudios correlacionales como el presente, hay un hecho meridianamente cierto. Los factores familiares (junto con los contextuales) son muy importantes a la hora de predecir el consumo de drogas de la inmensa mayoría de los escolares investigados. Así pues, los objetivos de los programas de prevención están claros, ya que basta con modificar esos factores de riesgo (a la baja) o de protección (al alza) para que se reduzcan las probabilidades de consumo de drogas.

La función socializadora de la familia es el elemento sobre el que pivota su influencia en la prevención del uso de drogas en los adolescentes. Este déficit en la función socializadora se expresa en un deficiente control de los hijos, la presencia de actitudes y comportamientos percibidos como tolerantes (o no extremadamente intolerantes) frente a las drogas y la existencia de conflictos familiares, bien entre los padres o de los padres con los hijos.

Por último, los programas familiares para la prevención del uso indebido de drogas han de emplear estrategias diversas, pero, en todo caso, estas intervenciones han de tener como grupo destinatario preferente, los grupos de riesgo, es decir, aquellas familias y jóvenes cuyas características coincidan básicamente con los resultados de las investigaciones sobre los factores de riesgo para el uso de drogas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso Sanz, C. y Del Barrio Gándara, V. (1994). Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol. *XXI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Bilbao*.
- García-Pindado, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga. Factores ambientales y genéticos. *Psiquis, 10*, 413-422.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Kumpfer, K.L., Olds, D.L., Alexander, J.F., Zucker, R.A. y Gary, L.E. (1998). Family etiology of youth problems. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions. NIDA Research Monograph 177*. Rockville, MD: US Department of Health and Human services.
- Merikangas, K.R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions. NIDA Research Monograph 177*. Rockville, MD: US Department of Health and Human services.
- Moncada Bueno, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En PND (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Muñoz Rivas, M.J. y Graña Gómez, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema, 13*, 87-94.
- 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.
- Pollard, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D. y Arthur, M.W. (1997). Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations. Manuscrito no publicado.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: *Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones, 8*, 177-191.
- Recio, J.L. (1993). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Recio, J.L. (1995). The influence of family, school, and peers on adolescent drug misuse. *The International Journal of the Addictions, 30*, 1407-1423.
- Ruiz Carrasco, P., Lozano San Martín, E. y Polaino Lorente, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas legales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría, 10*, 157-162.

APÍTULO III

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIAR PARA EL USO DE DROGAS

Elisarso Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela



NDICE

1. Los jóvenes y las drogas
2. La familia de los jóvenes
 - 2.1 La importancia de la familia en el desarrollo de los jóvenes
 - 2.2 Familia y consumo de drogas
3. Socialización y tipos de crianza
 - 3.1 El proceso de socialización
 - 3.2 Familia y tipos de crianza
4. Los factores de riesgo y protección familiar
 - 4.1 Consideraciones generales sobre los factores de riesgo
 - 4.2 Factores de riesgo y protección familiar
5. Conclusiones
6. Referencias bibliográficas

1. LOS JÓVENES Y LAS DROGAS

En la actualidad, el consumo de drogas es un fenómeno muy generalizado y de gran relevancia entre los jóvenes. Los últimos y más fiables datos disponibles en España, la Encuesta Escolar de 1998, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas (2000), representativa a nivel nacional de los jóvenes escolarizados entre 14 y 18 años de edad, así lo confirma. El consumo de alguna droga en los últimos 12 meses es alto, fundamentalmente el alcohol (sobre el 80%) seguido del tabaco y del cannabis (entre un 20% y un 30% dependiendo de los sexos). Y, si se analizan los consumos en los últimos 30 días, los datos son preocupantes: un 65.8% alcohol, un 28.3% tabaco, un 17.2% cannabis, y el resto de las sustancias entre un 1.6% y un 2.4%. Nótese que el patrón de consumo suele ser el de poli-consumidor, de ahí que no podemos sumar las cifras anteriores, ya que daría más del 100%, y ello sería incorrecto.

De los datos anteriores cabe destacar el alto consumo de alcohol, que en una parte de los casos consiste en bebidas de alta graduación durante los fines de semana, conformando el nuevo patrón de consumo que clásicamente se consideraba anglosajón (una alta ingestión de bebidas alcohólicas en un corto período de tiempo con la consecuencia en muchos casos de la borrachera). Parece que, en pocos años, este patrón de consumo será también el nuestro, a diferencia del estilo de beber latino/mediterráneo (dosis bajas, habitualmente de vino, todos los días).

Al consumo de alcohol le sigue el consumo de tabaco, asociado en los adolescentes a una publicidad incisiva y orientada especialmente por las compañías tabaqueras para conseguir nuevos adictos ante las personas de mediana edad que dejan de fumar por sus problemas de salud o porque les han hecho formalmente la recomendación médica de que tienen que dejar de fumar.

A corta distancia del tabaco se encuentra el uso de cannabis, que se ha ido convirtiendo en una droga casi normalizada, por el alto nivel de consumo en jóvenes, una cultura específica que lo rodea y cierta industria que se va montando a su alrededor (revistas, productos, música, etc.).

El consumo del resto de las drogas es preocupante, pero realmente, lo más importante es el uso de las primeras sustancias de las que hemos hablado, por el alto porcentaje de prevalencia en jóvenes. Las drogas ilegales (p.ej., cocaína, speed, éxtasis) las consumen una parte de los jóvenes en una primera etapa de prueba, pero sólo un pequeño grupo llega a ser dependiente. Tanto en ésta como en las anteriores, la prueba puede llevar o no al abuso o a la dependencia. Los motivos que explican el salto de la prueba inicial al abuso o la dependencia es una importante cuestión que si pudiésemos contestar claramente nos permitiría conocer con exactitud cual será la magnitud del consumo futuro de los que en la actualidad son jóvenes.

Pero ya podemos adelantar el dato cierto -analizando las encuestas realizadas a la población escolar española (se hace cada dos años), entre los años 1994 y 1998,- de que se aprecia claramente un incremento de consumo en varias sustancias, como el cannabis (del 18.1% al 25%, respecto al consumo en los últimos 12 meses), cocaína (1.7% al 4.1%, respecto al consumo en los últimos 12 meses) y sustancias volátiles (1.8% al 2.7%, respecto al consumo en los últimos 12 meses), mientras que el consumo de éxtasis desciende (3% en 1994, 3.9% en 1996 y 2.5% en 1998, para el consumo en los últimos 12 meses). Las demás sustancias se mantienen más o menos estables. Como indica dicho estudio, y también conocemos por la literatura empírica, una parte del mayor o menor descenso del consumo de sustancias en tan pocos años depende de la disponibilidad y de la percepción del riesgo asociada a cada droga. Este es un aspecto que sirve para explicar el mayor o menor consumo en un momento determinado del tiempo.

Tampoco hay que olvidar que el consumo de tabaco y alcohol incrementa la probabilidad de consumir marihuana (Becoña, 1999), y que una parte de los jóvenes de los que consumen marihuana tiene una mayor probabilidad, respecto a los que no la consumen, de usar otras drogas como la heroína o la cocaína. Esto no significa que todos los que consumen marihuana pasen a consumir cocaína o heroína; sólo pasarán a consumirla una parte de ellos. Ni tampoco significa que una parte significativa de los que consumen marihuana a esas edades no la dejen definitivamente en el futuro o se mantengan en consumos bajos o esporádicos. Esto debe saberse porque precisamente los programas preventivos de drogas, con buen criterio, se orientan a la prevención del consumo de drogas legales y de la marihuana. Con ello se pretende prevenir directamente el consumo de estas sustancias e, indirectamente, el uso de las que la sociedad clásicamente considera como drogas (heroína, cocaína, LSD, etc.).

Lo anterior entra en muchas ocasiones en contradicción con la conducta que los jóvenes observan en los adultos; esto es, de las personas más cercanas a los adolescentes (padres, familiares, profesores, vecinos del barrio, etc.). Tan drogas son la nicotina y el alcohol como la heroína y la cocaína. Y, muchos adultos tienen dependencia de la nicotina y abusan o tienen dependencia del alcohol. Este aspecto no hay que pasarlo por alto. Al final una sociedad es más o menos adicta en función de todos sus miembros, y los adolescentes son sólo una parte de la

sociedad. Ni mucho menos se puede pensar que el consumo de drogas (de todas las drogas) se centra exclusiva o fundamentalmente en ellos. Los datos así lo demuestran.

Dado que es en la adolescencia donde la persona va a comenzar o no a consumir drogas, cobra gran relevancia conocer y aplicar las medidas adecuadas para el control del consumo de éstas. Uno de los aspectos a tener en cuenta es el familiar. Junto con la familia, no hay que olvidar el peso de los iguales, el de la escuela, los medios de comunicación, el medio social, y su propia personalidad, entre otros.

2. LA FAMILIA DE LOS JÓVENES

2.1. Importancia de la familia en el desarrollo de los jóvenes

Son muchas las definiciones que se han dado de familia. Todos sabemos lo que es una familia pero nuestra concepción de familia puede ser distinta a la que tienen otras personas, sin entrar en la gran variabilidad que existe entre las distintas culturas. Los autores que se han acercado a apresar una definición de la misma indican que la familia es un grupo primario, un grupo de convivencia interpersonal, con una relación de parentesco y con experiencias de intimidad que se extienden a lo largo del tiempo. Todo ello facilita un largo proceso de convivencia entre sus distintos miembros, especialmente los más pequeños, desde que nacen hasta que se emancipan, pudiendo mantenerse la vinculación durante toda la vida, con cambios a lo largo del tiempo al tomar los que se hacen adultos nuevos roles. Además, la familia asume su papel (el papel de familia) y se compara con otras, adquiere identidad propia para diferenciarse de las demás. En este caso, la familia viene a ser más que la suma de sus miembros, forma una unidad, unidad que se asienta en la historia de las generaciones previas y de su historia. Va, por tanto, más allá de los lazos biológicos y legales.

La persona nace y crece en una familia, se socializa, aprende cómo es el mundo y cómo lo ven esas personas de su entorno inmediato, recibe afecto, cubre las necesidades básicas, etc. Esto es, el individuo ve e interpreta el mundo a través de ella. Parte de lo que sea en la vida adulta va a depender de la misma.

Además, la familia, o más bien, el sistema familiar (Gimeno, 1998), implica una estructura, una jerarquización de sus miembros, unas reglas que regulan las relaciones entre sus miembros y las relaciones con las personas fuera de la familia.

Con todo, no debemos olvidar que aunque la familia sea un elemento básico para la persona, no lo es todo. También hay otros sistemas que influyen en la persona, especialmente en la etapa de la adolescencia, como son, el barrio, la escuela, los medios de comunicación, etc., de esa cultura determinada. Y, en todos los ámbitos anteriores, hay personas con las que el chico o chica interacciona y con las que va adquiriendo una visión específica del mundo y actuando en él de uno u otro modo.

En los primeros años, la familia tiene una gran importancia en modular el peso de los otros elementos con los que interacciona, en la adolescencia va perdiendo peso en favor de los amigos y, después, cuando establece una relación estable con otra persona, pasa a formar otra familia (nuclear), con lo que puede perderse parte de la influencia de su familia originaria. Es una ley de vida. Mientras que en los primeros años de vida, la familia cubre las necesidades básicas más elementales (alimento, afecto, cuidados básicos), poco a poco la misma va socializando a la persona según sus creencias y forma de ver el mundo, como reflejo de la cultura en la que dicha familia está enmarcada.

2.2. Familia y consumo de drogas

En todo lo anterior subyace la gran relevancia que tiene la familia. Cara a los adolescentes, y con relación al consumo de drogas, el papel de la familia es fundamental. Una familia favorable al consumo de drogas, o cuyos padres consumen drogas, hace que sus hijos aprendan que eso es lo normal o que no es algo problemático. En cambio, una familia estructurada, con un buen estilo de crianza, facilita un menor consumo.

Aún así, hoy sabemos que el papel de la familia es importante pero no es el único papel que tiene en la vida del adolescente, como ya hemos comentado (p.ej., el papel de los amigos). También conocemos que el cambio en la familia es hoy evidente, al vivir más tiempo los hijos con sus padres que hace unas décadas. Este es un nuevo fenómeno que implica la posibilidad de incidir en los hijos no sólo cuando son niños, sino cuando son adolescentes, en las primeras fases de la juventud o incluso en la adultez (Kimmel y Weiner, 1998). Lo que aquí subyace es el límite entre la autonomía y el vínculo familiar y cómo se mantiene éste a lo largo del tiempo. Sin embargo, los cambios que se están produciendo en la estructura familiar, especialmente con las separaciones y divorcios, junto al establecimiento de nuevas parejas, hijos de padres distintos, visita a sus padres biológicos viviendo en otra familia, etc., es otro elemento más que hoy hay que tener en cuenta y que representa un fenómeno nuevo con relación a nuestra historia pasada. Es también un reflejo de nuestro mundo actual, como lo es el tema de las drogas, que no era tal problema hasta hace pocas décadas.

En este sentido, los modelos de familia ven el consumo de sustancias, u otro tipo de problemas, como una expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Waldrom, 1997). La conducta de consumo de sustancias se entiende, desde esta perspectiva, que cumple una importante función en la familia, permitiendo a ésta enfrentarse con estresores internos o externos o mantener otros procesos que se han establecido en la organización del sistema.

Como sabemos, el concepto central en los modelos de terapia familiar es el de la familia como “sistema” (Lebow y Gurman, 1998); esto es, las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de los otros miembros de la familia. Entender a la familia como un sistema supone considerar que el todo es más

que la suma de sus partes. Esto es, las conductas de un individuo no se pueden entender separadas del resto de su familia. Cada familia es una unidad psicosocial, caracterizada por un tipo de funcionamiento. Los sistemas de familia desarrollan patrones de comunicación y secuencias de conductas para mantener un equilibrio entre los miembros de ésta. Las familias pueden ser diferentes en las distintas dimensiones que caracterizan el sistema, incluyendo cómo están organizados los subsistemas para la relación de funcionamiento, cómo son de difusas o rígidas los límites entre los individuos, subsistemas o la familia y los sistemas extrafamiliares, o cómo es distribuido el poder en los subsistemas (Haley, 1976; Minuchin, 1974).

Por ello, entender la conducta de los jóvenes, especialmente en la adolescencia, sin conocer y entender cómo funciona la familia y el papel que la misma tiene en su socialización y en su vida cotidiana, es imposible. Uno de estos aspectos básicos, que luego tendrán una importante relación con el consumo o no de drogas de los jóvenes, es la socialización y el tipo específico de crianza que han tenido.

3. SOCIALIZACIÓN Y TIPOS DE CRIANZA

3.1. El proceso de socialización

El proceso de socialización está en la base, con frecuencia, del posterior consumo o no de drogas. De modo especial, el medio familiar ocupa un lugar destacado (Hops, Duncan, Duncan y Stoolmiller, 1996). En el seno de la familia la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y ejecuta a partir de ellas unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, las consecuencias de las acciones, etc., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y, posteriormente, del adolescente.

En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del niño (Maccoby, 1992), como el primer elemento de la socialización primaria para éste. La socialización tiene su mayor peso en la infancia, cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones, la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años, el niño va siendo modelado a través de refuerzos y castigos, siendo sus padres los modelos más importantes. Además, los padres son los que eligen el lugar donde viven o donde llevan viviendo desde hace generaciones sus antepasados. Controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos (Maccoby, 1992). De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño, primero, y luego del adolescente, lo que va a marcar el modo en que va a ser de adulto.

Desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. La socialización es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad o tri-

bu. El proceso de socialización ocurre a lo largo de toda la vida, aunque su mayor importancia se produce en el período que va de la niñez a la adolescencia (Craig, 1996).

Hoy la socialización tiene lugar primero en la familia, que es el agente más importante de socialización, luego en la escuela, seguido por sus compañeros y los medios de comunicación. Después de la adolescencia, otras personas también contribuyen al proceso de socialización, dado que éste no finaliza hasta que muere la persona, aunque su mayor relevancia está en los primeros años y en la adolescencia.

Mediante la socialización el individuo adquiere lo que se llama “el autoconcepto”, el cual a su vez permite a lo largo del tiempo servir como modo de filtro e integración ante los impactos del ambiente (Craig, 1996). El autoconcepto es esencial para el desarrollo de una personalidad integrada, para tener claros los roles, distinguir el yo real del yo ideal, etc. Los factores que influyen en el autoconcepto del niño son (Craig, 1996): las percepciones de otros, como padres o compañeros; la autoevaluación o análisis de los pros y contras personales, la imagen personal, percepción de la salud y sentido del vigor; los valores sociales, expectativas y nociones de lo ideal y las experiencias del yo en el mundo.

La socialización primaria pretende básicamente internalizar la realidad (Berger y Luckmann, 1968). El individuo nace, pero en función de cada sociedad va a internalizar uno u otro sistema social. Dicha socialización se realiza mediante un aprendizaje cognitivo y con una fuerte carga emocional. La identificación es un proceso importante, ya que junto al aprendizaje de roles, ayuda a concretar su lugar en el mundo y ubicación social. El desarrollo de un niño se produce a través de la interacción continua, directa y recíproca de su familia, colegio y vecindario. En el colegio y vecindario su interacción se realiza con adultos y, especialmente, con otros niños y compañeros, con los denominados sus iguales. Hoy sabemos que el papel de la familia en la adolescencia, en relación con los iguales, tiene más importancia de la que hace años se pensaba (Kandel, 1996). De ahí que una buena educación familiar sea tan importante. Por contra, sabemos que los problemas familiares se han incrementado de modo acusado en las últimas décadas. Un ejemplo son las separaciones y divorcios (en parte debidos al cambio en el concepto de familia, la incorporación de la mujer al trabajo, la relevancia de la independencia, o la facilidad legal para la ruptura de la relación, etc.), con la aparición concomitante o posterior de distintos problemas y psicopatología en una parte importante de los hijos de estas personas, siendo un factor de vulnerabilidad para distintas conductas problema.

El grupo de iguales constituye un grupo de referencia de gran importancia para los adolescentes. Con ellos adquieren una visión distinta del mundo a la que reciben de sus padres y de la misma escuela. En el grupo de iguales se sienten protegidos, entendidos y como parte importante de algo. Son un elemento de gran relevancia tanto para el desarrollo psicológico como para el social. Tanto la familia como la escuela inciden en ellos de modo directo e indirecto. La interrelación entre el grupo de iguales, la familia y la escuela es más relevante de lo que se creía (Kandell, 1996), de tal

forma que unos influyen en los otros (p.ej., la familia puede evitar activa y efectivamente que su hijo/a se implique en un grupo de iguales consumidores).

Esto también nos lleva a no olvidar nunca al individuo. Es el actor y parte básica de lo que estamos tratando. Hay elementos importantes en la vida del niño y del adolescente que van a tener gran relevancia en su vida adulta. Se han estudiado muchas variables de tipo personal, como la autoestima, la frustración, la ira, la búsqueda de sensaciones, etc. Estos elementos son relevantes para su funcionamiento, constituyendo, junto con el aprendizaje y la inteligencia, la parte psicológica más importante de la persona. Estas variables, como otras, se han considerado de modo separado, pero parece más adecuado analizarlas, de cara a la prevención, junto a las demás, ya que por sí mismas tienen poco valor explicativo.

3.2. Familia y tipos de crianza

La estructura familiar y el modo de crianza contribuyen de modo importante al desarrollo del niño en el aprendizaje de lo que es el mundo y en su propio desarrollo. Hoy sabemos que en sociedades desarrolladas, como la nuestra, las interacciones del padre y de la madre con los hijos son diferentes. Es bien sabido que los padres se ocupan menos de los hijos y los tratan de acuerdo con los estereotipos de género, mientras que las madres se centran más en el cuidado de los hijos y tratan a hijos e hijas de un modo más similar (Wicks-Nelson e Israel, 1996). También hoy sabemos que la influencia no es unidireccional de padres a hijos, sino bidireccional: los hijos influyen también en el comportamiento de sus padres, como sus padres en el de los hijos.

Se ha encontrado que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a cómo son de restrictivos los padres; la calidez paterna hace referencia al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos (Maccoby, 1984).

Baumrid (1980) describió tres tipos de estilo parental: autoritativos, autoritarios y permisivos. Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) describieron un cuarto tipo, los indiferentes. En la descripción de Craig (1996) el estilo parental autoritativo ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez, y el indiferente, poco control y poca calidez.

El *padre autoritativo* acepta y alienta la progresiva autonomía de sus hijos. Tiene una comunicación abierta con ellos y reglas flexibles. Sus hijos son los que tienen el mejor ajuste, con más confianza personal, autocontrol y son socialmente competentes. Tienen un mejor rendimiento escolar y elevada autoestima.

El *padre autoritario* establece normas con poca participación del niño. Sus ordenes esperan ser obedecidas. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, a menudo físicos. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles, la independencia escasa. Por ello, el niño tiende a ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Carece de espontaneidad y de locus de control interno. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia y los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

El *padre permisivo* impone pocas o ninguna restricción a sus hijos, por los que muestran un amor incondicional. Son poco exigentes respecto a una conducta madura, utilizan poco el castigo y permiten que el niño regule su propia conducta. Disponen de una gran libertad y poca conducción. Los padres esperan que el niño tenga un comportamiento maduro. No establecen límites a la conducta. Fomentan la independencia y la individualidad. En unos casos los niños tienden a ser impulsivos, agresivos, rebeldes, así como socialmente ineptos y sin ser capaces de asumir responsabilidades. En otros casos pueden ser independientes, activos, sociables y creativos, capaces de controlar la agresividad y con un alto grado de autoestima.

El *padre indiferente* es aquel que no impone límite y tampoco proporciona afecto. Se concentra en las tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos. Si además los padres son hostiles, entonces los niños tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conducta delictiva.

El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y, además, son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres autoritativos son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres para dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Craig, 1996).

4. LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIAR

4.1. Consideraciones generales sobre los factores de riesgo

Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 15). Un factor de protección es “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Clayton, 1992, p. 16).

Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos

importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

En una de las revisiones ya citadas (Clayton, 1992), se enumeraban de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijo de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctima de abuso físico, sexual o psicológico, jóvenes sin hogar, jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio. Como se aprecia, varios de estos factores se refieren al papel de la familia.

La revisión de Hawkins, Catalano y Miller(1992) es la referencia más importante acerca de los factores de riesgo y protección, que más tarde fueron clasificados de modo semejante por Peterson *et al.* (1992). Más recientemente destacan las clasificaciones de Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997), Moncada (1997) y Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000).

Como una síntesis, en la Tabla 1 presentamos aquellos factores de riesgo y protección propuestos por los autores mencionados, y que se han estudiado o han surgido como significativos en los distintos estudios realizados sobre esta cuestión.

Tabla I
Factores de riesgo familiar o relacionados con la familia para explicar el uso y abuso de drogas

| Autor | |
|-------------------------|--|
| Hawkins et al. (1992) | Uso de alcohol y drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas – Pobres e inconsistentes prácticas de manejo familiar – Conflicto familiar – Bajo apego a la familia |
| Petterson et al. (1992) | – <i>Una historia familiar de alcoholismo.</i> Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa. – <i>Problemas de manejo de la familia.</i> Estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas. – <i>Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso.</i> En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia. |
| Moncada (1997) | <i>Factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno (relacionadas con la familia):</i> – Historia familiar de alcoholismo – Pautas educativas – Actitudes y modelos de conducta por parte de los padres – Conflictos familiares |

Tabla I (Continuación)

| | |
|---------------------------|---|
| Pollar et al. (1997) | <p><i>Factores de riesgo familiar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pobre supervisión familiar - Pobre disciplina familiar - Conflicto familiar - Historia familiar de conducta antisocial - Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial - Actitudes parentales favorables hacia el uso de drogas <p><i>Factores de protección familiar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Apego familiar - Oportunidades para la implicación en la familia - Refuerzos por la implicación en la familia |
| Muñoz-Rivas et al. (2000) | <p><i>Factores de socialización (factores familiares):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estructura y composición familiar - Estatus socioeconómico familiar - Disciplina familiar - Relaciones afectivas y comunicación - Actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas |

4.2. Factores de riesgo y protección familiar.

Los estilos de educación parental (Baumrind, 1983) afectan al desarrollo de la personalidad y al consumo de drogas, como ya hemos visto. Hawkins *et al.* (1992) resumen este apartado indicando que el riesgo de abuso de drogas se incrementa cuando las prácticas de manejo de la familia se caracterizan por expectativas para la conducta poco claras, escaso control y seguimiento de sus conductas, pocas e inconsistentes refuerzos para la conducta positiva y castigos excesivamente severos e inconsistentes para la conducta no deseada.

Otro factor de riesgo es el conflicto familiar. Cuando hay una situación de conflicto o una ruptura familiar, se incrementa el riesgo tanto para conductas delictivas como para conductas de uso de drogas.

El cuarto factor de riesgo familiar que se considera en el trabajo de Hawkins *et al.* (1992) es el bajo apego a la familia. Cuando dentro de la familia las relaciones entre los padres y los hijos carecen de cercanía, y la madre no se implica en actividades con ellos, se incrementa el riesgo del uso de drogas. Por el contrario, cuando las relaciones familiares son positivas, con implicación y apego, resultan un factor de protección para el consumo de drogas. Por ello, el apego a la familia se convierte en una variable de gran relevancia dado que la misma se relaciona con otros factores de tipo familiar ya vistos (p.ej., el conflicto familiar). Un buen apego familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la familia han internalizado ciertos valores y normas que lleven al rechazo de la sustancia o, simplemente, a no buscarla.

Otro factor, que no se considera directamente relacionado con la familia, pero sí influido por ella, son los tempranos y persistentes problemas de conducta (el primer capítulo de este monográfico se dedica a este aspecto). Una adecuada detección, seguimiento y

tratamiento por parte de los padres puede facilitar su control. En caso contrario, si estos comportamientos se mantienen (p.ej., hiperactividad, irritabilidad, conducta agresiva, etc.), facilitan posteriormente el uso de drogas. Dado el papel que tiene la familia en el proceso de socialización, en la práctica tiene una relevancia esencial de modo directo en los factores ya analizados, como de modo indirecto dentro de ella ese problema (p.ej., de conducta) o las interacciones de sus hijos con otros compañeros y amigos, etc.

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

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

Las estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de claras expectativas por la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente, incrementan el riesgo de consumir drogas.

Finalmente, el uso de drogas parental y las actitudes positivas hacia su uso es otro factor de riesgo. En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes con el consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los hijos abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Pollard *et al.* (1997) han elaborado un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección, para lo cual han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individuales.

Los factores de riesgo de la comunidad son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transiciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego. En este dominio los factores de protección son los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades para la implicación en ésta. En el dominio escolar hay dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los factores de protección son las oportunidades para su implicación en la escuela y los refuerzos por la implicación en ésta. Dentro del dominio familiar, los factores de riesgo son la baja o pobre supervisión familiar, la escasa o baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección en este ámbito indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente, en el dominio individual y de los iguales, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la

búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Como factores de protección se encuentran la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Como vemos, existe un amplio conjunto de factores de riesgo, mayor que los de protección. A nivel familiar los factores que evalúa el cuestionario de Pollard *et al.* (1997) son los que aparecen consistentemente como más importantes en la literatura científica, incluyendo en su propio estudio. Nótese que su cuestionario lo han elaborado a partir de la amplia revisión de Hawkins *et al.*, (1992) así como de sus propios y dilatados trabajos sobre este tema. Sus resultados también muestran la complejidad con la que nos encontramos para explicar el consumo de drogas, de tal manera que si hay varios factores de riesgo y ninguno de protección la probabilidad de consumo de drogas se incrementa claramente, mientras que si están presentes varios factores de riesgo y, al tiempo, varios de protección, la relación es más compleja, y el consumo de drogas va a depender de la relevancia de los distintos factores de riesgo y de protección considerados separadamente. Esto es, aunque en teoría todos los factores de riesgo y protección tienen el mismo peso, en la práctica, y con una simple mirada, se hace evidente que unos son más relevantes que otros (p.ej., compárese el conflicto familiar, como factor de riesgo, respecto a los refuerzos por la implicación en la familia como factor de protección). Además, unos factores interactúan con otros o unos priorizan a otros (p.ej., un sutil control familiar incide sobre qué amigos tiene o puede tener, salidas, etc., lo que hace que ese control facilite la potenciación de otros factores de protección).

Moncada (1997) clasifica los factores de riesgo y de protección en dos grandes categorías: los factores de riesgo ambientales y los factores de riesgo del individuo y sus relaciones con el entorno. Dentro de éstos considera los que tienen que ver con el individuo y las relaciones personales que establece con su familia y con otros grupos con los que se relaciona. Dentro de los factores de tipo familiar considera cuatro: la historia familiar de alcoholismo, las pautas educativas, las actitudes y modelos de conducta por parte de los padres, y los conflictos familiares. La historia familiar de alcoholismo es una de las que consistentemente se encuentra en los distintos estudios. Las pautas educativas, ya vistas, como mostró Baumrind (1983) y otros autores, son de gran relevancia para el consumo o no de drogas en la vida posterior del adolescente. Las actitudes y modelos de conducta por parte de los padres hacen referencia al consumo de drogas, especialmente delante de sus hijos, la tolerancia que muestran, etc. Los conflictos familiares, especialmente cuando están presentes o hay bajos lazos de unión entre los padres o entre los padres y los hijos son factores de riesgo claros para el uso de drogas. No nos detendremos en estos factores por haberse expuesto ya con más amplitud.

Más recientemente Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000) revisan extensamente los factores de riesgo y protección que agrupan en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Dentro de los factores de socialización incluyen los factores familiares, los factores relacionados con la influencia del grupo de iguales y los factores escolares. Específicamente, consideran cin-

co factores familiares: la estructura y composición familiar, el estatus socioeconómico familiar, la disciplina familiar, las relaciones afectivas y de comunicación, y las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas.

En la estructura y composición familiar se ha estudiado el tamaño de la familia y el número de hermanos. La investigación muestra que la carencia de uno de los padres, en muchos casos debido al divorcio, solo influye en un mayor consumo de drogas cuando el joven vive solo con su madre. En cambio, cuando junto a la madre está también otro adulto, la posibilidad de que los chicos sean consumidores disminuye. La mayor incidencia del consumo suele darse en los varones, en caso de que los padres se divorcien y, sobre todo, si éste coincide con la etapa adolescente del chico. Curiosamente, el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad de consumo de sustancias por parte de las hijas pero no por parte de los hijos varones. Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994).

Respecto a la composición familiar, como el tamaño de la familia, el orden de nacimiento de los hijos y el número de hermanos dentro de la familia, Muñoz-Rivas *et al.* (2000) concluyen que tener hermanos, especialmente hermanos mayores, ejerce cierto efecto protector sobre el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales. Aún así, parece que serían otras variables (p.ej., conflicto familiar, apego) más relevantes para explicar el consumo que el número de hermanos y el orden que se tiene dentro de ellos.

En cuanto al estatus socioeconómico familiar, se ha encontrado en muestras españolas que el mayor consumo de alcohol de los jóvenes se asocia a un mayor nivel de estudios y, probablemente, a mayor nivel socioeconómico de los padres (Recio *et al.*, 1992). En otros estudios se ha encontrado una clara relación entre un alto nivel socioeconómico de los padres y el consumo de alcohol y de marihuana en los hijos. En el lado contrario, aquellos hijos con padres en paro o con trabajos eventuales tienen hijos con mayor consumo de drogas (Ruiz *et al.*, 1994). Estos datos reflejan, probablemente, el hecho de que, por una parte, la mayor disponibilidad de dinero facilita la accesibilidad a las sustancias y, por otra, los problemas económicos, afectivos y de otro tipo, incrementan el consumo de sustancias, como una vía de salir o escapar de los mismos.

La disciplina familiar se asocia a los estilos educativos parentales que ya comentamos anteriormente. Se ha encontrado que la inconsistencia en la aplicación de los principios del reforzamiento, la ausencia de implicación maternal en las conductas de sus hijos, la inconsistencia de la disciplina parental y las bajas aspiraciones de los padres, son factores que facilitan el consumo de drogas o, al menos, el inicio en las mismas. Distintos estudios han encontrado que resulta de gran relevancia el papel de la madre en la crianza para explicar el consumo o no de drogas en sus hijos (Baumrind, 1975, 1983) y que, tal como ya hemos visto previamente cuando hablamos de los tipos de crianza, el papel de la madre va a afectar al funcionamiento de sus hijos y a la mayor o menor probabilidad de que prueben y consuman sustancias psicoactivas.

En las relaciones afectivas y de comunicación se han analizado aspectos como el afecto y el vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el

conflicto familiar. Respecto al afecto y vínculo afectivo paterno-filial sabemos que es de una gran relevancia para la estabilidad de la persona. En el consumo de drogas es un elemento predictivo de gran relevancia. Cuando no hay una buena relación afectiva paterno-filial el consumo de drogas es mayor que cuando ésta es adecuada. La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección. Al mismo tiempo, cuando hay una buena vinculación afectiva hay también adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia. Los estudios realizados en España van en esta línea (Pons *et al.*, 1996).

Otra variable importante es la comunicación familiar, la cual es de la máxima importancia en el período adolescente. Cuando esta comunicación es deficiente, los problemas surgen tanto en lo que se refiere al consumo de drogas como a otros problemas de conducta. De ahí que los estudios sobre cohesión familiar vayan en la misma dirección que cuando se analiza la comunicación familiar, ya que una variable es paralela a la otra. Por ello, una buena cohesión familiar es un factor de protección para el consumo de drogas. En el otro extremo, el conflicto familiar es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes, como encuentran sistemáticamente los estudios sobre esta cuestión (p. ej., Berkowitz y Perkins, 1986).

Dentro de las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas es claro, por lo visto hasta aquí, que una actitud más favorable y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de sus hijos, tanto por el proceso de socialización como por los procesos de modelado que se dan en el aprendizaje. Así, los distintos estudios encuentran consistentemente que el consumo de drogas de los padres se asocia con el consumo de drogas de sus hijos. Esto se encuentra tanto para el consumo de cigarrillos, como para el alcohol, marihuana y el resto de las drogas ilegales. Por el contrario, cuando los padres no consumen, y hay una buena estabilidad emocional, el no consumo de los padres es un factor de protección para sus hijos e incluso influye indirectamente en el no consumo de los amigos de sus hijos (Brook *et al.*, 1990). Parece también que la influencia más importante es la que realiza la madre respecto al padre, en cierto modo por ser ella la que lleva el mayor peso en la crianza de los hijos. Finalmente, algunos estudios han encontrado que las actitudes permisivas de los padres hacia el consumo, más que el consumo real por parte de los padres, es un factor con el mismo peso para explicar el consumo de drogas en sus hijos que si sus padres realmente consumiesen. Por ello, la tolerancia de los padres hacia el consumo de drogas es un claro factor de riesgo.

Para enmarcar mejor lo que llevamos expuesto, es importante situarlo dentro el contexto más global del resto de los factores que inciden en el consumo de drogas. En este sentido, Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000), después de su revisión exhaustiva, señalan que los distintos factores relacionados con el uso precoz y el posterior abuso de drogas tendrían que ver con: la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados; tener un mayor acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para su consumo indis-

criminado; estar en una situación de privación económica importante como el hacinamiento o el chabolismo; residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas; iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; la presencia en la infancia o la adolescencia (13 años) de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancia o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales (religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; pertenecer a familias donde hay un solo padre; ser hijos de trabajadores no cualificados o parados; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padres-hijo, las relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (p.ej., frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia); el uso de drogas por parte de los padres, las actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, la fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales; la identificación con grupos no convencionales; y, el fracaso escolar, un bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela.

Por último, en el capítulo segundo de este manual se resume una reciente investigación sobre los factores de riesgo familiares, financiada por el Plan Nacional sobre Drogas. Como se puede apreciar con la lectura de este capítulo, los resultados del estudio señalan una vez más el importante papel de la familia en el inicio del consumo de drogas de los jóvenes, destacando factores como la convivencia separada de los padres, el conflicto entre los padres, el conflicto entre los padres y el adolescente, la frecuencia de actividades conjuntas padres-hijo, el estilo educativo parental (control familiar), el consumo de drogas por padres y familiares, las actitudes de los padres hacia las drogas legales e ilegales y el abuso/maltrato familiar.

En suma, los factores familiares son de gran relevancia, no sólo por incidir directamente como factores de riesgo y protección, sino indirectamente sobre otros factores tanto del individuo, como del contexto, que pueden facilitar el consumo.

Para poder enmarcar los factores de riesgo y de protección familiar hasta aquí expuestos y tener una mejor idea de conjunto, en la Tabla 2 exponemos la clasificación general de los distintos factores de riesgo y protección propuesta por Petterson *et al.* (1992). También hay que indicar que en los últimos años se ha incrementado el número de estudios sobre esta cuestión (p.ej., Mendes *et al.*, 1999), lo que nos facilitará tener un mejor conocimiento sobre los factores de riesgo y protección cara a su utilización en los programas preventivos para el uso de drogas.

Tabla II
Factores de riesgo del abuso de sustancias según Petterson *et al.* (1992)

| Factores de riesgo de la comunidad |
|--|
| <p><i>Deprivación económica y social.</i> Los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que más tarde tengan problemas con las drogas.</p> <p><i>Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria.</i> Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios en donde la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas, y cuando hay baja vigilancia de los lugares públicos.</p> <p><i>Transiciones y movilidad.</i> Cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas y de otras conductas problemáticas. También, las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad parecen estar relacionadas con un riesgo mayor tanto de conductas criminales como de problemas relacionados con drogas en sus familias.</p> <p><i>Disponibilidad de drogas.</i> Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en esa comunidad. La disponibilidad percibida de las drogas y del alcohol está también asociada con un incremento del riesgo.</p> |
| Factores de riesgo familiar |
| <p><i>Historia familiar de alcoholismo.</i> Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.</p> <p><i>Problemas de manejo de la familia.</i> Estrategias de manejo de la familia inadecuadas, incluyendo carencia de expectativas claras sobre la conducta, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente incrementa el riesgo de abuso de drogas.</p> <p><i>Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso.</i> En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, es más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.</p> |
| Factores de riesgo escolar |
| <p><i>Temprana conducta antisocial.</i> Los niños que son agresivos en el jardín de infancia o en la escuela primaria tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias. Cuando una conducta agresiva temprana del niño va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia.</p> <p><i>Fracaso académico.</i> Si éste comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, la experiencia de fracaso en la escuela incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente.</p> <p><i>Bajo compromiso con la escuela.</i> El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible.</p> |
| Factores de riesgo individual/iguales |
| <p><i>Alienación y rebeldía.</i> El niño que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, que toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, está en mayor riesgo de abuso de drogas.</p> |

Tabla II (Continuación)

Conducta antisocial en la adolescencia temprana. Este factor de riesgo incluye mala conducta en la escuela, dejar de ir a la escuela, implicarse en peleas con otros niños y exhibir conducta delincuente.

Amigos que consumen drogas. Los niños que se asocian con iguales que utilizan drogas es mucho más probable que ellos mismo también las consuman.

Actitudes favorables hacia el consumo de drogas. En la transición a la enseñanza secundaria obligatoria (ESO), si los niños ven a otros que ellos conocen probando drogas, sus actitudes a menudo cambian hacia una mayor aceptación del consumo de drogas. Esta aceptación coloca a los niños en un mayor riesgo de consumir drogas.

Primeros consumos tempranos de drogas. Cuanto más tempranamente se pruebe el alcohol y otras drogas, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas con las drogas más tarde. La investigación muestra que la gente joven que se inicia en el uso de drogas antes de los 15 años tiene el doble de riesgo de tener problemas con las drogas que aquellos que esperan hasta después de la edad de 19 años.

Adaptado de Petterson et al. (1992)

Un planteamiento que va más allá de los factores de riesgo y protección familiar es el de Kim y colaboradores sobre el proceso de reafirmación de los jóvenes (Kim, Crutchfield, Williams y Hepler, 1998). Estos autores se hacen varias preguntas que son claves en la prevención de las drogodependencias: 1) ¿por qué unas personas se hacen dependientes y otras no?; 2) ¿qué factores explican lo anterior? 3) ¿conocemos los factores necesarios para implantar un adecuado programa de prevención de drogas? y 4) ¿tenemos programas eficaces a corto y a largo plazo?

Consideran, a pesar de su actualidad, que la aproximación de factores de riesgo no ha mostrado tener mucho éxito en la articulación de planes de acción concretos y programas de actividades que sirvan para detener la conducta de uso de drogas, aunque reconocen que proporciona una guía conceptual general y direcciones a seguir para la futura investigación, especialmente para la aproximación del desarrollo de la conducta problema. Por el contrario, consideran que está surgiendo o se están dando los pasos para el surgimiento de un nuevo paradigma que enfatiza la necesidad de promover el desarrollo completo del joven mediante la reafirmación del mismo. Mientras que las estrategias preventivas tradicionales lo que pretenden es conseguir “jóvenes sin problemas”, el objetivo de este nuevo paradigma es conseguir “jóvenes completamente preparados”. Con ello, se añade una dimensión nueva a la de los factores de riesgo, aquella que enfatiza la necesidad de promover un desarrollo positivo del joven a través de los procesos de reafirmación del joven, lo que significa promover una mayor participación e implicación de los jóvenes en las cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad. Todo ello implica cambiar la perspectiva desde la que se piensa que los jóvenes causan problemas a la comunidad, a otra en la que se vea a los jóvenes como una ventaja y fuente de recursos para la comunidad. El modelo de Kim *et al.* (1998) considera como básicos el adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones

relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, su casa y por los otros adultos en su lugar social. Como se aprecia, en este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad.

5. CONCLUSIONES

El consumo de drogas es un fenómeno muy extendido y característico de nuestra sociedad actual. Podemos decir que hay una relación directa entre sociedad desarrollada y consumo abusivo de drogas. Sabemos que el consumo de drogas varía en función de la edad. La edad de mayor riesgo para el consumo es la adolescencia, a partir de los primeros años de la misma. Dado que a esas edades el joven vive dentro de una familia, ésta tiene un importante papel que jugar a nivel preventivo y de cara a formarle como persona adulta que va a ser en el futuro.

Nunca debemos olvidarnos de que el proceso de socialización está en la base, con frecuencia, del posterior consumo o no de drogas. De modo especial, el medio familiar ocupa un lugar destacado (Hops *et al.*, 1996). Es en el seno de la familia donde la persona se socializa, aprende y adquiere tanto creencias, como actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones y hace a partir de ellas unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, las consecuencias de las acciones, etc., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y posteriormente del adolescente. Además, hoy sabemos que la familia tiene más importancia de lo que se pensaba hace años, en relación con los iguales, y en la adolescencia (Kandel, 1996). Por ello, tanto en éste como en otros aspectos, los padres juegan un papel importante para el uso o no de drogas por parte de sus hijos (Dusenbury, 2000). De ahí, el que se hayan también desarrollado programas preventivos de tipo familiar para potenciar los factores de protección familiar y reducir los de riesgo (Paglia y Room, 1999).

Los factores de riesgo y protección familiar constituyen hoy una vía de gran relevancia para conocer y abordar la problemática de las drogodependencias desde uno de sus elementos determinantes. Aunque no es el único factor, es uno de los más importantes en la adolescencia y el más determinante antes de la misma, cuando el niño depende totalmente de sus padres o de las personas que lo cuidan. De ahí que tanto el estilo de crianza, como los factores de riesgo y protección específicos que la investigación nos ha permitido conocer, son elementos de gran relevancia en este tema por su clara utilidad práctica.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino que va unido a otras conductas problema, especialmente a las conductas desviadas, antisociales o consideradas

problemáticas socialmente. Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (p.ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; desarrollo de las capacidades de expresar sus opiniones; preservación de la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

Por suerte, conforme las personas aumentan la edad, sean hombres o mujeres, se va produciendo un menor consumo de drogas, lo que ha sido explicado como un proceso de madurez respecto al uso de sustancias, que se da en los adultos jóvenes. El estudio de Labouvie (1996) encuentra que este proceso se da tanto en aquellos que se casan y tienen hijos como en los que no. Algunas de las razones que pueden explicar lo anterior es que se incrementa el sentido de la responsabilidad personal, especialmente respecto a su futuro, facilitando el moderar las conductas excesivas o socialmente desaprobadas; porque el uso de sustancias impide conseguir las metas personales, ver el matrimonio y tener hijos como algo muy importante, etc., todo lo cual lleva a moderar el uso de drogas.

Newcomb y Bentler (1986, 1988a, 1988b) han encontrado que el uso de drogas en la adolescencia temprana está asociada con la asunción también temprana de los roles adultos (trabajo y matrimonio) y con el abandono de los roles de estudiante adolescente. Estos jóvenes suelen más tarde tener problemas con los roles adultos, por ejemplo, divorcio, inestabilidad laboral, malestar emocional y problemas familiares.

El consumo de estas sustancias interfiere con el normal desarrollo físico y emocional, y conducen a la aparición de problemas en varias importantes áreas de la vida. Al tiempo, este consumo de drogas puede estar asociado tanto con el desarrollo precoz como con la disfunción psicosocial, siendo los responsables de producir los problemas anteriores. Este desarrollo precoz, con una correlativa falta de maduración y falta de habilidades, puede ser el responsable de ello. Curiosamente, en los estudios de Newcomb y Bentler, la variable más relevante, dentro de las distintas drogas, fue el consumo de tabaco, que era la que predecía mejor la aparición de problemas posteriores, más que fumar cannabis y tomar otras drogas ilegales. También, el hecho de no tener un adecuado apoyo social y relaciones interpersonales durante la adolescencia se asociaba directamente con la disfunción psicosocial, de modo más importante que el consumo de drogas.

Otro estudio destacable es el de McGee y Newcomb (1992), en el que comprobaron la existencia de un síndrome de desviación general en los primeros años de la adolescencia, en donde el uso de drogas, junto a la conformidad social (en sentido negativo) y la situación académica (en sentido negativo), eran los factores que lo conformaban. Hacia el final de la adolescencia, el síndrome varía y pasa a estar confor-

mado por el uso de drogas, las relaciones sexuales, la conducta delictiva y, en sentido negativo, la conformidad social y la situación académica. En la adultez temprana el síndrome está formado por las mismas variables que en la etapa anterior, con la excepción de la ausencia de la orientación académica. Y, finalmente, en la adultez, las variables que constituyen el síndrome de desviación general son el uso de drogas, la conducta delictiva, la conformidad social (en sentido negativo) y el número de parejas sexuales. Lo anterior muestra que existen cambios en la contribución a este síndrome general de desviación en función del período de desarrollo.

Newcomb (1996) presenta datos de seguimiento de 16 años de jóvenes que tenían entre 12 y 14 años cuando se les hizo la primera evaluación en 1975. Sus resultados confirman en un grado importante las hipótesis derivadas de la teoría de la pseudomadurez por él planteadas.

La permisividad hacia las drogas existente en nuestro medio, empezando por las drogas legales, junto a las ilegales, en forma de consumo, tráfico, intereses económicos, personas implicadas, redes creadas a través de las mismas, etc; la accesibilidad y la disponibilidad, hacen que sea de gran relevancia entrenar a las personas a resistir la presión que se van a encontrar en su vida cotidiana para su consumo.

Muchos de estos primeros consumos de drogas comienzan en la familia, los niños pueden observar a alguno de sus miembros o algún miembro de la familia puede incitar directamente al joven a su uso. Este es un elemento importante, aunque no constituye toda la realidad del problema, pero es un elemento más que va a llevar a distintas personas a probar o no distintas sustancias, cuando no tiene habilidades adecuadas de afrontamiento, o están presentes en esas personas importantes variables de vulnerabilidad para el consumo de esa sustancia o sustancias. En este caso programas preventivos a nivel familiar o incluso a nivel de tratamiento (p.ej., el programa Alfil para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo) son una buena alternativa para que estas personas vulnerables no consuman o retrasen lo máximo posible su comienzo en el consumo de distintas sustancias psicoactivas (Dembo *et al.*, 1999; Gual, Rodríguez-Martos y Calafat, 2000).

Por todo ello, cuanto más y mejor conozcamos los factores de riesgo y protección familiar, como los otros asociados al consumo de drogas, no sólo conoceremos mejor este problema sino que podremos desarrollar programas preventivos más adecuados y más eficaces.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baumrind, D. (1975). Early socialization and adolescent competence. En S.E. Gragastin y G.H. Elder (Eds.), *Adolescence in the life cycle: Psychological changes and social context*. Washington, DC: Hemisphere.
- Baumrind, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- Baumrind, D. (1983). *Why adolescents take changes and why they don't*. Bethesda, MD: National Institute for Child Health and Human Development.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Berkowitz, A.D. y Perkins, H.W. (1986). Problem drinking among college in collegiate alcohol use. *JACH*, 35, 21-28.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 (2).
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Craig G.J. (1996). *Desarrollo psicológico* (7ª ed.). México: Prentice-Hall Interamericana.
- Dembo, R., Cervenka, K.A., Hunter, B., Wang, W. y Schmeidler, J. (1999). Engaging high risk families in community based interventions services. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 41-58.
- Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. *Journal of Primary Prevention*, 20, 337-352.
- Gimeno, A. (1998). *La familia: el desafío de la diversidad*. Madrid: Ariel.
- Gual, A., Rodríguez-Martos, A. y Calafat, A. (2000). *Programa Alfil. Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass (trad. cast.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hops, H., Duncan, T.E., Duncan, S.C. y Stoolmiller, M. (1996). Parent substance use as a predictor of adolescent use: A six-year lagged analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 157-164.
- Kandel, D.B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.

- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development an empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.
- Kimmel, D.C. y Weiner, I.B. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Madrid: Ariel.
- Labouvie, M. (1996). Maturing out of substance use: Selection an self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Lebow, J.L. y Gurman, A.S. (1998). Family systems and family psychology. En A. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (Vol. 1, pp. 473-496). Oxford, UK: Elsevier Science Ltd.
- Maccoby, E.E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55, 317-328.
- Maccoby, E.E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Maccoby, E.E. y Martin, J.A. (1983). Socialiations in the contexts of the family: Parent-child interactions. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- McGee, L. y Newcomb, M.D. (1992). General deviance syndrome: Expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescent to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 766-776.
- Mendes, F., Relvas, P., Lourenco, M., Recio, J.L., Pietralunga, S., Broyer, G., Sussac, M.H., Calafat, A. y Stocco, P. (1999). *Family relationship and primary prevention of drug use in early adolescence*. Palma de Mallorca: Irefrea España.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press (trad. cast., Barcelona, Gedisa, 1979)
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Newcomb, M.D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26, 477-504.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1986). Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 14, 303-321.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1998a). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1998b). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 64-75.

- Paglia, A. y Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3-50.
- 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.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 3*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Pollard, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D. y Arthur, M.W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population*. Manuscrito no publicado.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177-191.
- Recio, J.L., Santos, C., Sánchez, M.A., Escamilla, J.P., Barahona, M.J. y Plaza, L.A. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales. *Anales de Psiquiatría*, 9, 315-325.
- Waldrom, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review or randomized trials. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 199-234.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente (3ª ed.)*. Madrid: Prentice-Hall.

APÍTULO IV

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL USO RECREATIVO DE DROGAS

Enrique Gil Carmena y Amador Calafat Far
IREFREA



NDICE

1. Introducción
2. Relación entre estructura familiar, comunicación/control familiar y consumo de cannabis
 - 2.1 Planteamiento de la investigación
 - 2.2 Resultados
 - 2.2.1 Estructura familiar y consumo de cannabis
 - 2.2.2 Estructura familiar y prevención
 - 2.2.3 Comunicación familiar y consumo de cannabis
 - 2.2.4 Modelo de relaciones con dos variables independientes
 - 2.2.5 Modelo de interacción con dos variables
 - 2.2.6 Tipos familiares, “familia-comunicación” y consumo de cannabis
3. El consumo de drogas en las salidas de marcha de fin de semana
 - 3.1 Planteamiento de la investigación
 - 3.2 Resultados
 - 3.2.1 Estilos de vida y consumo de cocaína
 - 3.2.2 Tipo de actividades y consumo de cocaína
4. Investigación y prevención familiar en IREFREA
 - 4.1 Planteamiento de la investigación
 - 4.2 Instrumentos y principales resultados
 - 4.3 Implicaciones teóricas y preventivas de los resultados
5. Conclusiones
6. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

Pocas veces se encuentra en la literatura científica relacionada con el consumo de drogas un estudio previo del tipo de familia sobre el que se refiere el trabajo. La mayoría de los estudios referentes a las relaciones que se establecen entre forma y estructura familiar, relaciones intrafamiliares y consumos de drogas se ocupan, básicamente, de las relaciones dinámicas y psicosociales entre los miembros de la familia. Los estudios sobre estructura familiar parecen haber sido relegados al olvido, dándose por zanjada todas sus posibilidades de elucidación del fenómeno del consumo de drogas.

En la actualidad, las formas familiares están atravesando un proceso de cambio tan rápido que van muy por delante de las posibilidades que tiene el Estado para su regulación. Piénsese, por ejemplo, en las nuevas familias de inmigrantes, que van adquiriendo un importante peso social y, sin embargo, hasta el momento, no ha aparecido ninguna investigación sobre familia y consumo de drogas que recoja la nueva diversidad étnica que permita la investigación de este fenómeno de manera diferenciada en este, por otra parte, heterogéneo nuevo grupo social.

Es importante recordar que no se da un único modelo de familia, sino que coexisten con grado de vigencia diferentes, diversos modelos matrimoniales y familiares, cada uno de los cuales debe poseer su propia lógica interna y, en este sentido, pueden actuar como auténticos hechos sociales comportándose de manera diferenciada en la crianza de los hijos y en el consumo de drogas. También hay que tener presente el carácter dinámico de la familia y su capacidad de adaptación a diversas circunstancias.

Entre otras tipologías puede citarse la que propone Del Campo (1990), con 4 modelos o tipos de uniones: Tradicional, Alianza, Fusión y Asociación. Pero la aparente sencillez conceptual que propone este esquema se ve negada hoy por la diversidad de formas de convivencia familiares: relaciones homosexuales estables (reclamando el derecho de adopción y, por tanto, la obligación de crianza), familias

bi-nucleares (los esposos divorciados se reparten la custodia de los hijos), familias adoptivas (surge cuando una persona viuda o separada y con hijos funda una nueva familia con otra pareja), madres solteras, familias de inmigrantes, parejas que viven separadas (LAT - Living Apart Together), y otras formas y tipos de convivencia que se diferencian de las anteriores en que, en principio, no conllevan la crianza de hijos.

Otro de los aspectos interesantes para los estudios sobre familia es la discusión sobre la pervivencia de las funciones que tradicionalmente ha tenido encomendadas. Por lo que respecta al consumo de drogas, en relación con el control y la educación de los hijos, hay que resaltar que la mayoría de estudiosos recalcan la pérdida de gran parte de su función socializadora, que parece haber sido recogida por otras instituciones sociales, como la escuela, las actividades extraescolares (no es raro encontrar escolares que tienen este tipo de actividad 3 y 4 días entre semana), los campamentos de verano, la televisión (tampoco es raro que los escolares tengan una televisión en su habitación), la música, recientemente el ordenador y los videojuegos, etc. Al mismo tiempo puede observarse un retraimiento de los padres a la hora de plantear criterios firmes en la educación que ellos consideren adecuada. La autoridad paterna parece haber desaparecido y, consecuentemente, el control familiar ha disminuido.

Por lo que se refiere al caso español, en algunos momentos de la pasada década circularon abundantes ideas sobre lo conveniente que era ser “amigo” de los hijos. Es como si toda una generación de padres hubiera dicho al unísono ¡que eduquen ellos!

En la segunda parte de este trabajo, y en un apartado de la tercera, se presentan datos sobre el control familiar y su relación con el consumo de drogas. A su vez se muestra la importancia que no olvidar la capacidad explicativa de las variables de estructura familiar.

Otro de los aspectos que se plantean en este trabajo se relaciona con el consumo de drogas de los adolescentes y las salidas de marcha del fin de semana. Desde hace casi 20 años toda una generación de jóvenes ha sido atraída hacia este espacio de tiempo con una fuerza de la que muy pocos han podido sustraerse. El fenómeno de la noche se está comportado como un auténtico hecho social, una fuerza irresistible que está teniendo consecuencias en muchos aspectos, y no sólo en el fuerte incremento del consumo de todo tipo de sustancias, tanto legales como ilegales. Al mismo tiempo, de manera concomitante con este fenómeno ha ido creciendo la industria del ocio nocturno. Será difícil, y quizá ocioso querer establecer si esta industria es consecuencia de la gran demanda de ocio nocturno de esta generación de jóvenes, o al contrario. Seguramente, ambos aspectos han ido apoyándose hasta convertirse en lo que es hoy. La tercera parte de este capítulo se dedica a esta cuestión. Así, se relaciona el consumo de drogas con las actividades que se realizan durante el tiempo de ocio y el número de días y horas que se sale, con dos tipos de poblaciones: una muestra escolar y una encuesta que recoge una población entrevistada en lugares de marcha nocturna.

Para finalizar se presenta un trabajo realizado por IREFREA en el que se ha contado con la participación de 4 países. En esta investigación se plantea el estudio de la familia y el consumo de drogas desde el punto de vista sistémico. Se trata de comprender lo que surge de las interacciones de los integrantes de la familia respetando su identidad y autonomía, y relacionarlo con las diferentes probabilidades de consumir drogas. Entre otros resultados se muestra cómo el nivel de cohesión familiar es menor de lo esperado, y cómo el nivel de adaptabilidad familiar es muy alto, fruto quizá de esa pérdida de la función de socialización y su necesidad de adaptación a la dinámica económica dominante en las relaciones sociales.

2. RELACION ENTRE ESTRUCTURA FAMILIAR, COMUNICACIÓN/CONTROL FAMILIAR Y CONSUMO DE CANNABIS

2.1. Planteamiento de la investigación

El objetivo de este primer estudio es analizar las inter-relaciones existentes entre la estructura familiar, la comunicación y el control familiar y el consumo de cannabis.

Para realizar este trabajo se han utilizado los datos de la Encuesta Escolar sobre drogas de 1996, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas. La población objetivo son estudiantes de 14-18 años, escolarizados en centros públicos y privados de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional. El tamaño de la muestra fue de 19.191 estudiantes (826 aulas en 389 colegios) de todo el territorio nacional, seleccionados mediante muestreo por conglomerados bietápico.

2.2. Resultados

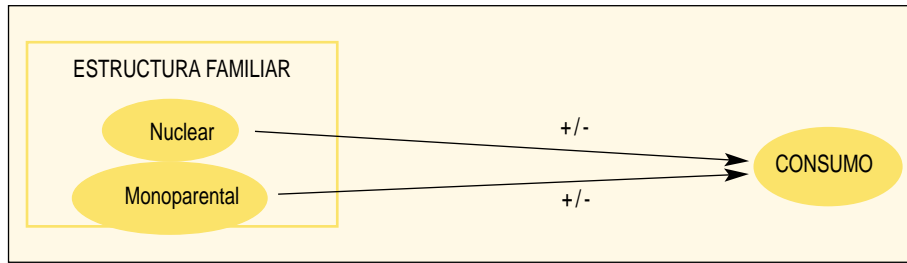
2.2.1. Estructura familiar y consumo de cannabis

A partir del indicador presente en la mencionada encuesta “¿Con qué personas compartes la casa donde vives?”, se ha construido un índice de estructura familiar, que agrupa, por una parte, a los escolares que dicen compartir la casa donde viven con el padre y la madre, y por otra parte, a aquellos escolares que viven con uno solo de sus padres (padre o madre). En adelante a los primeros se les asigna la categoría “Familia nuclear”, y a los segundos “Familia monoparental”.

La gran mayoría de los estudiantes (el 89,4%) conviven en familias nucleares, mientras que los que conviven en una estructura familiar monoparental son el 8,9%. El restante 1,8% de estudiantes de la muestra no respondió a la pregunta.

A continuación se va a relacionar la estructura familiar con el consumo de cannabis. Se parte de la hipótesis de que la estructura familiar influye con intensidad diversa en el consumo de esta sustancia, o que es uno de los factores que pueden explicar diferentes

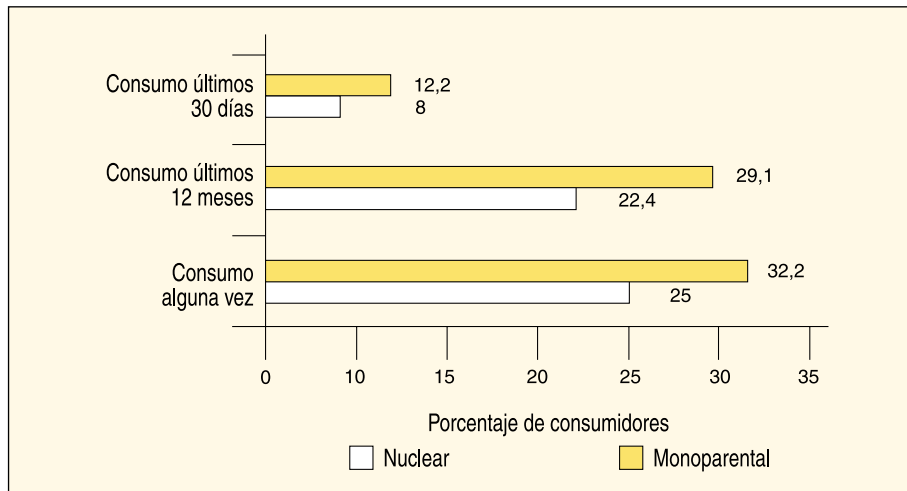
Gráfico 1
Estructura familiar y consumo



tasas de este consumo. Con esta salvedad asumimos que la relación entre estas dos variables es asimétrica (Gráfico 1).

Para la muestra total, el 25,8% de los estudiantes han probado estas sustancias alguna vez, en su vida, el 23,2% en el último año y el 8,3% en el último mes (Gráfico 2).

Gráfico 2
Estructura familiar y Probabilidad de consumo de cannabis



En los tres indicadores, la mayor probabilidad de consumo es para los estudiantes que conviven en familia monoparental. Así por ejemplo, en el indicador “consumo en los últimos 30 días”, por cada 8 estudiantes que conviven en estructura de familia nuclear y que han consumido hachís, ha habido más de 12 estudiantes que conviven en familia monoparental que también lo han consumido. Tanto esta diferencia como las de los otros dos indicadores son significativas ($p < 0.05$).

2.2.2. Estructura familiar y Prevención

Se ha mostrado que un joven que vive en una familia monoparental tiene mayor probabilidad de consumo de cannabis. Esta claro que las estrategias de prevención no pueden hacer nada por alterar este hecho, por lo que se puede considerar a esta categoría familiar, desde el punto de vista de la probabilidad de consumo de cannabis, como *marcador de riesgo*. Desde el punto de vista de la intervención, sería recomendable buscar variables de tipo psicosocial internas a la institución familiar que sean abordables desde programas de prevención.

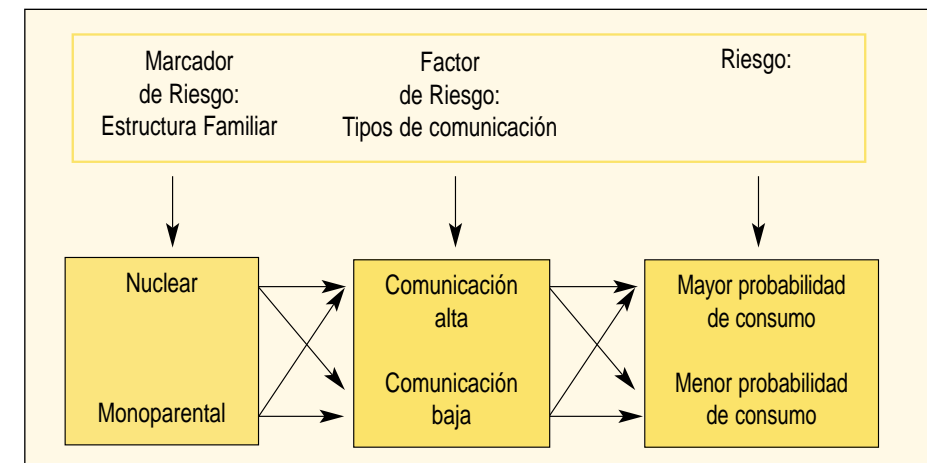
Para los fines de este análisis se ha seleccionado el indicador “Generalmente, ¿saben tus padres con quién estás cuando sales?”, en sus categorías ‘Si/ No’. Este indicador puede relacionarse tanto con la comunicación familiar como con la supervisión/control familiar, ya que cabe argumentar que aquellos hijos que comunican a sus padres con quién salen es porque tienen confianza en ellos y/o porque sus padres se interesan por las amistades de sus hijos, ejerciendo por tanto una labor de supervisión y control. En adelante utilizaremos este indicador como variable de comunicación y/o supervisión familiar.

Para los análisis siguientes se considera la categoría ‘sí’ de la variable comunicación familiar, como existencia de comunicación familiar o ‘comunicación familiar alta’ y la contestación ‘no’ como ausencia de comunicación familiar o ‘comunicación familiar baja’.

Se ha visto que la estructura familiar monoparental es un marcador de riesgo en cuanto a la mayor probabilidad de consumo de cannabis, en la frecuencia de consumo ‘alguna vez’, del último año y del último mes, para los estudiantes entre 14 y 18 años. Ahora bien, cabe preguntarse si el riesgo se mantiene en cualquier circunstancia de comunicación familiar (alta o baja), o si por el contrario, el riesgo solo aparece en *determinadas* circunstancias de comunicación familiar.

Gráficamente, las relaciones planteadas son las siguientes:

Gráfico 3
Marcadores y factores de Riesgo



A partir del gráfico nos podemos plantear si un determinado modelo familiar presenta tasas diferenciadas de comunicación familiar, y si éstas son mayores o menores que en el otro modelo que se ha considerado. También es posible preguntarse por la asociación que pueda existir entre el tipo de comunicación y el consumo de drogas: ¿a mayor comunicación familiar, existe mayor o menor consumo de drogas? En tercer lugar se puede comprobar, por ejemplo, si en las familias de estructura nuclear con comunicación alta/ baja, el consumo de drogas es mayor o menor que en el mismo tipo familiar pero con comunicación alta/baja. En los siguientes análisis se irán viendo estas cuestiones.

2.2.3. Comunicación familiar y consumo de cannabis

Ya se ha comentado que el indicador utilizado para la variable de comunicación familiar es: “generalmente, ¿saben tus padres con quién estás cuando sales?”.

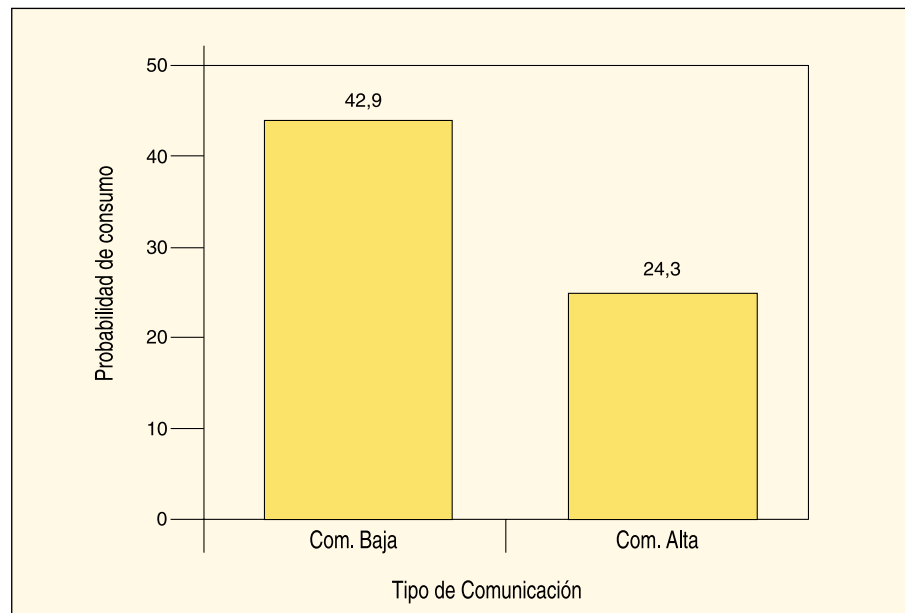
Para la muestra total, la gran mayoría de los escolares entrevistados (91,5%) informan a sus padres de con quién están cuando salen, en tanto que el 7,8% no lo hace, y el 0,8% no contesta la pregunta.

A continuación se va a comprobar si el tipo de comunicación puede relacionarse con un mayor o menor consumo de drogas en el indicador ‘alguna vez’. La relación entre estas variables se asume como asimétrica (aunque es posible también que guarden una relación recíproca, en un ciclo de retroalimentación).

Se parte de la hipótesis de que a menor comunicación familiar mayor probabilidad de consumir cannabis (Gráfico 4).

Gráfico 4

Comunicación familiar y consumo de cannabis “alguna vez”



La probabilidad de haber consumido cannabis alguna vez, entre los estudiantes que conviven en familias con una comunicación familiar alta, es del 24,3%, frente a los estudiantes que conviven en familias con comunicación baja, que se incrementa hasta el 42,9%. Por tanto, más de 18 puntos porcentuales de diferencias separan las probabilidades de estos dos tipos de estructura en lo que se refiere al consumo de cannabis. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

2.2.4. Modelo de relaciones con dos variables independientes

Se ha visto que la probabilidad de consumo de cannabis en la estructura monoparental es del 32,2%, frente al 25% que muestran los estudiantes que conviven en la estructura nuclear. Por otra parte, también se ha mostrado que los estudiantes que tienen el tipo de comunicación familiar que se ha denominado ‘bajo’ tienen una probabilidad del 42,9% de haber probado alguna vez el cannabis, frente a los estudiantes que tiene el tipo de comunicación alto, cuya probabilidad es bastante inferior (el 24,3%). Así, tanto la estructura familiar monoparental como el grado de comunicación bajo son categorías predictoras de una probabilidad mayor del consumo de cannabis. La primera categoría (familia monoparental) puede considerarse como un marcador de riesgo y la segunda (comunicación baja), un factor de riesgo, según se ha argumentado anteriormente.

Para continuar con el análisis, cabe preguntarse cuál de las dos variables es mejor predictor del consumo de “cannabis alguna vez” (Tabla 1).

Tabla 1

Predecibilidad del consumo de Cannabis “Alguna vez”

| | | Probabilidad de consumo alguna vez | Coefficiente de predecibilidad | Datos totales: Consumo de cannabis alguna vez |
|----------------------|--------------|------------------------------------|--------------------------------|---|
| Tipo de Familia | Monoparental | 32,2% | 8,87% | 25,6% |
| Tipo de Comunicación | Baja | 42,9% | 23,25% | |

Entre otros análisis disponibles, para cuantificar la influencia de cada una de las variables se utiliza el llamado Coeficiente de Predecibilidad (CP) (Sánchez, 89). Este estadístico se desarrolla a partir de la ganancia que se obtiene en la probabilidad de acertar la clasificación de un sujeto en una determinada categoría, cuando se añaden sucesivas variables. Es una medida estandar de predicción, que nos va a permitir comparar la ganancia particular en las variables del modelo, teniendo en cuenta los distintos marginales de las variables predichas.

En este caso, la probabilidad de consumir hachís para el conjunto de los estudiantes, en el indicador ‘consumo alguna vez’, es del 25,8%. También se puede interpretar ese porcentaje como la probabilidad de acertar si un estudiante consume can-

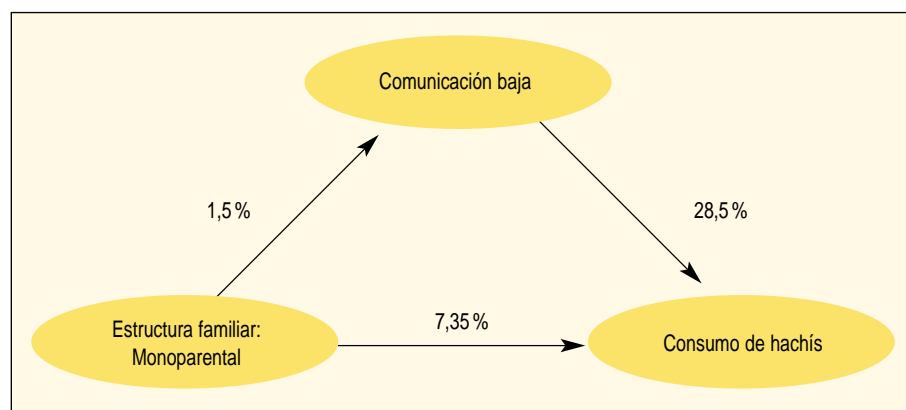
nabis (o su complementaria, la probabilidad de acertar que un estudiante no consume hachís sera $100-25,8=74,2\%$). Si además de saber que un estudiante consume hachís, sabemos el tipo de comunicación familiar que tiene, la probabilidad de clasificarle sube al 42,9%. De esta forma se ha obtenido una ganancia en las probabilidades de acertar, que es la que desarrolla el coeficiente de predecibilidad.

En la Tabla 1 se muestra la comparación de la probabilidad de consumo entre la estructura monoparental y el tipo de comunicación baja. Una vez realizados los cálculos puede observarse que el modelo que añade un incremento mayor a la capacidad de predicción es el tipo de comunicación familiar bajo, con una ganancia del 23,05%, frente a la información que añade el tipo de familia monoparental, que es sólo del 8,6%. Por tanto, entre la estructura familiar y el tipo de comunicación familiar, es mejor predictor del consumo de hachís el tipo de comunicación que se tenga en la familia.

2.2.5. Modelo de interacción con dos variables

Se ha visto la influencia de dos variables independientes (un marcador y un factor de riesgo) sobre el consumo de cannabis. Ahora se va a estudiar la interacción de estas variables en un modelo como el siguiente.

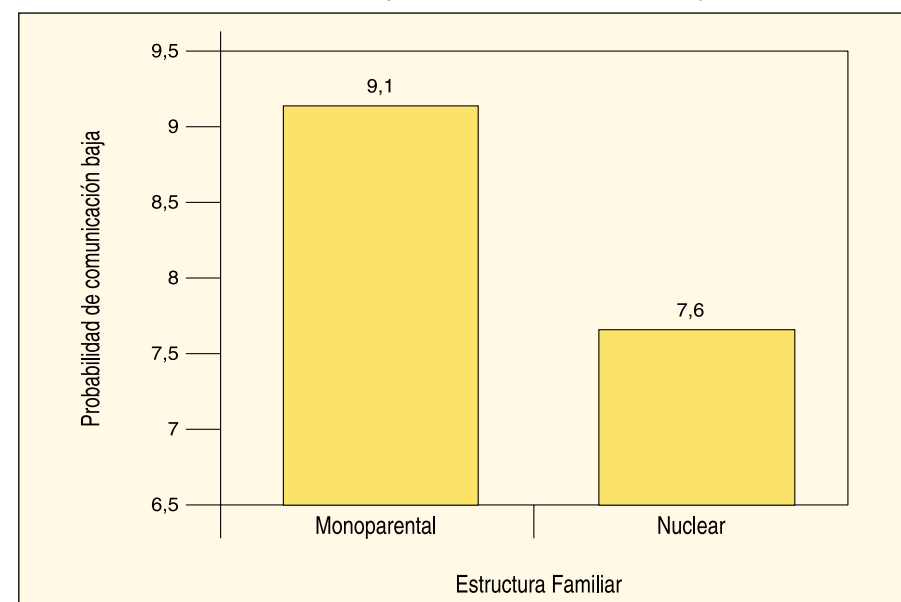
Gráfico 5
Modelo con dos variables para el consumo de cannabis



En este modelo de interacción se entiende que unas variables preceden a otras. La primera variable es el tipo de estructura familiar monoparental. En este caso, se entiende que la estructura familiar antecede al tipo de comunicación que se pueda dar en ella. De igual modo, se asume que el tipo de comunicación (alto o bajo) es anterior al consumo de cannabis. El tipo de comunicación bajo es la segunda variable del modelo y el consumo de cannabis es la tercera variable, que está determinada por las anteriores.

El efecto de la estructura familiar monoparental sobre el “tipo de comunicación bajo” es directo, dado que se supone que no hay variables antecedentes ni intervinientes.

Gráfico 6
Estructura familiar y Probabilidad de Comunicación baja



Para toda la muestra, el 9,1% de los estudiantes que conviven en familias monoparentales no informan a sus padres con quién están cuando salen, frente a un porcentaje menor de estudiantes del 7,6% de los estudiantes que conviven en familias nucleares que tienen la misma conducta. En este caso, el cálculo de su efecto es la diferencia de estos porcentajes, 1,5% (Gráfico 5), que es la probabilidad adicional para las familias monoparentales de tener una comunicación baja.

Para estudiar el efecto de la estructura familiar monoparental sobre el consumo de cannabis, se necesitan controlar los efectos que llegan al consumo de hachís a través de la variable ‘comunicación familiar’. Una vez realizados los cálculos, el resultado es 7,35% (Gráfico 5), que se interpreta de la siguiente manera: si todos los estudiantes tuvieran el mismo grado de comunicación familiar, entre los estudiantes que conviven en familias de estructura monoparental habría un 7,35% más de consumidores de hachís.

Por último, resta calcular el efecto de la comunicación baja sobre el consumo de hachís, *controlando* por la variable antecedente tipo de estructura familiar. El resultado es 28,5% (Gráfico 5). Con el mismo razonamiento que antes, se podría decir que si todos los estudiantes entrevistados convivieran en el mismo tipo de estructura familiar, entre los que tuvieran un grado de comunicación bajo habría un 28,5% más de consumidores de hachís.

Estos resultados vienen a corroborar los anteriores en cuanto a la importancia particular de las dos variables estudiadas. Se confirma que la variable más importante respecto del consumo de hachís, es el tipo de comunicación familiar bajo, que aumenta la probabilidad de consumirlo en un 28,5%, frente a la estructura monoparental, que sólo lo hace el 7,35%. No obstante, este efecto proveniente de la estructura familiar

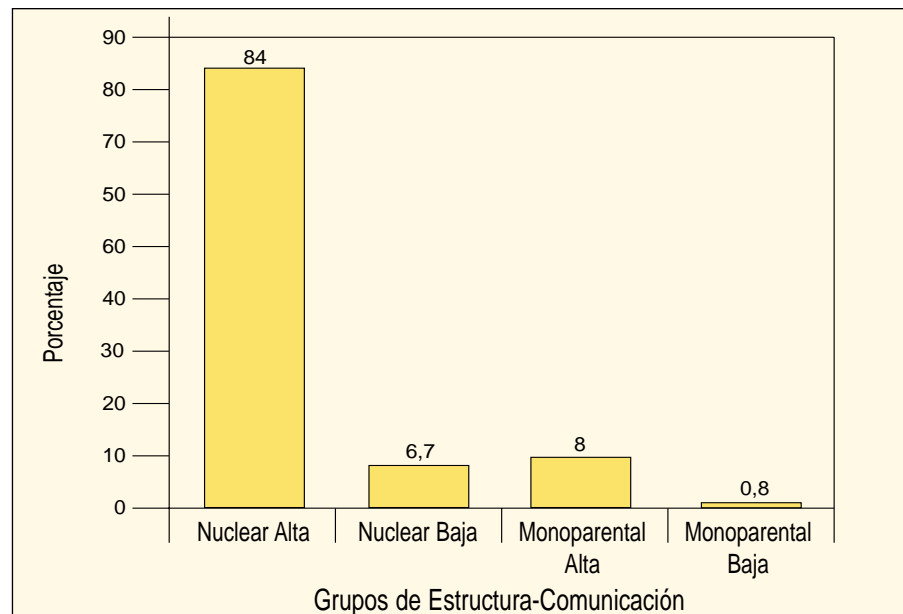
monoparental, aunque sensiblemente más bajo, es seguramente más difícil de ser tenido en cuenta como objetivo de los programas de prevención. Sirva pues, como ya se ha argumentado con anterioridad, como marcador de riesgo. Así, puede decirse que el marcador de riesgo para la estructura familiar monoparental en el modelo de relación estudiando, es del 7,35 %, en el sentido de que los estudiantes entre 14 y 18 años que conviven en este tipo familiar, tienen esa probabilidad adicional neta (controlados los efectos de la comunicación familiar) de consumir cannabis.

2.2.6. Tipos familiares, “familia-comunicación” y consumo de cannabis

Una vez se ha visto la relación independiente y los modelos de interacción entre las variables consideradas, se pasa a localizar los grupos resultantes para comprobar empíricamente las diferencias de consumo de cada una de las drogas. Es decir, se trata de localizar a los estudiantes que conviven en familias nucleares de comunicación alta, a los que conviven en familias nucleares de comunicación baja, a los que conviven en familia monoparental de comunicación alta y a los que conviven en familia monoparental y tienen una comunicación baja.

Gráfico 7

Modelo con dos variables para el consumo de cannabis



Después de realizados los tipos familiares, el 84% de los escolares entrevistados pertenecen al tipo de familia nuclear y mantienen una comunicación alta (Nuc-Alta), seguidos por las familias monoparentales con comunicación alta (Mon-Alta) que son el 8% de la muestra. A continuación aparece el grupo de las familias nucleares de

comunicación baja (Nuc-Baja) que representan el 6,7%, y por fin se encuentran las familias monoparentales con baja comunicación (Mon-Baja), que representan el 0,8% del total de familias. El 0,5% restante son datos ausentes.

La hipótesis, después de ver las relaciones entre estas variables, es que lo que condiciona un consumo de cannabis superior a la media global es el tipo de comunicación familiar bajo, o dicho de otro modo, la comunicación familiar alta en cualquiera de los dos tipos de estructura familiar, actuará como factor de protección frente al consumo de cannabis.

A continuación, se presentan las probabilidades que tiene cada uno de estos tipos familiares de consumir cannabis.

Tabla II
Grupos de Estructura-Comunicación y Riesgo de Consumo de Cannabis

| Marcador | Factor | Probabilidad del Tipo de Comunicación en cada Estructura Familiar | Riesgo Consumo de Cannabis (%) |
|---------------------|--------------|---|--------------------------------|
| Estructura Familiar | Comunicación | | |
| | | | |
| Nuclear | Alta | 92,4 | 23,6 |
| | Baja | 7,6 | 42,2 |
| Monoparental | Alta | 90,9 | 30,3 |
| | Baja | 9,1 | 50,2 |

En la Tabla 2 se puede observar que en ambas Estructuras Familiares, más de 9 de cada 10 estudiantes informan a sus padres de con quién están cuando salen, pero es más probable observarlo entre las familias nucleares, ya que el 92,4% de estos estudiantes informan a sus padres de con quién están, frente al 90,0% de estudiantes de familias monoparentales que también lo hace. Justo al contrario sucede con los estudiantes que no informan a sus padres de con quién están, que es más probable que suceda entre los estudiantes de familias monoparentales (9,1% no lo hace), que entre los estudiantes de familias nucleares (7,6% no lo hace).

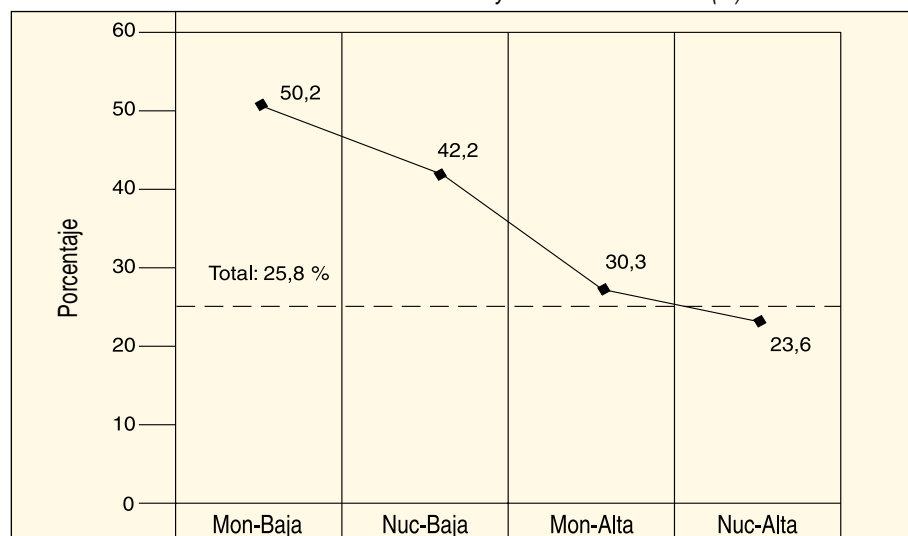
Considerando los grupos “Estructura-Comunicación”, el consumo de cannabis se da en primer lugar en familias monoparentales con baja comunicación, ya que algo más de la mitad (50,2%) de los estudiantes que conviven en este tipo de “Estructura-Comunicación” lo ha consumido alguna vez. En segundo lugar, el consumo aparece en el tipo “Estructura-Comunicación” nuclear con baja comunicación, donde el 42,2 % lo ha consumido. En tercer lugar se da en familias monoparentales con comunicación alta, en las que el 30,3% de los estudiantes ha consumido alguna vez hachís. La prevalencia más baja de consumo ‘alguna vez’ aparece en la estructura nuclear de comunicación alta, con el 23,6% de estudiantes que la ha consumido alguna vez.

Se advierte con claridad (ya se ha mostrado que ambas variables predicen en diferente magnitud el consumo de drogas) que la comunicación familiar se convierte en

variable mediadora de vital importancia en el consumo de cannabis. Aparte de la influencia neta que tiene la estructura familiar, la variable 'comunicación familiar baja' es un factor de riesgo muy claro.

Gráfico 8

Continuo Estructura-Comunicación y consumo de cannabis (%)



En el Gráfico 8 se puede observar cómo las probabilidades de consumir cannabis crecen en una especie de función lineal desde el tipo "Estructura-Comunicación" nuclear/comunicación alta, donde menos de uno de cada cuatro estudiantes la ha probado alguna vez, al tipo monoparental-baja en el que uno de cada dos lo han consumido alguna vez.

Considerando que el consumo para el total de la muestra es del 25,6 %, se observa que tres tipos de "Estructura-Comunicación" tienen un consumo de cannabis superior a la media, y podrían caracterizarse de marcadores/factores de riesgo.

Por tanto, la hipótesis anterior sólo se confirma a medias: el hecho de que la probabilidad de consumir cannabis sea mayor en la estructura nuclear/baja comunicación que en la estructura monoparental/alta comunicación, confirma la importancia de la comunicación familiar alta como factor de protección frente al consumo de cannabis. No obstante, la comunicación alta (que sería según todo lo visto hasta ahora un claro factor de protección) en familias monoparentales no logra impedir que el grupo de estudiantes de este tipo familiar tenga un consumo de cannabis superior a la media, pasando a convertirse, por tanto, la propia variable estructural en factor de riesgo, ya que en ninguno de los dos supuestos psicosociales logra convertirse en factor de protección, frente a la influencia de la variable estructural.

Por tanto, se resalta la importancia de profundizar en el estudio de las llamadas variables estructurales, más allá de los cruces simples que en el mejor de los casos se

realiza con ellas, por lo que pueden ayudar a explicar las verdaderas asociaciones entre este tipos de variables al elucidar relaciones espúreas entre variables psicosociales y consumos de drogas.

3. EL CONSUMO DE DROGAS EN LAS SALIDAS DE MARCHA DE FIN DE SEMANA

3.1. Planteamiento de la investigación

Para los jóvenes de todas las capas sociales (y personas de mediana edad de cierto poder adquisitivo, —aunque en esta población no existen estudios), el fin de semana se ha ido configurando en la última década como un espacio y un tiempo para "salir sin control". Es una afirmación quizás demasiado rotunda, pero que puede constituir una buena hipótesis de trabajo, para explicar con variables estructurales que se puedan operativizar, el incremento en el consumo de todas las drogas, tanto legales como ilegales. Los elementos principales que describen este descontrol, lo constituyen el incremento del número de días en los que se sale, el número de horas que constituye cada salida y la movilidad entre diversas zonas de marcha que se observa cuando se sale. Estos tres elementos se han configurado con una categoría de vigencia, y hay toda una generación que puede reconocerse en ella. Para Marías (1993), las vigencias "son específicamente sociales, y vigen en un ámbito, son presiones ejercidas dentro de un medio".

El fin de semana comprende aún para una mayoría de esta población, jóvenes y adultos de cierto poder adquisitivo (y quizás podría añadirse alguna categoría como la de estado civil -solteros/as de cierta edad, separados/das, e incluso viudos/as, que ya no son residuales, por lo que pueden constituir un interesante grupo social de estudio), la noche del viernes (para los jóvenes a partir de los 18 años a partir de las 21 horas), y del sábado. La noche del jueves también está en el calendario de fin de semana para los más asíduos y para algunos eventos sociales, como las celebraciones de cumpleaños. La noche del jueves en este sentido es preferida a las otras dos porque hay menos movida, es más tranquila y se pueden encontrar especies de 'aves nocturnas' más interesantes, una especie categórica de *auténticos*.

Por tanto, una primera explicación del incremento del consumo hay que buscarla en el número de días que tiene el fin de semana: para una gran mayoría tiene al menos dos días (viernes y sábado), para pequeños grupos puede tener hasta 3 días (sumando el jueves), aunque también se detectan algunos otros que salen hasta la noche del domingo.

En segundo lugar, el objetivo cuando se sale en fin de semana es estar toda la noche fuera, sistemáticamente. Nadie se plantea adaptar la duración de la salida a los acontecimientos de la noche, de manera que si se da una noche "aburrida" o si se está

cansado, regresar a casa. La salida es por definición para toda la noche. Por tanto, se ha producido un incremento muy importante en el número de horas en las que se está de marcha.

En tercer lugar, la pérdida de control en las salidas del fin de semana puede denotarse por una movilidad prácticamente compulsiva, una especie de maratón en el que hay que ir de un 'garito' a otro. Así se han podido establecer dos grandes 'rutas' o recorridos de fin de semana, uno urbano (intrazonas e interzonas de marcha) y otro periférico. En los trabajos de IREFREA (2000) se han podido datar estas rutas para 5 ciudades españolas (Madrid, Vigo, Palma de Mallorca, Bilbao y Valencia).

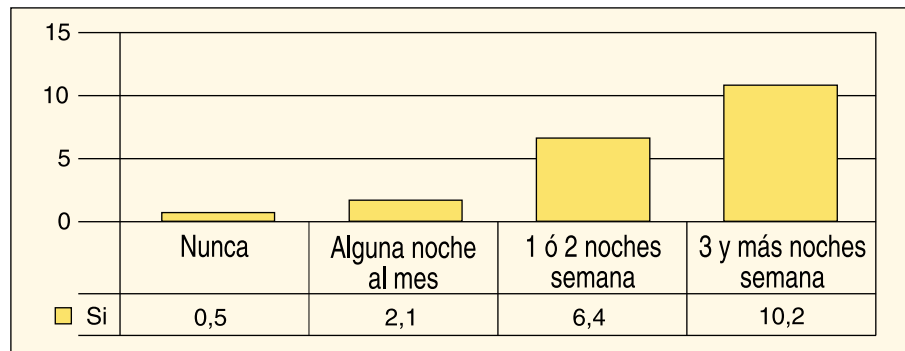
Basándose en los datos de la Encuesta Escolar de 1998, a continuación se estudiará la relación entre la utilización del tiempo de ocio y el consumo de drogas en adolescentes. Como se va a apreciar, los resultados demuestran que determinados estilos de vida pueden estar también muy relacionados con el incremento de probabilidades de consumo de drogas, en concreto de cocaína.

3.2. Resultados

3.2.1. Estilos de vida y consumo de cocaína

El concepto de "estilos de vida" se relaciona con los hábitos de utilización del tiempo libre. La formación de hábitos ha sido una de las funciones que tradicionalmente se ha asignado a la familia (proceso de socialización primaria y secundaria). En este caso, hemos utilizado indicadores de salidas nocturnas, hora de regresar a casa cuando se sale por la noche y aficiones practicadas durante la semana, informaciones que describen con bastante precisión cómo se utiliza el tiempo del que se dispone. Estos dos indicadores se relacionan con el control familiar, ya que no hay que olvidar que estamos hablando básicamente de jóvenes menores de edad (Gráfico 9).

Gráfico 9
Frecuencia de salidas y Probabilidad de Consumo de cocaína

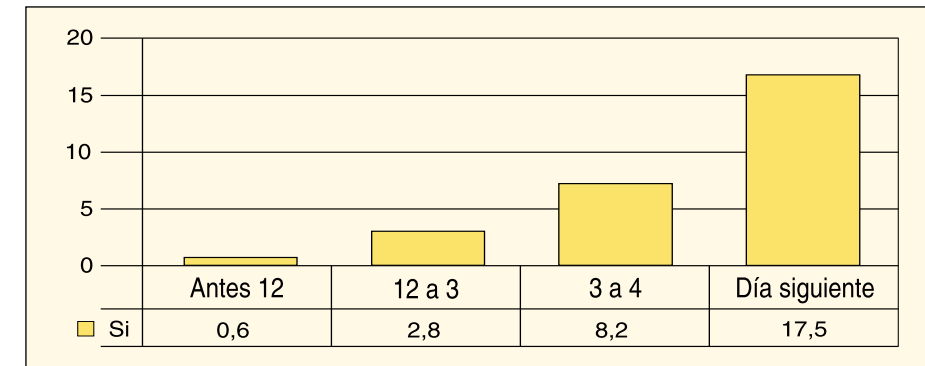


La probabilidad de consumo de cocaína tiene una asociación prácticamente lineal con el número de veces que se realizan salidas nocturnas. En un análisis de residuos es significativa para los que salen 1-2 noches y más veces por semana. La prevalencia entre los que no salen nunca es muy baja (0,5%), se incrementa hasta el 2,1% entre los que dicen salir alguna noche al mes, crece de forma significativa hasta el 6,4% entre los que salen 1-2 noches por semana, y se incrementa hasta el 10,2% entre los que salen 3 y más noches por semana.

La asociación entre consumo de cocaína y salidas nocturnas se extiende también a la hora en que se suele volver a casa. Como muestra el siguiente indicador no es indiferente volver a una hora que a otra, ya que las probabilidades de consumo son muy diferentes para cada caso.

En el Gráfico 10 se muestran las prevalencias de consumo para cada hora de volver a casa cuando se sale en fin de semana.

Gráfico 10
Hora de volver a casa y Probabilidad de consumo de cocaína



Estos resultados matizan los anteriores sin desmentirlos, ya que pueden haber inducido en parte a la idea de que cualquier salida nocturna está relacionada con una probabilidad significativa de consumir cocaína. Aquí vemos que no es así, ya que también depende de la hora de volver a casa. Así la probabilidad de consumir cocaína para los que vuelven antes de las 12 de la noche es muy pequeña, un 0,6%, para los que vuelven entre las 12 y las 3 de la mañana, es de 2,8%, para los que vuelven entre las 3 y las 4, la prevalencia aumenta hasta el 8,2%, y la mayor prevalencia se sitúa entre aquellos que no regresan hasta la mañana siguiente, cuya prevalencia es del 17,5%.

3.2.2. Tipo de actividades y consumo de cocaína

En la Tabla 3 se presentan una serie de actividades de ocio, junto con los porcentajes de consumidores de cocaína para cada una de las tres frecuencias de su práctica.

Tabla III
Actividades y Probabilidad de consumo de cocaína

| (Porcentajes de consumidores) | Casi a diario | Alguna vez | Nunca | Sign. |
|---|---------------|------------|-------|-------|
| <i>Actividades cuya práctica se relaciona con el aumento de la prevalencia del consumo de cocaína</i> | | | | |
| Ir a disco/fiestas | 18,9 | 5,5 | 1,9 | .0000 |
| Ir de bares/pubs | 17,4 | 4,9 | 1,4 | .0000 |
| Ir al cine/teatro | 13,1 | 4 | 5,8 | .0000 |
| <i>Actividades cuya práctica se relaciona con la disminución de la prevalencia del consumo de cocaína</i> | | | | |
| Leer (libros revistas) | 3,8 | 4,7 | 9,2 | .0000 |
| Asistir a espectáculos deportivos | 3,3 | 4,5 | 5,2 | .02 |
| Hacer deporte | 4,6 | 4 | 7,7 | .0000 |

Se puede observar cómo las dos actividades más relacionadas con una prevalencia alta en el consumo de cocaína es ir de bares y de discotecas casi todos los días, con unos porcentajes de consumidores de 17,4% y 18,9% respectivamente. Otra actividad relacionada con una prevalencia alta es ir al teatro o al cine, con un 13,1% de consumidores de cocaína. No obstante, para este último caso, así como para otras actividades (como visitar museos), no es tanto la propia actividad lo que se puede relacionar con mayores probabilidades de consumo de cocaína, a partir de la distribución en 'V' de los porcentajes mayores de consumo, sino la frecuencia con que tal actividad se realiza. Todas estas actividades y las frecuencias con que se realizan requieren estar fuera del control paterno.

Las actividades cuya práctica se relaciona con probabilidades decrecientes de consumo de cocaína son, en primer lugar, leer libros y revistas, seguida de la asistencia a espectáculos deportivos (en este caso la relación no es tan sólida), en donde la relación es lineal, de manera que cuanto más se realicen estas actividades menos probabilidades se dan de consumo de cocaína. La tercera variable, hacer deporte, tiene una distribución que hace pensar de nuevo en que es importante tener cierta medida en la frecuencia de su realización, y en este caso la prevalencia más pequeña se da para aquellos que realizan deporte con una frecuencia no diaria, sino que dicen hacer deporte 'alguna vez'.

Quedan otras actividades que no tienen una relación clara con el consumo de cocaína. Una de ellas es escuchar música y la otra es jugar con ordenadores y consolas. En principio, practicar estas actividades pocas veces a la semana tiene un perfil que disminuye las probabilidades de consumir cocaína, pero practicar estas actividades casi todos los días, aumenta las prevalencias de consumo. Para estas actividades, por tanto, puede pensarse en una hipótesis como la formulada para el caso del teatro y museos, aunque las relaciones estén menos definidas.

De forma más específica, se puede rastrear la importancia del control familiar en el consumo de drogas, en una población de jóvenes con una edad media de 21,9 años (IREFREA 2000). De nuevo se presenta la relación entre el control familiar y el consumo de drogas. El indicador es "¿cuánto control han ejercido tus padres sobre tus hábitos de salir de marcha"? El trabajo de campo se realizó en lugares de marcha, y los resultados fueron bastante esclarecedores. El 70,2% de los jóvenes que contestaron afirmaron que el control que ejercen sus padres sobre sus salidas es "ninguno" y "poco". El 25,3% dice que sus padres ejercen sobre sus salidas 'bastante control', y el 4,5% restante afirma que sus padres controlan 'demasiado' sus salidas de marcha. ¿Puede relacionarse este control con el consumo de drogas y las conductas temerarias?

Tabla IV
Control familiar percibido, consumo de drogas y conductas temerarias
Indicador de consumo: ¿Normalmente consumes alguna droga?

| % de consumo | Mucho | Bastante | Poco | Ningún |
|---------------------------------------|-------|----------|------|--------|
| Borrachera en último mes | 61 | 66,3 | 70,6 | 71,2 |
| Tabaco | 76,6 | 72,8 | 73,3 | 78,4 |
| Cannabis | 52,6 | 50,3 | 64,2 | 67,1 |
| Éxtasis | 11,9 | 17,9 | 25,5 | 30,8 |
| Cocaína | 23,7 | 22,7 | 31 | 35,9 |
| Anfetaminas | 8,5 | 8,4 | 13,3 | 16 |
| LSD | 20,7 | 11,4 | 15,9 | 22,4 |
| Conducir bajo los efectos del alcohol | 31 | 49,3 | 48,3 | 60,1 |

A partir de la tabla 4 pueden extraerse algunas conclusiones:

- Para todas las drogas consideradas, la probabilidad de consumo se incrementa en relación inversa al control paterno percibido, de forma que el consumo casi aparece como una función lineal inversa del control: cuanto mayor control familiar percibido por el sujeto, menor probabilidad de consumo. La probabilidad de conducir bajo los efectos del alcohol sigue la misma pauta.
- Es interesante observar que para el consumo de tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas y LSD, el grado de control paterno percibido que menor probabilidades muestra de consumo no es el grado de control mayor ('mucho'), sino el que se califica de bastante. En este sentido, tal y como se ha señalado en capítulos anteriores de este texto, existen algunos trabajos que muestran que las actitudes extremas de control, real o percibido, pueden ser reactivas (entre otros, Baumrind, 1975).

4. INVESTIGACION Y PREVENCIÓN FAMILIAR EN IREFREA

Ya se ha apuntado someramente en la introducción cómo han afectado a la familia los cambios sociales que se han experimentado en el último tercio del siglo pasado. Con mayor o menor intensidad, el hoy conocido como proceso de globalización ha trastocado todas las instituciones sociales y, lógicamente, también a la institución familiar. Los rasgos principales en la familia han sido, si no la pérdida de funciones (enfoque muy criticado desde la antropología social y cultural), por lo menos sí su cambio vertiginoso. Estos cambios han afectado profundamente a uno de los aspectos que más interesan desde la prevención del consumo de drogas, como es la relación entre padres e hijos, y a la redistribución de los tiempos en que unos pueden estar en interacción con otros. Por tanto, el interés para los próximos años se centra en descubrir cuál puede ser el papel que le está reservado a la familia en estos aspectos, (de manera general a la institución familiar, aunque los implicados deben ser siempre personas concretas, - los padres y las madres) y cómo pueden implementarse de manera subsidiaria, desde las administraciones públicas, programas que le faciliten este trabajo.

Las escuelas y otras instituciones están asumiendo cada vez con mayor intensidad (en número de días/año, y en número de horas/día) la tarea de educar a niños/as (incluso de cuidar y guardar) y se encomienda a otras instituciones públicas y privadas la organización y promoción de actividades recreativas. A esto nos referimos cuando se dice que la familia parece estar perdiendo el control que mantuvo sobre sus propios miembros a lo largo de su existencia. Este y otros aspectos relacionados con la profusión de tecnologías parece estar interpretándose por los propios padres como una auto-descalificación a la hora de educar a sus propios hijos, que les lleva a abstenerse de la acción educativa, formulándose una especie de “síndrome de la falta de autoridad” (Antoni, Farisse y Scotto, 1997), encomendando ésta a todo tipo de instituciones sociales

Desde la prevención del consumo de drogas en España se está trabajando intensamente para buscar estrategias en las que se reconozca el papel fundamental que padres y educadores deben tener a la hora de educar sobre el tema de las drogas. En la actualidad, los programas para padres son numerosos, pero aún tienen retos importantes ante sí, por ejemplo, resolver el problema de cómo llegar con la suficiente intensidad hasta las familias y cómo transmitir a los padres y las madres la importancia de su implicación en la educación de sus hijos en estos aspectos, y del diálogo y el control sobre sus conductas, superando el mencionado síndrome de falta de autoridad.

Por la parte de las administraciones públicas el reto debe ser seguir impulsando y sosteniendo los programas que se muestren válidos y capaces de conseguir los objetivos que se propongan. Para ello se debe seguir impulsando la evaluación sistemática de todos los programas sostenidos con fondos públicos.

Entre las características que se señalan para los programas de padres, Kumpfer (1996) destaca una definición clara de objetivos y resultados mensurables. Este tipo de programas conlleva el análisis de los medios adecuados para obtener los objetivos que se proponen, así como que sus contenidos estén actualizados y puedan ser comprendidos por el grupo diana al que se dirigen. Un requisito importante para asegurar una mayor eficacia de estos programas es que requieran la participación de toda la familia, con una participación real en diversos niveles de actuación, como puede ser el número de objetivos a alcanzar de forma personalizada. La tercera característica tiene que ver con el mantenimiento en el tiempo de la acción preventiva, relacionándose este tiempo con la dificultad de los cambios que se haya propuesto producir el programa en su población diana. Otro rasgo importante de los programas eficientes es que no solo abordan el tema de las sustancias y las distintas drogas, sino que trabajan otros aspectos relacionados con la escuela, la comunidad y la familia.

Por último, aunque los programas puedan ser propuestos para su utilización en amplias comunidades o regiones, es importante incluir mecanismos para que sus promotores puedan resaltar la necesidad de su adaptación y obtener del grupo diana su participación activa sobre los resultados que se proponen conseguir.

Así, se describen cinco tipos de acciones o programas familiares: Escuelas de padres, Terapias de familia, Programas para intervenir en crisis familiares, Programas de formación de habilidades, resolución de conflictos e incremento de la comunicación familiar y Programas para jóvenes que ya tienen problemas con la ley. Todos estos programas, en especial los de prevención primaria, pretenden mejorar las habilidades educativas de los padres, incrementando su información, adecuando sus actitudes y conductas y desarrollando el potencial de los factores de protección, al tiempo que se pretende reducir el impacto de los factores de riesgo.

4.1. Planteamiento de la investigación

IREFREA (Instituto de Investigación Europea sobre los Factores de Riesgo en el Niño y el Adolescente) lleva a cabo una investigación patrocinada por el DG-V de la Comisión de la Comunidad Europea (IREFREA, 1999). Este trabajo pretende verificar cuál es la relación entre las variables familiares y los diferentes grados de consumo de drogas.

Desde el punto de vista teórico, este proyecto denominado FARPA (consumo de drogas en la familia, riesgo y factores de protección en la adolescencia) considera que la familia es un sistema donde es importante comprender las interacciones de sus individuos. Se entiende que la familia es un “grupo de individuos que, de un modo sistemático y organizado, desarrollan entre sí interacciones específicas, que les confieren individualidad y autonomía grupal” (Relvas, 1996, p.395). Se resaltan el hecho de que la familia es una estructura compleja o una red de individuos que no se puede evaluar con instrumentos creados para el

estudio psicológico de los sujetos y, en segundo lugar, se entiende que la organización de interacciones familiares tiene por un lado el propósito de crear el sentido de pertenencia (unidad), y por otra parte, tiene que posibilitar el desarrollo de cada uno de sus miembros (separación).

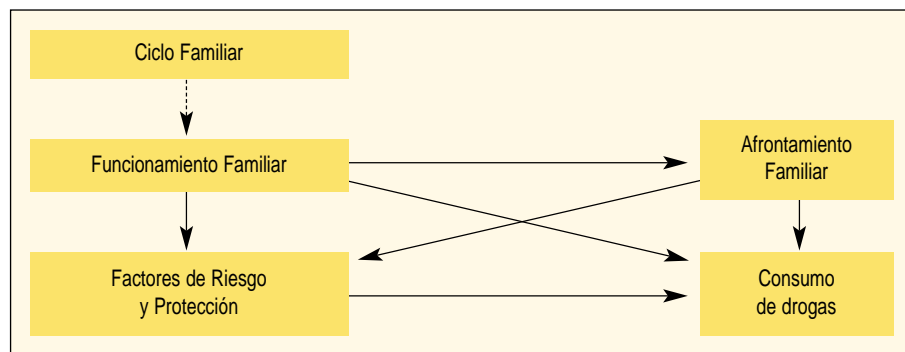
Por tanto, la creación de instrumentos específicos para el desarrollo de esta perspectiva sistémica es uno de los objetivos instrumentales de este proyecto, que ve a la familia como un sistema autoorganizado que evoluciona y cambia a través de su ciclo vital, mediante su capacidad de flexibilidad y ajuste a fin de perdurar y desarrollarse en el tiempo.

De nuevo aparece la importancia de los elementos estructurales de la familia. En este caso se hace referencia al ciclo vital o trayectoria de la familia desde su creación hasta su extinción. Así, su estructura no es fija y variará conforme experimente distintas etapas asociadas con diferentes tareas de desarrollo en la interconexión individual o de grupo (Minuchin, 1979; Olson y colaboradores, 1983).

El modelo se podría representar, gráficamente, como sigue:

Gráfico 11

Modelo FARPA: Relaciones familiares y consumo de drogas



En este modelo se proponen seis etapas en el ciclo de la familia: matrimonio, familias con niños pequeños; familias con niños en edad escolar; familias con adolescentes y familias con hijos adultos (Relvas, 1996). Cada etapa marca un momento de *crisis*, con su oportunidad de cambio o de estancamiento. En estas crisis se reestructura el sistema funcional y el de relaciones, a la vez que se puede reforzar la autoorganización, mediante los recursos y habilidades del grupo familiar.

En las familias con hijos adolescentes entran en juego tensiones que tienen que ser manejadas de manera creativa por los miembros familiares. Por una parte, los padres, en especial, si solo tienen un hijo, perciben el vértigo del “nido vacío”, y por la parte del adolescente se percibe la necesidad de lograr cotas más amplias de independencia y autonomía. Si los padres perciben este cambio como demasiado amenazador pueden

adoptar una actitud demasiado rígida, que ahogue la necesidad del hijo de abrirse a los amigos y a la vida o, por el contrario, quizás estén tentados de adoptar una actitud sobre la necesidad de independencia del hijo demasiado laxa, con la consiguiente pérdida de control sobre su conducta. Ya se han mostrado resultados que relaciona ambas posturas con un incremento de probabilidad del consumo de drogas.

Sprinthal y Collins (1988) describen dos formas de encarar este cambio. Por un lado familias en las que se concede la autonomía y, por ejemplo, los padres no preguntan dónde ni con quién va su hijo, mientras que en casa se espera que se comporte conforme a los deseos paternos. Por otro lado, familias en las que esta autonomía respecto de las salidas se va negociando mientras que en casa los padres prestan una gran atención a las opiniones, juicios y decisiones del adolescente, e incluso se le anima a participar en las decisiones familiares. Para estos autores, es este segundo tipo familiar el que ofrece un mejor aprendizaje. A fin de preparar la autonomía, lo ideal sería la combinación de estos dos modelos; es decir, promover la autonomía dentro y fuera manteniendo la necesaria supervisión del adolescente.

En esta etapa, el hijo también reclama de forma más o menos directa un cambio de su posición en el sistema familiar para dejar su tradicional posición jerárquica subordinada. Con la llegada de la madurez sexual y las capacidades físicas e intelectuales, el hijo inicia un proceso que le libere de la sujeción en que vivió durante la infancia. Esto le lleva a aventurarse fuera de los modelos familiares sin que, no obstante, llegue a cortar con el apoyo y los lazos familiares. Para los padres significa una reducción gradual del control que mantienen sobre su hijo y, al mismo tiempo, un aumento en la flexibilidad de las reglas familiares hacia una creciente independencia del hijo. Los padres tienen un papel importante en este proceso, permitiendo al adolescente expresar sus propias opiniones sin renunciar a sus propias ideas y valores y favoreciendo también lo que podemos llamar el “entrenamiento” de la autonomía del adolescente. Esto sucede cuando los padres animan al adolescente a expresar sus propios pensamientos y cuando le estimulan a considerar otros aspectos de la vida y otros puntos de vista.

Por otra parte, los padres también se encuentran atravesando una etapa de conflictos y dificultades similares que viene denominándose “crisis de la mediana edad”, donde se encuentran repensando lo que esperan de la vida que les resta. Estos dos grupos de tensiones, las de los padres y las del adolescente, se perciben como incapacidad de hablar entre sí, y puede conllevar una cierta negligencia paterna que le hace confiar su hijo a otras instituciones sociales, como la escuela.

Por tanto, los conflictos generacionales, la autoridad de los padres, la gestión de la autonomía del adolescente y los nuevos grupos de amigos son, al menos teóricamente, fundamentales para el desarrollo del adolescente y de su familia, principalmente en las consecuencias de su comportamiento.

El objetivo último de este proyecto pretende aportar datos empíricos y elementos teóricos para mejorar los programas de prevención, y la investigación sobre el consumo de drogas desde un enfoque sistémico, y para ello también se propone la creación de instrumentos específicos de recogida de datos.

Para tal fin, se realizó una encuesta en Portugal, España, Italia y Francia, sobre una población total de 1.948 estudiantes entre 12 y 15 años de edad, perteneciente tanto a colegios públicos como a privados. La distribución de la muestra por países fue como sigue: Portugal (31 %), España (22 %), Italia (17 %) y Francia (30 %).

La edad media global fue de 13,9 años. Por países: Portugal (14), España (13,7), Italia (14,3) y Francia (13,7).

En cuanto a la distribución según el sexo, había un 48 % de varones y un 50 % de mujeres (el 2 % fueron casos perdidos). Por países la distribución fue la siguiente: Portugal (varones: 51 %, mujeres: 49 %), España (varones: 45 %, mujeres 53 %, casos perdidos: 2 %), Italia (varones: 40 %, mujeres: 53 %, casos perdidos: 7 %) y Francia (varones: 53 %, mujeres: 47 %).

4.2. Instrumentos y principales resultados

Las dimensiones familiares estudiadas se refieren al Funcionamiento familiar (Cohesión, Adaptabilidad y Tipo de familia), Afrontamiento (ocho dimensiones), Apego/Ausencia de conflicto y Disciplina (respuesta familiar a las conductas antisociales).

Como variables criterios se consideraron ocho variables relativas al consumo de drogas: (1) tabaco a lo largo de la vida; (2) tabaco a lo largo de los últimos 30 días; (3) alcohol a lo largo de toda la vida; (4) alcohol a lo largo de los últimos 30 días; (5) cinco o más tragos alcohólicos en los últimos 15 días; (6) marihuana a lo largo de la vida; (7) marihuana a lo largo de los últimos 30 días; (8) otras drogas ilegales.

El análisis estadístico básico que se utilizó fueron las regresiones múltiples jerárquicas. Los resultados descriptivos más resaltables son los siguientes:

- Funcionamiento familiar: el nivel de Cohesión es siempre menor al esperado, y lo contrario sucede con el nivel de Adaptabilidad que es muy alto.
- Afrontamiento Familiar: los resultados indican valores menores a lo esperado, tanto en la puntuación global como en la puntuación de cada una de las dimensiones, salvo para la estrategia interna del elogio pasivo.
- El porcentaje más alto de consumo de sustancias tóxicas se refiere al tabaco (50% ya lo han probado y cerca del 20 % de estos adolescentes fuma medio paquete de cigarrillos por día) y al alcohol.
- Reducción de consumo de los diferentes tipos de drogas asociadas con la respectiva representación social de peligro.
- El consumo de “otras drogas” muestra valores muy bajos.

Los modelos de análisis de regresión arrojan los siguientes resultados:

- Cuando el modelo incluye solo variables familiares o de forma conjunta las variables familiares y demográficas, los consumos mejor explicados son los de alcohol y tabaco.
- Los factores de protección no son constantes, sino que varían para cada droga.

- Las variables de Funcionamiento, Afrontamiento familiar, Apego familiar y Ausencia de conflicto se comportan más a menudo como factores protectores que como factores de riesgo. Cuando se comportan como factores de riesgo parecen estar más conectados a factores culturales (por ejemplo: búsqueda de apoyo espiritual) o a un nivel de intensidad de relación familiar inadecuado (por ejemplo: exceso de cohesión).
- La edad del sujeto es, casi siempre, un predictor relevante en el consumo de drogas.
- El consumo de drogas parece diferenciar dos grandes grupos de consumo: tabaco y alcohol por una parte, y resto de drogas por otra. En este caso el principal componente es el consumo de hachís.

4.3. Implicaciones teóricas y preventivas de los resultados

Los resultados parecen confirmar el planteamiento teórico propuesto a nivel global, asumiendo que este estudio se enfocó principalmente en la dimensión familiar y no se integraron en los modelos otras dimensiones importantes de la vida social (escuela, amigos, comunidad, etc), que se espera poder contrastar en una futura investigación. Aunque los procesos de autonomía de la adolescencia son fundamentales, los padres deben saber articularlos y gestionarlos con firmes actitudes paternas, para que mantengan su carácter de protección. La ausencia de conflicto en la familia no parecen ser la única solución para prevenir el consumo de drogas (sólo el consumo de tabaco y alcohol está asociado con estas dos características). Este aspecto refuerza la conclusión de que la ausencia de conflicto familiar (diferenciar claramente conflicto y violencia), como factor preventivo, puede llevar al desarrollo de actitudes paternas de no enfrentamiento con el hijo que reclama cotas exageradas de autonomía y libertad. Este hecho tiene que ver con una de las señas de identidad de generación de adolescentes actual, en relación con las salidas de marcha los fines de semana. La influencia familiar sobre los hijos es mayor en las primeras etapas de consumo de drogas y va disminuyendo con la edad y con la incorporación a nuevos consumos de drogas.

Las diferencias encontradas entre las poblaciones de los cuatro países participantes en el estudio (concretamente en el estatus socioeconómico) ponen de relieve de nuevo la importancia de retomar las variables estructurales como variables explicativas que se deben tener en cuenta en los trabajos de investigación, más allá de, como ya se ha mencionado, su simple análisis descriptivo.

En relación con la prevención, los resultados obtenidos en esta fase del proyecto FARPA, permiten sostener que las variables de funcionamiento familiar son buenos predictores del consumo de alcohol y tabaco entre los más jóvenes y por tanto los programas de prevención deberían llegar a las familias cuyos hijos no estén aún en la adolescencia (11-12 años de edad).

Uno de los objetivos importantes de estos programas debería ser el control de los factores de riesgo, mediante una metodología que considere que la firmeza paterna, en esta fase del desarrollo del ciclo familiar, sigue siendo reclamada por los adolescentes, aunque la cuestionen vivamente, y tiene que ser diferenciada tanto de la inflexibilidad pater-

na como de actitudes de abstención, que conllevan frecuentemente incrementos del riesgo por carencia de límites.

Otro de los objetivos importantes que deben tener estos programas de prevención se relaciona con la potenciación de los factores de protección. En este sentido, creemos que deben realizarse más estudios que profundicen en la comprensión de las relaciones entre estos dos tipos de factores, así como el conocimiento que las diferencias derivadas de las variables estructurales (por ejemplo, estatus social, subgrupo cultural, etc), tienen en las diferentes probabilidades de consumos de drogas, con el fin de insistir en la necesidad ya mencionada de adaptar todos los programas de prevención a cada realidad social local, derivada de una evaluación previa de necesidades donde vayan a implantarse.

5. CONCLUSIONES

Los datos aportados tenían dos objetivos principales, uno relacionado con la investigación sobre drogas y otro relacionado con la familia y el consumo de drogas. Se ha mostrado la importancia de contar con las variables estructurales más allá de las relaciones directas que parecen establecer con los consumos de sustancias tóxicas. Profundizando algo más, parece necesario comenzar a preocuparse por introducir variables que puedan diferenciar los colectivos étnicos que ya forman grupos sociales de cierta magnitud. En el trabajo de campo de investigación comienza a ser un problema el control de los cuestionarios procedentes de escolares con insuficientes conocimientos del idioma principal de la comunidad, que suelen ser en su gran parte hijos de inmigrantes recientes. En un nivel quizá más teórico, sería interesante comprobar cómo las distintas formas de uniones familiares se comportan en cuanto a consumos de drogas.

El segundo objetivo de este trabajo se relaciona con la pérdida de funciones en la familia, principalmente la función de socialización. No hay que insistir mucho porque toda la bibliografía especializada ha señalado este hecho, si bien es cierto que concluyendo con dos pronósticos muy diferentes. Uno señala la decadencia de la familia por la pérdida de esta y otras funciones (por ejemplo, la función de regulación sexual o la económica), mientras que el otro destaca justo lo contrario, su buena salud, y asegura que esta institución hará gala una vez más de su carácter dinámico y su capacidad de adaptación a los tiempos y a las diversas situaciones sociales.

En lo que se refiere al consumo de drogas, esta pérdida de funciones familiares toca de lleno en una de las variables que más autores han señalado como responsable importante del incremento de consumo de sustancias tóxicas. Se ha demostrado como el control parental se relaciona con el consumo de cannabis, y cómo esta relación queda matizada cuando se introduce en el análisis una variable de estructura familiar. Esta pérdida de la función de socialización familiar también toca de lleno lo que en definitiva interesa a todos, la prevención familiar. Quizás, uno de los próximos retos de la investigación en drogodependencias es conocer cómo incorporar y man-

tener a los padres y madres en los programas de prevención, y cómo incidir con la intensidad ajustada a las necesidades particulares de cada caso. Hasta hoy, lo que más se suele repetir en los programas que tiene algún componente familiar es que “siempre están (en las sesiones) los padres que no lo necesitan”.

En el plano de la política general, comienzan a escucharse argumentos sobre la necesidad de que la familia recupere algunas de sus principales funciones, especialmente las relacionadas con la socialización primaria, el cuidado y afecto de los hijos, factores responsables, en gran medida, de la formación de los lazos de apego familiar. Hemos podido ver cómo se han venido implementando todo tipo de soluciones para liberar al padre y a la madre del cuidado y crianza de los hijos. Quizás y entendiendo todas las presiones y necesidades de mundo laboral, haya que empezar a recordar que la familia es el primer grupo con el que se encuentra un niño/a y es donde comienza a desarrollar su personalidad. La familia proporciona modelos que acabará imitando: los niños y las niñas aprenden a ser personas, esposos y esposas, padres y madres.

Se debe recordar también la importancia de la socialización secundaria, y la necesidad de que los padres vigilen muy de cerca todo este proceso. La socialización es un proceso obligado en el que la influencia de los padres no es la única. En este sentido, el grupo de amigos cobra especial relevancia, así como las prácticas de salidas nocturnas, como se ha mostrado. El número de días que se sale, y la hora en que se regresa a casa, son variables predictoras de diferentes probabilidades de consumos de drogas. Quizá la forma en que se logra y se gestiona el acuerdo sobre ambos aspectos sea tanto o más importante. Los estilos de vida tienen una influencia real sobre las probabilidades de consumo de distintas drogas. El control de estos estilos de vida y la formación de hábitos adecuados no compatibles con el consumo de drogas compete directamente a los padres, en un momento de especial dificultad para seguir manteniendo el diálogo y el control del adolescente y por otra parte proporcionarle la suficiente autonomía para que pueda desarrollar su identidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antoni, M.; Farisse, J. y Scotto, J.C. (1977). Psychopathologie liée aux milieux urbains. *Encycl. Méd.Chir. (Elsevier, Paris) Psychiatrie*, 37-881-A-10, 4p. Citado en Irefrea (1999).
- Baumrind, D. (1975). *Early socialization and adolescent competence*. In S.E. Dragastin, G.H. Elder (eds). *Adolescence in the life cycle: Psychological changes and social context*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Del Campo, S. (1990). *La "nueva" familia española*. Madrid: Eudema.
- IREFREA (1999). *Family relationships and primary prevention of drug use in early adolescence*. Irefrea y European Commission.
- IREFREA (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Kumpfer, K.L. (1996). *Selective prevention approaches for drug abuse prevention. The strengthening families program*. Family Research Symposium. Gaithersburg, MD.
- Marías, Julián (1993). *La estructura social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: J.P. Delarge.
- Olson, D.H. et al. (1983). *Families, what makes them work*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Relvas, A.P. (1996). *O ciclo vital da Família. Perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento (Eds.).
- Sánchez, J.J. (1989). *Introducción a las técnicas de análisis multivariable*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sprinthall, N.A. y Collins, W.A. (1988). *Adolescent Psychology. A developmental view*. New York: Mc Graw Hill.

APÍTULO V

LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS: ¿ES POSIBLE LA INTEGRACIÓN DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA, ESCOLAR Y FAMILIAR?

Manuela Matellanes Matellanes

Plan Municipal de Drogas. Ayuntamiento de Madrid



NDICE

1. Situación actual de la prevención de las drogodependencias
 - 1.1 Los puntos débiles de la prevención
 - 1.2 Principios básicos de la prevención
 - 1.3 Prevención y cambios en los patrones de consumo de drogas
 - 1.4 La cuestión de la evaluación
2. La intervención escolar y la familia
 - 2.1 Tipología y evaluación de las intervenciones
3. La intervención comunitaria y las familias
4. Análisis de la integración existente y posibles propuestas de actuación
5. Referencias bibliográficas

1. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Cuando se habla de la prevención de las drogodependencias de un modo genérico, encontramos una enorme variedad de conceptos incluidos en el término, que van desde la diferenciación entre prevención de la oferta de sustancias, hasta la prevención de la demanda de las mismas por parte de las personas; desde la diferenciación de los distintos niveles de prevención (primaria, secundaria, terciaria); hasta el planteamiento de la prevención específica frente a la inespecífica. A todos estos conceptos se debe añadir la relativamente reciente incorporación de los denominados factores de riesgo y protección, cuyo conocimiento resulta fundamental para el diseño y la ejecución de los programas de prevención.

Dentro del término de prevención de drogodependencias se han ido incluyendo tanto programas amplios y completos, en el sentido de contar con un diseño ajustado a la evaluación de necesidades, y con un sistema de evaluación tanto del proceso como de los resultados, etc., como actividades puntuales (coloquios, charlas, actividades deportivas, concursos de carteles, etc.), sin ninguna clase de evaluación y continuidad en el tiempo. Esta situación actual hace necesario ordenar las actividades, los programas y las políticas generales de actuación y de buscar puntos de consenso entre los expertos, en cuanto a modelos teóricos, criterios y diseños de investigación, tanto básica como aplicada, criterios comunes de evaluación, etc.

El concepto de prevención, entendido como anticipación a la aparición de un problema, es un concepto relativamente reciente en el desarrollo de las ciencias sociales, que procede fundamentalmente del ámbito de la Salud Pública, en relación con las medidas precautorias del contagio de enfermedades. A partir de aquí surgirá un gran desarrollo de acciones organizadas y ordenadas por Caplan (1980) en tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Desde este planteamiento, adoptado en el campo de las drogodependencias, la prevención primaria debería intervenir antes de la aparición del consumo de las sus-

tancias, con el objetivo de impedir el acceso a las mismas. El objetivo de máxima prioridad en la prevención secundaria será la detección precoz del problema y la intervención también inmediata; esto es, una vez establecido el consumo, se trataría de evitar la cronificación del mismo. Por último y en torno a la prevención terciaria, se desarrollan acciones centradas en tareas rehabilitadoras y de integración social.

Esta ordenación, si bien ha dado sus frutos históricamente, en el momento presente genera más dificultades que lo que realmente aporta. Por una parte nos encontramos con enormes dificultades de establecer límites entre una y otra, ya que aún no se han resuelto algunas cuestiones, como por ejemplo, cuál es el alcance de la prevención primaria, si finaliza una vez que existe contacto con la sustancia, o bien cuando se da un abuso o, incluso, cuando ya existe un diagnóstico de dependencia.

Además, algunas estrategias desarrolladas en los últimos años, como por ejemplo, las actuaciones preventivas de reducción del daño que provoca el uso de drogas, no tienen un fácil encuadre en esta clasificación.

Por estas razones, en los últimos años se ha ido abandonando esta forma de ordenar las actuaciones, siendo sustituida por la propuesta realizada por Gordon (1987), y aceptada por el NIDA, según la cual se clasifica la prevención en universal, selectiva e indicada.

Desde esta perspectiva, la prevención universal incluye todas aquellas acciones dirigidas a la población general, con una óptica generalista y amplia, orientada a la promoción de los recursos generales de las personas. La prevención selectiva encuadra acciones dirigidas a grupos de riesgo para el consumo. Finalmente, la prevención indicada dirige sus actuaciones a grupos de consumidores o individuos con problemas de comportamiento y, por tanto, y en definitiva, a grupos de alto riesgo para el consumo.

Otra de las cuestiones planteadas al inicio de este capítulo es la diferenciación entre la prevención específica frente a la inespecífica.

Calafat (1995) define la prevención inespecífica como aquellas intervenciones que tratan de alterar el consumo de drogas indirectamente, a través de programas, actuaciones o ámbitos no conectados, en principio, con el uso de sustancias. Por contraposición, la prevención específica la constituyen aquellas actuaciones que de forma "clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas".

En las intervenciones denominadas de prevención inespecífica no se plantea, por lo general, la medida de la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias antes y después de las intervenciones. Sin embargo, la evaluación de las intervenciones, también de las inespecíficas, es una necesidad para conocer si en verdad se están o no realizando programas de prevención de drogodependencias.

Por ello, estamos totalmente de acuerdo con Becoña (1999a) sobre este aspecto, cuando afirma que "la prevención debe ser fundamentalmente específica, evaluable y claramente dirigida al objetivo que se pretende y a una población diana claramente definida" (p.21).

Otra cuestión de interés es el hecho de plantear programas de prevención diferenciados según las sustancias. Tradicionalmente, tanto en el entorno europeo como en el americano, se han desarrollado una multitud de programas específicos sobre el tabaco, el alcohol, la marihuana, etc. No obstante, en la mayoría de los modelos explicativos de las drogodependencias se opta por integrar un análisis global de las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia concreta.

En este sentido, estamos de acuerdo con Amengual (2000) cuando afirma que: "los datos indican que no parece justificado emprender programas de prevención específica del consumo de cannabis, aislados de las otras drogas. Los consumidores de cannabis no poseen características que les diferencien de los consumidores de otras drogas, al menos en las primeras etapas del consumo. Mientras no dispongamos de otras evidencias, hay que pensar que existe un riesgo general de consumo de drogas que se orienta hacia una u otra en función de la disponibilidad de cada sustancia y de la experiencia previa con otras sustancias" (p. 288). Ahora bien, ello no quiere decir que no sea deseable que los objetivos específicos se planteen respecto a sustancias concretas, dependiendo de las edades de intervención y de los perfiles de consumo.

Por otra parte, los actuales perfiles de consumo describen una tendencia hacia un patrón de policonsumo, cada vez más establecido en nuestro entorno, lo que justificaría actuaciones más integrales sobre las diferentes sustancias. Ya en 1996, el Plan Nacional sobre Drogas, dentro de los "Criterios de acreditación en prevención" planteaba que "una prevención centrada exclusivamente en el producto podría hacer perder de vista lo consustancial de nuestra relación actual con las drogas: la conformación de estilos de vida en los que el uso, más o menos abusivo de determinadas sustancias es una pieza relevante" (p.5).

Ahora bien, quizás esta cuestión debería depender más del tipo de programa preventivo que se desarrolle, así como del nivel de intervención en el que nos situemos. Un programa de intervención universal debería abordar todas las sustancias. Sin embargo, si trabajamos en la reducción de los daños del consumo, los objetivos deberían centrarse en las sustancias más consumidas o en las que mayores problemas generan.

Teniendo presentes estas cuestiones básicas, si tuviéramos que hacer un balance del desarrollo de los programas de prevención durante la última década, podemos decir que éste es positivo. En primer lugar, se debe destacar la disponibilidad de datos epidemiológicos respecto a la evolución del consumo de drogas. Los estudios sobre la incidencia y prevalencia del fenómeno de las drogas constituyen un punto de partida fundamental para cualquier intervención preventiva.

Los cambios que se producen en la evolución de los patrones de consumo son continuos y, por esta razón, la intervención preventiva debe adecuarse a los mismos. Desde la administración pública, mediante la Encuesta Escolar y la Domiciliaria realizada por el PNSD, los profesionales disponemos de información periódica de gran uti-

lidad para la planificación de las intervenciones preventivas. La puesta en marcha del Observatorio Español sobre Drogas, supone un avance más en esta línea. Ahora bien, sería interesante conocer el impacto que sobre los profesionales de prevención tienen sus informes periódicos, y si estos son de fácil accesibilidad para realizar un uso cotidiano de los mismos.

Otro instrumento técnico a disposición de los profesionales es la publicación periódica de Idea-Prevención, que no sólo es un instrumento interesante de consulta sobre programas, materiales, bibliografía, etc., sino que también es una base de datos fundamental sobre las actuaciones que se llevan a cabo en el ámbito de la prevención. Pero, al igual que en el caso anterior, desconocemos el acceso y la utilización por parte de los profesionales que trabajan en el campo aplicado de la prevención del consumo de drogas.

1.1. Los puntos débiles de la prevención

Siguiendo con el balance de los últimos años, se debe decir que no todo es positivo, ya que existen aún lo que podemos denominar algunos "puntos débiles" en prevención. En el estudio realizado para el PNsD por el GID (1996), así como en el trabajo de Matellanes y Sastre (1999) se recogen algunas cuestiones que se revisarán a continuación.

El primer aspecto que se debe destacar es la insuficiencia global de recursos y medios. Si bien es verdad que las administraciones competentes conciben a la prevención como una actividad prioritaria, si se compara con la actividad asistencial, el balance es más bien negativo, en lo que se refiere a la puesta en marcha y a la continuidad de este tipo de intervenciones.

La continuidad de las intervenciones es una condición fundamental para la obtención de buenos resultados. En muchas ocasiones, las intervenciones que se realizan se trata de proyectos que no tienen continuidad una vez finalizados, bien porque dependen de una subvención anual o bien por otros motivos. La eficacia de la prevención depende, en gran medida de la continuidad a largo plazo de las intervenciones, por no mencionar el despilfarro de recursos humanos que supone, por ejemplo, formar a una grupo de profesores durante un curso académico para la implementación de un programa y al siguiente curso no continuar con él. Esta necesidad se hace aún más patente en el ámbito comunitario, en donde resulta muy costoso lograr una participación adecuada en el diseño y la puesta en marcha de las intervenciones.

Uno de los aspectos fundamentales que se deben mejorar es tratar de obtener un óptimo aprovechamiento de los recursos humanos existentes en los diferentes ámbitos susceptibles de desarrollar acciones preventivas, así como formar y reciclar a especialistas en prevención. La mayoría de los técnicos dedicados a la prevención, se dedican solo parcialmente a estas tareas o de un modo transitorio.

Este es otro de los puntos débiles de la prevención: la "inestabilidad del personal clave". Sin una dedicación estable desde el punto de vista presupuestario, es difícil que los profesionales se mantengan en este tipo de actividades y no busquen entornos profesionales más asentados y estables.

Por otra parte, también sería conveniente implementar actuaciones con el objetivo de sensibilizar a los profesionales acerca de la necesidad de su participación en los programas preventivos. Históricamente, desde las diferentes disciplinas se ha venido interviniendo mediante un modelo que podríamos denominar "de espera", en el que lo único que se hacía era solicitar su intervención. Sin embargo, y desde la óptica de la intervención preventiva, debe promoverse una actitud de anticipación y un modelo de búsqueda activo.

Este es, precisamente, uno de los problemas más importantes que tienen los programas de prevención familiar. Cuando se trabaja con familias, nos encontramos, en la mayoría de las ocasiones, con una escasa participación. Además, aquellas familias que definimos precisamente como en "situación de riesgo" son las más difíciles de abordar y las que menos suelen participar en este tipo de programas. Del mismo modo, cuando trabajamos con adolescentes consumidores, una de las mayores dificultades es la de "toma de conciencia" del problema por parte del joven. Todas estas particularidades han de ser consideradas a la hora de planificar las intervenciones preventivas. Sin duda es más fácil abordar el tratamiento, por ejemplo, de un problema de ansiedad, en el que la persona está teniendo una experiencia dolorosa o aversiva y en donde hay una petición de ayuda, que intentar anticiparse a un problema, aún inexistente y hacerlo, además, con eficacia.

Otro aspecto tiene que ver con las deficiencias metodológicas, tanto en la planificación y ejecución, como en la evaluación final de las actuaciones preventivas. Sólo en los últimos años se ha desarrollado interés por la evaluación, no sólo de proceso, sino también de los resultados. En este sentido, los profesionales que aplican los programas disponen de pocos instrumentos técnicos de apoyo a la hora de planificar y diseñar actuaciones preventivas, salvo honrosas excepciones. Por otra parte, el contacto con el ámbito académico, no sólo de una forma puntual para realizar investigaciones, sino de un modo estable y continuado, proporcionaría a los profesionales del ámbito aplicado una valiosísima referencia, que a buen seguro incrementaría la rigurosidad y la eficacia de los programas.

En esta línea, hemos de constatar la ausencia de sistemas organizados y protocolizados de recogida de información acerca de las actuaciones preventivas. Sería interesante que pudiéramos contar, al igual que en el ámbito asistencial, con un sistema de recogida de información informatizado, que nos proporcionara una visión global acerca de la diversidad de acciones que se vienen desarrollando.

Otro factor importante es la necesidad que tienen los profesionales de poseer referencias claras por parte de las instituciones responsables, acerca de la validez e idoneidad de las actuaciones a desarrollar. En esta línea nos parece muy

interesante la iniciativa propuesta por el PNsd (2000) en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 de "elaborar un proceso de autorización y acreditación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el ámbito escolar, y homologación de materiales didácticos para su utilización en el medio escolar, como instrumentos de apoyo a los educadores en la prevención del consumo de drogas" (p.48).

1.2. Principios básicos de la prevención

Si el ambicioso objetivo que se marca el PNsd se consiguiera, permitiría diferenciar claramente multitud de actividades rotuladas como de prevención de drogodependencias, pero de las cuales desconocemos sus efectos, de los verdaderos programas preventivos. De acuerdo con Becoña (1999b), solo serían verdaderos programas preventivos el conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige, en el caso de las drogodependencias, impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las diferentes sustancias". Los criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias que ha establecido el PNsd (1996) son:

- (1) Correlación entre las características del programa de intervención y el problema a prevenir. Esto es, se debe contar con una valoración de las necesidades de la población diana.
- (2) Cumplir las exigencias metodológicas en planificación, implementación y evaluación.
- (3) La prevención debe basarse en teorías contrastadas. Por tanto, debe considerarse como un área de trabajo científica.

Estos criterios básicos coinciden plenamente con los principios de prevención enunciados por el NIDA (1997), los cuales establecen de forma precisa algunas cuestiones que ya hemos revisado:

- La prevención debe dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, incluyendo tabaco, alcohol, marihuana e inhalantes.
- Los programas debe realzar los factores de protección, o reducir los factores de riesgo.
- Los programas deben incluir estrategias de resistencia a la oferta de sustancias, refuerzo de la competencia social (ejemplo: comunicación, asertividad, autoeficacia,...), y actitudes negativas frente al uso de drogas.
- Los programas dirigidos a adolescentes deben incluir técnicas interactivas, más allá de la enseñanza didáctica.
- Los programas de prevención deben incluir a los padres, tanto para reforzar los aprendizajes de los hijos, como para crear actitudes en la familia frente al uso de sustancias.

- Los programas de prevención deben ser a largo plazo, durante la etapa escolar, con diferentes intervenciones, para reforzar las iniciales.
- Los esfuerzos de prevención centrados en la familia, tienen mayor impacto que los que se centran, o sólo en padres, o sólo en chicos.
- Los programas comunitarios, que utilizan campañas en medios de comunicación, son más efectivos cuando se aplican junto con intervenciones en la escuela y la familia.
- El ámbito escolar permite alcanzar a todas las poblaciones, pues también es el escenario de subpoblaciones de riesgo, esto es, niños con problemas de conducta o de aprendizaje, y también posibles marginados.
- La programación debería adaptarse a la naturaleza específica del problema de abuso de sustancias de cada comunidad.
- Respecto a las situaciones de riesgo de algunas poblaciones, estas deben requerir una intervención temprana y también un mayor esfuerzo preventivo.
- Los programas de prevención deben ser específicos para la edad de los individuos a los que se dirigen, apropiados al nivel de desarrollo y ser sensibles culturalmente.

1.3. Prevención y cambios en los patrones de consumo de drogas

El consumo elevado y abusivo de sustancias, tanto legales como ilegales, ha experimentado en los últimos años cambios importantes que, a nuestro modo de ver, deben estar reflejados en los programas preventivos que se vayan a desarrollar.

Uno de los cambios más relevantes en los patrones de consumo es el que tiene que ver con la asociación del abuso de sustancias alrededor del ocio de los jóvenes. "Salir de marcha" es la expresión más utilizada para expresar el modo en que los jóvenes se divierten alrededor del alcohol y de otras drogas.

Para un amplio grupo de jóvenes, la diversión se centra en actividades recreativas que tienen que ver con el baile, la música, los bares, las discotecas y la reunión con amigos. De tal forma que se ha creado una verdadera dicotomía entre lo que ocurre durante la semana, como espacio de trabajo-estudios y responsabilidades, con respecto al fin de semana, en donde se rompe la rutina, constituyéndose como una verdadera "válvula de escape". Este éxodo nocturno, que suele comenzar con los "botellones" en los parques y continua durante gran parte de la noche por los bares y las discotecas, se ha convertido en una especie de rutina obligada para los jóvenes.

Una de las sustancias más consumidas por los jóvenes sigue siendo el alcohol, que permite una gran variedad de combinados, además del cannabis que también se trata de una droga de gran aceptación. Ahora bien, la cocaína ha experimentado un aumento importante de popularidad, tal y como recoge el estudio de IREFREA (2000), de tal manera que en las grandes ciudades ya no se trata de una droga de elite, sino que se ha extendido a otras capas sociales menos adineradas, y como parte del ritual de salir de marcha.

De hecho, el largo tiempo de duración del ocio nocturno de los jóvenes incita al consumo de sustancias estimulantes que permitan aguantar la actividad durante tantas horas seguidas.

Existen, al menos, otros dos aspectos, a nuestro modo de ver relevantes, y que sin duda han de ser tenidas en cuenta a la hora de planificar actuaciones preventivas. En primer lugar, el fenómeno del policonsumo, incluso en una misma noche, cambiando de sustancias de unas horas a otras, y probablemente, tal y como algunos consumidores refieren, buscando sustancias diferentes para mitigar los efectos negativos de las anteriores. En segundo lugar, los perfiles de jóvenes consumidores. Se trata, tal y como recoge el estudio de IREFREA (2000), citado anteriormente, de jóvenes con un estatus socioeconómico medio y medio-alto, los cuales se financian el consumo de sustancias a través de sus propios ingresos o los que reciben de las familias.

Esta nueva situación ha creado una gran preocupación social que ha conducido a generar, fundamentalmente, estrategias informativas acerca de los riesgos del consumo y de las precauciones pertinentes. Ahora bien, existe una experiencia previa de fracaso en cuanto a políticas preventivas, especialmente en el ámbito educativo, basadas únicamente en la información. Por tanto, se ha de ser más ambicioso en cuanto a los objetivos en los programas preventivos universales, especialmente en lo que hace referencia a la utilización del ocio y el tiempo libre. Se debe ir más lejos e introducir elementos de reducción del riesgo en las intervenciones preventivas dirigidas a estos jóvenes, pero, por lo que ya conocemos, no parece lógico ofrecer solo elementos de reducción del riesgo en forma de folletos informativos sobre como utilizar con menor riesgo unas drogas determinadas (IREFREA, 2000).

En los últimos años, el amplio interés despertado por las actuaciones de prevención de las drogodependencias ha ocasionado que exista una enorme cantidad de recursos y servicios que ofrecen programas de prevención, ya sean procedentes de instituciones públicas, privadas u ONGs. Ahora bien, en la mayor parte de los casos estas actuaciones desarrolladas en un mismo territorio, se llevan a cabo de un modo totalmente independiente y descoordinado. Cada servicio, asociación, equipo, etc, se precia de tener su programa propio de prevención, y existe la tendencia a pensar que cuando otros hacen lo mismo, invaden sus competencias. Pero si deseamos desarrollar programas preventivos eficaces, basados en el desarrollo comunitario, será imprescindible contar con todos los agentes relevantes de una comunidad y tenerlos en cuenta tanto en el diseño, como en la ejecución de las acciones. Si a esto le añadimos los nuevos usos recreativos del alcohol y otras sustancias, resulta evidente que deberíamos ampliar cada vez más el círculo de los agentes sociales implicados.

Del mismo modo, sería también fundamental hacer confluir las actuaciones desarrolladas hacia la prevención de la demanda, y las que van dirigidas hacia el control de la oferta. Especialmente valioso nos parece contar con la figura del policía de proximidad, en contacto con los problemas de los barrios y comunidades.

Por todas estas razones, nos parece importante, especialmente en los programas comunitarios, contar con estructuras estables de participación, en las que además de

buscar el consenso, se rentabilicen los esfuerzos de todos y cada uno de los miembros participantes.

1.4. La cuestión de la evaluación

En general, los procesos de evaluación de las intervenciones preventivas han sido pobres y escasos, sobre todo, en comparación al desarrollo de las evaluaciones de los tratamientos, tanto en los aspectos teóricos como metodológicos. Uno de los motivos más importantes que explican esta carencia ha sido la ausencia de ordenación de políticas en prevención y la diversidad de recursos que realizan actuaciones en este ámbito. Existen pocos programas en nuestro país en que se realice una evaluación amplia que contemple no sólo el proceso, sino también el impacto y los resultados (en el capítulo siete de este texto se describe con detalle esta situación). Este esfuerzo de evaluación es costoso, tanto en recursos humanos como presupuestarios, y, además, es un proceso difícil desde el punto de vista técnico, dado que la mayor parte de los profesionales que ejecutan los programas no disponen de una formación especializada en el ámbito de la evaluación.

En este sentido, algunos planes regionales han llevado a cabo iniciativas orientadas a la publicación de guías de evaluación para los técnicos en prevención, que faciliten el diseño inicial de los procesos evaluativos. Hasta la fecha, la evaluación de la prevención se ha focalizado en la utilización de cuestionarios para evaluar los cambios que se han producido en los elementos informativos de los programas y, como mucho, los cambios en las actitudes de los participantes.

Es evidente que las tareas de evaluación de los programas amplios, que abordan numerosas competencias y habilidades de las personas, conllevan un enorme esfuerzo de tiempo, pero no por ello debemos renunciar a evaluar el efecto de los programas para modificar tales habilidades y conocer en qué medida hemos incidido en los factores de riesgo y protección. La evaluación debe permitirnos introducir medidas correctoras en las tareas preventivas en función de los resultados obtenidos.

Desde nuestro punto de vista, la evaluación debe contar con unas condiciones mínimas, la primera de las cuales hace referencia al contenido de los programas. Estos han de contar con un modelo teórico de partida que sea capaz de unir actuaciones y objetivos del programa. De ahí que la evaluación se convierta en una herramienta metodológica que establezca relaciones entre teoría y práctica, es decir entre la planificación previa y lo que realmente se ha conseguido.

2. LA INTERVENCIÓN ESCOLAR Y LA FAMILIA

Si partimos del concepto de prevención universal, existe una coincidencia plena entre los expertos, en cuanto a que el medio educativo es el espacio ideal de intervención. No en vano se trata del ámbito en donde más se han desarrollado las inter-

venciones preventivas. Ahora bien el papel de la familia en este tipo de programas ha sido, en general, secundario. La mayoría de las intervenciones se centran casi en exclusiva en los profesores.

Sin embargo, investigaciones recientes señalan que las actividades de prevención desarrolladas con la familia en su conjunto, tienen mayor impacto que las dirigidas únicamente o separadamente a los padres o a los hijos (Salvador, 1998), por lo que se hace necesario el desarrollo de iniciativas con una implicación cada vez mayor de los padres en los programas desarrollados en el ámbito escolar.

A pesar de todo, la realidad es bien diferente, dado que el papel que generalmente se otorga a la participación de las familias, se limita a proporcionar información acerca del proyecto de prevención, casi siempre a través de las AMPAS, asociaciones que por otra parte, salvo excepciones, cuentan con una participación escasa de los padres.

Llama la atención que, por ejemplo, un programa tan potente como el "Programa de Entrenamiento en habilidades de vida" de J. Botvin, aplicado y evaluado en España (Luengo et. al, 1998), no contemple la posibilidad de intervención con padres.

Todo ello a pesar de la importancia que la LOGSE concede a la participación de padres y madres. Sin embargo, esta relevancia teórica no queda reflejada en el funcionamiento de los centros educativos. En la mayoría de los casos el contacto de los padres con el colegio se limita al espacio de tutorías, a petición de los padres, y a una o dos reuniones grupales por curso del tutor con todos los padres de una clase, en la que se les informa del proyecto del curso y los objetivos a conseguir a lo largo del mismo.

Como comentábamos con anterioridad, la LOGSE trata de romper esta división mediante la inclusión de contenidos transversales (hábitos, actitudes, valores, creencias, etc.) en diferentes áreas, y que además deben contar con la participación y colaboración de los padres .

La participación de los padres en el centro educativo cuenta, al menos con tres cauces o vías posibles:

- El proyecto educativo de Centro. Se trata de un documento que ha de ser aprobado por el Consejo Escolar y se constituye en el referente de la vida del centro educativo. En él deben recogerse los objetivos y estrategias preventivas, así como su revisión periódica, permitiendo ajustes en cuanto a los resultados obtenidos.
- El Consejo Escolar. Los padres participan como una parte más en la que pueden influir y persuadir sobre la necesidad de la prevención de las drogodependencias.
- Las A.M.P.A.S. En general, se trata del marco de referencia para poner en marcha actividades de formación en prevención dirigidas a padres y madres.

Ahora bien, muchos centros escolares insisten en la dificultad de la participación de los padres en programas de prevención, lo cual nos lleva al problema de la cobertura de nuestras acciones: esto es, a cuántos padres llegamos de aquellos que son

susceptibles de intervención. De acuerdo con Ferrer (2000), la tónica general de participación de los padres oscila entre el 0,11% y un 4,6% . De ahí la necesidad de poner en marcha nuevos mecanismos y estrategias para incrementar la participación de los padres en los programas preventivos.

Un método interesante, ensayado por este autor, fue la utilización de videos y materiales impresos que se proporcionaban a los padres a través de los alumnos. Los resultados mostraron que la participación en el grupo de video era netamente superior a los otros grupos (42%), frente al 25% en el grupo en donde se utilizaron folletos y al 8% en el grupo de charlas. Otra de las ventajas señaladas por los autores, era el hecho de que el video lo habían visionado tanto madres como padres, mientras que en las opciones presenciales, la participación siempre había sido muy escasa.

En definitiva, la cobertura es un factor fundamental en los programas de prevención, sobre todo, debido al bajo grado de participación de los padres, y es una dificultad que debe ser tenida en cuenta a la hora de planificar los programas de intervención familiar.

Pero, además, existen otras cuestiones importantes que han sido ignoradas a la hora de intervenir con padres en el ámbito escolar.

En primer lugar, sería deseable que la participación de los padres en el funcionamiento cotidiano de los centros escolares fuese mayor. Esto permitiría implementar las actuaciones en el campo de la prevención de un modo más normalizado.

Por otra parte, en el ámbito escolar se cuenta poco, salvo excepciones, con los padres a la hora de diseñar y ejecutar los programas. En muchos casos los docentes sienten que se invaden sus competencias, y ello se refleja con posterioridad en el grado de participación de los padres en este tipo de actividades.

Por tanto, las familias deben adquirir un papel destacado en la planificación de la escuela. En este sentido, Calafat y Amengual (1999) mencionan cinco condiciones básicas para la participación de los padres:

- Es necesario que se informe a los padres de los proyectos de la escuela en relación con el alcohol y otras drogas, y se les invite a participar en la definición de objetivos.
- Los padres han de ver esta invitación como auténtica, lo que significa que efectivamente se tendrán en cuenta sus puntos de vista.
- No se debe dar la impresión de que desde la escuela se puede arreglar todo, pero tampoco es cuestión de devolver toda la responsabilidad a los padres.
- Hay que tener en cuenta que para muchos padres es difícil abordar determinadas cuestiones aisladamente en casa, y que la escuela puede apoyarles a través del marco que ofrece la educación sobre alcohol, drogas u otras cuestiones de salud.
- Mediante el trabajo conjunto se ha de procurar mejorar la relación entre familia y escuela:
 - Los padres a veces tienen la impresión de que sólo son necesarios para cumplir con las instrucciones de la escuela, para proporcionar recursos o

apoyo a algunas actividades, o para trabajar como voluntarios. Aunque es posible que les guste representar ese papel, su mayor implicación requiere que se les considere como participantes en la educación de sus hijos.

- El profesorado puede ver la participación de los padres como una injerencia. Los padres piensan que de todas formas los profesores no les escuchan. También hay padres que prefieren que la escuela les descargue de la responsabilidad educativa. Por esto es necesario que ambos, padres y profesores, lleguen a convencerse de que la colaboración es beneficiosa para todos (Calafat et al., 1999).

Por otra parte, deberían llevarse a cabo acciones previas de sensibilización de los padres con el fin de inculcarles la necesidad de participar en los programas de prevención. Sería interesante que a través de campañas publicitarias de amplia cobertura se hiciera hincapié en el papel que ellos pueden desempeñar. En general, esta conciencia no suele aparecer en las familias hasta que el problema de abuso de drogas se hace evidente.

Otra opción es la generalización de guías para padres, que suelen recoger información sobre las sustancias, las pautas básicas de comportamiento y los factores de riesgo y protección. A veces también suelen recoger información sobre servicios especializados a los que acudir en caso de necesitar asesoramiento. Algunos ejemplos de este tipo de guías son: la marihuana: lo que los padres deben saber (1997); guía para padres y madres preocupados por las drogas (1996); cuadernos de formación: drogodependencias y su prevención (1988); familia y drogodependencias (1994).

Las escuelas de padres tienen amplia difusión y tradición en los centros educativos, y sin embargo pocas veces cuentan con contenidos referentes a medidas de prevención frente al consumo de sustancias.

Respecto a los programas amplios, una referencia interesante, desde el punto de vista de la intervención con familias es el programa A.T.P. (Programa de Transición a la Adolescencia) de Thomas J. Dishion (2000). Este programa toma como punto de partida el Modelo Ecológico Social del consumo de drogas en adolescentes (Kumpfer y Turner, 1990, 1991), y realiza una intervención amplia en el contexto escolar, que incluye actuaciones desde el marco "universal", "selectivo" e "indicado". El programa contempla asimismo sesiones de recuerdo o refuerzo.

Los autores definen el programa como una estrategia graduada en cada nivel de intervención, que incluye la creación de un Centro de Recursos Familiares para intervenir en el plano de lo universal y la participación de un consejero familiar, psicólogo o trabajador social, especializado en el ámbito de las intervenciones familiares y prácticas escolares.

Entre los servicios que este centro presta se encuentran: orientación escolar centrada en los padres, imágenes de pautas y normas eficaces, ejercicios de padres-hijos en la clase que apoyan las prácticas de funcionamiento familiar; información específica a los padres sobre asistencia, conducta y realización de evaluaciones.

En el plano de la prevención selectiva, se pone en marcha lo que los autores denominan "El Chequeo Familiar". Se trata de una intervención que ofrece "asesoramiento

familiar, apoyo profesional y motivación para el cambio". Se realiza mediante entrevistas motivacionales, siguiendo el modelo de Miller y Rollnick.

Por último en el nivel indicado de prevención se ofrece un "menú de servicios" que ofrece apoyo profesional directo para los padres, incluyendo intervenciones familiares breves, grupos de padres, terapias de conducta para familias, y servicios de gestión de casos. Sin duda, mediante un programa de estas características, insertado dentro del marco escolar, pero con un alto grado de especialización, se puede realizar una intervención eficaz para la prevención del abuso de drogas, con el fin de reducir los factores de riesgo de un modo precoz en las familias a las que se dirige el programa.

Otra estrategia que consideramos de interés para mejorar la accesibilidad de los padres, a través del entorno escolar o comunitario, es la creación de servicios de asesoramiento para las familias sobre aspectos relacionados con las drogas. Hasta ahora, existe una baja conexión entre los servicios especializados y las familias susceptibles de intervención. Las acciones de detección precoz y derivación adecuada de los problemas ligados al consumo de drogas desde la escuela han sido en nuestro país una práctica espontánea y voluntarista, por lo que existen muy pocas experiencias estructuradas (Martín, 1998).

Otro aspecto que podría mejorar la participación de los padres en los programas de formación es ofrecer la posibilidad de que los componentes del grupo puedan proponer temas de interés común; si bien esto nos dificultaría la evaluación, sin embargo, incrementaría su interés, y nos acercaría a sus realidades cotidianas, que por otra parte no siempre son conocidas por los técnicos

2.1. Tipología y evaluación de las intervenciones familiares

En general, la mayoría de las actividades que se han desarrollado en el ámbito escolar han sido de carácter informativas y formativas.

Se trata, además, de acciones puntuales, sin continuidad, que podrían encuadrarse en actividades de sensibilización sobre el problema de las drogas, a través de conferencias de 1 o 2 horas de duración, en donde los contenidos fundamentales tienen que ver con las sustancias y los perfiles de consumo.

Las acciones específicas de formación se sitúan entre 8-10 horas y 20-30 horas, y en éstas se abordan temas relativos a las sustancias y a la detección precoz de consumos, y se llevan a cabo sesiones sobre aspectos relacionados con los factores de riesgo y protección. De entre estos, los temas abordados con una mayor frecuencia son:

- Autoestima. Papel de los padres en su formación. Entrenamientos para incrementarla en nuestros hijos, y su relación con las diferentes sustancias, etc.
- Comunicación Familiar. Estilos de comunicación con los padres, cambios en la adolescencia con relación a las formas de comunicación. Pautas para mejorar e incrementar la comunicación en casa, etc.
- Aprendizaje de modelos. Análisis de los procesos de aprendizaje en el entorno

familiar, posibles cambios recomendados a los padres.

- Actitudes frente al consumo. Pautas de consumo de sustancias en el entorno familiar (alcohol, tabaco, psicofármacos, etc.), actitudes frente a los consumidores, etc.
- Resolución de conflictos y toma de decisiones.
- Límites y normas en el hogar. Fomento de la autonomía y la responsabilidad.
- Características generales de la adolescencia y su relación con los factores de riesgo y protección.

La evaluación de las intervenciones basadas en sesiones de sensibilización suele ser inexistente. En lo que respecta a los programas de entrenamiento o formación de padres, las evaluaciones que se realizan suelen valorar, como máximo, el número de padres que han participado y la información recibida, medida a través de algún cuestionario post.

Ahora bien, las evaluaciones pre y post de las intervenciones deberían ser irrenunciables, ya que esto nos permitiría poder realizar cambios en nuestros programas en cuanto a contenidos, duración de los diferentes módulos, revisión de las técnicas que hemos utilizado, etc.

Si bien es cierto que la medida de todos estos parámetros puede ser muy tediosa, sería interesante llevar a cabo entrevistas en profundidad a las familias, tanto en el inicio como en la finalización del programa, ya que, además de evaluar aspectos cuantitativos, nos permitiría una evaluación cualitativa del ambiente familiar, así como de las relaciones entre sus diferentes miembros. Esta podría ser también la fórmula idónea de detección de familias de alto riesgo, que, como ponen de manifiesto las investigaciones en prevención, deberían tener prioridad, además de recibir una intervención más intensiva.

3. LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA Y LAS FAMILIAS

La Estrategia Nacional 2000-2008 del PNsD (2000) señala al ámbito comunitario como uno de los ámbitos con prioridad de actuación. Dentro de éste, se pone el acento en algunos ejes de actuación:

- El refuerzo de mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas.
- La participación e implicación de las instituciones en la definición de las necesidades y elaboración de respuestas.

Asimismo y como propuestas de actuación, se recogen dos objetivos específicos que nos gustaría destacar:

- En el año 2003, el 40% de los programas de intervención comunitaria contemplarán acciones dirigidas a familias de alto riesgo.
- En el año 2003, el 50% de los Planes Locales sobre Drogas deberán desarro-

llar acciones de prevención familiar dentro de sus programas de prevención comunitaria. Este porcentaje deberá alcanzar el 100% en el año 2008.

Ahora bien, hablar de programas comunitarios de actuación, pasa, a nuestro entender, por definir claramente los elementos sobre y con los que vamos a trabajar.

En primer lugar, la comunidad no ha de ser entendida sólo como un lugar geográfico y territorial, sino también como un espacio de convivencia de personas heterogéneas, pero que tienen en común lazos "afectivos, culturales, sociales", y que comparten necesidades y recursos.

Cuando el sentimiento de pertenencia no existe en una comunidad, hecho cada vez más frecuente, especialmente en las grandes ciudades, una de nuestras primeras actuaciones deberá ser potenciar la cohesión social, de forma que sus miembros sientan la necesidad de solucionar el problema de las drogas y, al mismo tiempo, que reciban claramente el mensaje de que el problema puede resolverse, al menos en parte, con su participación.

Para conseguir desarrollar una intervención comunitaria, deberían cumplirse una serie de requisitos. Sánchez Vidal (1991) nos propone entre otros los siguientes :

- Centrarse en colectivos, no en individuos.
- Perseguir objetivos de potenciación y desarrollo de los colectivos.
- Realizarse en la comunidad en que se genera el problema que ha de resolverse.
- Trabajar desde la "base" o a través de mediadores comunitarios.
- Utilizar un modelo conceptual y explicativo supra-individual, ecológico e interactivo.
- Maximizar la iniciativa y participación del propio colectivo al que se dirige la intervención.
- Ser integral y multidisciplinar.
- Utilizar un estilo interventivo pro-activo
- Planificar la evaluación y la intervención.

Una vez más, un requisito ineludible de la intervención comunitaria es la "participación". En muchos casos, se ponen en marcha programas comunitarios sin contar con el grupo receptor. Participar significa colaborar en la resolución de los problemas desde el inicio, aportando la particular "visión del problema", y también las posibles soluciones. Si los profesionales que ponen en marcha programas pasan por alto esta cuestión, difícilmente van a conseguir la colaboración en el desarrollo de éstos.

Se trataría, por tanto, de poner en marcha un proceso que requiere continuidad, globalidad, integración de agentes sociales y comunitarios (familias, escuelas, asociaciones, centros de salud, etc.), evitando en todo momento la creación de estructuras paralelas que compitan entre sí.

Este proceso también ha de ser entendido en diferentes fases que requieren tiempo y continuidad. La primera fase estaría definida por acciones de sensibilización; la segunda fase incluiría procesos de formación y capacitación de agentes comunitarios, y la tercera etapa debería definir grupos estables de trabajo, que pudieran establecer

los objetivos de actuación, las estrategias de intervención y los procedimientos de evaluación.

Se trata, por tanto, de fomentar y promover los recursos propios de la comunidad y orientarlos en beneficio de sus propios componentes.

El papel de las familias en los programas de prevención comunitarios se considera central. De acuerdo con Oñate (1989), los motivos fundamentales serían: Motivación, Cotidianidad, Individualización, Multiplicidad de recursos, Influencia de la familia en el modelado social.

Se reconoce, por tanto, la importancia de la intervención sobre la familia. Ahora bien, lo cierto es que los niveles de participación son bajos. Quizás no son suficientemente atractivos los programas que les presentamos, de tal forma que es posible que si los contenidos de muchas de las sesiones de formación fuesen propuestos por los propios padres tendrían una repercusión mayor. En general, los técnicos, al igual que cuando se desarrollan programas de tratamiento, partimos de propuestas cerradas que ya consideramos que son las idóneas.

De la misma forma que en los programas de reducción del daño hemos tenido que adaptarnos a las necesidades de la población, y ofrecer otras respuestas alternativas, es posible que tengamos que hacer lo mismo en el ámbito de la prevención, graduando nuestros objetivos, o lo que es lo mismo, planteando objetivos intermedios, hasta llegar a unos objetivos integrales de prevención aceptados por todos.

Otros dos elementos relevantes en los programas comunitarios de prevención son la continuidad y la estabilidad de los equipos de referencia.

La mayor parte de los programas preventivos con una orientación comunitaria surgen, en muchas ocasiones, respaldados por subvenciones con una duración anual, que no permite rentabilizar los recursos, ni dar la continuidad necesaria a las estructuras creadas.

Por otra parte, los equipos de referencia que realizan las tareas de apoyo, supervisión y coordinación de actuaciones en el plano preventivo no están generalizados en todos los territorios. En este sentido, sería deseable que las administraciones locales pusieran a disposición de sus ciudadanos equipos especializados que movilizaran al resto de los recursos comunitarios, tanto procedentes de la propia administración como los recursos naturales de cualquier comunidad. Según la Agencia norteamericana NIDA, los estudios más recientes sobre coste-eficacia de las intervenciones evidencian que los resultados que de ellos se derivan son rentables, desde una perspectiva económica. Por cada dólar que se gasta en prevención del consumo de drogas, la comunidad puede ahorrarse entre cuatro o cinco dólares del costo que implicaría la orientación psicológica y otras intervenciones terapéuticas que se utilizan en los programas de rehabilitación" (citado en IDEA-Prevención, 1999).

Dentro del terreno comunitario de actuaciones preventivas, se vienen desarrollando nuevos programas especialmente dirigidos a los jóvenes usuarios de drogas, que tratan de competir con las conductas de consumo, mediante estrategias infor-

mativas acerca del abuso de diferentes sustancias, o desarrollando actividades alternativas de carácter deportivo, de ocio saludable, etc. De ello tenemos ejemplos francamente interesantes a lo largo de toda la geografía española (en Cataluña se distribuyen folletos informativos acerca de los establecimientos donde acuden los consumidores de drogas de síntesis, en Extremadura el plan integral de juventud para la prevención del "botellón"; en Cantabria, el programa Busciélagu, que incluye un medio de transporte público nocturno en la zona de bares; en Madrid "La noche más joven", con actividades nocturnas en polideportivos y centros culturales, trata de atraer a jóvenes en la franja horaria preferente de consumo de drogas; en Castilla la Mancha se desarrolla el programa Alcazul, en colaboración de los Ayuntamientos).

Todos estos programas, con base en una metodología comunitaria, vienen desarrollando diferentes actividades de tiempo libre, naturaleza, cultura, y en definitiva empleo saludable del ocio, como forma de reducir los factores de riesgo (PNsD, 1999).

En todas estas actuaciones no sólo no se tiene en cuenta la participación de los padres, sino que en la mayor parte de los casos estos programas son desconocidas por ellos. La situación actual en las grandes ciudades, donde el consumo abusivo de sustancias se encuentra asociado al ocio, debería contar con la opinión y el apoyo de actuaciones procedentes también de padres, familias y vecinos de las zonas afectadas, buscando puntos de acuerdo en cuanto a posibles actuaciones.

4. ANÁLISIS DE LA INTEGRACIÓN EXISTENTE Y POSIBLES PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Si se hace un repaso de los apartados anteriores de este capítulo, podemos comprobar que habría dos cuestiones claves a la hora de valorar la situación actual.

En primer lugar, existe una cantidad importante de actuaciones y recursos en el plano de la prevención de las drogodependencias, pero estos programas no sólo no cuentan en su desarrollo con la opinión de las familias, sino que tampoco realizan acciones dirigidas a las mismas, obviando un potencial enfatizado por todos los expertos.

En segundo lugar, un importante problema sin resolver es la cobertura de las actuaciones dirigidas a familias. No hay más que revisar, por ejemplo, las actuaciones en el ámbito escolar y nos encontramos con datos realmente bajos (PNsD, 1999). Por ejemplo, un programa realizado por la Agencia Antidroga de Madrid en el ámbito escolar contó con la participación de 424 profesores, frente a 71 padres; en otro programa realizado en Castilla-León, se formaron a 522 profesores y a 116 padres. En general, se trata de programas ampliamente consolidados, pero llama la atención el número de padres y profesores participantes. Las cifras, cuanto menos, deberían ser a la inversa, dado que proporcionalmente cada profesor lleva una clase de entre 25 y 30 alumnos, lo que supone un montante de 50-60 padres por clase o cuando menos por curso académico.

En tercer lugar, la eficacia de los programas pasa por integrar plenamente la intervención con familias en todo los planos y ámbitos de intervención, tanto el escolar, como el comunitario.

A continuación y a modo de conclusiones nos gustaría enunciar algunas propuestas que entendemos podrían mejorar las actuaciones profesionales y, por ende, la eficacia de los programas preventivos:

- Validación de medidas pre y post. Cada vez que ponemos en marcha un programa, hemos de tener presente la evaluación como una tarea de obligado cumplimiento. Esto supone un enorme esfuerzo, dado que en general y salvo excepciones, los profesionales que aplican los programas poseemos importantes lagunas desde el punto de vista metodológico. La no evaluación de las intervenciones dificulta enormemente la comparabilidad de los resultados.
- Homologación de criterios e indicadores de evaluación de resultados. En la misma línea que el apartado anterior, sería recomendable la colaboración del ámbito universitario con las administraciones públicas responsables de la prevención.
- Diversificación de las actuaciones con las familias. Tradicionalmente el ámbito privilegiado de actuación ha sido el escolar. Ahora bien, las familias utilizan una enorme variedad de recursos públicos y privados desde los que se pueden y deben realizar actuaciones sobre las mismas. Esta diversificación hace referencia no sólo a los recursos que se utilizan, sino también a los soportes sobre los que les hacemos llegar nuestros mensajes: folletos, guías, vídeos, etc.
- Realizar programas dirigidos a conseguir la sensibilización sobre el papel relevante que ejerce la familia y a informar sobre posibles servicios a los que puede dirigirse. Existe una conciencia importante de participación una vez que se ha producido el problema de abuso o dependencia; sin embargo no existe conciencia de que podemos y debemos realizar cambios antes de que esto ocurra. En el plano de los programas comunitarios sería deseable la actuación de los medios de comunicación con mensajes claros y directos dirigidos hacia las familias.
- Se destaca la importancia de contar con servicios de asesoramiento especializados que pudieran realizar actuaciones preventivas "indicadas y selectivas". Ya se ha citado el programa ATP, que cuenta, dentro del ámbito escolar, con este servicio, mostrando unos resultados francamente interesantes.
- La apertura de los centros escolares hacia el plano de las actuaciones comunitarias. En los últimos años se ha desarrollado, por ejemplo, el programa de "puertas abiertas", que consiste en la disponibilidad del centro escolar, más allá del horario lectivo. Esta es una de las iniciativas deseables, pero no la única en la que deberían participar también las familias.
- Desde el ámbito escolar se debería conceder más protagonismo a los padres, tanto en la ejecución de los proyectos preventivos, como en el propio diseño de tales programas. Asimismo, debería fomentarse un acercamiento mayor de los padres al entorno escolar, sin que esto sea vivido como una invasión de las

competencias educativas.

- Dentro del ámbito escolar, sería muy interesante la implementación de programas a lo largo de las diferentes etapas educativas (primaria, secundaria, bachillerato), incluyendo sesiones de recuerdo que permitan evaluar los logros conseguidos y las áreas más deficitarias que requieran de una nueva intervención. Al mismo tiempo, los padres deberían participar paralelamente en programas formativos y/o de entrenamiento en habilidades y recursos personales.
- Se debe reconsiderar el papel de los expertos en la intervención en prevención, teniendo en cuenta, tanto las investigaciones que revisan esta cuestión, como las iniciativas de muchos profesores y padres. En una amplia investigación, Macià et al. (1993) revisan las intervenciones educativas realizadas bien por el profesor o bien directamente por un experto, y comparan la intervención educativa con la intervención comportamental. Los autores encuentran que "los programas comportamentales-educativos eran más adecuados que los tradicionales para el cambio de creencias, actitudes e intenciones conductuales; y respecto a la comparación entre profesor y experto los resultados en general eran más satisfactorios en el grupo de expertos" (p.118). En cualquier caso, cada centro escolar que realice programas preventivos debería contar siempre con un equipo especializado con funciones de apoyo y supervisión de las actuaciones.
- Por último, nos gustaría añadir una cuestión posible de abordar con las familias y es el hecho del "tiempo" que los jóvenes necesitan por parte de sus padres. En la sociedad actual, es muy frecuente que ambos padres trabajen, y en muchas ocasiones con unos horarios incompatibles con los hijos. Si bien existe una conciencia social de que, por ejemplo, un bebé necesita múltiples cuidados, revisiones pediátricas frecuentes, etc., no existe una conciencia de que un adolescente o un joven necesita compartir con la familia determinadas actividades de forma cotidiana. Hemos de ser capaces de crear esta conciencia social, quizás a través de programas preferentemente comunitarios, y en los que tanto los profesionales, como los medios de comunicación han tener un papel relevante. Si hoy día existe una conciencia de la importancia de la higiene buco-dental, por ejemplo, y rara es la familia que por muy ocupada que se encuentre no realice sus visitas periódicas al dentista, así como largos y costosos tratamientos de ortodoncia, es posible que en pocos años ocurra lo mismo con la formación en prevención de drogodependencias.

Para terminar, nos gustaría añadir nuestro convencimiento de la posibilidad de integración de la intervención familiar en todas y cada una de las actuaciones que se desarrollen en el ámbito de la prevención. Es cierto que se trata de un importante reto, pero también es evidente que la eficacia y éxito de los programas de prevención pasa por tener en cuenta a los padres de los adolescentes y actuar con éstos reforzando su papel eminentemente educativo dentro del ámbito familiar.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amengual, M. (2000). Enfoques preventivos del uso y abuso de cannabis y problemas asociados. *Adicciones*, 12, suplemento 2, 281-300.

Becoña, E. (1999a). *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (1999b). Teorías y modelos explicativos en la prevención de las drogodependencias. *Idea-Prevención* 19, 62-80.

Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de los programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Coord.) *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp-75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.

Calafat A. y Amengual M. (1999). *Educación sobre el alcohol*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Caplan, G. (1980). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Dishion, T. (2000). Intervención familiar para la prevención del consumo adolescente de sustancias. En *Conducta antisocial, violencia y drogas en la escuela*, Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, pp.98-110. Madrid

Ferrer X., (2000). El problema de la no participación de padres/madres en los programas de prevención del abuso de drogas (pp. 189-198). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

G.I.D. (1996). *Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders. A research perspective*, pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services Publication.

Idea-Prevención (1999). Sección páginas amarillas, nº19. Madrid.

IREFREA (2000). *"Salir de Marcha y consumo de drogas"*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Kumpfer K.L. y Turner C.W. (1990-1991) The Social Ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *International Journal of Addictions*, 25, 435-463.

Luengo Martín, M.A., Gómez Fragueta, J.A., Romero Triñanes, E. y Otero López, J.M. (1998). Programas de prevención de drogodependencias en el medio escolar: *El programa de entrenamiento en habilidades de vida (EHV)*. V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz

Macià D., Olivares J. y Méndez F. (1993). Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia. En Méndez F., Macià D., Olivares J. (Eds) *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención* (pp. 97-129). Madrid: Ediciones Pirámide.

Martín, E. (2000). El desafío de la exclusión social y las drogas desde la Estrategia

Nacional sobre Drogas. *Proyecto*, 36, 36-39.

Martínez Higuera, I. y Salvador-Llivina, T. (2000). *Catálogo de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Matellanes, M. y Sastre, E. (1999). *Investigación sobre técnicas psicológicas aplicadas en programas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Matellanes, M. y Sastre, E. (2000). *El uso de técnicas psicológicas en la ejecución de los programas de prevención*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

Martín, E. (1998) La prevención en el ámbito escolar. *Proyecto*, 29, 13-16.

NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse.

Oñate, P. (1989). Virtualidad Preventiva de las APAS en relación con el uso indebido de drogas y de otras conductas disociales. *Comunidad y Drogas*, 2, 29-38.

Plan Nacional sobre Drogas (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Actuar es posible*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (1999). *Educación sobre el Alcohol. Actuar es posible*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Salvador-Llivina, T. (1998) Estado actual del conocimiento en prevención escolar en España. *Proyecto*, 28, 6-10.

Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria: bases conceptuales y operativas. Métodos de Intervención*. Barcelona: P.P.V: S.A.

APÍTULO VI

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS

José Pedro Espada Sánchez y Francisco Xavier Méndez Carrillo
Universidad de Murcia



NDICE

1. Introducción
 - 1.1 Formas de intervención familiar para la prevención
 - 1.2 Hipótesis de intervención
 - 1.3 Objetivos y principios de las intervenciones preventivas dirigidas a familias
2. Estrategias de prevención familiar
 - 2.1 Fase educativa: contenidos de las intervenciones familiares
 - 2.2 Entrenamiento en habilidades
3. Experiencias de programas de prevención familiar
4. Conclusiones
5. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

En las intervenciones para la prevención de la drogodependencia, desde siempre se ha tenido muy presente la necesidad de abordar el problema incluyendo el marco familiar (Ferrer et al., 1988; Funes, 1990; Melero, 1995; Oñate, 1987). No obstante, frecuentemente esa inquietud no se ha visto reflejada en los programas, o bien ha quedado reducida a una presencia casi simbólica, dedicándose los mayores esfuerzos al desarrollo de intervenciones de ámbito escolar. De hecho, la presencia de trabajos sobre este tema publicados en la última década en revistas científicas españolas es bastante escasa (Quiles, Espada y Méndez, 2000).

Recientemente, el Plan Nacional sobre Drogas, en la Estrategia Nacional sobre Drogas que ha diseñado para el período 2000-2008 incide en el potencial que supone la intervención familiar, y señala que "las actuaciones sobre las familias tenderán a fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas, así como concienciarlos de la importancia sobre su papel como agentes de salud (...) Los programas deben estar orientados a dar respuesta a las necesidades e inquietudes de los padres, más que centrarse exclusivamente en la formación sobre drogas". El interés mostrado por la administración hacia la intervención preventiva dirigida directamente a las familias es tal, que en las directrices estratégicas se establece que el año 2008 el 100% de los programas de prevención escolar y comunitaria habrán de incluir acciones dirigidas específicamente a la familia.

1.1. Formas de intervención familiar para la prevención

Las actuaciones preventivas que tienen como foco de atención a la familia pueden presentar formatos y métodos muy diversos. Existen varias clasificaciones al respecto (Melero, 1995). Haciendo una síntesis, podemos describir dichas actuaciones atendiendo a diferentes criterios:

a) Por su duración:

- Intervenciones puntuales (por ejemplo, charlas y conferencias a cargo de especialistas).
- Intervenciones de corta duración (por ejemplo, campañas del tipo "semana de la salud"), que cuentan con un programa de actividades reducido, durante un período de tiempo concreto.
- Programas formativos continuados: (por ejemplo, escuelas de padres). En ellos se suele desarrollar un currículo durante un trimestre escolar, o a lo largo de un curso académico completo.

Es frecuente que las actuaciones preventivas se reduzcan a actividades muy puntuales. Este tipo de intervención tiene la limitación de quedarse en una fase de sensibilización de los destinatarios. Con fortuna llegan a alcanzar ese objetivo, aunque es difícil de saberlo, ya que casi nunca se evalúa el impacto real de este tipo de actuación.

b) Por sus contenidos:

- Programas específicos sobre la prevención de drogodependencias, centrados en ofrecer a los padres información sobre las sustancias, sus efectos, factores de riesgo para el consumo, etc.
- Programas inespecíficos: dedicados a dotar a los padres de competencia para la educación de los hijos, detectando y resolviendo problemas relacionados con la conducta infantil. En ellos se abarcan temas como la disciplina en la educación, la comunicación familiar, la psicología del adolescente, etc.

La idoneidad de realizar acciones preventivas específicas o inespecíficas ha sido tratada con profundidad en otros lugares (García-Rodríguez, 1989). Macià (2000a) recomienda desarrollar programas inespecíficos, que incorporen ciertas actuaciones específicas.

c) Por su ámbito de aplicación:

- Campañas a gran escala en medios de comunicación: mediante spots en televisión, cuñas de radio, anuncios en prensa, etc. Acostumbran a incluir slogans que conecten con los destinatarios. Los mensajes de estas campañas suelen variar cada año, en función de la situación del problema en el momento. En ocasiones, se dirigen directamente a los progenitores, con frases del tipo "Habla con tu hijo...". Aunque se intenta cuantificar su impacto, la capacidad de estas acciones para sensibilizar y producir cambios de hábitos es difícilmente evaluable.
- Divulgación de folletos y material gráfico: su filosofía es similar a la de la modalidad anterior, aunque en este caso los materiales editados se difunden a menor escala. Suelen ser asociaciones de padres, organismos regionales, o entidades locales quienes elaboran estos materiales para adolescentes y padres. Frecuentemente tienen como objetivo informar y sensibilizar a ambos grupos de destinatarios. Pueden resultar muy útiles como material de apoyo en intervenciones de carácter más global.

- Programas para grupos de tamaño reducido: nos referimos a material editado con contenidos que desarrollan un programa de prevención a seguir por un grupo estable. Encontramos varios ejemplos de este tipo de ediciones en nuestro país (CEAPA, 1988; EDEX, 1996; FAD, 1996) aunque predominan los que van dirigidos al ámbito escolar. También podría incluirse en este grupo los manuales de autoayuda para padres (García Rodríguez, 2000; Macià, 2000b).

d) Por los destinatarios

- Programas dirigidos directamente a las familias: se trataría de intervenciones cuyos destinatarios son los padres o la unidad familiar completa. El lugar donde se desarrolla puede ser el domicilio familiar, el centro educativo, o cualquier otro local de la comunidad.
- Programas escolares y/o comunitarios con módulos o sesiones destinadas a los padres. En muchos programas de ámbito escolar se incluyen actividades de refuerzo con los padres. Un ejemplo de esto es el programa "Órdago", adaptado por EDEX (1996) del original canadiense, y que comentaremos más adelante. En estos casos, se entiende que la intervención con las familias tiene la función de afianzar los logros obtenidos en clase con los alumnos.

1.2. Hipótesis de intervención

La intervención a nivel familiar para la prevención de la drogodependencia se justifica por el papel crucial que desempeñan los padres en la formación de la personalidad y adquisición de hábitos de los hijos. La influencia de los padres en este sentido ha sido estudiada en numerosas investigaciones (Becoña, 1999; Kumpfer, Olds, Alexander, Zucker y Gary, 1998; Méndez y Espada, 1999; Merikangas, Dierker y Fenton, 1998), y se desarrolla ampliamente en otros capítulos de esta obra. Los meta-análisis realizados sobre este tema indican que los mayores tamaños del efecto corresponden a los programas en los que se intervino con el conjunto de la familia (Kumpfer, Alexander, McDonald y Olds, 1998). Pero, dando por sentado que para promover los comportamientos de salud es necesario la intervención con las familias, ¿qué hipótesis darán soporte a los objetivos propuestos y a las actividades para alcanzarlos, en esos programas? A fin de establecer actuaciones coherentes con las necesidades de los adolescentes, y acordes con los objetivos de prevención, han de plantearse algunas hipótesis de trabajo:

- a) Si los padres/madres cuentan con información sobre el desarrollo infanto-juvenil, entonces estarán más capacitados para entender las conductas de sus hijos, sintiéndose y haciéndose sentir, más cercanos a ellos.
- b) Si los padres/madres disponen de información sobre los comportamientos adictivos, estarán mejor preparados para dar respuesta a preguntas de los hijos y para detectar situaciones de riesgo.
- c) Si los padres/madres adoptan comportamientos saludables, entonces ejercerán como modelos adecuados, haciendo más improbable el consumo de drogas por parte de los hijos.

- d) Si los padres/madres ponen en práctica estilos comunicativos que posibiliten la relación abierta y sincera con sus hijos, será más improbable el consumo de drogas por parte de los hijos. Por un lado, cuando los adolescentes se vean en una situación problemática, será más fácil que recurran a sus padres. Por otro, será menor el grado de conflictividad familiar.
- e) Si los padres/madres potencian en sus hijos la habilidad para resolver problemas, asumir responsabilidades, afrontar el estrés y autoafirmarse, entonces será más improbable el uso y el abuso de sustancias adictivas.

Como se puede observar, las dos primeras hipótesis hacen referencia a elementos puramente "informativos", y explican por qué los expertos consideran necesario que los padres estén mínimamente informados. Las tres últimas aluden por un lado a ciertas habilidades y/o comportamientos deseables en los padres, a fin de lograr un desarrollo saludable de los hijos: la capacidad de ejercer como modelos positivos de conducta (en este caso, mediante la abstinencia o uso responsable de drogas) y por otro lado a la habilidad de comunicarse, afrontar problemas con los hijos y potenciar su desarrollo personal.

1.3. Objetivos y principios de las intervenciones preventivas dirigidas a familias

Como marco teórico, partimos del modelo de intervención comportamental-educativa, que puede definirse como una serie de *actuaciones que tienen por objetivo informar sobre las condiciones de vida asociadas a un buen estado de salud, así como facilitar las modificaciones comportamentales y ambientales que lo hagan posible* (Macià, 2000a).

La agencia estadounidense encargada del estudio y tratamiento de las adicciones propone los siguientes principios de prevención para programas aplicados en el medio familiar (NIDA, 1997):

- 1) Procurar la participación de toda la unidad familiar en la aplicación del programa, en todas las etapas de su desarrollo.
- 2) Incidir en la formación de padres y madres sobre la conducta, con los objetivos de:
 - a. Reducir los problemas conductuales de sus hijos
 - b. Mejorar la relación intergeneracional
 - c. Establecer un modelo de convivencia respetuosa
 - d. Controlar las actividades de sus hijas e hijos durante la adolescencia
- 3) Incluir componentes educativos para padres con información específica sobre drogas.
- 4) Realizar programas dirigidos a padres y madres de estudiantes de todas las edades.
- 5) Facilitar el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

Un programa de prevención dirigido a los padres debería incluir entre sus objetivos (Pinazo y Berjano, 1994):

- Ofrecer una formación básica sobre las drogas, de forma que estén capacitados para actuar como auténticos agentes educativos en este tema.

- Sensibilizar hacia la adopción de un compromiso para la prevención del consumo de drogas en sus hijos mediante el aprendizaje de ciertas pautas.
- Fomentar la colaboración entre los padres en la realización de actividades de educación y prevención.

Tal y como señalan Ary et al. (1998), el principal logro de la intervención familiar en la prevención del abuso de drogas es mejorar la capacidad de los padres para educar a sus hijos, lo que tiene efectos benéficos en su socialización, en mejorar conductas que reducen la aparición de diferentes problemas, además del consumo de drogas, como el fracaso escolar, los embarazos no deseados, conductas delictivas, o trastornos de conducta infantil. En términos operativos, las metas a alcanzar en la intervención familiar con padres son: a) adquirir información sobre el tema, y b) adquirir y/o mejorar habilidades necesarias para prevenir la aparición del problema. Estos dos componentes se desarrollan con amplitud en el siguiente epígrafe.

2. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR

2.1. Fase educativa: contenidos de las sesiones educativas con padres

Exponemos a continuación los principales contenidos teóricos que constituyen la parte educativa de la mayoría de programas de prevención con padres.

(a) Psicología del adolescente

La presencia de este tema en el currículum de los programas responde a la necesidad de que los padres conozcan mejor el desarrollo y el comportamiento de sus hijos e hijas. Se parte de la hipótesis de que una mejor comprensión de las conductas del adolescente facilitará que la actuación de los padres sea la más adecuada en cada momento, mejorando al mismo tiempo las relaciones familiares.

Entre los puntos a desarrollar en este epígrafe, destacamos los siguientes como los más indicados: a) características generales de la adolescencia: desarrollo físico-biológico del adolescente, b) transición a la adultez, características sexuales secundarias, creencias, actitudes y valores del adolescente, etc. Además, desde el punto de vista del *desarrollo cognitivo*, se revisa el grado de maduración intelectual de los adolescentes, las capacidades intelectuales, etc. Respecto al *desarrollo afectivo*, se analiza la importancia del autoconcepto y la autoestima del adolescente, así como sus cambios en el estado de ánimo. En cuanto al desarrollo social: se revisa la formación de la identidad social, la relación con los compañeros, la necesidad de aceptación, etc.

b) Procesos de comunicación humana

La justificación de este tema como contenido a desarrollar en las intervenciones familiares se basa en la evidencia de que el clima familiar favorece la comunicación bidireccional de padres a hijos y que esto actúa como factor de protección frente al abuso de sustancias. Las investigaciones realizadas en esta línea coinciden en afirmar que las relaciones familiares positivas, fruto de unas pautas de comunicación adecuadas, corre-

lacionan con una menor probabilidad de presentar problemas de conducta en general (Tasic et al., 1997) y consumo de sustancias en particular (Muñoz y Graña, 2001).

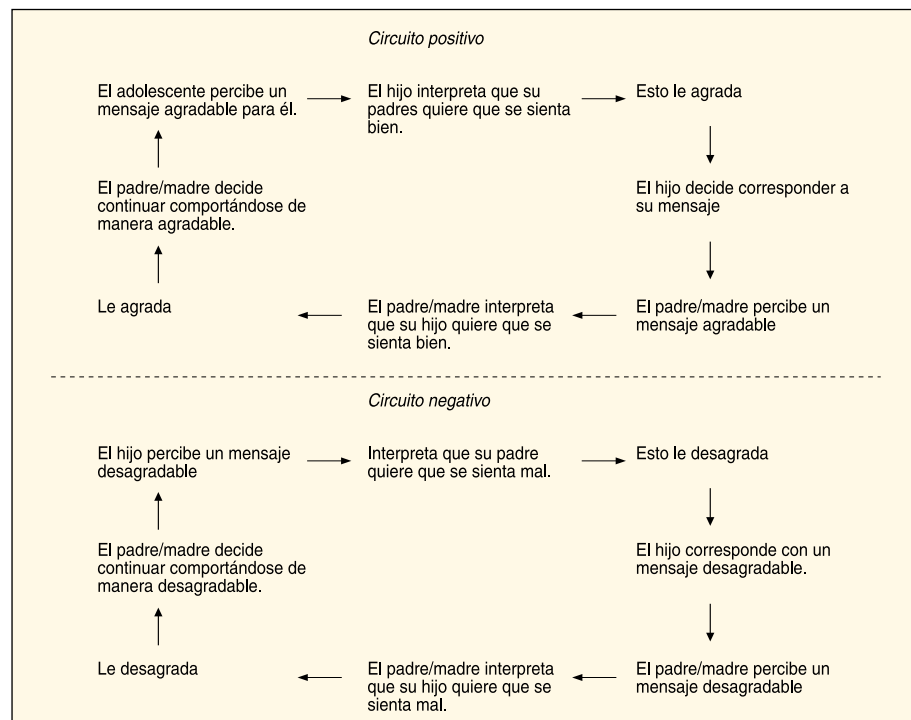
Por tanto, si los padres y madres comprenden las bases de la comunicación humana, (componentes, elementos facilitadores y obstaculizadores, etc.), y son capaces de detectar sus carencias personales en este terreno, estarán en disposición de mejorar sus habilidades comunicativas. Entre los puntos a tratar dentro de este tema destacamos los siguientes:

- Naturaleza, elementos y etapas de la comunicación interpersonal.
- Tipos de comunicación humana: verbal, no verbal.
- El mejor clima para la comunicación
- Situaciones y elementos que dificultan la comunicación.
- Características del "buen emisor"
- Características del "buen receptor"

Muchos de los padres que participan en programas preventivos, se sorprenden cuando descubren que la forma de hablar y de escuchar a sus hijos implica tantos matices, y cómo modificándolos y volviendo la comunicación positiva, pueden mejorar perceptiblemente las relaciones familiares. Por lo tanto, un objetivo importante en este sentido es sensibilizar a los padres del papel de la comunicación en la dinámica familiar, y su potencial para que ésta resulte positiva o, por el contrario, se creen tensiones que levantarán barreras ante sus hijos. A tal fin, puede exponerse el modelo de comunicación de Liberman et al. (1987) (figura 1).

Figura 1

Circuito positivo y negativo de la comunicación (adaptado de Liberman et al., 1987)



(c) Estilos educativos

Es un lugar común el dicho de que "nadie nos enseña a ser padres/madres", y que, por tanto, es por la experiencia como se aprende a serlo. Lamentablemente, el método de ensayo y error, aplicado a la educación de los hijos puede ser fuente de padecimientos innecesarios, tanto para los padres como para los hijos. Uno de los problemas que con mayor frecuencia consultan los padres de adolescentes es cómo mantener los límites con sus hijos. Hacerse respetar, educar a los chicos a vivir en un ambiente con ciertas normas, y a la vez mantener una relación positiva y afectuosa con él/ella puede tornarse una tarea difícil. Por tanto, y a fin de que los padres sean capaces de mantener una posición de autoridad democrática, se repasa con ellos los diferentes estilos educativos (permisivo, democrático, autoritario), analizando los pros y contras de cada uno de ellos, y evaluando desde esta perspectiva sus propias conductas como educadores. Otros temas relacionados serían:

- Tipos de estilos educativos
- Características de los padres/madres democráticos
- Pautas para el establecimiento de límites
- Problemas para mantener las normas
- Utilización de la negociación en la familia

(d) Información específica sobre drogas

Se requiere un nivel adecuado de información por parte de los padres a fin de que sus creencias y actitudes hacia las drogas estén basadas en datos objetivos. Frecuentemente algunas ideas sobre las drogas se sustentan en mitos que no se corresponden con la realidad, por ejemplo, asociar al consumidor de droga con la imagen del heroinómano que vive en la marginalidad. La oferta de información específica sobre drogas para padres debería cumplir, entre otros, los siguientes objetivos:

- Dotar a los padres de una información básica respecto a las drogas
- Capacitarlos para tratar el tema con sus hijos y ser capaces de atender a las dudas que éstos les planteen.
- Conocer los factores que pueden aumentar la probabilidad de consumo, en especial los relacionados con el ámbito familiar.

Entre los contenidos básicos sobre este tema, destacamos los siguientes:

- Las drogas: tipos de sustancias, drogas institucionalizadas, características y origen de las sustancias.
- Efectos que produce su consumo, a corto y largo plazo.
- Factores sociales de riesgo: disponibilidad del producto, influencia de la publicidad, influencia del grupo de iguales.
- Factores familiares de riesgo: papel del modelado y del clima familiar.
- Factores individuales de riesgo: personalidad, autoestima, autocontrol, déficit en habilidades sociales, déficit para el afrontamiento y solución de problemas.

(e) Autonomía y autoestima

Tener una autoestima alta constituye un factor de protección frente al consumo y abuso de drogas. La justificación de su inclusión como tema formativo para padres se basa, además, en la hipótesis de que la autoestima elevada capacita

al joven para la toma de decisiones, fomenta su responsabilidad y le ayuda a resistir la presión de grupo. En el cuadro 1 se muestran algunas características de los chicos con alta y baja autoestima.

En la formación de padres, pueden trabajarse con vistas a la consecución de los siguientes objetivos:

- Sensibilizar sobre el papel que juega la familia como entorno en el que el niño construye su autoconcepto.
- Conocer los mecanismos por los que la personalidad, actitudes y comportamientos de los padres modulan la evaluación que los niños hacen sobre sí mismos.
- Aprender a detectar cuándo un niño tiene baja autoestima.
- Adquirir estrategias para mejorar la autoestima de los hijos por medio de la interacción cotidiana con ellos.

Contenidos básicos referentes a la autoestima:

- Cómo se forma el autoconcepto y la autoestima.
- Relación entre autoestima y conductas de riesgo.
- Influencia de los padres en el autoconcepto y la autoestima.
- Cómo potenciar la autoestima de los hijos.
- Educar a los hijos en la responsabilidad y la autonomía.
- Enseñar a los hijos la aceptación de la crítica y los fracasos.
- Realizar las críticas de forma constructiva.
- Elogiar y alabar a los hijos ante los pequeños logros.

Existen excelentes publicaciones que tratan ampliamente el tema de la autoestima, como la de McKay y Fanning (1991), que ofrecen documentación específica y actividades prácticas para realizar de forma individual o en familia.

Tabla 1. Jóvenes y autoestima (adaptado de Vallés, 1997)

Circuito positivo y negativo de la comunicación (adaptado de Liberman et al., 1987)

| Características de los jóvenes con baja autoestima | Características de los jóvenes con alta autoestima |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Falta de aceptación y confianza en sí mismo y en los demás. - Sensación de inferioridad, de "valer poco". - Sentimientos de culpabilidad e inseguridad. - Se frustran con facilidad. - Temen la intimidad, la felicidad y el éxito. - Bajo rendimiento escolar. - Se muestran tímidos, pasivos, serios, sensibles, poco orientados al compañerismo. - Actitud defensiva, sumisa u hostil. - Dificultad en las relaciones interpersonales. - Escasas aspiraciones. - Dificultad para afrontar los problemas. - Centrados en los aspectos más negativos de las situaciones. - Necesitan la aprobación constante de quienes les rodean. - Tienen miedo a lo nuevo y desconocido, con dificultad para adaptarse a los cambios. | <ul style="list-style-type: none"> - Confían en ellos y en los demás. - Se aceptan, y conocen sus limitaciones. - No se frustran fácilmente. - Se sienten competentes y seguros de sí mismos. - Desarrollan su trabajo creativamente. - Se enfrentan a la vida con optimismo. - Se sienten orgullosos de sus logros. - Son capaces de tomar decisiones y asumir responsabilidades. - Suelen ser colaboradores curiosos y mantienen muchas relaciones interpersonales. - Colaboran con los demás y son sensibles a sus sentimientos. - Son exigentes y buscan metas cada vez más elevadas. - Centrados en los aspectos más negativos de las situaciones. - Tienen facilidad para comunicarse y entablar amistades. - No tienen miedo a lo nuevo o diferente, y se adaptan bien a los cambios. |

(f) Otros contenidos

Otros programas incluyen también información sobre la incidencia del consumo en la zona y a nivel nacional (Porrás, 1994). Se ha observado que frecuentemente se sobreestima la proporción real de adolescentes que consumen, y esta creencia puede aumentar la probabilidad de consumo (Becoña, Palomares y García, 2000; Makela, 1997).

2.2. Entrenamiento en habilidades

El Entrenamiento en Habilidades suele incluir los siguientes apartados:

(a) Entrenamiento en habilidades de comunicación

Los objetivos en este apartado serían:

- Mejorar la capacidad de los padres y madres para comunicarse con sus hijos, tanto como emisores como receptores, favoreciendo el acercamiento mutuo.
- Capacitar a los padres para que ejerzan como modelos adecuados de comunicación ante sus hijos.

Se comienza evaluando las conductas de comunicación que poseen los padres. Para ello, pueden utilizarse cuestionarios como el que se presenta más abajo, adaptado de Vallés (1997). Otra técnica de evaluación válida es la observación de situaciones artificiales, mediante dramatizaciones realizadas en la propia sesión. En función de los déficit que se detecten en los participantes, se establece un plan de trabajo basado en el *entrenamiento en habilidades de comunicación*. Algunas de las estrategias que forman parte de este entrenamiento son:

- Resolución de casos prácticos: mediante ejercicios de lápiz y papel, se facilita que los padres identifiquen conductas inadecuadas desde el punto de vista de una comunicación eficaz, y se proponen formas alternativas para comunicarse adecuadamente. Las situaciones prácticas pueden referirse a momentos familiares habituales (p.ej., dialogar con los hijos sobre el colegio, pedirle a un adolescente que ordene su habitación, etc.), y otros relacionados directamente con las drogas (p.ej., un chico llega a casa tarde y ebrio).
- Modelado: los terapeutas o monitores del programa pueden actuar como modelos, de manera informal (durante todo el desarrollo de las sesiones) o formal (representando situaciones donde se practica la comunicación eficaz). Si las sesiones se realizan en grupo, los componentes pueden actuar mutuamente como modelos, al observar comportamientos adecuados e inadecuados por parte de los otros miembros del grupo.
- Role Playing: es un método muy empleado para la adquisición y mejora de nuevas habilidades. Consiste en la representación de papeles, simulando situaciones en las que se pongan a prueba el repertorio de conductas comunicativas por parte de los padres.

- Entrenamiento en imaginación: visualizando situaciones de interacción. Supone una forma de modelado encubierto.
- Tareas para casa: entre sesión y sesión, es frecuente solicitar a los participantes que pongan en práctica lo aprendido ese día. Las tareas pueden ir aumentando su grado de dificultad progresivamente. De esta forma se consigue afianzar el aprendizaje llevado a cabo en las reuniones, y generalizar las habilidades comunicativas en contextos reales. Otra utilidad de las tareas para casa es que permiten contrastar en la siguiente reunión las dificultades con las que se han encontrado los padres a la hora de comunicarse con sus hijos, y evaluar las mejoras conseguidas en ese área.

Tabla 2. Autoevaluación de la comunicación familiar

A continuación, encontrará una serie de frases que quizá describan cómo es su comunicación cuando se relaciona con los demás. Tras leer cada frase, puntúela según sea la frecuencia con la que ocurre el comportamiento descrito, siguiendo la siguiente escala:

1: Casi Siempre 2: Bastantes veces 3: A veces 4: Casi Nunca

No hay respuesta correctas o incorrectas, no se trata de un examen. Puede ser totalmente sincero.

| | Casi Nunca | A veces | Bas- tante | Casi siempre |
|---|---------------|------------|---------------|-----------------|
| 1. Habla demasiado | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Cuando usted habla, no deja que nadie le interrumpa | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Habla con rodeos | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Nunca inicia las conversaciones | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Hace referencias al pasado, saca los "trapos sucios" | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Omite alabanzas o cosas agradables en sus comentarios | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Realiza afirmaciones radicales de tipo "blanco o negro" | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Sólo habla de cosas embarazosas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Sólo habla de cosas embarazosas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Utiliza palabras complicadas, difíciles o raras | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Pregunta como en un interrogatorio | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Cuando no controla una discusión la abandona o la corta bruscamente | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Sus órdenes son ambiguas e imprecisas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. No negocia nada | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. Sus críticas son mordaces y descalificadoras | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Nunca hace suficientes preguntas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Hace callar a los demás con críticas, reproches o insultos | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. Repite información ya dada o conocida | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. No da señales de escucha | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Habla en tono de mando | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. No hace gestos al hablar | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. No mira al otro cuando habla | 4 | 3 | 2 | 1 |

Casi
Nunca A
veces Bas-
tante Casi
siempre

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 23. Se mantiene distante y reservado | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. No le gusta comentar las cosas cotidianas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. Le cuesta discutir los problemas | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. Le cuesta expresar sus sentimientos | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27. No comenta sus preocupaciones | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. No escucha con atención | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29. No se interesa por lo que dicen | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30. No tiene en cuenta las opiniones de los demás | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. Cuando discute, no llega a un acuerdo | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32. Cree que no es del todo sincero | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. Cree que su comunicación no es buena | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. Está tenso cuando habla | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35. En las negociaciones, no cede | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36. Nunca reconoce su parte de responsabilidad | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. Supone lo que el otro quiere decirle o siente | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38. Se centra en el problema y no busca soluciones | 4 | 3 | 2 | 1 |

(b) Entrenamiento en habilidades sociales

El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los elementos centrales de la intervención comportamental educativa por dos razones (Macià, 2000a): 1) se ha hallado relación significativa entre la competencia social infantil y el posterior desarrollo psicológico y social, y 2) los educadores coinciden en la importancia de las habilidades de relación interpersonal de cara a tener una buena adaptación a la vida cotidiana.

Además de la práctica de habilidades sociales generales, en la prevención de la drogadicción se ha otorgado especial importancia a un tipo concreto de habilidad social, que es la *asertividad*, pudiendo tener como destinatarios tanto a los adolescentes como a sus padres. Su entrenamiento dirigido a los padres puede justificarse, según Vallés (1997), por dos motivos distintos: por un lado, los progenitores habrán de enfrentarse a situaciones con sus hijos en que la asertividad les será útil, sobre todo durante la adolescencia. Por otra parte, un padre o una madre asertivos pueden servir como modelos de comportamiento que ayudarán a que el hijo aprenda a decir "no".

Objetivos:

- Sensibilizar sobre el papel de la autoafirmación en la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables de los hijos.
- Identificar los obstáculos al comportamiento asertivo
- Aprender a ser "padres asertivos", en todas las situaciones de la vida, y en especial en la educación de los hijos.
- Conocer formas para que los adolescentes adquieran juicio propio y habilidades de autoafirmación.

La estrategia indicada para lograr estas metas es el entrenamiento asertivo. Este procedimiento puede desarrollarse en varios pasos:

- 1) Evaluación de las habilidades asertivas por parte de los padres.
- 2) Fase educativa:
 - a) Estilos de comportamiento: Pasivo, asertivo, agresivo
 - b) Obstáculos para decir que "no" de forma adecuada: creencias falsas,
 - c) Reconocer los derechos personales
- 3) Fase de entrenamiento en habilidades: Práctica de habilidades asertivas
 - a) selección de una habilidad concreta a entrenar
 - b) modelado por parte del monitor-terapeuta
 - c) role-playing escenificando una situación relacionada con la habilidad
 - d) reforzamiento positivo a los participantes, destacando los aspectos positivos de su ejecución.
 - e) feedback por parte del monitor y resto del grupo, señalando los aspectos mejorables de la intervención del grupo de participantes. Se debe atender a los aspectos verbales, paraverbales y no verbales de la interacción social representada.
 - f) repetición del role-playing.

c) Entrenamiento en habilidades de negociación y resolución de conflictos

Los objetivos de este apartado serían:

- Sensibilizar sobre el papel de los conflictos familiares en las conductas de los hijos.
- Conocer la importancia de la toma de decisiones para la prevención de comportamientos de riesgo por parte de los adolescentes.
- Capacitar a los padres para afrontar eficazmente los problemas surgidos en el ambiente familiar.
- Capacitar a los padres para enseñar a sus hijos métodos adecuados para enfrentarse a los problemas del día a día.

Uno de los procedimientos más utilizados para el entrenamiento en resolución de problemas es la técnica de D´Zurilla y Goldfried (1971). El método a seguir consta de los pasos siguientes:

1. Orientación hacia el problema
 - a) Percepción del problema
 - b) Valoración de las causas
2. Definición y formulación del problema
 - a) Recopilación de información relevante para el problema
 - b) Comprensión del conflicto
 - c) Establecimiento de metas realistas respecto al problema
 - d) Re-valoración del problema

3. Búsqueda del mayor número de alternativas como posibles solución al problema
 - a) Principio de cantidad antes que calidad.
 - b) Principio de dilación del juicio: no valorar aún las consecuencias.
 - c) Principio de variedad
4. Valoración de cada solución posible, atendiendo a las consecuencias de la puesta en práctica de esa alternativa, tanto positivas como negativas, a corto y largo plazo.
5. Toma de decisiones
6. Puesta en práctica de la medida elegida.
7. Evaluación de la puesta en práctica.
 - a) autoevaluación
 - b) autorrefuerzo si los resultados son satisfactorios, o nuevo proceso si la medida no ha solucionado el problema.

Ejemplo del proceso de resolución de problemas realizado por Clara, madre de un adolescente de 15 años.

1. Narración del problema

Mi hijo Carlos, de 15 años, sale por las noches cada vez con más frecuencia. Siempre solía llegar a casa a la hora que habíamos acordado, pero desde hace dos semanas, se retrasa mucho. La última fue el sábado pasado, que llegó a las 5 de la mañana. Estuve a punto de llamar al hospital por si había tenido algún accidente. Siempre había sido un chico responsable, buen estudiante, y respetaba las normas de casa, pero últimamente nos preocupa su comportamiento. Dice que todos sus amigos se van a su casa a esa hora, y que si se lo está pasando bien no sabe por qué debe regresar "tan pronto".

2. Definición del problema

Cuando Carlos sale con sus amigos, llega a casa más tarde de la hora establecida.

3. Alternativas posibles

1. *Confiar en él: como es responsable, sabrá lo que hace. Ampliar la hora de retirada.*
2. *Castigarle a no salir durante un mes por haber llegado tarde.*
3. *Hablar con los padres de sus amigos.*
4. *Conocer mejor a los amigos de Carlos.*
5. *Hablar con Carlos para convencerle de que su hora de retirada es muy razonable.*
6. *Establecer con él las consecuencias de nuevos retrasos: no disponer de su "moto", reducción de su paga, etc.*
7. *Seguirle cuando sale para ver lo que hace, o decirle a su hermano que lo controle desde cierta distancia*

Otras...

4. Valoración de las alternativas

| Alternativa: | Consecuencias + | Consecuencias - |
|--------------|--|--|
| 1 | Carlos comprobará que sus padres le consideran responsable, y eso le hará madurar. | Existe riesgo de que Carlos no se comporte responsablemente, y sus salidas nocturnas sean peligrosas, por ejemplo, conduciendo su moto bebido. |
| 2 | Aprendería la lección de que debe respetar las normas, por ejemplo, su hora de llegada. | Se enfadaría porque los padres de sus amigos les permiten llegar tarde y no les castigan. |
| 3 | Comprobar la hora real de llegada de sus amigos, y la actitud de los demás padres. Llegar a un acuerdo con ellos sobre la hora de retirada, y las pautas a seguir con los chicos. | Ninguna |
| 4 | Observar si los amigos de Carlos pueden ser una mala influencia para él. | Quizá Carlos se moleste por sentirse "controlado" por sus padres. |
| 5 | Sería una solución pacífica, y nos dejaría muy tranquilos por saber que no va a estar por ahí tanto tiempo. | Que se comprometa de palabra, y luego no lo cumpla. |
| 6 | Carlos aprendería que su comportamiento le puede proporcionar consecuencias más o menos agradables para él. | Ninguna |
| 7 | Comprobar realmente si hace algo malo. | Asumir un papel de "padre-policía" que no nos gusta. No podríamos seguirle las 24 horas del día. Si Carlos se enterase, se enfadaría. |

5. Selección de la mejor alternativa:

Las soluciones que hemos valorado mejor son la 2, la 3, y la 6. Por tratarse de la primera vez que Carlos llega tarde, vamos a descartar la opción 2 (castigarlo a no salir durante un tiempo), ya que la opción 6 (establecer con él las consecuencias por futuros retrasos) cumpliría la misma función que la 2. Creemos que, teniendo en cuenta su edad, no debemos prorrogar su hora de llegada, de modo que estableceremos con él la pérdida de derechos (no usar la moto, perder parte de su paga semanal) si se repiten los retrasos. Al mismo tiempo, buscaremos la oportunidad para tratar este tema con los padres de sus amigos cercanos, para ponernos de acuerdo, y que no "nos mareen" poniendo como excusa que a sus amigos sí les dejan.

3. EXPERIENCIAS DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR

En este apartado describimos, de forma ilustrativa, algunos de los programas de prevención familiar desarrollados dentro y fuera de nuestro país.

Strengthening Families Program (Kumpfer, Molgaard y Spoth, 1996)

Este programa está dirigido a familias en las que los padres han tenido problemas de abuso de sustancias. Incluye tres componentes:

- Programa de formación para padres y madres, que persigue mejorar las habilidades en la educación de los hijos.
- Formación para niños y niñas: tiene como objetivo mejorar la socialización de los hijos.
- Formación para familias: su meta es mejorar la calidad de las relaciones familiares.

La intervención se realiza en 14 sesiones semanales con una duración de dos horas. En la primera parte los padres/madres y los hijos/as trabajan por separado. En la segunda hora la sesión es conjunta, terminando con alguna actividad lúdica (cena, película, etc.).

El *Proyecto Familia* ha evaluado varios programas preventivos, entre otros el Programa de Fortalecimiento de la *Familia de Iowa* (Iowa Strengthening Families Program, ISFP), una revisión del programa *Fortalecimiento de la Familia*. Tiene una duración de siete semanas, realizándose una sesión semanal de dos horas de duración. Cada una de las sesiones está dividida en dos partes: durante la primera hora, padres y adolescentes se reúnen por separado, desarrollando lo que los autores denominan un "currículum de adquisición de habilidades". En la segunda hora de reunión, se reúnen los dos grupos y practican las habilidades aprendidas en la primera parte. El contenido de las sesiones para padres es:

- Estrategias de clarificación de expectativas basadas en el desarrollo infantil
- Uso apropiado de la disciplina
- Manejo de emociones relacionadas con sus hijos
- Formas de comunicación eficaz con los hijos.

Por otro lado, en las sesiones para los hijos se tratan los mismos puntos que sus padres, añadiendo además el aprendizaje de estrategias para afrontar la presión social, y otra serie de habilidades sociales. En la parte conjunta de la sesión, padres e hijos practican la resolución de conflictos y las habilidades de comunicación.

La eficacia de este programa parece probada: las medidas en el *Índice de Iniciación al Alcohol* (Alcohol Initiation Index, AI) fueron significativamente más bajas en el grupo intervención que en el grupo control, resultados que se mantenían en los seguimientos a los 12 y 24 meses (Spoth, Redmond y Lepper, 1999). En los padres se constataba también una mejora en las habilidades educativas, dándose una mejora en su desempeño como padres. Tras evaluar los resultados del programa, se constata que éste mejora de forma significativa las relaciones familiares, disminuye los conflictos familiares, los problemas de conducta infantil, la agresividad y el abuso de sustancias.

Child and Parent Relation (Loveland-Cherry, Ross y Kaufman, 1999)

Este programa pretende reducir el consumo de alcohol entre adolescentes. Sus objetivos son potenciar los factores familiares protectores (por ejemplo, el apoyo familiar, el establecimiento de normas claras, el seguimiento paterno de los hijos, etc.) y minimizar las prácticas que incrementan los riesgos de consumo de alcohol adolescente (disciplina inconsistente o permisiva, uso de alcohol por parte de los padres, etc.). Los autores parten de la hipótesis de que proporcionando a los adolescentes un ambiente donde tengan claro qué conductas se consideran aceptables y se esperan de ellos, donde se ofrezca apoyo, y los padres estén implicados en la vida de sus hijos, disminuirá la probabilidad de que éstos consuman alcohol o abusen de él.

La intervención consiste en tres sesiones de una hora, realizadas en las casas de los participantes. Las reuniones se apoyaban en material escrito que se entregaba a los padres. Cuando terminó el programa se hacía un seguimiento telefónico de las familias.

Entre los contenidos de las sesiones, se incluía el desarrollo de habilidades educativas, la dinámica familiar, los factores de riesgo para el consumo de alcohol, los cambios propios del desarrollo adolescente, etc.

Los resultados de la evaluación del programa indican que ha resultado efectivo para reducir el uso y el abuso de alcohol en los participantes que no tomaban alcohol antes del programa, pero no para aquellos que ya bebían. La conclusión que se obtiene de este estudio es que un programa de prevención familiar como éste puede ser útil para retrasar el inicio al consumo, pero ser insuficiente para reducir la bebida de los adolescentes que ya beben.

Focus on Families (Bry et al., 1998)

Al igual que el anterior, es un programa dirigido a familias con alto riesgo por haber tenido antecedentes de consumo de drogas. En este caso, los destinatarios son padres y madres en tratamiento con metadona, y sus hijos.

El programa tiene un objetivo doble: facilitar la abstinencia de los padres, y dotarles de conocimientos y estrategias para mejorar la educación de sus hijos. Se estructura en 32 sesiones formativas, de hora y media de duración, y una sesión intensiva de convivencia familiar. Los niños y niñas asisten a doce de estas sesiones. Los contenidos que en ellas se tratan son, entre otros:

- Comunicación familiar
- Establecimiento de objetivos familiares
- Actitudes positivas hacia el futuro
- Resolución de problemas (dirigido a los niños/as).
- Habilidades para rechazar ofrecimientos de droga (dirigido a niños/as)
- Formas de mejorar el rendimiento escolar.

La evaluación del programa ha demostrado que resulta eficaz para reducir el consumo de drogas por parte de los padres, y para mejorar su desempeño como progenitores. No obstante, no se dispone de datos acerca de los efectos del programa sobre los hijos.

Proyecto Northland (Williams, Perry, Farbakshsh, y Veblen-Mortenson, 1999)

El proyecto Northland fue creado por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* de los Estados Unidos. Se ha desarrollado en dos fases que abarcan los años 1990-1999. Se plantea como una actuación con la doble estrategia propugnada en la lucha contra el abuso de drogas: la reducción de la demanda y el control de la oferta. La primera se centra en la enseñanza de habilidades para resistir el uso del alcohol y otras drogas, con el objetivo de hacer que su uso se considere menos aceptable entre la población juvenil. La segunda estrategia pretende reducir la presencia de alcohol y otras drogas en el entorno del adolescente, especialmente en el hogar, la escuela, y grupo de amigos.

Lejos de ser una acción puntual, el programa está diseñado para realizarse durante varios años. En la primera fase, que se encuentra ya evaluada, toman parte en las actividades los adolescentes de 6º, 7º, y 8º curso. Éstas se estructuran en varios tipos de actuación:

- *Currículo conductual*: en todos los cursos se realiza entrenamiento a profesores sobre temas de salud pública e inicio precoz a la bebida. Posteriormente se realizan sesiones en clase. Por ejemplo, en 7º se desarrollan 8 sesiones semanales de 45 minutos, conducidas por los profesores y por otros chicos que ejercen de monitores. En ellas se enseñan habilidades para identificar y resistir las influencias que incitan al uso de alcohol, y se ofrecen alternativas a su consumo. Como método didáctico, se emplean audiocassettes, cómics, discusión de gru-

po, juegos, práctica de solución de problemas y role playing.

- *Liderazgo entre iguales*: los estudiantes elegidos por sus compañeros son formados para conducir las sesiones de grupo. Entre otras, se encargan de realizar en el centro las actividades "libres de alcohol".
- *Cambios en la comunidad*: por ejemplo, campañas de concienciación en medios de comunicación locales, coincidiendo con la intervención escolar y familiar, así como actividades libres de alcohol de amplia convocatoria.

El programa para 6º curso: Casi todas las actividades del primer año de programa, denominado *Slick Tracy* (emulando al detective *Dick Tracy*) son realizadas por los padres y adolescentes en sus hogares. Se realiza mediante una serie de cuatro libros de actividades que, a través del cómic, tratan temas como: información sobre los problemas de salud por el consumo temprano de alcohol, papel de los padres y de la publicidad en el modelado de conductas de beber, cómo afrontar la presión del grupo. El programa de 7º (*¡Alternativas sorprendentes!*), mantiene los componentes familiares, aunque se centra en la intervención escolar. Las actividades para 8º curso (Líneas Maestras) de nuevo se dedica a la influencia familiar y escolar, reforzando las habilidades adquiridas en los años anteriores. Durante los tres años los padres reciben periódicamente cartas e informes, participan en fiestas y juegos con sus hijos, y continúan como facilitadores de los grupos de chavales.

Tras la evaluación del programa, los estudiantes que participaron en los tres primeros años manifestaban menor consumo de alcohol respecto al grupo control. Los mayores efectos del programa se daban en los sujetos que no habían bebido nunca. La interpretación de las puntuaciones en el MMPI indicaba que la intervención no sólo disminuía los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas, sino también con otras variables familiares y personales consideradas como precursoras de otros problemas de conducta.

Programa de New Hampshire (Stevens, Freeman, Mott y Youells, 1996)

En este estudio se comparan los resultados de un programa desarrollado en el contexto escolar, con un programa a nivel comunitario, en el que tenía especial relevancia la formación de padres. Mediante un curso, se les entrenaba básicamente en habilidades de comunicación familiar. Los resultados obtenidos destacan el papel de la intervención familiar, a los tres años de seguimiento. El programa basado en un currículo escolar no lograba disminuir las tasas de inicio al consumo de marihuana ni de su uso habitual. Sin embargo, el programa con padres, a pesar de no tener éxito tampoco para prevenir la iniciación, sí lograba prevenir el uso regular de marihuana. Los autores interpretan este hecho destacando la importancia del rol de los padres y otros adultos como modelos para el consumo de marihuana y otras drogas por parte de los niños, tanto por sus comportamientos, como por sus creencias y actitudes hacia las drogas.

Beginning Alcohol and Addictions Basic Education Studies (BABES)

Este programa se desarrolló a mitad de los años 70 en Detroit, y está dirigido a niños de edades comprendidas entre los cuatro y ocho años. Mediante el uso de marionetas, se presentan a los niños conceptos relacionados con la autoimagen, la toma de decisiones, la presión del grupo, la búsqueda de ayuda y la solución de conflictos. En las diversas sesiones se van intercalando contenidos relacionados directamente con el alcohol, el tabaco y las demás drogas. El programa está formado por tres componentes: lecciones en el aula, actividades nocturnas y actividades en casa para padres e hijos. Los contenidos se reparten en siete sesiones semanales de 45 minutos. Cada una de ellas seguía este esquema: presentación de contenidos, narración de una historia con marionetas, role playing y actividades de seguimiento. Padres e hijos juntos atienden las indicaciones del monitor del programa, que trata la información mediante una historia narrada con las marionetas. Posteriormente son los niños quienes vuelven a contar la historia. Las sesiones familiares se apoyan en una guía elaborada a tal fin (BABES FUNbook), con actividades que refuerzan los conceptos tratados y la interacción positiva entre padres e hijos.

Las variables dependientes y los instrumentos para medirlas fueron:

- el nivel de consumo de drogas de los padres (National Household Drug Survey)
- autoestima de los padres (Rosenberg Selfesteem Scale)
- síntomas depresivos (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)
- estrés de las madres (Every Day Stressor Index)
- calidad de las relaciones familiares (Family Function Questionnaire)
- habilidades educativas de los padres (Family Management Practices Scale)

También se tuvo en consideración el nivel de implicación de los padres en el programa. A pesar de lo atrayente del diseño, los resultados de la evaluación no han sido muy esperanzadores. Aunque se observaron mejorías en el postest, los cambios no resultaron estadísticamente significativos. A pesar de ello, los datos cualitativos indicaban efectos positivos del programa sobre el grupo experimental: había ayudado a los padres a comprender mejor los sentimientos de sus hijos y a comunicarse más con ellos. Para incrementar los efectos del programa, los autores sugieren que la intervención debería ser más intensiva y duradera de modo que consiga cambios significativos en las variables de resultado, tanto en los padres como en los hijos.

De padre a padre (Gotí, 1994)

"De padre a padre" es un programa creado en Buenos Aires en 1987, que se puso en práctica durante cinco años consecutivos en varios lugares de la geografía Argentina. El diseño del programa, que terminó de concretarse tras el primer año de aplicación, constaba de cuatro sesiones de dos horas de duración, con una periodicidad semanal. La estructura de las reuniones era la siguiente:

| | |
|------------------------|--|
| Primera sesión: | Solución de una situación problema Aspectos legales |
| Segunda sesión: | Ciclo vital de la familia |
| Tercera sesión: | Las drogas y sus efectos |
| Cuarta sesión: | Disfunciones familiares Técnicas de comunicación |

Opcionalmente, se realizaba una quinta reunión de autoevaluación. Entre sus reglas básicas, destaca que en el programa sólo se incluían familias en las que estuvieran dispuestos a participar el padre y la madre, salvo en los casos de separación o divorcio. En el equipo de prevención participaban, además de profesionales, padres, abuelos y otros miembros de familias, que recibían previamente un curso de capacitación.

La principal originalidad del programa es su filosofía del "efecto en cadena", por la que los padres que han concluido su participación como destinatarios de las sesiones formativas, se convierten en nuevos coordinadores de otros grupos que desarrollarán el programa. Un aspecto positivo era que la tasa de padres y madres que asistían al programa completo era muy alta (88,8% los padres y 92,9% las madres). Además, el impacto medido por el número de destinatarios fue elevado, llegando a trabajar con más de 1300 padres en un año. Alguna de las limitaciones que observamos en este informe es una escasa operativización de objetivos y variables de evaluación de resultados.

Proyecto STAR (Pentz, 1995)

Este programa estadounidense consta de cinco componentes:

- 1) - Intervención escolar: se trata de un programa curricular sobre la influencia social, que se desarrolla durante dos años en el contexto del aula.
- 2) - Medios de comunicación: para promocionar y reforzar los mensajes del programa.
- 3) - Programa para padres y madres: persigue que éstos adquieran y/o mejoren en sus habilidades de comunicación en la familia y participen activamente en los eventos organizados en su comunidad. Para ello se promueve que participen realizando junto a sus hijos las tareas para casa.

Los otros dos componentes del programa se centran en la coordinación y gestión de iniciativas locales y en proponer cambios en la política sanitaria.

Según informan sus responsables, estas actuaciones han mostrado efectos positivos, encontrándose que los estudiantes que habían participado consumían un 30% menos de marihuana, un 25% menos de tabaco y un 20% menos de alcohol, respecto a otros chicos de escuelas donde no se había aplicado el programa.

Adolescent Transition Program (Dishion et al., 1998)

Aunque este programa es de aplicación en la escuela, se estructura en varios niveles de intervención, dando un papel relevante a la implicación de padres y madres mediante un "aula de recursos familiares". En el programa se emplea una videocinta titulada "El papel de los padres con hijos adolescentes". Mediante este recurso se

repasan algunos aspectos básicos de la educación de los hijos como el empleo de reforzadores positivos, el establecimiento de límites y normas, habilidades para la relación familiar y la detección de indicadores de riesgo.

Otra sección del programa se centra en las familias seleccionadas por tener hijos con riesgo de consumo o con problemas de conducta. En caso de estimarse necesaria, se proporciona terapia familiar a los participantes. Entre las conclusiones de la experiencia, los autores sugieren no incluir en los mismos grupos a los adolescentes que se encuentren en situación de más riesgo, para evitar que se agrave el problema.

Programa de visitas de enfermería a domicilio (Olds et al, 1986)

Este programa se enmarca dentro de la *prevención universal*, es decir está dirigido a todo tipo de familias. Está seleccionado, junto con otros programas de eficacia probada, por la Oficina para la Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia, de los Estados Unidos, por su validez de cara a mejorar el desarrollo saludable durante la infancia más temprana. Uno de sus objetivos principales es prevenir que durante el embarazo el feto se exponga a tabaco, alcohol y otras drogas, evitando que sufra, por ejemplo, un síndrome alcohólico fetal. Asimismo, persigue obtener mejoras en la nutrición infantil, prevenir los accidentes domésticos y el estrés de la madre.

La intervención la desarrollaban enfermeras que realizaban visitas a domicilio, inicialmente con una periodicidad quincenal, distanciándose posteriormente. En algunos casos, las visitas las realizaban paraprofesionales, con el fin de comprobar si existía diferencia en función de la figura que ejercía como agentes de salud.

La intervención realizada por enfermeras consiguió los siguientes resultados: 1) reducir las conductas de cuidado materno inadecuadas, que se observó por el descenso de casos de maltrato infantil y de las consultas al médico por lesiones de los niños o ingestiones indebidas, 2) También se logró una mayor implicación de las madres en la educación de sus hijos, y se observó que había aumentado la consistencia a la hora de mantener pautas educativas, por ejemplo cuando se aplicaban medidas de disciplina, 3) Los niños de los grupos experimentales presentaban menor número de problemas de conducta persistente, 4) Se reducía el consumo de tabaco y alcohol por parte de las madres embarazadas. Además, aparecían relacionados la abstinencia al tabaco de la madre durante el embarazo y le mejora en la dieta con una capacidad intelectual mayor por parte del niño.

Families and Schools Together (FAST), (Mc Donald et al., 1996)

El programa FAST surge en Estados Unidos en 1987. Por sus objetivos puede considerarse como un programa de prevención selectiva, ya que está dirigido a jóvenes de alto riesgo, buscando intervenir ante situaciones de consumo de sustancias antes de que el problema se agrave más. Inicialmente, los destinatarios eran niños de 5 a 9 años, considerados en situación de riesgo por presentarse alguna de estas situaciones;

- a) absentismo y/o fracaso escolar
- b) conductas disruptivas en la escuela
- c) estar implicados en causas judiciales por problemas de conducta o adicción a alcohol y otras drogas. Posteriormente, el programa se adaptó para niños de preescolar, y también para jóvenes y sus familias. Además de reducir esos comportamientos de riesgo, otro objetivo era mejorar la cohesión de los miembros de cada unidad familiar, y disminuir su aislamiento social.

La intervención estándar constaba de tres fases:

- 1) reclutamiento mediante visitas domiciliarias
- 2) reuniones familiares (ocho sesiones semanales, de dos horas)
- 3) reuniones familiares mensuales durante dos años. Esta última etapa tenía la finalidad de mantener las mejoras conseguidas, y posibilitar que las familias afianzaran su red de apoyo social. Las sesiones, que se mantenían en tono distendido, incluían actividades para las familias al completo, y también para jóvenes y adultos por separado.

El programa se ha sometido a una evaluación continua desde 1988, realizando un seguimiento de las variables que operativizaban los objetivos perseguidos. Los instrumentos de medida empleados fueron:

- Cohesión familiar: FACEII: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales
- Aislamiento social: Abidin Social Isolation Scale
- Implicación de los padres con los hijos: Epstein Parent Involvement Scale

Se observaron mejoras en las variables entre los niños de las familias participantes respecto al grupo control, que resultaban clínicamente significativas, si bien no ofrecían significatividad estadística. 58 ciudades estadounidenses, de distintos estados, han replicado el programa FAST. En 30 lugares los análisis mostraron significación estadística entre el pretest y el postest. En conjunto, la mejoría clínica se estimó en un 25%. El 80% de los niños mejoraban tras las 8 semanas. El seguimiento a los 2 y 4 años de los padres indicaban que estaban más implicados en la escuela.

FFT (Alexander y Parsons, 1973)

Por dirigirse a sujetos que presentan conductas de riesgo, el programa FFT representa un caso de intervención preventiva secundaria. Se trata de un programa veterano, que lleva implantado más de 25 años en los Estados Unidos. Los sujetos destinatarios son jóvenes que presentan comportamientos pre-delictivos y delictivos, y también sus familias.

Se desarrolla en cinco fases: 1) introducción, 2) motivación (terapia) 3) evaluación, 4) cambio conductual, y 5) generalización. Un terapeuta interviene con cada familia participante de forma separada, dentro de un contexto clínico.

La intervención parte de un modelo teórico que combina el aprendizaje social y cognitivo, y los principios de la terapia familiar sistémica. Durante las sesiones se entrenaban de forma sistemática las habilidades de comunicación en la familia, estrategias educativas para los padres, y habilidades de resolución de conflictos.

Desde su implantación se han realizado numerosas evaluaciones de los resultados del programa, que han variado según el lugar de implantación. En general, se ha demostrado que los sujetos participantes tenían menor reincidencia en las conductas delictivas respecto a grupos que participaban en otros tratamientos, y en comparación con el grupo control (reducción del 50% 75% en casos leves, y del 35% en casos severos). En el caso de adolescentes con comportamientos delictivos graves, Barton et al. (1985) hallaron que el grupo experimental había reducido la tasa de reincidencia al 60%, frente al grupo control, que lo hizo al 93%.

Preparing for the drug-free years (PDFY) (Catalano et al. 1998)

El programa Preparándose para los años sin drogas se ha realizado durante más de diez años en diferentes centros educativos de Seattle, Estados Unidos. Está dirigido a padres de preadolescentes, y se engloba entre los programas destinados a la población general.

Esta intervención se basa en el modelo del desarrollo social, la teoría del control social, la teoría del aprendizaje social y la asociación diferencial. El objetivo del programa es reducir el abuso de drogas por parte de los adolescentes, así como posibles problemas de conducta, mediante la mejora de las relaciones familiares. De este modo, se persigue aumentar la interacción entre padres e hijos, incrementando las recompensas que obtienen los niños por sus conductas deseadas, mediante el manejo de las contingencias por parte de los padres.

El programa se desarrolla en cinco sesiones de dos horas, dirigidas por dos personas de la propia comunidad que reciben formación para ejercer como monitores. El kit del curriculum incluye una guía para el monitor del taller, una serie de videocassettes (una por sesión), y un libro de actividades para cada familia. Las reuniones se estructuran de la siguiente manera:

- Sesión 1: "Cómo prevenir el abuso de drogas en tu familia", tras la presentación del programa, se tratan los factores familiares e individuales de riesgo. Los padres practican los pasos para plantear una reunión familiar en la que hagan planes para realizar juntos una actividad lúdica.
- Sesión 2: "Aclarando las actitudes de la familia sobre las drogas y el alcohol", se dedica a reducir los factores de riesgo derivados de unas actitudes en la familia favorables hacia el uso de sustancias. Para ello se entrena a los padres a clarificar sus propias expectativas sobre el uso del alcohol y otras drogas.
- Sesión 3: "Evitando problemas": Se centra en los factores de riesgo por tener amigos que consumen drogas o realizan comportamientos antisociales. Padres e hijos aprenden juntos estrategias para resistir la presión de grupo, mediante diversas técnicas cognitivo-conductuales como las instrucciones, el role-playing y el feedback.
- Sesión 4: "Manejando problemas familiares", los padres aprenden habilidades para expresar y controlar su ira de forma que no se deteriore la relación familiar.
- Sesión 5: "Fortaleciendo los lazos familiares", los padres aprenden a expresar

sus sentimientos positivos y de afecto a sus hijos. Se ofrece crear una red de apoyo formada por otros padres, para continuar después del programa.

Como instrumentos de evaluación, se emplearon cuestionarios de conocimientos y actitudes y autoinformes. Además, las familias eran grabadas mientras realizaban dos tareas estructuradas de interacción. Tras la evaluación, se observó que en los participantes del grupo de intervención había incrementado de forma significativa la comunicación proactiva, y que los conflictos disminuían. La relación con los hijos también era percibida por los padres como de mejor calidad. En suma, el programa parece mejorar las habilidades educativas de los padres y la relación familiar, lo que supone fortalecer los factores de protección para el abuso de drogas.

Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 1996)

Los objetivos de este programa son "informar, sensibilizar y dotar de estrategias para fortalecerse y afrontar mejor los distintos problemas que surgen en el seno del grupo familiar, entre ellos, el del consumo de drogas". El material didáctico se estructura en siete módulos, que tratan los siguientes temas:

- 1) Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar: se presenta el modelo bio-psico-social de la salud, procurando que los padres revisen sus hábitos relacionados con la salud. Se enmarca la prevención del abuso de las drogas como una parte de la educación para la salud.
- 2) Información básica sobre drogas: se explican las diferencias entre uso y abuso, concepto de dependencia, tolerancia e intoxicación, los tipos de sustancias y sus efectos.
- 3) Elementos básicos para una buena prevención familiar. se explican los factores de riesgo y protección familiar, incidiendo en el establecimiento de normas, la relación con los hijos, y el empleo del tiempo libre.
- 4) Intervención con hijos de cero a doce años: se presentan las claves del desarrollo en esta etapa de la vida, y formas de mejorar la educación en niños de esa edad.
- 5) Intervención con hijos de trece a diecisiete años: desarrollo evolutivo en la etapa adolescente, ofreciendo pautas para tratar al hijo en esa edad.
- 6) La familia ante los problemas de drogas: en este módulo se dan orientaciones sobre cómo actuar si un miembro de la familia tiene problemas de abuso de drogas.
- 7) Prevención, familia y escuela: el foco de atención se dirige a potenciar la participación de los padres en la dinámica del colegio de sus hijos (asociación de padres, actividades extraescolares, consejo escolar, etc.).

Órdago: El desafío de vivir sin drogas (EDEX, 1996)

El programa "Órdago", está diseñado para realizarse con estudiantes de secundaria, dentro del ámbito escolar, pero incluye también un módulo dirigido a padres y

madres. El curriculum del programa se desarrolla mediante un total de veinte actividades más cuatro sesiones de trabajo con las familias. El kit del programa contiene una publicación para padres, que sigue idéntico formato al resto de módulos (guía para el profesor, cuadernos para los alumnos, etc.). Las reuniones familiares se estructuran así:

Encuentro 1: Conocer las drogas: Se proporcionan conocimientos sobre las drogas, para, a continuación, reflexionar sobre las razones que explican que algunos adolescentes las consuman. Se tratan también los riesgos que conlleva para la salud el consumo abusivo de alcohol y otras drogas.

Encuentro 2: Reacciones de los padres/madres ante las drogas. El objetivo de esta sesión es tomar conciencia sobre las actitudes que los padres mantienen hacia las drogas y hacia los consumidores. Se emplean técnicas de discusión y role-playing.

Encuentro 3: Influencias, presiones y decisiones. Se analizan las fuentes de influencia sobre las decisiones de los adolescentes, y la capacidad de resistir las presiones.

Encuentro 4: ¿Dejar decidir a los jóvenes?: En la última sesión se aborda la toma de decisiones por parte de los hijos, dando a los padres la oportunidad de discutir sobre el grado de autonomía idóneo que deben ofrecer a sus hijos.

El *kit* se acompaña de abundante material de apoyo para el monitor de las sesiones, incluyendo cuestionarios para evaluar los conocimientos y la satisfacción con el programa.

4. CONCLUSIONES

A lo largo del capítulo se han descrito las estrategias más utilizadas en los programas de prevención familiar, en nuestro país y fuera de él, tanto en programas de prevención primaria como secundaria. De acuerdo con Ary et al. (1998), puede decirse que no existe una única forma de intervención familiar que sea la mejor, sino que se precisa un amplio repertorio de estrategias preventivas. En función de la población destinataria y de los objetivos perseguidos, el equipo de intervención seleccionará las más indicadas.

Aunque los avances conseguidos han sido notables, quedan importantes cuestiones pendientes, a fin de mejorar progresivamente la intervención en el campo de la prevención familiar:

- Las futuras investigaciones habrían de demostrar cuáles son los componentes de los programas que, de forma diferencial, muestran mayor éxito en la consecución de resultados. La realización de meta-análisis sobre la intervención familiar en la prevención del consumo de drogas haría posible disponer datos con el poder estadístico necesario para lograr esa meta (Etz, Robertson y Ashery, 1998).

- Para mejorar la evaluación de los programas conviene refinar los diseños metodológicos, haciendo operativas las variables de resultados, y empleando instrumentos de evaluación válidos y fiables.
- Es necesario replicar los programas evaluados, aplicándolos a otros contextos culturales, a fin de comprobar si su eficacia es generalizable a poblaciones distintas de las originales. No obstante, las diferencias sociales y culturales, como el entorno rural o urbano, deben ser tenidas en cuenta para adaptar el programa.
- La prevención familiar, inespecífica y temprana, que potencie los factores de protección frente al abuso de drogas, se muestra como una modalidad de intervención de gran potencial, y con la ventaja de que no implica efectos contrapreventivos.
- Se precisa hallar estrategias para mejorar la captación y retención de los participantes en los programas. En estudios nacionales (Pinazo y Berjano, 1994) se ha hallado que el 88,5% de los padres estaría dispuesto a acudir a charlas de prevención en el centro de estudios de sus hijos. No obstante, La mayoría de estudios refieren dificultades a la hora de lograr un seguimiento continuado del programa, por parte de ambos miembros de la pareja. Véase el capítulo correspondiente en esta obra, sobre la implicación de los padres en los programas preventivos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W. y Smolkowski, D. (1998). Development of Adolescent Problem Behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 3, 16-26.
- Barton, C., Alexander, J. F., Waldron, H., Turner, C. W. y Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of Functional Family Therapy: *Three replications*. *American Journal of Family Therapy*, 13, 3, 16-26.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M. P. (2000). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide. (Primera edición de 1994).
- Bry, B. H., Catalano, R. F., Kumpfer, K. L., Lochman, J. E. y Szapocznik, J. (1998). Focus on families: Scientific findings from family prevention intervention research. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 103-129). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Haggerty, K., Hawkins, J. D. y Spoth, R. L. (1998). A Universal Intervention for the prevention of substance abuse: Preparing for the Drug-Free Years. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 130-159). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- CEAPA (1988). *Drogodependencias y su prevención. Cuaderno de Formación*. Madrid.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K y Kierner, J. (1998). Prevention of early substance use among high risk youth: A multiple gating approach to parent intervention. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 208-228). Rockville: NIDA Research Monograph, 177..
- EDEX (1996). *¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas*. Bilbao: EDEX – Gobierno Vasco.
- Etz, K. E., Robertson, E. B. y Ashery, R. S. (1998). Drug abuse prevention through family-based interventions: Future research. En R. S. Ashery, E. B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 1-11). Rockville: NIDA Research Monograph, 177.
- Ferrer, X., Alemany, G., Calvo, A. y Duro, R. (1988). *La formación de padres para la*

- prevención del abuso de drogas. XVI Jornadas de Socidrogalcohol. Santa Cruz de Tenerife.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Madrid: FAD.
- Funes, J. (1990). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- García-Rodríguez, J. A. (1989). Prevención de las drogodependencias: prevención específica versus prevención inespecífica. *Adicciones*, 1, 2, 80-89.
- García-Rodríguez, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo*. Madrid: Editorial EDAF.
- Goti, E. (1994). Los padres en la prevención del uso indebido de drogas. Una experiencia exitosa. *Seminario Internacional sobre la prevención de las drogodependencias y el papel de la familia*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Kumpfer, K. L., Alexander, J. F., McDonald, L. y Olds, D. L. (1998). *Family-focused substance abuse prevention*. What has been learned from others fields. En R. S. Ashery, E .B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 78-102). Rockville: NIDA Research Monograh, 177.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V. y Spoth, R. (1996). The strengthening families program for the prevention of delinquency and drug use. En R. Peters y R. McMahon (eds) *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Kumpfer, K. L., Olds, D. L., Alexander, J. F., Zucker, R. A. y Gary, L. E. (1998). Family etiology of youth problems. En R. S. Ashery, E .B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 42-77). Rockville: NIDA Research Monograh, 177.
- Lieberman, R. P., Wheeler, E.G., De Visser, L. A., Kuehnel, J. y Kuehnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Loveland, C. J., Ross, L. y Kaufman, S. R. (1999). Effects of a home based family intervention on adolescent alcohol use and misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 13 sup, 94-102.
- Macià, D. (2000a). *Las drogas: Conocer y educar para prevenir (6ª Ed.)* Madrid: Pirámide. (Primera edición de 1995).
- Macià, D. (2000b). *Un adolescente en mi vida. Manual práctico para la educación de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Makela, K. (1997). Drinking, majority fallacy, cognitive dissonance and social pressure. *Addiction*, 92, 6, 729-736.
- Mc Donald, L., Billingham, S., Dibble, N. y Payton, E. (1996). *Families and Schools Together (F.A.S.T.)*. Madison, WI: Family Services.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca. (Original inglés de 1987).
- Melero, J. C. (1995). Límites y posibilidades de la prevención familiar de las drogodependencias. *Intervención Psicosocial*, 4, 10, 41-49.
- Méndez, F. X. y Espada, J. P. (1999). *Papel de la familia en el inicio del consumo de*

alcohol. Comunicación presentada al IV Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud.

- Merikangas, K. R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications for prevention. En R. S. Ashery, E .B. Roberston y K. L. Kumpfer (eds.), *Drug Abuse Prevention through family interventions*. (pp. 12-41). Rockville: NIDA Research Monograh, 177.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 1, 87-94.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1997). *Prevención del consumo de drogas entre niños, niñas y adolescentes*. Rockville: NIDA
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. y Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77, 16-28.
- Oñate, J. (1987). Prevención educacional de las toxicomanías: criterios básicos. *Comunidad y Drogas*, 3, 83-99.
- Pentz, M. A. (1995). The school-community interface in comprehensive school health education. En S. Stansfield (ed.), *Institute of medicine Annual Report, Committee on comprehensive school health programs*. Washington: National Academy Press.
- Pinazo, S. y Berjano, E. (1994). La prevención de las drogas desde el ámbito comunitario: Modelo centrado en los padres. *Seminario Internacional sobre la prevención de las drogodependencias y el papel de la familia*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Porras, J. (1994). Reflexiones sobre una experiencia de formación de padres/madres en la prevención del consumo de drogas. *Seminario Internacional sobre la prevención de las drogodependencias y el papel de la familia*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Quiles, M. J., Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2000). La investigación sobre drogas a través de la Revista Española de Drogodependencias (1990-1999). *Revista Española de Drogodependencias*, 25, 3, 242-262.
- Stevens, M. M., Freeman, D. H., Mott, L. y Youells, F. (1996). Three-year results of prevention programs on marijuana use: The New Hampshire Study. *Journal of Drug Education*, 26, 3, 257-274.
- Tasic, D., Budjanovac, A. y Mejovsek, M. (1997). Parent-child communication in behaviorally disordered an "normal" adolescents. *Psicothema*, 9, 3, 547-554
- Vallés, A. (1997). *Padres, hijos y drogas. Una estrategia de intervención para la prevención de drogodependencias*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Williams, C. L., Perry, C. L., Farbachsh, K. y Veblen, S. (1999). Project Northland: Comprehensive alcohol use prevention for young adolescents, their parents, schools, peers and communities. *Journal of Studies on alcohol*, 13(sup), 112-124

APÍTULO VII

LA PREVENCIÓN FAMILIAR EN ESPAÑA

Isabel M. Matínez Higuera
Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud



NDICE

1. Evolución de las intervenciones preventivas sobre drogas dirigidas a la familia
 2. La información sobre actividades de prevención en la familia: el Sistema de información IDEA-Prevención
 3. Programas de prevención familiar contenidos en el Sistema de Información IDEA-Prevención
 - 3.1 Características generales de los programas de prevención familiar
 - 3.2 Evaluación de los programas de prevención familiar
 - 3.3 Situación actual de la prevención familiar
 4. Algunas sugerencias para la mejora de las intervenciones familiares
 5. Materiales y recursos de prevención familiar contenidos en el CDOC del Sistema de Información IDEA-Prevención
 6. Organizaciones que apoyan y promocionan las actividades de prevención familiar
 7. Referencias bibliográficas
-
- Anexo 1. Programas de prevención recogidos en el sistema de Información IDEA-Prevención en el período 1990-2000 con objetivos referidos a la familia
 - Anexo 2. Documentos del CDOC recogidos en el Sistema de Información IDEA-Prevención en el período 1990-2000 referidos a la familia

1. EVOLUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS SOBRE DROGAS DIRIGIDAS A LA FAMILIA

En los últimos 20 años, se ha desarrollado una concienciación casi generalizada entre las familias españolas de que la tarea de ser padres no se aprende en ningún sitio y que es, más bien, un labor difícil y complicada, en no pocas ocasiones. Esta novedosa actitud de los padres, con respecto a etapas anteriores, junto con algunas coyunturas sociales y políticas surgidas a partir de los ochenta, han dado pie a la aparición de las Asociaciones de Padres de Alumnos (APAs) y las Escuelas de Padres. Las APAs son espacios asociativos creados por padres y madres para favorecer el desarrollo y la educación de los niños, y las Escuelas de Padres son instrumentos de formación que permiten a padres y madres reflexionar y aprender sobre todas aquellas cuestiones del desarrollo infantil y adolescente que consideran importantes para su labor educativa en el marco de la familia. Una de las razones de esta necesidad de formación por parte de los padres es que la sociedad actual se caracteriza por el cambio y la renovación constante de valores y conocimientos. Hoy en día, imperan los cambios a todos los niveles y no existen referentes absolutos ni estables que permitan a los padres orientar su labor educativa en el hogar y la familia.

En general, la prevención sobre drogas dirigida a la familia en España se ha desarrollado y se desarrolla bajo la forma de Escuela de Padres y, con mucha frecuencia, como parte de las actividades del movimiento asociativo que representan las APAs.

Las Escuelas de Padres surgen en Europa con el movimiento psicoeducativo de la primera parte del siglo XX, concretamente en Francia, y asumen la máxima 'Unirse. Instruirse. Servir' denotando así la idea de una escuela mutua, una intereducación, un círculo que reunía a padres y educadores, aportando unos y otros su propia experiencia. El fundamento era que los padres, como eje fundamental de la educación informal, precisaban de unas herramientas y unas técnicas para abordar

los problemas cotidianos y apoyar la labor educativa desarrollada en los centros educativos: deberes, preparación de pruebas, reforzamiento de asignaturas, etc. Desde estos primeros desarrollos de las Escuelas de Padres, las actividades formativas dirigidas a éstos han proliferado en numerosos lugares y han adoptado formas muy variadas.

En España, la formación de padres aparece con gran empuje en la década de los ochenta. En esta época, surge el Programa Nacional de Formación de Padres de Alumnos (Orden Ministerial 28 abril de 1982, BOE 4 mayo 1982), el cual asume funciones específicas de asesoramiento, orientación técnica y cooperación entre la familia, el centro educativo y la comunidad. Los objetivos de este Programa son:

- Facilitar a los padres de los alumnos orientaciones técnicas relacionadas con su misión educadora y con la colaboración familia-centro educativo.
- Fomentar relaciones de cooperación y entendimiento entre la familia, el centro educativo y la familia.
- Asesorar técnicamente a los padres de los alumnos que lo soliciten respecto a la creación, organización y funcionamiento de las asociaciones de padres.
- Realizar estudios, seminarios y cursillos para la formación permanente de padres de alumnos.
- Proponer a los órganos competentes de la Administración educativa las medidas oportunas en conexión con el desarrollo de los sistemas de asociación y de participación de los padres en la tarea educativa de los centros.

De la década de los ochenta es también la LODE: Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, Reguladora del Derecho a la Educación, que pone las bases para la asociación de padres de alumnos, espacio en el que, como ya hemos mencionado, se han desarrollado muchas de las actividades de prevención sobre drogas dirigida a las familias en España.

La Confederación Española de Asociación de Padres de Alumnos, conocida como la CEAPA, entiende las Escuelas de Padres como cualquier tipo de actividad formativa dirigida a padres que proporcione a los asistentes conocimientos, destrezas u otros recursos para desarrollar su labor en el contexto de la familia.

Los temas más frecuentes que se suelen abordar en las sesiones en las que se estructuran las Escuelas de Padres son:

- Desarrollo evolutivo de los niños y etapas del desarrollo
- Características psicosociales del pre-adolescente
- Educación sobre drogas
- Fracaso escolar
- Higiene y salud mental
- Las notas, los exámenes y la evaluación escolar
- Enfermedades en la infancia
- Gestión familiar: las normas, la disciplina y el funcionamiento del hogar
- Educación sexual

La metodología de estas sesiones ha consistido tradicionalmente y, en ocasiones sigue siendo así, en una presentación por parte de algún profesional o persona clave de la comunidad, sin apenas interacción con los participantes, modalidad que se suele identificar y calificar como charla. Algunas variantes incluyen la utilización de medios audiovisuales, fundamentalmente vídeo o diapositivas y/o el cierre de la sesión con un debate, en cuyo caso se suele denominar charla-coloquio.

Los métodos más utilizados para la formación de padres en nuestro entorno suelen ser:

- Confección y difusión de folletos
- Vídeos, películas u otros medios audiovisuales
- Revistas para padres
- Cursos y talleres

Inicialmente, las actividades de la Escuela de Padres no iban dirigidas a la prevención de problemas relacionados con las drogas, pero en la medida que el fenómeno de las drogodependencias iba siendo más importante en la sociedad española, las Escuelas de Padres se convirtieron en el espacio ideal a través del cual realizar actividades de formación específicas sobre drogas para padres y madres.

La característica fundamental de la Escuela de Padres es que el trabajo se dirige, no a la familia en su totalidad, sino a los gestores de la misma, es decir a los padres; sin embargo, en la práctica, los destinatarios reales de las actividades de formación son las madres, dado que éstas son las que realmente acuden y participan en las sesiones en las que se articula la formación. Existen muy pocas experiencias en las que las intervenciones de prevención se dirijan al núcleo familiar: padres e hijos juntos, a pesar de que la investigación indica que éstas son medidas más eficaces que las acciones preventivas dirigidas a hijos por un lado y a padres por otros (National Institute on Drug Abuse, 1997).

La intervención familiar sobre prevención de drogas en España ha recorrido un camino muy paralelo a las intervenciones preventivas realizadas en el ámbito escolar, pero a menudo, a la sombra de éstas o como complemento. Así, en los años ochenta, se observa que las iniciativas preventivas dirigidas a padres comparten algunas de las características de la prevención escolar (Plan Nacional sobre Drogas, 1997), caracterizándose por las siguientes líneas generales:

- Desarrollo de iniciativas puntuales y sin continuidad
- Centradas en el enfoque de prevención primaria
- Marcado carácter informativo y con énfasis en las sustancias ilegales
- En formato de charlas realizadas por un 'experto' ajeno al contexto donde se desenvuelve la familia
- Carencia de un seguimiento de los aprendizajes y la aplicación de los mismos a la realidad del hogar y las relaciones familiares

- Iniciadas por las entidades locales y por asociaciones u organizaciones subvencionadas con fondos públicos
- Inexistencia de evaluación de las intervenciones y actividades desarrollada.

Durante la década de los noventa se produce suavemente un cambio cualitativo y cuantitativo en las intervenciones preventivas que se desarrollan en el marco escolar y éstas producen también cambios con respecto al tipo de intervenciones que se venían haciendo con los padres. Así, las características de las intervenciones dirigidas a padres en esta década son:

- Ligera tendencia a realizar intervenciones con cierta continuidad: se ofrecen cada año a grupos de padres distintos; prácticamente, no hay un trabajo continuado con los mismos padres.
- Continua el desarrollo de estrategias basadas en la información, pero aparecen también algunas experiencias centradas en el desarrollo de habilidades y de formación más amplia.
- Se reconoce e intenta que las intervenciones se articulen en programas más amplios (multi-componentes).
- La evaluación sigue siendo incipiente, centrada en datos de proceso: valoración de la aplicación de la intervención y la reacción de los participantes.
- Aparece una gran cantidad de materiales didácticos desde distintas instituciones, generándose una base de materiales preventivos consistente en revistas, boletines especializados, manuales para padres, etc..

Hoy en día, la respuesta preventiva en el ámbito familiar presenta algunas experiencias más elaboradas y maduras. Se evidencian algunas intervenciones más complejas, superando el formato de charlas y elaborando programas destinados a entrenar determinadas habilidades parentales, en especial para poblaciones que soportan diversas circunstancias de riesgo. Frecuentemente, la metodología utilizada es dinámica, recurriéndose a técnicas de trabajos en grupo, juego de roles, etc., lo que permite una participación más activa de los padres y un cambio más evidente de actitudes. Aunque no siempre se plasma en las experiencias puestas en marcha, en general se reconoce que la información facilitada a padres, por sí sola, no conlleva prevención y suele utilizarse en el marco de una intervención multi-componente.

Más adelante vamos a presentar en detalle las características de los programas de prevención destinados a los padres que se realizan en España, mediante el análisis de los que han sido recogidos por el Sistema de Información IDEA-Prevención desde sus inicios hasta el año 2000. Pero antes, vamos a hacer una presentación sucinta de las características principales de este único sistema de información técnico sobre prevención del uso indebido de drogas.

2. LA INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN EN LA FAMILIA: EL SISTEMA DE INFORMACIÓN IDEA-PREVENCIÓN

Hasta finales de los años 80, la única posibilidad de acceder a información de calidad en el ámbito preventivo, no sólo en lo referente a las familias, pasaba por la consulta de bases de datos bibliográficas básicamente referidas y alimentadas por información disponible en el ámbito anglosajón. En ese marco, era más fácil obtener información sobre programas y documentos desarrollados en contextos culturales sensiblemente distintos al nuestro, que identificar recursos disponibles en nuestro país o en contextos más cercanos a nosotros. Ante esta situación, en 1988 el Plan Nacional sobre Drogas impulsó la creación de un Sistema de Información especializado en prevención. El proyecto fue perfilándose, tras diversas consultas formales e informales realizadas a profesionales de reconocido prestigio en el ámbito de la prevención en el Estado Español y un estudio de viabilidad realizado en 1989. Todo ello permitió establecer los objetivos generales del Sistema, localizar los potenciales usuarios del mismo y elaborar las herramientas para recogida de información, así como los criterios de inclusión en el Sistema.

En este marco, nació el Sistema de Información Técnica sobre prevención del Abuso de Drogas, IDEA-Prevención. Se trata de una red de adscripción voluntaria, al servicio de equipos profesionales o mediadores que, desde distintos ámbitos, trabajan en el campo de la prevención del abuso de drogas. Desde su creación, el Sistema de Información sirve de una forma continua a sus usuarios como un instrumento de apoyo que recoge, selecciona y difunde información especializada de calidad sobre prevención, relevante en nuestro contexto cultural.

La información seleccionada por el Sistema IDEA-Prevención se agrupa en distintas bases de datos:

1. Programas preventivos desarrollados en todo el país, que cumplen los criterios de calidad establecidos por el Sistema y que, voluntariamente, son enviados a la red.
2. Resúmenes de la investigación internacional más relevante para el avance del sector, en los ámbitos de: epidemiología, evaluación, factores de protección, factores de riesgo, modelos teóricos, política preventiva y validación de instrumentos de evaluación.
3. Resúmenes de trabajos de revisión o de meta-análisis, relevantes para el avance de intervenciones preventivas basadas en la evidencia.
4. Documentos, materiales y recursos de apoyo, útiles para el desarrollo de intervenciones preventivas: novedades bibliográficas, estudios, informes, materiales didácticos, de divulgación, materiales audio-visuales, nuevas tecnologías aplicables en el desarrollo de programas, etc.

Toda la información recopilada se difunde y está disponible para los usuarios del Sistema a través de los siguientes productos: Boletín semestral que informa sobre las entradas al Sistema en los meses anteriores, centro de documentación especializado en prevención, denominado CDOC, y espacio en Internet (www.idea-prevencion.org), aún en desarrollo, que permitirá hacer búsquedas en las bases de datos del Sistema. Actualmente, la web ofrece la participación en un foro de profesionales y técnicos de prevención, recibir noticias sobre el sector y acceder a la biblioteca virtual, entre otros.

Todos los programas de prevención que entraron en la base de datos a partir de 1995, están estandarizados en un formato que incluye información en los siguientes campos: identificación del programa (nombre completo, centro responsable, persona de contacto y organizaciones implicadas en el desarrollo de la intervención); marco y objetivos (tipo de programa, situación inicial, objetivos generales y específicos, principios o fundamentos en que se basa el programa); características principales del programa (población diana y grupo estratégico, sustancia psicoactiva a la que se dirige el programa, cobertura del mismo, contexto donde se desarrolla, acciones que desarrolla, número de personal técnico o voluntario que moviliza, cobertura geográfica, duración del programa); evaluación del programa (tipo de evaluación realizada, indicadores para cada uno de los objetivos, instrumentos y recursos utilizados para la evaluación, auditoría económica, documentación que produce el programa); resultados de la evaluación para cada uno de los objetivos específicos; presupuesto (cantidad anual o total y fuentes de financiación); resumen de la intervención y productos que genera el programa (publicaciones, actividades y materiales).

El instrumento que permite la recogida de información de todos estos campos, para ser volcada en la base de datos de Programas, es el Cuestionario IDEA/EDDRA. El cuestionario incluye el nombre del Sistema de Información Europeo EDDRA ya que ambos sistemas (IDEA-Prevención y EDDRA) son paralelos, lo que permite a los gestores del Sistema Español asumir los estándares de calidad que se están utilizando en Europa y traspasar la información sobre Programas Españoles de forma ágil, cuando éstos reúnen los criterios de inclusión del Sistema de Información Europeo.

Los programas de prevención, una vez estandarizados a través del Cuestionario IDEA/EDDRA, son introducidos en la base de datos, asignándoles palabras claves que permitan realizar búsquedas relacionales.

IDEA-Prevención cuenta con un sistema de definiciones operacionales para muchos términos comunes en el ámbito de la prevención, pero que con frecuencia pueden ser entendidos de forma diversa por distintos equipos. El objetivo de estas definiciones es ofrecer una referencia común para todos los usuarios de la red que participan del Sistema.

3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR CONTENIDOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN IDEA-PREVENCIÓN

3.1. Características generales de los programas de prevención familiar

A principios de 2001 había en la base de datos IDEA-Prevención 683 programas de prevención de drogas, recogidos desde sus inicios en 1990. De éstos, 157 (23%) son Programas que tienen algún objetivo relacionado con la familia, entendida como los padres, o, en ocasiones, los hijos cuando los padres son los que tienen el problema de drogodependencias. En este punto, es importante recordar que, según se ha mencionado anteriormente, el Sistema IDEA-Prevención es de participación voluntaria, por lo tanto, el número de programas recogidos no representa el volumen de actividad preventiva real. Sin embargo, en estos momentos, dado que IDEA-Prevención es un servicio técnico con más de 10 años de presencia en el campo preventivo Español, que llega a más de 4000 suscriptores, se puede asumir que, si bien no refleja todo lo que se produce, si reúne lo que se está realizando de calidad y por equipos y técnicos estables.

El Sistema de Información IDEA-Prevención utiliza una definición operacional del término 'prevención familiar' (cuadro 1), a fin de permitir una referencia común para todos los usuarios del mismo.

Cuadro 1.

Definición operacional del término Programa Familiar en el Sistema de Información IDEA-Prevención

Conjunto coordinado de actividades y recursos destinados a las familias, o alguno de sus miembros, para que influyan en los comportamientos de riesgo y/o protección que pertenecen a su ámbito, bien sea en el contexto escolar, o algún otro del entorno social donde viven. A menudo, la prevención familiar se realiza bajo la forma de Escuelas de Padres. La mayoría tienen como población destinataria los padres, pero a partir de la incorporación del modelo de factores de riesgo y protección, también pueden ser destinatarios hijos de consumidores de drogas, ya que éstas intervenciones también incluyen, con frecuencia, la participación de los padres.

Las palabras claves que el Sistema IDEA-Prevención asigna a las intervenciones en las que participan de diversa forma las familias son: Familia, APAS y Medio Familiar.

De los programas identificados con estas palabras clave, 53 (8% del total de programas en la base de datos) pueden considerarse, en sentido más estricto, Programas Familiares de acuerdo con la definición operacional que da a este tipo de intervención IDEA-Prevención. En el Anexo 1, se presenta en formato de tabla un resumen de los 157 programas con objetivos dirigidos a la familia. El resumen incluye identificación del nombre, número de Boletín IDEA-Prevención y año en el que entraron en la Base de Datos del Sistema, Comunidad Autónoma en la que se aplicó o viene aplicándose, tipo de entidad responsable, tipo de programa, objeti-

vos o actividades en relación a la familia, duración del programa y tipo de evaluación realizada. Los 53 programas familiares 'estrictos' están destacados en la tabla del anexo en color gris.

Un análisis global del total de programas de prevención encontrados nos ofrece los siguientes aspectos destacados:

- La mayoría de las intervenciones con objetivos familiares, no son estrictamente Programas Familiares, ya que no tienen la familia como población diana. Frecuentemente, son intervenciones de tipo comunitario que plantean algún tipo de objetivo o de actividad con las familias de su entorno, o bien, programas de ámbito escolar que desarrollan acciones paralelas con los padres, generalmente, a través de las APAs. Se observan 50 Programas Comunitarios (32%) que incorporan alguna actividad con la familia y 46 Programas Escolares (29%) que hacen lo propio, casi en su totalidad a través de las APAs y las Escuelas de Padres (tabla 1). El resto son intervenciones en forma de campañas para sensibilizar a la población general, con algún énfasis en las familias, intervenciones desarrolladas a través de medios de comunicación, fundamentalmente la radio y, finalmente, medidas consideradas de reducción de daños.

Tabla 1.

Tipo de programas en IDEA-Prevención con palabra clave relacionada con "familia"*

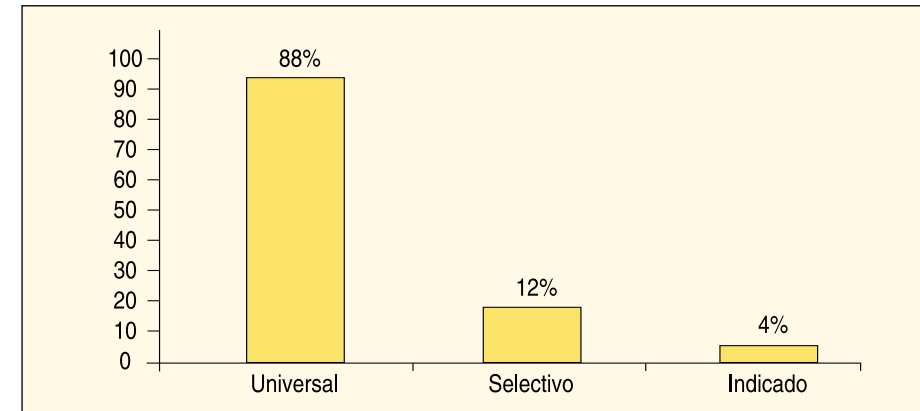
| TIPO DE PROGRAMA | N | % |
|-------------------------|------------|------------|
| Campaña sensibilización | 4 | 2 |
| Comunitario | 40 | 32 |
| Escolar | 46 | 29 |
| Familiar | 53 | 34 |
| Medios de comunicación | 2 | 1 |
| Reducción de daños | 2 | 1 |
| TOTAL | 157 | 100 |

(*) La suma total de esta columna no es exactamente 100 porque los porcentajes se han redondeado para facilitar la presentación.

- Con respecto a la categoría de programa según el riesgo soportado por la población diana, la gran mayoría de las intervenciones recogidas son de tipo universal, siendo de tipo selectivo el 12% y de tipo indicado el 4% (figura 1).
- Más de la mitad de las intervenciones las realizan entidades de carácter municipal (ayuntamientos, servicios sociales municipales o planes de drogas municipales) y más de la cuarta parte de éstas son llevadas a cabo por ONGs (tabla 2), lo que pone en evidencia la iniciativa del nivel local a la hora de emprender la prevención dirigida a la familia. Le siguen, en tercer lugar, las intervenciones impulsadas por entidades públicas de ámbito autonómico (10%).

Figura 1.

Tipo de programas relacionadas con las familias, en función del riesgo soportado, recogidos en IDEA-Prevención (1990-200)*



(*) Hay intervenciones que son a la vez de 3 o 2 de estas categorías (frecuentemente selectivo e indicado)

Tabla 2

Tipo de entidad que realiza intervenciones dirigidas a la familia recogida en IDEA-Prevención (1990-2000)

| TIPO DE ENTIDAD | N | % |
|--|------------|------------|
| Nacional | 1 | 1 |
| Autonómica | 16 | 10 |
| Provincial | 8 | 5 |
| Municipal | 82 | 52 |
| Comarcal | 1 | 1 |
| ONG | 42 | 27 |
| Consortio de entidades públicas y/o privadas | 3 | 2 |
| Entidad educativa privada | 4 | 2 |
| TOTAL | 157 | 100 |

- En casi todos los territorios autonómicos, se desarrollan actividades que implican a la familia. En el período 1990-2000, las Comunidades de Andalucía, Castilla y León, Cataluña y el País Vasco superan la media (0 =9,8), como se observa en la Tabla 3. Es necesario nuevamente recordar que la participación en el Sistema es voluntaria, por lo tanto, lo que refleja es una aproximación a lo que se hace en el ámbito de la prevención Español.

Analizando el desarrollo de estas intervenciones preventivas con objetivos dirigidos a las familias, con respecto al número de intervenciones recogidas en el Sistema, en las distintas CC.AA. (Tabla 4), observamos que Extremadura, la Comunidad Valenciana y Castilla y León son las regiones que realizan, proporcionalmente, más intervenciones de este tipo.

Tabla 3

Comunidades Autónomas con intervenciones dirigidas a la familia en la Base de Datos de IDEA-Prevención (1990-2000)

| CC.AA. | N | % |
|-----------------------|------------|-------------|
| Andalucía | 19 | 12 |
| Aragón | 9 | 6 |
| Asturias | 5 | 3 |
| Baleares | 5 | 3 |
| Canarias | 7 | 4 |
| Castilla La Mancha | 3 | 2 |
| Castilla y León | 18 | 11 |
| Cataluña | 16 | 10 |
| Comunidad de Madrid | 14 | 9 |
| Comunidad de Valencia | 15 | 9 |
| Extremadura | 3 | 2 |
| Galicia | 11 | 7 |
| La Rioja | 3 | 2 |
| Navarra | 5 | 3 |
| País Vasco | 16 | 10 |
| Región de Murcia | 7 | 4 |
| De carácter Nacional | 1 | 1 |
| TOTAL | 157 | 100* |

(*) La suma total de esta columna no es exactamente 100 porque los porcentajes se han redondeado para facilitar la presentación.

Tabla 4

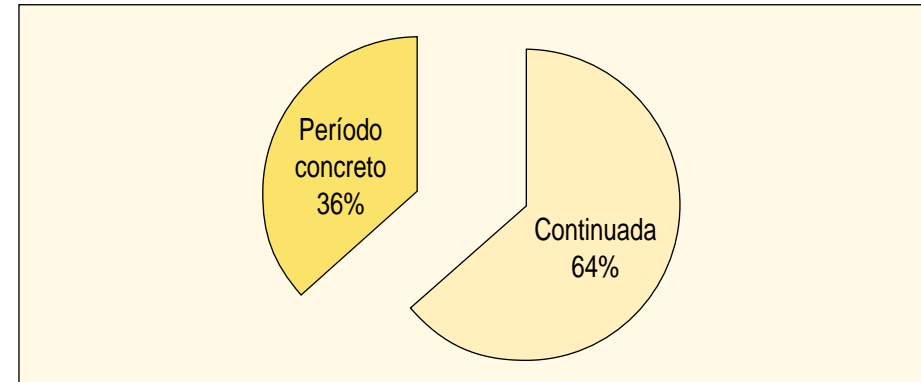
Porcentaje de programas familiares con respecto al total de programas en la base de datos IDEA-Prevención (1990-2000)

| | TOTAL DE PROGRAMAS EN IDEA | TOTAL DE PROGRAMAS CON OBJETIVOS CON RESPECTO A LA FAMILIA | % | TOTAL DE PROGRAMAS FAMILIARES | % |
|-----------------------|----------------------------|--|-----------|-------------------------------|----------|
| Andalucía | 69 | 19 | 27 | 3 | 4 |
| Aragón | 35 | 9 | 26 | 4 | 11 |
| Asturias | 21 | 5 | 24 | 3 | 14 |
| Baleares | 18 | 5 | 28 | 2 | 11 |
| Canarias | 22 | 7 | 32 | 1 | 4 |
| Cantabria | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Castilla La Mancha | 10 | 3 | 30 | 1 | 10 |
| Castilla y León | 37 | 18 | 49 | 6 | 16 |
| Cataluña | 170 | 16 | 9 | 7 | 4 |
| Comunidad de Madrid | 88 | 14 | 16 | 2 | 2 |
| Comunidad de Valencia | 39 | 15 | 38 | 7 | 18 |
| Extremadura | 6 | 3 | 50 | 1 | 17 |
| Galicia | 44 | 11 | 25 | 6 | 14 |
| La Rioja | 11 | 3 | 27 | 2 | 18 |
| Navarra | 21 | 5 | 24 | 3 | 14 |
| País Vasco | 48 | 16 | 33 | 5 | 10 |
| Región de Murcia | 21 | 7 | 33 | 0 | 0 |
| Otros | 20 | 1 | -- | 0 | |
| TOTAL | 683 | 157 | 23 | 53 | 8 |

- La mayor parte de las intervenciones familiares recogidas por IDEA-Prevención, se plantean con continuidad (64%) al momento de entrar en el Sistema, frente a aquellas que constituyen actuaciones puntuales (figura 2).

Figura 2

Duración de los programas con intervenciones relacionadas con las familias recogidas en IDEA-Prevención (1990-200)



3.2. Evaluación de los programas de prevención familiar

En cuanto a la evaluación, se observa que la gran mayoría (85%) de los programas analizados tiene algún tipo de evaluación, bien sea de proceso, cualitativa, de resultados con diseño post-intervención, pre-post intervención, o pre-post con grupo control (Tabla 5). Mas de la mitad de los programas que tienen evaluación (53%) utilizan dos o más métodos distintos para conocer la eficacia, generalmente evaluación de proceso y de resultados con diseño pre-post.

Tabla 5

Evaluación realizada en las intervenciones dirigidas a la familia recogidas en IDEA-Prevención (1990-2000)

| EVALUACIÓN REALIZADA | N | % | % SOBRE LOS QUE EVALÚAN |
|-------------------------------------|------------|-------------|-------------------------|
| No se evalúa o no se da información | 23 | 15 | |
| Se utiliza 1 tipo de evaluación | 64 | 41 | 48 |
| Se utilizan 2 tipos de evaluación | 64 | 41 | 48 |
| Se utilizan 3 tipos de evaluación | 5 | 3 | 3 |
| Se utilizan 4 tipos de evaluación | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL | 157 | 100* | 100 |

(*) La suma total de esta columna no es exactamente 100 porque los porcentajes se han redondeado para facilitar la presentación.

Aunque este panorama con respecto a la evaluación es a primera vista positivo, hay que señalar que cada intervención de la que se dice realizar alguna forma de eva-

luación, no siempre ésta se ajusta al mismo rigor metodológico, ni sigue los criterios que se definen para este término (Cuadro 2) en el Sistema. Esto es aplicable, con mayor certeza, a los programas que entraron en la Base de Datos antes de 1995.

Cuadro 2

Definición operacional del término Evaluación en el Sistema de Información IDEA-Prevención

Recogida de información sistemática y científica, procesamiento y análisis de datos relativos a la implantación del programa, a fin de valorar su eficacia y/o eficiencia.

Además de la situación con respecto a la evaluación, IDEA-Prevención recoge información de las modalidades de evaluación realizada sobre las intervenciones para conocer su eficacia, utilizando para ello una definición operacional de los procedimientos más comunes en el campo del diseño e investigación de programas preventivo (Cuadro 3).

Cuadro 3

Definición operacional de los distintos tipos de evaluación en el Sistema de Información IDEA-Prevención

• EVALUACIÓN DEL PROCESO

Valora la implantación de la intervención y sus efectos en los diversos participantes. Se pregunta dónde y cómo tuvo lugar la intervención, si se realizó conforme fue diseñada y si llegó al grupo diana. La evaluación de proceso ayuda a explicar los resultados y a mejorar la intervención en el futuro.

• EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Valora los resultados finales del programa en relación con los objetivos establecidos. Comprende la descripción de la muestra, del tiempo de la medición, de los métodos e instrumentos utilizados, así como de los resultados y la discusión de la evaluación.

• EVALUACIÓN DE IMPACTO

Valora los resultados en cuanto a su impacto, es decir sus efectos amplios desde una perspectiva macro, por ejemplo, cambios sociales ocasionados por la intervención, modificación de los datos epidemiológicos, etc.

No cabe duda de que la gran variedad de actividades realizadas en el marco de los programas recogidos, la formación de los técnicos que los pusieron en marcha, los recursos humanos, técnicos y económicos de que dispusieron... todo ello ha hecho que los métodos utilizados para conocer la eficacia y el impacto de las medidas emprendidas sean muy diversos (Tabla 6), superando, en ocasiones, los contemplados en IDEA-Prevención de forma estandarizada. Por lo tanto, al analizar la columna 'Tipo de evaluación' de los programas recogidos (Anexo 1) hemos optado por expresar sucintamente la evaluación realizada en las categorías que recoge el sistema de información y hemos añadido, cuando así se ha expresado en la información recibida, los matices y concreciones que dan una aproximación mayor de lo realizado en este terreno. Con ello, queremos decir que, cuando se presentan varios programas con evaluación de proceso,

que ha sido el método utilizado por el 90% de los programas analizados (Tabla 6), no todos han sometido los datos al mismo tipo de análisis, aunque el más frecuente ha sido el recuento de los indicadores seleccionados.

Con respecto a la evaluación de resultados nos encontramos con 3 posibilidades:

- a) Medidas post-intervención, es decir, valorar los efectos de la intervención midiendo por medio de cuestionarios, generalmente, alguna variable que se supone la intervención habrá influido. No cabe duda que, desde el punto de vista del conocimiento de la eficacia de una intervención, éste no es un método potente, ya que no permite saber si ha habido modificación con respecto a la situación inicial. Sin embargo, en ocasiones, es todo lo más que se puede realizar en base a los recursos que se disponen y otros condicionantes. En los programas que estamos analizando, sólo el 9% de los que han evaluado han optado por esta modalidad y, con frecuencia, ha ido acompañada de evaluación de proceso.
- b) Medias pre-post intervención, es decir valorar los cambios producidos comparando la situación de determinadas variables consideradas indicadores de evaluación en el momento anterior a la intervención, e inmediatamente después de ésta. Frecuentemente, son indicadores las variables relacionadas con conocimientos adquiridos, actitudes y determinados comportamientos, incluidos los de consumo de drogas. Esta modalidad de evaluación es preferible a la anterior, en el sentido que arroja más certeza sobre los posibles efectos de la intervención, aunque no es el método para asegurar que los cambios observados se deben únicamente a la intervención. En nuestro análisis el 26% de los programas realizan este tipo de análisis, en su mayoría acompañado de evaluación de proceso.
- c) Diseño cuasi-experimental con grupo control, método parecido al anterior, añadiendo la comparación de los resultados obtenidos por un grupo que no ha recibido la intervención. Este método es de una mayor potencia científica, dado que al contrastar las medidas de las variables objeto de la intervención con otras, procedente de un grupo que no recibió ésta, arroja mayor certeza sobre su eficacia. Sin embargo, en el marco del trabajo de los profesionales de la prevención que desarrollan su actividad a nivel municipal, de ONGs o de otro tipo de entidades directamente sobre el terreno, no es fácil aplicar este diseño por razones de formación, de tiempo y de presupuesto. En nuestro análisis sólo 3 (2%) de las intervenciones han llevado a cabo este tipo de evaluación.

Además de los métodos que acabamos de presentar, el análisis realizado ha encontrado otros tipo de evaluación en los programas de prevención relacionados con la familia, recogidos en IDEA-Prevención en el período 1990-2000. Estas son:

- a) Cualitativa: se refiere a resultados de tipo cualitativo obtenidos mediante grupos de discusión, observación y entrevistas. El 21% de las intervenciones que realizan evaluación han utilizado este método, en general, junto con otro tipo de evaluación.

- b) Seguimiento / longitudinal: se refiere a las medidas que han sido realizadas tras un período de tiempo después de la intervención. Las medidas de seguimiento dan idea del mantenimiento de los resultados y son recomendables realizarlas en combinación con otros métodos de evaluación que den idea del impacto a corto plazo, junto a éste que es de medio o largo plazo. En nuestro análisis este método ha sido utilizado en muy pocos casos (4%).
- c) Impacto / estudios epidemiológicos tras la intervención. Se trata de un tipo de evaluación compleja y difícil de realizar para asegurar que los cambios epidemiológicos se deben a una intervención particular. Los parámetros macro-sociales solo se modifican como consecuencia de múltiples intervenciones y tras un período de tiempo medio o largo. Es por ello que no son frecuentes en el campo de las prácticas evaluativas de los programas de prevención. Obtenemos, como es de esperar, tan sólo 3 programas que llevan a cabo este tipo de evaluación que responden a un tipo de intervención multicomponente: la intervención familiar forma parte de otro conjunto de medidas en el entorno, tanto a nivel escolar como comunitario.

Tabla 6

Tipo de Evaluación realizada en las intervenciones con objetivos relacionados con la familia recogidas en IDEA-Prevención (1990-2000)

| TIPO DE EVALUACIÓN ¹ | N | % ² |
|---|-----|----------------|
| Proceso | 121 | 90 |
| Cualitativa | 28 | 21 |
| Resultados: medidas post-intervención | 12 | 9 |
| Resultados: medidas pre-post intervención | 35 | 26 |
| Resultados: diseño cuasi-experimental con grupo control | 3 | 2 |
| Longitudinal / seguimiento | 5 | 4 |
| Impacto / estudio epidemiológico post-intervención | 3 | 2 |

(1) El total es superior al número de programas que realizan evaluación dado que el 85% de éstos realizan más de una modalidad de evaluación

(2) El total de Programas que realizan evaluación es 134.

3.3. Situación actual de la prevención familiar

Lo que acabamos de analizar hasta aquí representa el perfil de las intervenciones en el período 1990-2000. Puede ser interesante, antes de cerrar este apartado, focalizar la atención en las características que están teniendo las intervenciones preventivas dirigidas a la familia en los últimos años. Así, hemos revisado estas características en los programas recogidos en los años 1999 y 2000 y encontramos los siguientes aspectos distintivos:

Proporcionalmente, hay más programas 'estrictamente' familiares y, aunque la mayoría siguen siendo de tipo universal, es en estos últimos años donde aparecen

más de tipo selectivo e indicado. Las intervenciones son puestas en marcha por la administración local en mayor medida que en el período global. Últimamente, son las Comunidades de Cataluña y Galicia las que están aportando más intervenciones en el ámbito familiar; concretamente, en el caso de Galicia casi la mitad de todo lo que tiene en la base de datos en este ámbito, ha entrado en el período 1999-2000. Las intervenciones recientes son planteadas en mayor medida con continuidad. Por último, con respecto a la evaluación, la totalidad de los programas realizan evaluación de proceso y, de los 3 programas que realiza evaluación con diseño cuasi-experimental con grupo control en todo el período, 2 lo hacen en estos últimos años. Estos datos, corroboran en cierta medida las observaciones planteadas en el primer apartado de este capítulo, en lo referente a que últimamente se están produciendo cambios cualitativos, existiendo programas de prevención familiar con mayor potencia metodológica.

4. ALGUNAS SUGERENCIAS PARA LA MEJORA DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES

A la vista de estos resultados y teniendo en cuenta los conocimientos actuales en cuanto a modelos de buena práctica en la prevención (WESTCAPT, en línea <http://www.open.org/~westcapt/>), se observan algunos aspectos cruciales que conviene tener en cuenta para conseguir mejoras cualitativas en este tipo de intervenciones:

- Sería necesario llevar a cabo acciones continuadas con los padres, en paralelo a las etapas evolutivas de los hijos, bajo la forma de sesiones de 'recuerdo' al año de haber realizado la intervención preventiva, adaptando los contenidos a los nuevos retos.
- Sería conveniente la inclusión como indicador de resultados la presencia de problemas de conducta en los hijos (no sólo consumo de drogas) a corto y medio plazo, lo que permitirá hacer estudios longitudinales de eficacia, o lo que es lo mismo, de mantenimiento de los efectos de la intervención.
- No se debe descartar la posibilidad de realizar intervenciones familiares con presencia de padres e hijos en la misma sesión, siempre que ello sea posible, dado que según los resultados de algunas investigaciones son más eficaces que las intervenciones sólo con padres por un lado y sólo con hijos por otro.
- Los resultados de las investigaciones deberían ofrecer unos pocos prototipos de intervención familiar para abordar distintos factores de riesgo y protección de ámbito familiar, así como distintos perfiles de riesgo (universal, selectivo e indicado) que permitan a los profesionales y técnicos de prevención utilizar modelos contrastados y que requieren tan solo los ajustes locales necesarios.

5. MATERIALES Y RECURSOS DE PREVENCIÓN FAMILIAR CONTENIDOS EN EL CDOC DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN IDEA-PREVENCIÓN

El Centro de Documentación del Sistema de Información IDEA-Prevención (CDOC) reúne unas 5.800 referencias, la mayoría de ellas sobre temas relacionados con múltiples aspectos de la prevención del uso y abuso de distintas sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales. Con la palabra clave FAMILIA se han encontrado, al momento de realizar este análisis, 205 materiales entre documentos técnicos, estudios, informes, libros, manuales, monográficos, revistas, folletos, vídeos, webs etc. Este número representa un 3% del fondo total del CDOC. De éstos, únicamente 94 referencias tratan de forma específica sobre temas relacionados con la familia.

En el Anexo 2, se puede ver un listado de estos documentos. El anexo presenta el nombre del documento, el tipo de documento concreto, año de edición, tipo de entidad que los edita, número del boletín y año en que fue recogido y presentado a el Sistema IDEA-Prevención y otras informaciones adicionales, como por ejemplo, la lengua en el que se publica el documento, si ésta es distinta al castellano.

A partir del análisis de los documentos recogidos en el Sistema entre 1990-2000 que versan sobre temas de familia, observamos que casi la mitad (49%) son materiales de soporte para las actividades de prevención dirigidas a las familias, en formato de guías breves o más extensas, folletos y manuales (Tabla 7). Del total de los documentos, el 20% no son de producción nacional, estando la mayoría de éstos escritos en inglés, aunque hay una mínima representación de material de algunos países de Iberoamérica, de Portugal y de Francia.

Tabla 7

Tipo de documento relacionado con temas familiares en el CDOC del Sistema IDEA-Prevención (1990-2000)

| TIPO DE DOCUMENTOS | N | % ² |
|---|-----------|----------------|
| 1. Materiales de prevención para utilizar en intervenciones: guías breves y folletos | 21 | 22 |
| 2. Materiales de prevención para utilizar en intervenciones: manuales y guías amplias | 25 | 27 |
| 3. Manuales y materiales de apoyo de programas de prevención existentes | 18 | 19 |
| 4. Publicaciones periódicas | 4 | 4 |
| 5. Estudios | 23 | 24 |
| 6. Política preventiva | 1 | 1 |
| 7. Audiovisuales / web | 2 | 2 |
| TOTAL | 94 | 100* |

* La suma total de esta columna no es exactamente 100 porque los porcentajes se han redondeado para facilitar la presentación.

Casi la mitad de los documentos (47%) son editados por ONGs, le siguen documentos editados por entidades públicas (36%) de diversos tipos, generalmente, administraciones locales (Tabla 8). La cuarta parte de ellos fueron recogidos antes de 1995, y un poco más de la mitad, entre el 95 y el 99. En el 2000 se recogieron 17 referencias, representando esta cantidad el 18% de todo lo recogido en los 11 años que se analizan. Esto nos indica que en los últimos años se está editando mayor cantidad de materiales destinados al conocimiento y apoyo de las actividades de prevención dirigidas a la familia que en períodos anteriores.

Tabla 8

Tipo de entidad que publica documentos relacionado con temas familiares, recogidos en el CDOC del Sistema IDEA-Prevención (1990-2000)

| TIPO DE DOCUMENTOS | N | % |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Editorial | 13 | 14 |
| Entidad pública | 34 | 36 |
| ONG | 44 | 47 |
| Universidad | 2 | 2 |
| Organismo internacional | 1 | 1 |
| TOTAL | 94 | 100* |

* La suma total de esta columna no es exactamente 100 porque los porcentajes se han redondeado para facilitar la presentación.

6. ORGANIZACIONES QUE APOYAN Y PROMOCIONAN LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN FAMILIAR

Aunque hay muchas ONGs en España, tanto aquellas que intervienen en el ámbito de drogas como de otro tipo, tienen entre sus objetivos algún tipo de acción en las familias para prevenir los problemas derivados del consumo de drogas, por lo que no es fácil conocer el número exacto.

El Plan Nacional sobre Drogas, en su web www.mir.es/pnd/, tiene recogidas un total de 171 organizaciones no gubernamentales, sin clasificar en cuanto a cuál es su foco de acción principal. Revisando una a una, presentamos en el cuadro 4 las asociaciones que parecen tener que ver con el abordaje de aspectos familiares y el problema de las drogas.

De estas asociaciones, unas cuantas tienen un mayor impacto en el campo preventivo español, dado que vienen desarrollando una línea de trabajo continuada de cobertura nacional. A continuación analizamos sus características principales y lo que aportan a la prevención en el ámbito familiar.

Cuadro 4

ONGs referenciadas en la web del Plan Nacional sobre Drogas con posibles acciones preventivas dirigidas a la familia

| |
|--|
| <p>ACCIÓN FAMILIAR DIRECCIÓN: GLORIETA DE QUEVEDO, 7 – 6º DCHA. MADRID 28015 TF. 91 446 8817</p> |
| <p>ASOCIACION DE PADRES AFECTADOS POR LA DROGA DIRECCIÓN: DR. PÉREZ LLORCA E. ASTORIA 3 1º VALENCIA TF. 965 680 3603</p> |
| <p>ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO DEL HIJO SIGLAS: FILIUM DIRECCIÓN: C/ ASURA, 95 MADRID 28043 TF. 91 759 7613</p> |
| <p>COMITE ESPAÑOL DE LA UNION INTERNACIONAL DE ORGANISMOS FAMILIARES SIGLAS: UIOF DIRECCIÓN: C/ CLAUDIO COELLO, 35 1º DCHA. MADRID 28001 TF. 91 575 8094</p> |
| <p>CONFEDERACIÓN CATÓLICA NACIONAL DE PADRES DE FAMILIA Y PADRES DE ALUMNOS SIGLAS: CONCAPA DIRECCIÓN C/ ALFONSO XI, NUM 4 MADRID 28014 TF. 91 532 5865</p> |
| <p>CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE PADRES DE ALUMNOS SIGLAS: CEAPA DIRECCIÓN: PUERTA DEL SOL, 4 6º A MADRID 28012 TF. 91 5310248</p> |
| <p>EMPENTA. COMPROMISO EDUCATIVO CONTRA LA MARGINACION SIGLAS: EMPENTA DIRECCIÓN: C/ FUENCARRA, 91 2º IZQ MADRID 28004 TF. 91 594 03 81</p> |
| <p>FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE FAMILIAS Y AMIGOS DEL PROYECTO HOMBRE SIGLAS: FENAFAS DIRECCIÓN: C/ MARTÍN DE LOS HEROS, 68 MADRID 28008 TF. 91 248 0953</p> |
| <p>FEDERACION UNION DE ESCUELAS FAMILIARES AGRARIAS SIGLAS: UNEFA DIRECCIÓN: C/ GENERAL ORAA, 20 MADRID 28006 TF. 91 411 69 02</p> |
| <p>MADRES CONTRA LA DROGA DE VILLAFRANCA DIRECCIÓN: C/ MÉRIDA, 20 BADAJOZ TF. 924 52 5038</p> |
| <p>PADRES Y FAMILIARES PARA LA LUCHA CONTRA LAS DROGODEPENDENCIAS SIGLAS: AVANT DIRECCIÓN: AVDA. GENERAL AVILÉS, 3 7º PTA. 44 DP 46015 VALENCIA TF. 96 346 2967</p> |

ENTIDAD: ACCIÓN FAMILIAR

Web: <http://accionfamiliar.org/>

También conocida con las siglas AFA, es una organización no gubernamental de ámbito nacional creada en 1978. Está presente en 20 provincias y 11 Comunidades

Autónomas. Pertenece a organismos internacionales como el Movimiento Mundial de Madres (M.M.M.) y la Organización Mundial de la FAMILIA (W.O.F.).

AFA tiene por finalidad la promoción, el reconocimiento, la ayuda y protección de la institución familiar y su entorno, mediante la labor directa de sus miembros en la sociedad, a través de todos los medios a su alcance, y ejerciendo sus derechos con las acciones que puedan encauzar leyes, normativas o disposiciones favorables a la familia.

Todas las acciones y los programas desarrollados por AFA tienen en común los siguientes objetivos:

- El estímulo a la creación y mantenimiento de una cultura familiar que garantice la seguridad de las personas y los hogares.
- El fomento de la estabilidad del matrimonio como generador del desarrollo personal, equilibrio emocional en los hijos, armonía social y formación integral.
- La ayuda eficaz para que la mujer pueda ejercer su potencial: en la familia, como madre, y en la sociedad en funciones profesionales y públicas, promoviendo la corresponsabilidad con el hombre en la atención y educación de los hijos y en el trabajo doméstico.
- La realización de actividades asistenciales y formativas, colaborando con otras instituciones o asociaciones que potencien a la familia.
- La atención a mayores, especialmente a los que sufren soledad y pobreza.
- La presentación ante la opinión pública de cuantas leyes y disposiciones afecten a la familia, buscando, en caso de que la dañen, su rectificación.
- El mantenimiento de relaciones con instituciones públicas, sindicatos, asociaciones, organizaciones culturales, etc., para la puesta en marcha de iniciativas sociales y legislativas que favorezcan los intereses familiares.
- El establecimiento de una representación adecuada ante los organismos nacionales e internacionales

AFA está presente en las siguientes provincias: Barcelona, Bilbao, Burgos, Cádiz, Córdoba, Ferrol, Gerona, Gijón, Lérida, Logroño, Madrid, Málaga, Murcia, Palma de Mallorca, Pamplona, Sevilla, Tarragona, Tenerife, Toledo, y Zaragoza. Para conocer la dirección y forma de contacto en cada uno de estas ciudades, se puede consultar la web de la organización.

Desarrolla programas específicos para la prevención del consumo de drogas en el contexto familiar y escolar. El Programa denominado Familia y Promoción de la Salud (F.P.S) está especialmente destinado a las familias y es complemento del programa Individuo, Familia y Salud Pública (I.F.S.) que se desarrolla en el ámbito escolar.

Actualmente AFA está elaborando el Programa VALER cuyo objetivo es mejorar la capacidad educativa de la familia, la comunicación interpersonal y el desarrollo de los vínculos afectivos, los cuales son importantes factores de protección para el consumo de drogas. El Programa VALER se apoya en 5 vídeos con su correspondiente guía que desarrollan 5 temas fundamentales: Vínculos afectivos, Autoestima, Límites, Elogios, y Resolución de Conflictos.

ENTIDAD: CEAPA

Web: www.interbook.net/colectivo/ceapa/

La Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de alumnos (CEAPA), está integrada por padres y madres, cuyos hijos estudian principalmente en centros públicos no universitarios. Se trata de una confederación estatal de Federaciones y Confederaciones provinciales y autonómicas de Asociaciones de Padres de Alumnos (APAs).

Los objetivos de la CEAPA son:

- La escolarización gratuita de 0 a 18 años dentro de la red pública.
- La plena gratuidad de la enseñanza en los niveles obligatorios, incluyendo las actividades complementarias y extraescolares, los libros y el material escolar, y los servicios de comedor y transporte. Propugna la generalización y suficiencia de oferta de puestos escolares públicos y gratuitos en los niveles no obligatorios.
- Una escuela democrática y participativa, gestionada democráticamente con intervención de los padres y madres, los alumnos/as y de sus asociaciones, así como el control de los demás sectores afectados por la educación.
- Una escuela laica, donde el adoctrinamiento esté totalmente desterrado, y en particular la educación financiada con fondos públicos.
- Que los alumnos reciban una educación humanista y científica, de alta calidad, orientada al pleno desarrollo de su personalidad y al fomento de hábitos intelectuales y de trabajo, y del espíritu crítico.
- Que la actividad educativa forme en el respeto a los derechos y libertades fundamentales, en los valores de la paz y solidaridad y en el ejercicio de la tolerancia y la libertad.
- Una educación que capacite para el ejercicio de una profesión o para la continuación de estudios superiores, el disfrute del ocio, y facilite la inserción social y laboral que establece nuestra Constitución.
- Que en el marco de una programación general de la enseñanza para todo el territorio español, la educación sea planificada, gestionada y controlada por las comunidades autónomas conforme establece la Constitución y el desarrollo de los estatutos de autonomía.
- Una escuela alegre y divertida para nuestros hijos e hijas.

En el ámbito de la prevención de la drogodependencia, la CEAPA viene actuando desde 1988, desarrollando cursos de formación y capacitación, así como producción de materiales didácticos y diversas publicaciones específicas, entre ellas:

- Los padres y madres ante el consumo de alcohol de los jóvenes
- Las APAS ante el alcohol y otras drogas
- El alcohol en casa
- Prevención de la drogodependencias. Temas de Escuelas de padres y madres
- Encuentro sobre la prevención de las drogodependencias

ENTIDAD: CONCAPA

Web: <http://www.planalfa.es/concapa/>

La Confederación Católica Nacional de Padres de Familia y Padres de Alumnos (CONCAPA) se formó en 1929 para promover los intereses de la familia y lograr que sus hijos reciban, en la vida escolar, una formación acorde con sus propias creencias y convicciones. Trata de fomentar la unidad y la participación familia-escuela.

A partir de los años 70, con los cambios introducidos en la legislación española y las consiguientes repercusiones en el ámbito educativo, la CONCAPA centra aún más su actividad en la educación y en la necesidad de que los padres participen activamente en la formación de sus hijos.

En la actualidad, la CONCAPA cuenta con 51 Federaciones Provinciales que integran a las Asociaciones de Padres de Alumnos de los colegios, y en las que participan unos tres millones de padres.

CONCAPA desarrolla los siguientes servicios:

- Información legislativa, orientaciones legales y jurídicas.
- Cursos de formación de dirigentes.
- Organización y coordinación de actividades de formación de padres.
- Intercambio de experiencias y servicios de colaboración para que las APAs realicen sus funciones y actividades con el menor costo y mayor eficacia.
- Defensa de los derechos de los padres en materia educativa y colaboración con la Administración educativa central.
- Representación de los padres en el Consejo Escolar del Estado y en organizaciones nacionales e internacionales.

ENTIDAD: PROYECTO HOMBRE

Web: www.proyectohombre.es

Proyecto Hombre (PH) inició su actividad en España en 1984 en el campo de la asistencia y rehabilitación de drogodependientes. Es una ONG sin ánimo de lucro, dedicada a la prevención y tratamiento de las drogodependencias. Actualmente cuenta con más de 200 centros en España donde atiende al año a más de 12.000 toxicómanos y sus familias.

Las familias para PH, a la vez que son objeto de su trabajo terapéutico, son también co-terapeutas en la labor de rehabilitación de los hijos drogodependientes.

La actividad con las familias, se estructura de forma programática en las siguientes actividades:

- Seminarios informativos y/o formativos,
- Grupos de autoayuda,
- Grupos de apoyo y acompañamiento,
- Sesiones de terapia familiar.
- Escuela de padres y madres.

Recientemente, PH ha elaborado el Programa de prevención Entre Todos como propuesta de prevención en el marco escolar y, de forma paralela y coordinada, en el ámbito familiar. El Programa, tanto para padres como para hijos, a través de sus profesores, desarrolla 17 Unidades didácticas agrupadas en 9 materias que tratan de influir en los componentes de la conducta: información, actitudes, valores, motivación y habilidades. El programa está dirigido a alumnos del primer ciclo de ESO y sus padres.

Además de las ONGs que hemos presentado, identificadas por el Plan Nacional sobre Drogas en su directorio de asociaciones, existen otras entidades que vienen desarrollando acciones de prevención en el ámbito familiar y que presentamos sucintamente:

ENTIDAD: UNAD

Web: www.unad.org

Dirección: c/ San Bernardo 97-99 Edif. Colomina 2º A - 28015 MADRID

UNAD es la denominación que identifica a la Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. La UNAD nació en el año 1985 por iniciativa de cinco asociaciones que trabajaban en la problemática de las drogodependencias y que fueron conscientes de la necesidad de aunar esfuerzos y compartir experiencias para conseguir optimizar los recursos existente. Actualmente la UNAD agrupa 302 entidades de casi todas las Comunidades Autónomas, que intervienen en todos los ámbitos relacionados con el consumo de drogas y las consecuencias derivadas de dicho consumo.

Entre los servicios y programas que desarrollan las entidades que agrupa está el desarrollo de programas de prevención tanto específica como inespecífica, así como actividades de mentalización social. En su página web se puede identificar las ONGs que en cada Comunidad Autónoma desarrollan actividades de prevención.

ENTIDAD: FERMAD

DIRECCIÓN: c/ Conde Romanones, 9, 4º dcha. I – 28012 Madrid

La Federación de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y su Familia (FERMAD) surgió en 1986 y tiene como misión ayudar a las familias afectadas por el problema de las drogas. Aúna 27 asociaciones y desarrolla múltiples actividades dirigidas a la formación de voluntarios y familias sobre el problemas de las drogas y las habilidades necesarias para abordar la prevención y los problemas que causan las drogas. Igualmente, realiza distintos tipos de publicaciones y edita, desde 1995, el boletín Convivir.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvira, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga. CAM
- Confederación Española de Asociaciones de Padres de Alumnos (1995). *La escuela de padres y madres. Un instrumento para la acción colectiva. Dossier 4*. En: Temas de Escuelas de Padres y Madres. Uno. Madrid: CEAPA
- Ferrer Pérez, X.; España Ubeira, R. M.; Pérez González, C. y Sánchez Turet, M. (1993). *Los padres en la prevención del abuso de drogas: enfoques, experiencias y resultados en varios países*. Seminario Internacional sobre la Prevención de las Drogodependencias y el Papel de la Familia. Libro de Actas. Vitoria
- García Campos, L. (1999). *La APAs ante el alcohol y otras drogas*. Colección Herramientas nº 8. Madrid: CEAPA
- Moratino, J.F. (1985). *La Escuela de Padres. Educación Familiar*. Madrid: Narcea S.A. de Ediciones
- National Institute on Drug Abuse (1997). *Prevención del consumo de drogas entre niños, niñas y adolescentes*. Traducción: Observatorio Vasco de Drogodependencias: (versión original en línea. <http://165.112.78.61/Prevention/Prevopen.html>)
- Plan Nacional sobre Drogas. (1997). *Prevención de las Drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2000). Memoria 1999. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Westcapt. *Building a Successful Prevention Program* [en línea]. Western Regional Center for the Application of Prevention Technologies. <<http://www.open.org/~westcapt/>> [Consulta: 13 de abril de 2001]

NEXO I

**PROGRAMAS DE PREVENCIÓN RECOGIDOS
EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN IDEA-
PREVENCIÓN EN EL PERÍODO 1990-2000
CON OBJETIVOS REFERIDOS A LA FAMILIA.**

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------|-----------------------------|----------------------|---|---------------------|-----------------------------|
| 1. Educación para la salud y prevención de las drogodependencias | BO/1990 | Nacional | Nacional | Escolar | Sensibilización de padres de alumnos | Continuada | No se realiza |
| 2. ¡Arrima el Hombro, hombre! | BO/1990 | Andalucía | Municipal | Comunitario Indicado | Orientación, asesoramiento y apoyo a familiares afectados | Continuada | No se realiza |
| 3. Enchúfate a la Salud | BO/1990 | Andalucía | Municipal | Escolar | Actividades con las APAS | Enero 89 - Junio 90 | Prevista |
| 4. Seminario de formación de padres y madres en prevención de drogodependencias | BO/1990 | Aragón | Municipal | Familiar | Formación de padres de APAS. 4 sesiones de 2 horas | Febrero - Junio 89 | Resultados: posintervención |
| 5. Formación en Drogodependencias para Asociaciones de Padres de Alumnos | BO/1990 | Aragón | Municipal | Familiar | Escuelas de padres. 4 sesiones de 2 horas. Utiliza material editado por CEAPA | Mayo -Junio 89 | No se realiza |
| 6. Formación de Profesores y Padres de Alumnos | BO/1990 | Asturias | Autonómica | Escolar | Sensibilización de padres | Continuada | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------|-----------------------------|------------------|--|--------------------------|---|
| 7. Formación de Padres: Escuela de Padres | BO/1990 | Baleares | Municipal | Familiar | Escuela de Padres | Continuada | Proceso |
| 8. Sensibilización de un grupo de mujeres de dos barrios de Palma | BO/1990 | Baleares | Municipal | Familiar | Sensibilización sobre el alcohol mediante charlas y detección precoz (dirigido sólo a mujeres) | Marzo - Junio 89 | Prevista |
| 9. Formación Comunitaria para la prevención del consumo de drogas dirigida a padres | BO/1990 | Baleares | Municipal | Comunitario | Formación padres a través de las APAS | Septiembre 88 - junio 89 | Proceso y resultados: cambio de actitudes |
| 10. Prevención del consumo de inhalantes | BO/1990 | Baleares | Municipal | Comunitario | Sensibilizar a las APAS | Abril - Junio 89 | Proceso y resultados: cambio de actitudes |
| 11. Prevención de tabaco y alcohol en las escuelas | BO/1990 | Baleares | Municipal | Escolar | Encuentro con los padres paralelo al trabajo con alumnos | Octubre 89 - Junio 90 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------------|---|
| 12. Programa de Educación para la Salud-Prevención de las Drogodependencias en la comunidad escolar de Castilla y León | BO/1990 B2/1990 | Castilla y León | Autonómica | Escolar | Formación básica a padres de alumnos | Curso escolar 89-90 y 90-91 | Proceso y resultados: cambios en conocimientos, actitudes y hábitos de consumo. Retención |
| 13. Educación preventiva en drogas | BO/1990 | Galicia | ONG | Escolar | Sesiones con padres paralela a la de profesores | Octubre 89 - Junio 90 | Prevista |
| 14. Programa de educación para la salud en la escuela | BO/1990 | Galicia | Municipal | Escolar | Formación de padres paralela a la de profesores | Continua desde curso 88-89 | Proceso y resultados post-intervención: encuesta sobre hábitos |
| 15. Prevención de las drogodependencias en la familia | BO/1990 | Navarra | Autonómica | Familiar | Formación a padres. Duración mínima 6 horas. Clases teóricas y trabajos en grupo | Continuada | Proceso |
| 16. Cursos informativos con padres | BO/1990 | País Vasco | ONG | Familiar | Formación a padres. Duración 6 horas. | Continuada | Resultados: post-intervención |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|------------------|---|--------------------------|---|
| 17. Educación de padres y profesores "Educar es preparar para la vida" | B1/1990 | Aragón | Municipal | Escolar | Formación de padres | Octubre- Noviembre 89 | Resultados: medidas pre-post intervención |
| 18. Educación para la salud | B1/1990 | Canarias | Municipal | Comunitario | Informar, orientar y apoyar a padres. Constituir y consolidar Escuela de Padres | Continuada | No se realiza |
| 19. Educación sobre drogas | B1/1990 | Canarias | Municipal | Familiar | Formación a federación padres alumnos | Continua desde 1989 | Resultados: medidas pre-post sobre conocimientos impartidos |
| 20. Programa de educación para la salud | B1/1990 | Canarias | Autonómica | Escolar | Orientación a padres sobre temas de salud | Continuada | No se realiza |
| 21. Campaña de prevención de drogas no institucionalizadas | B1/1990 | Canarias | Autonómica | Comunitario | Campaña informativa | Continuada | No se realiza |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------------|-----------------------------|--------------------|---|-----------------------|---|
| 22. Apoyo social y trabajo con familias | B1/1990 | Castilla y León | ONG | Familiar Selectivo | Formar a padres con hijos en riesgo. Reuniones semanales, entrevistas individuales, convivencias, mesas redondas, charlas, elaboración revistas | Continuada desde 1985 | Proceso |
| 23. Programa de prevención escolar | B1/1990 | Castilla y León | ONG | Escolar | Formar a padres a través de APAS | Continuada | No se realiza |
| 24. Prevención de drogodependencias y promoción de la salud | B1/1990 | Cataluña | Municipal | Comunitario | Incidir en la familia a través de diversas medidas | Enero 89 - Enero 90 | Proceso y cualitativa |
| 25. Prevención de drogodependencias en el medio escolar | B1/1990 | Extremadura | Autonómica | Escolar | Sensibilizar y formar a padres de alumnos | Continuada | Proceso |
| 26. Escuela de padres | B1/1990 | Extremadura | Autonómica | Familiar indicado | Formar a padres con hijos drogodependientes | Continuada | No se realiza |
| 27. Comunidad escolar y educación para la salud. Programa dirigido a padres | B1/1990 | Madrid | Municipal | Familiar | Formar a padres de forma paralela a profesores. Constituir agentes de salud entre algunos padres | Continuada desde 1989 | Proceso y resultados: medidas pre y post intervención sobre hábitos y actitudes |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|------------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------|---|
| 28. Campaña de información y sensibilización a la opinión pública "Ante las drogas todos respondemos" | B1/1990 | Madrid | Autonómica | Campaña | Mensajes para las familias | Febrero - Marzo 89 | Proceso y cualitativa por empresa especializada |
| 29. Programa de prevención de drogas de familias | B1/1990 | Madrid | Autonómica | Familiar | Formación y fomento del asociacionismo y voluntariado | Continuada desde 1989 | Proceso |
| 30. Taller de prevención de las drogodependencias | B1/1990 | La Rioja | Autonómica | Familiar | Diversos talleres a asociación de padres, con trabajos en pequeños grupos | Continuada | Proceso |
| 31. Programa de prevención escolar en centros de EGB del Municipio de Rentería | B1/1990 | País Vasco | ONG | Escolar | Formación de padres en paralelo a profesores | 1988 - 1990 | No se realiza |
| 32. Prevención de toxicomanías en el aula | B1/1990 | Valencia | Municipal | Escolar | Conciliar a padres | Abril 1989 | Proceso: medias pre-post sobre conocimientos adquiridos |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------------|------------------------|
| 33. Programa de información sobre drogodependencias | B1/1990 | Valencia | Municipal | Familiar | Informar a padres en las Escuelas de Padres de colegios. Charlas coloquios de dos horas, apoyado por libro sobre drogas | Continuada | No se realiza |
| 34. Resolución de conflictos entre padres e hijos | B2/1990 | Aragón | Municipal | Familiar | Incremento competencias parentales de padres de adolescentes en Escuela de Padres | Curso escolar 89-90 y 90-91 | Proceso y longitudinal |
| 35. Plan de medidas preventivas para la prevención de las drogodependencias en Cantabria | B2/1990 | Cantabria | Autonómica | Escolar | Formación básica para las APAS y creación escuela de familias | 1989 | No se realiza |
| 36. Prevención de drogodependencias en el menor. Formación de educadores | B2/1990 | Valencia | Municipal | Escolar | Informar sobre drogas a padres de alumnos. Orientación permanente a padres | Continuada desde 1990 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------------------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------|---|
| 37. Prevención de drogodependencias en el medio escolar | B3/1991 | Andalucía | Provincial | Escolar | Formar a padres para que colaboren con la escuela a través de APAS y Consejo Escolar | Continuada desde 1988 | Proceso y resultados: medidas pre-post intervención |
| 38. Programa de prevención de intervención comunitaria "Por un barrio sano y alegre" | B3/1991 | Aragón | Municipal | Comunitario | Taller de formación para padres en paralelo a otros mediadores | Continuada desde 1989 | Proceso |
| 39. Prevención en el medio escolar: formación de padres | B3/1991 | Aragón | Municipal | Familiar | Formar a padres de APAS con apoyo audiovisual y distribución material editado | Continuada desde 1990 | No se realiza |
| 40. Educación para la salud en centros escolares no universitarios | B3/1991 | Canarias | ONG | Escolar | Información a padres de alumnos | Continuada desde 1990 | Proceso |
| 41. Programa interasociativo de prevención de adicciones | B3/1991 | Castilla - La Mancha | ONG | Comunitario | Información formación a padres, junto a otros colectivos de la comunidad | Continuada desde 1990 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------|-----------------------------|---------------------|---|-----------------------------|------------------------|
| 42. Talleres de bebidas saludables | B3/1991 | Cataluña | Municipal | Comunitario | Que los padres fomenten en sus hijos consumo de bebidas saludables | Continuada desde 1990 | Cualitativa |
| 43. Programa Municipal de Drogodependencias "Si lo llego a saber" | B3/1991 | Cataluña | Municipal | Medios comunicación | Dirigidos a sensibilizar e informar a amas de casa | Enero-Junio 91 | Proceso |
| 44. Resolución de conflictos entre padres e hijos | B3/1991 | Navarra | Municipal | Familiar | Incremento competencias parentales de padres de adolescentes en Escuela de Padres | Curso escolar 89-90 y 90-91 | Proceso y longitudinal |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|------------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 45. Osasunkume. La aventura de la salud | B3/1991 B18/1999 | País Vasco | ONG Autnómico | Comunitario | Entrega de material escrito e invitación a involucrarse en el programa. En la puesta al día del programa en el B19 se informa que se involucra a los padres por medio de sesiones de tutoría y encuentros de formación | Continuada desde 1989 | Proceso y cualitativa |
| 46. Curso de formación a padres de adolescentes | B3/1991 | País Vasco | ONG Cobertura autonómica | Familiar | Formar a padres a través de centros escolares en temas claves sobre adolescencia. 3 sesiones de 3 horas y utilizando el material audiovisual y escrito | Febrero - Abril 91 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------|--|------------------|---|------------------------|--|
| 47. Programa formativo para padres en drogodependencias | B3/1991 | Valencia | Entidad privada Cubre varios municipios | Familiar | Estudio del ambiente familiar y formación sobre drogas legales e ilegales, en 10 sesiones desarrolladas a lo largo de 9 meses | Octubre 90 - Junio 91 | No se realiza |
| 48. Prevención del consumo de tabaco en el aula | B3/1991 | Valencia | Municipal | Escolar | Informar por medio de carta de la intervención escolar y apoyar el abandono del tabaco de padres por medio de folleto | Octubre - Noviembre 90 | Proceso y seguimiento incidencia a 3 años (previsto) |
| 49. Programa educativo de prevención de drogodependencias | B4/1991 | Andalucía | Provincial | Escolar | Incrementar el nivel de formación de padres y madres a través de las APAS | Continuada desde 1990 | Proceso |
| 50. Prevención de las drogodependencias y atención a familias afectadas por las drogas | B4/1991 | Aragón | ONG | Comunitario | Seminario de formación en drogodependencias dirigido a APAS | Diciembre 89- Junio 90 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------------------|--------------------------------|------------------|---|-----------------------|---------------|
| 51. Los padres y la educación para la salud | B4/1991 | Castilla - La Mancha | Municipal | Familiar | Informar sobre Educación para la Salud y prevención de drogas, a través de Federación de APAs del municipio. Se imparten 5 charlas informativas de 2 horas, finalizando con la elaboración de dossier para padres | Continuada desde 1990 | No se realiza |
| 52. Campaña provincial de prevención de drogodependencias "Busquemos todos la salida" | B4/1991 | Castilla - La Mancha | Municipios (varios municipios) | Comunitario | Cursos dirigidos a padres, entre otros colectivos, donde se utilizan los materiales que genera la campaña | 1991-1993 | No se realiza |
| 53. Programa de educación para la salud | B4/1991 | Castilla y León | Provincial | Escolar | Sensibilización de padres de alumnos | Continuada desde 1988 | No se realiza |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|------------|-----------------------------|--------------------|---|-----------------------|---|
| 54. Prevención de drogodependencias en medios socio-educativos | B4/1991 | Murcia | Autonómica | Escolar | Formación de padres y elaboración de materiales de apoyo a través de Federación de APAs | Continuada desde 1990 | Proceso, resultados (pre-post) impacto (estudio epidemiológico) |
| 55. Programa Geroa 94. Intervención socioeducativa en Familia | B4/1991 | Navarra | ONG | Familiar Selectivo | Educación familiar para que los padres en situación de desventaja social se conviertan en agentes de cambio educativo. El programa se estructura en 4 niveles de seguimiento de la familia, en función de la intensidad de éste | 1990-1995 | Proceso y cualitativa |
| 56. Programa de Sensibilización de los centros escolares de EGB | B4/1991 | País Vasco | ONG (provincial) | Escolar | Facilitar la colaboración de los padres con el profesorado, por medio de dos sesiones de trabajo y utilización de folleto elaborado por la entidad | Continuada desde 1990 | Proceso y cualitativa |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|------------|--|------------------------|---|-------------------------|---|
| 57. Curso de prevención de drogas en radio Euskadi | B4/1991 | País Vasco | Consortio varias entidades: pública y ONGs | Medios de comunicación | Curso de prevención destinado a padres, desarrollado en 20 sesiones semanales de media hora. Seguimiento con un manual y un cuaderno de actividades. Se convocan grupos de encuentro y debate con los padres de forma periódica | Octubre 91 - Febrero 92 | No se realiza |
| 58. Prevención de drogodependencias en el ámbito educativo | B5/1992 | Andalucía | Provincial | Escolar | Formación de APAs a través coloquios, cursos y seminarios dirigidos por personal técnico. | Continuada desde 1989 | Proceso y resultados: medidas pre - post intervención |
| 59. Prevención de drogodependencias en el medio escolar | B5/1992 | Andalucía | Municipal | Escolar | Formar padres a través de APAs | Continuada desde 1986 | Proceso y resultados: medidas pre - post intervención |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------|--|
| 60. Plan municipal de prevención de drogodependencias | B5/1992 | Andalucía | Municipal | Comunitario | Información a padres a través del centro escolar | Continuada desde 1989 | Proceso y resultados: medias pre-post sobre actitudes y conocimientos |
| 61. "Salut! Mataró" Programa de prevención del alcoholismo: Drogas, educar para no abusar | B5/1992 | Cataluña | ONG | Familiar | Sensibilizar e informar a padres de APAS y Consejos y Escolares proporcionando pautas y estrategias para la educación de los hijos por medio de la elaboración de una guía | 1991 - 1992 | Proceso y resultados: medidas pre - post sobre información, actitudes y expectativas |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|------------|-----------------------------|------------------|---|----------------------------|--|
| 62. Intervención comunitaria a través de la escuela de madres-padres | B5/1992 | País Vasco | ONG | Familiar | Realizar cursos de formación sobre prevención de drogodependencias, fracaso escolar y comunicación en la familia. Crear comisiones de escuelas de padres-madres. Potenciar la participación de los padres en la gestión del colegio | Continuada desde 1989 | Proceso y resultados: post-intervención (clima grupal) |
| 63. Proyecto de capacitación de escuelas de padres | B5/1992 | País Vasco | Municipal | Familiar | Implicar a APAs en programación, desarrollo y seguimiento de Escuela de Padres, a través de un periodo de capacitación | Cursos escolares del 90-93 | Proceso y resultados: post-intervención (desarrollo de habilidades para el trabajo en grupo) |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------|-----------------------------|------------------|--|-------------------------|---|
| 64. Escuelas de padres | B5/1992 | Valencia | ONG | Familiar | Formar a los padres en educación para la salud, por medio de 11 sesiones con participación de ambos cónyuges | Octubre 91 - Mayo 92 | Resultados: post-intervención |
| 65. Campaña de prevención "No et deixes portar" | B5/1992 | Valencia | ONG | Comunitario | Crear Escuela de Padres, con grupos de discusión sobre el tema del alcohol | Diciembre 91 - Abril 92 | Proceso y resultados: medidas pre - post para valorar cambios en actitudes, conocimientos y consumo del alcohol |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------|--------------------------|
| 66. Prevención del consumo tabaco-alcohol en la segunda etapa de la EGB. Aula tabaco-Alcohol | B5/1992 | Valencia | Municipal | Escolar | Implicar a padres y familiares en la tarea de la no iniciación al consumo del tabaco-alcohol por medio de reunión convocada a través de APAs para explicar el trabajo que desarrollan los hijos y su responsabilidad como agentes de prevención | Noviembre 1991 | Cambios en conocimientos |
| 67. Plan de acción sobre drogodependencias en el Municipio de Alella | B6/1992 | Cataluña | ONG | Comunitario | Formación de padres a través de charlas-coloquio y seminarios. Asesoramiento sobre pautas educativas adecuadas. Se distribuye material impreso. | Continuada desde 1992 | No se realiza |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------|--|
| 68. Prevención de los problemas derivados del consumo de drogas en escuelas del distrito "Nou Barris" Barcelona | B6/1993 | Cataluña | ONG | Escolar | Informar sobre pautas educativas dirigidas a la prevención, a través del envío masivo de una cinta de vídeo y material impreso a los padres de alumnos y posterior convocatoria para sesión de video-forum | 1992-1994 | Proceso, cualitativa, medidas pre y post intervención y seguimiento a 6 años (previsto) para valorar edad de inicio, frecuencia del consumo, actitudes e información |
| 69. Prevención de drogodependencias en el medio educativo | B8/1994 | Andalucía | Municipal | Escolar | Favorecer y dinamizar la formación de padres | Noviembre 93- Mayo 94 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------|--|
| 70. Programa municipal de prevención de drogodependencias: Escuela de padres | B8/1994 | Andalucía | Municipal | Familiar | Formar a los padres sobre aspectos de la educación de los hijos y la mejora de la vida familiar. Incidir en el cambio de actitudes para asumir su responsabilidad y fomentar una adecuada relación familiar | Continuada desde 1993 | Proceso y cambios en la información |
| 71. Campaña de prevención de consumo de tabaco "Viu sense fum" | B8/1994 | Valencia | Municipal | Comunitario | Informar a los padres e implicarlos en tareas de no iniciación al consumo de tabaco en sus hijos, por medio de charlas informativas | Octubre 92 - Junio 93 | Proceso y seguimiento a 6 meses de actitudes y conocimientos |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|------------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------|---|
| 72. Escuela de Padres-Madres | B9/1994 | Andalucía | Municipal | Familiar | Formar a los padres para que se impliquen en la educación integral de sus hijos por medio de charlas coloquio, análisis de casos, intercambio de ideas y experiencias, en 5 sesiones quincenales de 2 horas | Mayo - Junio 94 | Proceso y análisis del clima grupal |
| 73. Prevención del consumo excesivo de alcohol | B9/1994 | País Vasco | Municipal | Comunitario | Formación a padres a través de centros escolares | Enero - Diciembre 94 | Impacto en datos de consumo de alcohol y patologías asociadas |
| 74. Escuela de Padres | B10/1995 | Andalucía | ONG | Familiar | Formar a los padres como agentes activos en la promoción de la salud, cambiando actitudes y hábitos y mejorando la comunicación familiar | Continuada desde 1994 | Proceso y resultados: medida pre - post sobre conocimientos |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------|--|
| 75. Programa de prevención de la infección por el VIH y apoyo bio-psico-social a las familias afectadas por el VIH-Sida | B10/1995 | Andalucía | Municipal | Reducción de daños indicado | Informar a las familias sobre conductas saludables que eleven el estado de salud de toxicómanos | Continuada desde 1994 | Proceso |
| 76. Programa de prevención del abuso de drogas para la comunidad gitana del distrito de Hortaleza | B10/1995 | Madrid | ONG | Comunitario Selectivo | Capacitar a las familias para implicarse en tareas de prevención a través de talleres específicos | Noviembre 94 - Mayo 95 | No se realiza |
| 77. Educación para la salud en la escuela. Prevención de drogodependencias | B10/1995 | Madrid | Municipal | Escolar | Fomentar la colaboración entre madres y profesores por medio de un grupo de trabajo que desarrolla 4 bloques temáticos de 30 horas cada uno | Continuada desde 1992 | Proceso y resultados: medidas pre - post sobre conocimientos adquiridos, cambio de actitudes y de conducta |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------|-----------------------------|------------------|---|------------|---|
| 78. Escuela de padres. Prevenir las drogodependencias | B10/1995 | Valencia | Municipal | Familiar | Sensibilizar, informar y formar permanentemente a parejas de padres para que desarrollen actuaciones preventivas en la familia. Utilizan técnicas dinámicas grupales y apoyo audiovisual. Se estructura de dos niveles de 30 horas cada uno, el primero de información general y el segundo de habilidades concretas. | Continuada | Resultados: medidas pre-post intervención sobre conocimientos y actitudes |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------------|--|------------------|---|------------------------------|--|
| 79. Programa de trabajo con AMPAs | B11/1995 | Asturias | Municipal | Familiar | Sensibilizar, informar, formar y motivar a padres de APAs en relación a la prevención en el medio escolar, familiar y comunitario, por medio de charlas, cursos y grupos de trabajo | Enero - Diciembre 94 | Proceso y resultados: medidas pre-post sobre contenidos |
| 80. Curso de prevención de drogodependencias en el ámbito escolar | B11/1995 | Castilla y León | Consorcio de entidades públicas y ONG -nivel provincial- | Escolar | Sensibilizar, motivar y formar a los padres en temas de Educación para la Salud, consistente en 2 fases: formación básica y elaboración de proyecto de prevención | Continuada desde curso 88-89 | Proceso |
| 81. Plan municipal de prevención de drogodependencias | B11/1995 | Castilla y León | Municipal | Comunitario | Formar a los padres como agentes de socialización | Continuada desde 1993 | Proceso y resultados: pre - post sobre cambio de actitudes |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--------------------------------|--|---------|-----------------------------|------------------|---|-------------------------|---|
| 82. Escuela de padres y madres | B11/1995 | Galicia | Municipal | Familiar | Desarrollar el núcleo familiar como unidad preventiva y de crecimiento individual por medio de 5 módulos formativos con apoyo audiovisual, programa de radio y material escrito | Curso 93-94 y 94-95 | Proceso y resultados: medidas post-intervención sobre conocimientos y actitudes |
| 83. Escuela de madres y padres | B11/1995 | Galicia | ONG | Familiar | Formar e informar en prevención sobre el uso indebido de drogas y promoción de actitudes saludables, en 6 bloques temáticos de 4 sesiones cada uno de 2 horas de duración, mediante sesiones informativas, trabajo en grupo y actividades prácticas y complementarias | Diciembre 94 - Enero 95 | Proceso y cualitativa |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|------------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------|--|
| 84. Escuela de padres | B11/1995 | Galicia | Municipal | Familiar | Incidir en el nivel de estrés psicosocial de las madres con hijos con problemas de drogas e incrementar su red de apoyo social por medio del entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento | Febrero - Mayo 94 | Resultados: medidas post-intervención sobre grado de cohesión, capacidad de control, calidad de las relaciones con hijos, nivel de ansiedad, red de apoyo social |
| 85. Programa municipal de prevención de las drogodependencias | B11/1995 | Murcia | Municipal | Comunitario | Formar a padres como mediadores sociales | Continuada desde 1992 | Proceso y cualitativa |
| 86. Programa Escuela de padres | B11/1995 | País Vasco | ONG | Familiar | Analizar e intercambiar experiencias, opiniones, comportamientos y actitudes sobre el ambiente relacional con los hijos, por medio de 10 sesiones de hora y media | Continuada desde 1993 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------|---|
| 87. Seminario Permanente: Salud, Prevención de drogas y Medioambiente | B12/1996 | Andalucía | Entidad educativa privada | Escolar | Charlas formativas con los padres en paralelo a las actividades con los alumnos | Continuada desde 1990 | Proceso y resultados: medidas pre-post sobre relaciones sociales, habilidades y actitudes |
| 88. Prevención de las drogodependencias en el medio educativo | B12/1996 | Andalucía | Provincial | Escolar | Formar a los padres a través de las APAs en paralelo a otras medidas | Continuada desde 1989 | Proceso |
| 89. Formación de padres y madres en prevención del abuso de sustancias | B12/1996 | Asturias | ONG (cobertura regional) | Familiar | Incrementar el nivel de concienciación del grupo familiar respecto a su papel como transmisor de valores y conductas preventivas y fomentar la participación de la familia en la escuela. Se realizan cursos de 16 horas y charlas-taller | Continuada desde 1993 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------------|---|------------------|---|------------------------------|-----------------------|
| 90. Curso de prevención de drogas | B12/1996 | Castilla y León | Consortio de ONGs (cobertura municipal) | Familiar | Informar sobre drogas y su prevención y conectar con recursos de la zona, por medio de un programa de radio que emite 20 clases radiofónicas de media hora, 2 a la semana y posterior reunión con monitor | Continuada desde 1993 | Proceso y cualitativa |
| 91. Programa integral de educación para la salud en el Valle del Jerte | B12/1996 | Extremadura | Autonómica (cobertura comarcal) | Escolar | Concienciar e informar a los padres sobre la importancia de su participación en la comunidad educativa y en los programas de Educación para la Salud, por medio de jornadas comarcales de padres | Continuada desde curso 93-94 | Proceso y cualitativa |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|-----------------------|---|-----------------------|---|
| 92. Plan municipal de las drogodependencias PMPD | B12/1996 | Madrid | Municipal | Comunitario | Charlas a padres | Continuada desde 1995 | Proceso e impacto en el municipio por medio de evaluadores externos |
| 93. Respuesta formativa a jóvenes en situación de fracaso escolar y exclusión social | B12/1996 | Madrid | ONG | Comunitario Selectivo | Curso para padres | Continuada desde 1985 | Proceso y cualitativa |
| 94. Diez pasos para ayudar a su hijo a decir no al alcohol | B12/1996 | La Rioja | Autonómica | Familiar | Hacer llegar mensajes preventivos a los padres a través del folleto | Octubre 95 - Enero 96 | Proceso y cualitativa a través de encuesta telefónica |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------|--|
| 95. Programa municipal de drogodependencias. Escuela de padres | B12/1996 | Valencia | Municipal | Familiar | Formar a padres y madres de APAs para facilitar su tarea como educadores, a través de 16 sesiones quincenales de hora y media, que incluye trabajo de expresión corporal | Continuada | Proceso y cualitativa por medio de encuesta a los asistentes |
| 96. ¡Entre todos, mucho mejor! Formación a padres y madres en prevención | B13/1996 | Asturias | Autonómica | Familiar | Formar a padres en educación para la salud para que comprendan y asuman su labor en la prevención, por medio de cursos, charlas, talleres, jornadas y edición de boletín | Continuada desde 1993 | Proceso y cualitativo |
| 97. "Mirakefás" Educación de hábitos y valores para la prevención de drogodependencia | B13/1996 | Cataluña | Municipal | Escolar | Promover desde los centros de enseñanza actividades de formación y orientación para padres | Continuada desde 1993 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------------|-----------------------------|--------------------|--|------------------------------|-----------------------|
| 98. Programa de participación de las Mesas Locales | B13/1996 | Murcia | Municipal | Comunitario | Informar, concienciar y sensibilizar padres y APAS | Continuada desde 1995 | Proceso |
| 99. Discover: aprendiendo a vivir. Prevención escolar de las drogodependencias | B13/1996 | País Vasco | ONG | Escolar | Concienciar a padres | Continuada por curso escolar | No se realiza |
| 100. Prevención de drogodependencias por medio del sociodrama | B13/1996 | País Vasco | ONG | Escolar | Sesiones abiertas optativas con padres | Continuada desde 1998 | Proceso y cualitativa |
| 101. Programa de dinamización comunitaria. I Certamen de cuentos y carteles escolar contra las drogas y por la salud | B14/1997 | Andalucía | ONG | Escolar | Dinamizar y sensibilizar a las APAS | Continuada desde 1996 | Proceso |
| 102. Atención a hijos de alcohólicos | B14/1997 | Castilla y León | ONG | Familiar Selectivo | Mejorar comunicación familiar, dirigido a hijos de alcohólicos | Continuada desde 1995 | Proceso y cualitativa |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------------|-----------------------------|-----------------------|---|-------------------------|------------|
| 103. Prevención de drogodependencias | B14/1997 | Castilla y León | ONG | Comunitario Selectivo | Acercarse a padres con menores para formar en prevención. Apoyar a las familias con problemática de drogas, por medio de distribución de guía específica para la población (gitana), así como charlas y reuniones | Julio - Noviembre 96 | Proceso |
| 104. Prevención e intervención de drogodependencias con la comunidad gitana de Valladolid | B14/1997 | Castilla y León | ONG | Comunitario Selectivo | Informar y orientar a las familias favoreciendo su labor como agentes preventivos, por medio de cursos de formación y de servicio de información y asesoramiento | Continuada desde 1994 | Proceso |
| 105. Información y sensibilización comunitaria sobre drogodependencias | B14/1997 | Castilla y León | Municipal | Comunitario | Informar y sensibilizar a través de las APAS | Continuada desde 1995 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|---|--|-----------------------|---|
| 106. "Qué fer?" ¿Que hacer? | B14/1997 | Cataluña | Municipal | Familiar Universal, selectivo e indicado | Analizar el tema de las dependencias con las familias desde una perspectiva socio-educativa, por medio de escuela de padres agrupados en función de los distintos niveles de presencia del problema de drogas en sus hijos | Continuada desde 1996 | Proceso y cualitativa |
| 107. Programa de prevención en el ámbito familiar "Escola de Nais e Pais" | B14/1997 | Galicia | Municipal | Familiar | Cambiar actitudes y mejorar comunicación de padres a través de APAS | Continuada desde 1995 | Proceso y resultados: medidas post intervención sobre conocimientos adquiridos y opinión de la experiencia |
| 108. Programa de prevención de las drogodependencias | B15/1997 | Canarias | ONG | Comunitario | Asesorar y entrenar a familias | Continua desde 1980 | Proceso y cualitativa |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------------|-----------------------------|--------------------------|---|----------------------------|---|
| 109. Centro de atención y prevención de la delincuencia | B15/1997 | Castilla y León | ONG | Comunitario Selectivo | Atención a familias con hijos que presentan problemas relacionados con la marginación | 1996-1999 | Proceso y resultados: medidas pre-post sobre grado de inserción y aprendizaje conseguido |
| 110. Programa de actuación municipal sobre drogodependencias | B15/1997 | Murcia | Municipal | Comunitario | Curso de padres en el marco de una acción amplia en la comunidad | Junio a Diciembre 1996 | Proceso |
| 111. Programa "Escuela de Salud" | B15/1997 | Murcia | Municipal | Escolar | Reforzar en las familias la labor realizada por el profesorado en el aula a través de las APAS ofreciendo talleres de salud y consumo | Continua desde curso 94/95 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|------------------|---|---------------------|--|
| 112. Programa educativo "Los valores en el cine" | B15/1997 | Murcia | Municipal | Escolar | Seminario de formación a padres | Noviembre 96 - 97 | Proceso, cualitativa y resultados: medidas pre-post sobre actitudes y valores |
| 113. Programa "Bebe salud" de prevención del consumo problemático de bebidas alcohólicas entre la población juvenil de Cartagena | B15/1997 | Murcia | Municipal | Comunitario | Acciones formativas y participativas con padres, entre otros mediadores | Continua desde 1996 | Proceso |
| 114. Programa de promoción de salud y prevención del uso indebido de drogas | B15/1997 | Valencia | Municipal | Comunitario | Formar y orientar a padres, entre otros mediadores | Continua desde 1995 | Proceso y resultados: medidas pre-post analizando por grupos y contrastando con un control |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|------------|-----------------------------|------------------|--|----------------------------|--|
| 115. Hazgarri | B15/1997 | País Vasco | ONG | Comunitario | Formar a padres como agentes de prevención | Continua desde curso 95-96 | Proceso y cualitativa |
| 116. Campaña de información y sensibilización dirigida al ámbito familiar | B15/1997 | País Vasco | Municipal | Campaña | Sensibilizar y mandar mensajes para la prevención a padres a través de un calendario | Continua desde 1996 | Proceso y cualitativa por medio de encuesta telefónica y entrevista personal |
| 117. Programa de prevención de drogodependencias | B16/1998 | Andalucía | Municipal | Comunitario | Formar y sensibilizar a las familias por medio de Escuela de Padres y Jornadas de "alcohol y adolescencia" | Continuada desde 1993 | Proceso |
| 118. Programa de prevención comunitaria de drogodependencias | B16/1998 | Andalucía | Municipal | Comunitario | Formar a los padres como agentes de prevención | Continuada desde 1997 | Proceso y resultados: medidas pre-post sobre cambio de actitudes |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------|-----------------------------|------------------|---|---------------------------------|--|
| 119. Prevención del consumo de alcohol y tabaco en 6º de EPO | B16/1998 | Aragón | Provincial | Escolar | Informar sobre el programa a padres y madres de alumnos | Continúa desde curso 95-96 | Cualitativas y resultados: medidas pre-post sobre información recibida |
| 120. Prevención comunitaria de drogodependencia en la comarca del Pla de l'Estany | B16/1998 | Cataluña | ONG | Comunitario | Implicar a las APAS | Continuada desde 1997 | Proceso |
| 121. Programa de prevención del consumo de alcohol en menores | B16/1998 | Madrid | Municipal | Comunitario | Implicar a los padres en las medidas de control y prevención a nivel local: informar de si el hijo/a es detenido por bebida y dar pautas de implicación educativa | Continuada desde 1997 | Proceso |
| 122. Proyecto de prevención de drogodependencias: PPD en IES Alarnes, Getafe | B16/1998 | Madrid | Entidad Educativa pública | Escolar | Formación de padres | Continuada desde el curso 95-96 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------|---|
| 123. De cómo quitarse una multa o hacer prevención | B16/1998 | Madrid | Municipal | Comunitario | Dotar a la familia de los jóvenes que reciben multa de la Guardia Civil por un consumo de hachís, de la información necesaria en materia de prevención | Continuada desde 1996 | Proceso y resultados: medidas pre-post sobre conocimientos adquiridos, datos de consumo y cambio de actitudes |
| 124. Campaña de Sensibilización sobre consumo de alcohol ¿qué piensas de esto? | B16/1998 | Navarra | Municipal (mancomunidad) | Comunitario | Sensibilizar a los padres por medio de reuniones y encuentro | Marzo - Diciembre 96 | Proceso y cualitativa por medio de encuesta telefónica |
| 125. Programa municipal de prevención del alcoholismo juvenil | B16/1998 | La Rioja | Municipal | Comunitario | Informar a padres mediante la distribución de folletos | 1996-1997 | Proceso y cualitativa |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|------------------|---|-----------------------|--|
| 126. Programa educativo para padres y madres | B16/1998 | Cataluña | ONG | Familiar | Implicar y responsabilizar a la familia en la adquisición de normas y de hábitos saludables en niños de pre-escolar | Curso 96-97 | Proceso y resultados: medidas pre-post sobre cambio en los hábitos de sueño, higiene y alimentación |
| 127. Prevenir en colección: cosas de la vida de Esperanza y Felipe | B16/1998 | Madrid | Autonómica | Comunitario | Promover la implicación de la familia, junto a otros estamentos de la comunidad, en la prevención | Continuada desde 1996 | Proceso y resultados: medidas pre-post sobre actitudes en alimentación, higiene, ver televisión, bebidas alcohólicas, tabaco, hábitos de salud, autoestima, comunicación con padres... |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------------|-------------------------------|------------------|--|-------------------------|---|
| 128. Programa de prevención comunitaria "Ciudades sin Drogas" | B17/1998 | Andalucía | Municipal (mancomunidad) | Comunitario | Concienciar y formar a los padres como agentes activos de prevención | Octubre 97 - Octubre 98 | Proceso, cualitativa y resultados: medidas pre-post sobre actitudes e información |
| 129. Plan intermunicipal de drogodependencias "Bierzo alto" | B17/1998 | Castilla y León | Municipal (varios municipios) | Comunitario | Sensibilizar y formar a las familias en su tarea educativa y preventiva, por medio de escuela de padres y apoyo a familias | Continuada desde 1995 | Proceso |
| 130. "Espanta..." | B17/1998 | Castilla y León | Municipal | Comunitario | Proporcionar a los padres información sobre prevención de drogodependencias por medio de la entrega de información impresa | Continuada desde 1994 | Proceso |
| 131. "Es-zúmate en la piscina" | B17/1998 | Castilla y León | Municipal | Campaña | Sensibilizar a los padres por medio de reparto de material informativo en soporte escrito | (1 día) 1998 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|-----------------|-----------------------------|------------------|--|------------------------------|---|
| 132. Prevención de las drogodependencias en las escuelas del Prat de Llobregat | B17/1998 | Cataluña | ONG | Escolar | Promover la participación de los padres en el programa | Continuada desde curso 96-97 | Proceso y resultados: medidas post intervención en actitudes, información y comportamientos |
| 133. Escuelas de madres y padres | B17/1998 | Castilla y León | Provincial | Familiar | Crear escuelas de madres y padres en diversos puntos de la provincia para potenciar el rol de los padres como educadores a través de las APAs, por medio de 12 sesiones quincenales de 2 horas y media, ofreciéndose apoyo para potenciar la participación (guardería) | Curso escolar 97-98 | Proceso y resultados: medidas pre - post sobre información, actitudes, normas y valores |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|--------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| 134. Programa de prevención de drogas en la escuela, dirigido a los padres | B18/1999 | Cataluña | Municipal | Familiar | Hacer participe a los padres de las APAs de la labor preventiva desarrollada con los escolares, por medio de la formación y la información distribuyendo hojas informativas mensuales y facilitando un teléfono de consulta | Curso escolar 98-99 | Proceso |
| 135. Programa piloto de atención familiar | B18/1999 | Cataluña | Provincial | Familiar Selectivo | Detectar precozmente situaciones de riesgo y potenciar el vínculo familiar como factor de protección por medio de acciones directas con los hijos y los padres. Dirigido a hijos menores de 3 años de drogodependientes | Continuada desde 1997 | Proceso y cualitativa |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------|-----------------------------|------------------|--|-----------------------|---|
| 136. Taller de prevención de drogodependencias para padres y madres (Prat de Llobregat) | B18/1999 | Cataluña | ONG | Familiar | Sensibilizar y formar a las familias sobre la importancia de su papel en la prevención de problemas asociados al consumo de drogas. A través de las APAS se realizan 5 sesiones para los centros de primaria y 2 ó 3 para los de secundaria, de 1 hora y media | Continuada desde 1997 | Proceso, y resultados: medidas pre-post sobre información y actitudes |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---------------------------------|--|----------|-----------------------------|--------------------|--|------------------------------|--|
| 137. Programa Afili | B18/1999 | Cataluña | ONG | Familiar Selectivo | Reducir el riesgo de alcoholismo y otros trastornos asociados en hijos de alcohólicos por medio de la educación para la salud, aprendizaje de habilidades sociales y de afrontamiento, utilizando 11 sesiones de 90 minutos: 2 para padres y 9 para hijos con técnicas activas | Continuada desde 1997 | Proceso y resultados: diseño cuasi-experimental de medida pre - post con grupo control equivalente sobre variables actitudinales y de comportamiento |
| 138. Escuela de padres y madres | B18/1999 | Galicia | Municipal | Familiar | Implicar de una manera activa a los padres de las APAs en la prevención del consumo de drogas de sus hijos por medio del análisis y discusión de material escrito y la presentación de casos prácticos | Continuada desde curso 96-97 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|-----------------|-----------------------------|------------------|---|------------------------------|--|
| 139. ¡Ordago! El desafío de vivir sin drogas | B18/1999 | País Vasco | ONG | Comunitario | Favorecer la comunicación en la familia interviniendo de forma paralela a la escuela, a través de 4 sesiones y la Guía "10 Pasos para ayudar a sus hijos pre-adolescentes a decir no al alcohol y las demás drogas" | Continuada desde 1997 | Proceso |
| 140. Campaña de prevención del consumo abusivo de alcohol | B19/1999 | Andalucía | Comarcal | Comunitario | Sensibilizar por medio de escuela de padres | 1999-2000 | Proceso |
| 141. Escuelas de Familia | B19/1999 | Castilla y León | Municipal | Familiar | Mejorar seguridad y eficacia de las familias en sus actividades educativas, organizado a través de las APAs, durante 10 sesiones de 1 hora y cuarto con parte teórica y dinámica de grupo | Continuada desde curso 97/98 | Proceso y resultados: medidas pre - post sobre cambios en autoestima (padres) y en apoyo a hijos |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|------------|-----------------------------|------------------|--|------------------------------|------------|
| 142. Prevención de las drogodependencias | B19/1999 | Galicia | Municipal (varios) | Comunitario | Formar monitores de escuela de padres. Escuela de padres en TV local | Continuada desde 1998 | Proceso |
| 143. La prevención en casa | B19/1999 | Valencia | Municipal | Familiar | Formar a los padres por medio de vídeo y manual | Continuada desde curso 98/99 | Proceso |
| 144. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar | B19/1999 | Valencia | Municipal | Familiar | Formar a los padres a través de las APAs, 7 sesiones con medios audiovisuales y técnicas dinámicas | Continuada desde curso 97/98 | Proceso |
| 145. Programa de prevención de drogodependencias en la ESO | B19/1999 | País Vasco | Municipal | Escolar | Presentación del programa a los padres | Continuada desde curso 95/96 | Proceso |
| 146. Arte y prevención "Onidala en la entrañadora" | B20/2000 | Galicia | Municipal | Escolar | Información a los padres | Marzo - Mayo 99 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|---------|-----------------------------|----------------------|---|------------------------------|------------|
| 147. Escuelas de Familia | B20/2000 | Galicia | Municipal | Familiar | Mejorar habilidades de comunicación y promover participación más activa en la escuela. A través de APAS en 5 sesiones de 90 minutos con exposición teórica y dinámica de grupo. Enmarcado dentro del programa de prevención escolar municipal | Continuada desde curso 95/96 | Proceso |
| 148. Prevención e creatividad "Os piornos de salbanda o mineiro" | B20/2000 | Galicia | Municipal | Escolar | Información a padres y formación a un grupo de ellos por medio de talleres | Septiembre 99 - Marzo 00 | Proceso |
| 149. Programa de intervención con menores | B20/2000 | Madrid | Municipal | Comunitario indicado | Orientación y asesoramiento a familias. Intervención con familias | Continuada desde 1992 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--|--|----------|-----------------------------|--------------------|--|------------------------------|--|
| 150. Proyecto sistémico para paliar los problemas de convivencia escolar | B20/2000 | Valencia | Entidad educativa privada | Escolar Indicativo | Implicar a los padres en el proceso educativo | Continuada desde curso 97-98 | Proceso, cualitativa y resultados: medicas pre - post en motivación de los alumnos |
| 151. Campaña Los Potajes | B20/2000 | Asturias | Municipal | Campaña | Sensibilizar a padres (alcohol) | Noviembre 97 - Diciembre 98 | Proceso y seguimiento al año observando cambios de opinión y conducta |
| 152. Hacia un nuevo milenio libre de tabaco en la Sierra de Albarracín | B20/2000 | Aragón | ONG (varios municipios) | Comunitario | Sensibilizar a las familias | Continuada desde 1999 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|--------------------------|--|-----------------|-----------------------------|------------------|--|----------------------------------|---|
| 153. Prevención familiar | B21/2000 | Castilla y León | Municipal | Familiar | Llegar al mayor número de familias de alumnos de centros escolares de la ciudad con una información clara y motivada sobre escuelas de padres y prevención de drogas, por medio de entrega de vídeo y folleto a los padres a través de los alumnos | Continuada desde curso 2000-2001 | Proceso, cualitativa y resultados: medidas post-intervención en incremento participación en Escuela de Padres |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|----------|-----------------------------|---------------------------------------|---|-----------------------|---|
| 154. Intervención en mujeres embarazadas drogodependientes de alto riesgo | B21/2000 | Cataluña | ONG | Reducción de daños Selectivo/indicado | Reducción de daños sobre el feto y seguimiento hasta el nacimiento, proporcionando atención a la madre, información y cuidados de salud | Continuada desde 99 | Proceso, y resultados: medidas post-intervención respecto a las condiciones de nacimiento del bebé o del comportamiento de la madre respecto al recién nacido |
| 155. Centro de atención personalizada integral. CAPI | B21/2000 | Madrid | Municipal | Comunitario Selectivo | Implicar a las familias de adolescentes inmigrantes en riesgo en su proceso de inserción | Continuada desde 2000 | Proceso |

| Nombre del programa | Boletín y año de recogida en IDEA-Prevención | CCAA | Tipo de entidad responsable | Tipo de programa | Objetivo o actividad con respecto a la familia | Duración | Evaluación |
|---|--|---------|-----------------------------|-----------------------|--|------------------------------|---|
| 156. Programa de apoyo a adolescentes "Supertú" | B21/2000 | Navarra | ONG | Comunitario Selectivo | Desarrollar en los padres de hijos consumidores de drogas habilidades y recursos educativos para la educación de sus hijos adolescentes por medio de escuela de padres | Continuada desde 1997 | Proceso |
| 157. Al final tú eliges | B21/2000 | Madrid | Municipal | Escolar | Informar y orientar a los padres sobre aspectos relacionados con la prevención de drogas por medio de sesiones informativas | Continuada desde curso 98-99 | Proceso y resultados: diseño cuasiexperimental de medida pre -post con grupo control sobre información, creencias y conductas |

NEXO II

DOCUMENTOS DEL CDOC RECOGIDOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN IDEA-PREVENCIÓN EN EL PERÍODO 1990-2000 REFERIDOS A LA FAMILIA

Clave para tipo de documento

- 1 Materiales de prevención para utilizar en intervenciones: guías breves y folletos
- 2 Materiales de prevención para utilizar en intervenciones: manuales y guías amplias
- 3 Manuales y materiales de apoyo de programas de prevención existentes
- 4 Publicaciones periódicas
- 5 Estudios
- 6 Política preventiva
- 7 Audiovisuales / web

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 1. ¡Órdago El desafío de vivir sin drogas Cuadernos para padres y para alumnos | | | X | | | | | 1997 | ONG | B16/1998 | |
| 2. 'Entre nosotros...padres y madres': prevención de las drogodependencias. Manual de Escuelas de Padres dirigidos a las Asociaciones de Padres de Alumnos | | X | | | | | | 1995 | Editorial | B13/1996 | |
| 3. 'Entre nosotros...padres y madres': prevención de las drogodependencias. Manual temático para padres y madres de alumnos/as de 5 a 9 años | | X | | | | | | 1995 | Editorial | B18/1999 | |
| 4. 'Entre nosotros...padres y madres': prevención de las drogodependencias. Manual temático para padres y madres de alumnos/as de 10 a 14 años | | X | | | | | | 1995 | Editorial | B18/1999 | |
| 5. 10 Pasos para ayudar a sus hijos a decir no a las drogas | | X | | | | | | 1996 | ONG | B14/1997 | |
| 6. 10 Pasos para ayudar a sus hijos preadolescentes a decir no al alcohol y las demás drogas | | X | | | | | | 1999 | ONG | B18/1999 | |
| 7. 10 Pasos que ayudaran a su hijo a decir no al alcohol | | X | | | | | | 1994 | ONG | B8/1994 | |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 8. 1994. Año Internacional de la familia Documento Base | | | | | X | | | 1994 | Entidad pública | B8/1994 | |
| 9. Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la familia | | X | | | | | | 1997 | Entidad pública | B16/1998 | |
| 10. Adolescentes y alcohol. ¿Como son? ¿Qué inquietudes tienen? ¿Por qué razones beben? ¿Qué hay detrás? ¿Cómo prevenir desde el hogar? Recomendaciones para padres y educadores | | X | | | | | | 1994 | Editorial | B13/1996 | |
| 11. Adolescentes y drogas. Para padres que no quieren ser los últimos en enterarse | X | | | | | | | 1999 | Entidad pública | B20/2000 | |
| 12. Cartilla sobre Niñez y Familia. Una alternativa para crecer | X | | | | | | | 1998 | ONG | B20/2000 | Material de Santo Domingo |
| 13. Cómo ayudar a nuestros hijos frente a las drogas | | X | | | | | | 1999 | Editorial | B20/2000 | |
| 14. Convivir | | | | X | | | | S/F | ONG | B12/1996 | |
| 15. Crecer libre de drogas. Guía de prevención para los padres de familia | | X | | | | | | 1990 | Entidad pública | B13/1991 | Material americano en castellano |
| 16. Curso de Prevención de Drogas (soporte curso radiofónico sobre prevención) | | | | | | | | 1991 | ONG | B4/1991 | |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|-------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 17. Decir no, no es suficiente. Cómo tratar con sus hijos el tema de las drogas y el alcohol | | X | | | | | | 1991 | Editorial | B13/1996 | |
| 18. Dikela. ¿Te preocupan las drogas? Pues... los padres podemos ayudar | X | | | | | | | 1995 | ONG | B15/1997 | |
| 19. Drogas y marginalidad. Prevención familiar | | | | | X | | | 1994 | ONG | B/1994 | |
| 20. Drogas. Guía para padres y madres | X | | | | | | | 1999 | ONG | B19/1999 | |
| 21. Drogodependencias y su prevención. Cuaderno de Formación 2 | | X | | | | | | 1988 | ONG | B3/1991 | |
| 22. Drogodependencias. Guía de Trabajo para Padres | | X | | | | | | 1987 | Entidad pública | B12/1996 | |
| 23. Drogodependencias. Guía preventiva para madres y madres. 83 preguntas y respuestas | | X | | | | | | 1990 | ONG | B3/1991 | |
| 24. Drug abuse prevention through family interventions | | | | | X | | | 1998 | Entidad pública | B19/1999 | Inglés |
| 25. Drugs. A parent's guide. The signs. The dangers. What to do | X | | | | | | | 1993 | Entidad pública | B9/1994 | Inglés |
| 26. Educar y prevenir las drogas (video) | | | | | | X | | 1991 | ONG | B6/1993 | |
| 27. El alcohol en casa | X | | | | | | | 1999 | ONG | B18/1999 | |
| 28. El hogar: un hábitat de prevención | | X | | | | | | 1997 | Universidad | B17/1998 | Material de Chile |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 29. Encuesta: Actitudes de padres y madres ante las drogas | | | | | X | | | 1990 | ONG | B3/1991 | |
| 30. Entre la tolerancia y la disciplina: una guía educativa para padres | | X | | | | | | 1995 | Editorial | B13/1996 | |
| 31. Entre todos. Programa de prevención escolar y familiar de la Asociación Proyecto Hombre. Manual de la Familia | | | X | | | | | 2000 | ONG | B21/2000 | |
| 32. Experiencias europeas de atención a drogodependientes con hijos | | | | | X | | | 1999 | ONG | B19/1999 | |
| 33. Familia y drogas. Una guía documental | | | | | X | | | 1994 | Universidad | B11/1995 | |
| 34. Familia y drogodependencias | | | X | | | | | 1994 | Entidad pública | B9/1994 | |
| 35. Familia y drogodependencias | | | | | X | | | 1995 | Entidad pública | B14/1997 | |
| 36. Familia y drogodependencias | | | | | X | | | 1996 | Entidad pública | B14/1997 | |
| 37. Familia y prevención de drogodependencias | X | | | | | | | 1997 | Entidad pública | B15/1997 | |
| 38. Familias Unidas: hijos a Salvo de Drogas | | X | | | | | | 1990 | ONG | B2/1990 | Material americano en castellano |
| 39. Families and drug helplines | X | | | | | | | 2000 | ONG | B21/2000 | Inglés |
| 40. Family relationships and primary prevention of drug use in early adolescence | | | | | X | | | 1999 | ONG | B21/2000 | Inglés |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 41. Formación en prevención de las drogodependencias para Asociaciones de Padres de Alumnos. Monográfico 15. Comunidad y Drogas | | | | | X | | | 1992 | Entidad pública | B6/1993 | |
| 42. Guía de intervención familiar sobre el Sida | | X | | | | | | 1991 | Entidad pública | B3/1991 | |
| 43. Guía de prevención: orientaciones a los padres para prevenir las drogodependencias | | X | | | | | | 1995 | Entidad pública | B13/1996 | |
| 44. Guía Educativa: para trabajar con grupos de padres y madres | | X | | | | | | 1995 | Entidad pública | B13/1996 | |
| 45. Guía para los padres sobre el alcoholismo y abuso de drogas | | X | | | | | | 1992 | ONG | B20/2000 | |
| 46. Guía para padres y padres | | X | | | | | | 1996 | ONG | B13/1996 | |
| 47. Guía para padres preocupados por las drogas | X | | | | | | | 1995 | Entidad pública | B12/1996 | |
| 48. Guía preventiva para padres y padres sobre drogodependencias | X | | | | | | | 1996 | ONG | B14/1997 | |
| 49. Gurasoak. Padres y Madres frente a las drogas | | | | X | | | | S/F | ONG | B13/1996 | |
| 50. Hablar del Sida con nuestros hijos | X | | | | | | | 1997 | Entidad privada | B17/1998 | |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 51. II Encuesta sobre Opiniones y Actitudes de los padres y madres de alumnos ante las drogas | | | | | X | | | 1995 | ONG | B12/1996 | |
| 52. Información acerca de las drogas | X | | | | | | | 2000 | ONG | B21/2000 | |
| 53. Juventud y Familia. Monográfico Revista Estudios de la Juventud | | | | | X | | | 1997 | Entidad pública | B16/1998 | |
| 54. Keeping children drug free: using family-centered approaches | X | | | | | | | 1998 | Entidad pública | B19/1999 | Inglés |
| 55. La familia: com educar sobre les drogues | X | | | | | | | 1996 | Entidad pública | B14/1997 | Catalán |
| 56. Las APAs ante el alcohol y otras drogas | X | | | | | | | 1999 | ONG | B18/1999 | |
| 57. Madres contra la droga | | | | | X | | | 1998 | ONG | B17/1998 | |
| 58. Manual escuela de Padres | | | X | | | | | 1996 | ONG | B13/1996 | Material de Perú |
| 59. Manual para animadores do programa pais a pais | | | X | | | | | 1992 | Entidad pública | B7/1993 | Portugués |
| 60. Manual práctico para familiares de drogodependientes | | X | | | | | | 1994 | ONG | B9/1994 | |
| 61. Materiales de formación en prevención de drogodependientes. Módulo Familias | | | X | | | | | 1996 | Entidad pública | B14/1997 | |
| 62. Methamphetamine: a guide for parents and other caregivers | X | | | | | | | 1999 | Entidad pública | B20/2000 | Inglés |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|---------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 63. Mi hijo, las drogas y yo. Todo lo que los padres y educadores necesitan saber sobre la educación y prevención en el consumo de drogas entre adolescentes | | X | | | | | | 2000 | Editorial | B21/2000 | |
| 64. Mode de fonctionnement et ses rapports avec la genèse des troubles de la conduite de l'adolescent | | | | | X | | | 1990 | Entidad pública | B4/1991 | Francés |
| 65. Padres de adolescentes | | X | | | | | | 1991 | ONG | B3/1991 | |
| 66. Padres que responden | X | | | | | | | 1999 | Entidad pública | B20/2000 | |
| 67. Padres y Madres | | | | X | | | | S/F | Entidad pública | B13/1996 | |
| 68. Padres, hijos y drogas | | X | | | | | | 1998 | Entidad pública | B20/2000 | |
| 69. Parental awareness and responsibility | | | | | X | | | 1993 | Entidad pública | B7/1993 | Inglés |
| 70 Parents, children and adolescents | | | | | X | | | 1998 | Editorial | B17/1998 | Inglés |
| 71. Plan de intervención socioeducativa con infancia, juventud y familia | | | | | | X | | 1998 | ONG | B19/1999 | |
| 72. Prevención de la drogadicción en la familia | | | | | X | | | 1996 | Editorial | B16/1998 | |
| 73. Prevención de las drogodependencias y el papel de la familia. Seminario internacional. | | | | | | X | | 1993 | Entidad pública | B7/1993 | |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|-------------------------|--------------------------------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 74. Preventing drug abuse: the community at work. The grass-root patent movement: a response to adolescent drug abuse | X | | | | | | | 1990 | Organismo internacional | B3/1991 | Inglés |
| 75. Problemas por el alcohol en la familia | | | | | X | | | 1999 | ONG | B20/2000 | |
| 76. Programa de prevención del consumo de alcohol en el ámbito familiar | | X | | | | | | 1999 | ONG | B20/2000 | |
| 77. Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar | | | X | | | | | 1996 | ONG | B14/1997 | |
| 78. Si sois padres... os puede interesar | X | | | | | | | 1991 | ONG | B4/1991 | |
| 79. Site preocupan las drogas... esta guía te puede interesar. Guía para padres gitanos y mediadores | | X | | | | | | 1996 | ONG | B13/1996 | |
| 80. Situación actual, experiencias y necesidades de padres y madres de adolescentes en Navarra | | | | | X | | | 1995 | Entidad pública | B14/1997 | |
| 81. Solvents. A parent's guide. The signs. The dangers. What to do. | X | | | | | | | 1993 | Entidad pública | B9/1994 | Inglés |
| 82. Substance abuse, family violence and child welfare | | | | | X | | | 1998 | Editorial | B21/2000 | Inglés |
| 83. Temas de escuela e padres. Carpeta Uno | | | X | | | | | 1995 | ONG | B11/1995 | |

| NOMBRE DEL DOCUMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | | AÑO DE EDICIÓN | TIPO ENTIDAD QUE EDITA | BOLETÍN IDEA EN QUE SE PUBLICA | OTROS |
|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|----------------|------------------------|--------------------------------|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | |
| 84. Temas de escuela e padres y madres. Carpeta Dos | | | X | | | | | 1995 | ONG | B12/1996 | |
| 85. Temas de escuela e padres y madres. Carpeta Tres | | | X | | | | | 1997 | ONG | B16/1998 | |
| 86. The relationship between family structure and adolescent substance use | | | | | X | | | 1996 | Entidad pública | B14/1997 | Inglés |
| 87. Tu hijo y tú | | X | | | | | | 2000 | ONG | B21/2000 | |
| 88. Tus hijos las drogas | | X | | | | | | 1995 | Editorial | B13/1996 | |
| 89. Txiximutxica. Boletín informativo para la prevención en la familia | | | | X | | | | S/F | Entidad pública | B7/1993 | |
| 90. Una generación más sana. Tus hijos. El tabaco y el alcohol | X | | | | | | | S/F | ONG | B11/1995 | |
| 91. Unitat didàctica sobre drogodependències. Material específic per a l'educació de mares i pares (edició bilingüe: catalán y castellano) | | | X | | | | | 1994 | Entidad pública | B10/1995 | Catalán |
| 92. Veinte errores de los padres de hoy | | X | | | | | | 1997 | Editorial | B18/1999 | |
| 93. Violencia familiar y alcohol | | | | | X | | | 2000 | ONG | B21/2000 | |
| 94. Web del National Families in Action | | | | | | | X | S/F | ONG | B18/1999 | http://www.nationalfamilies.org/ |

APÍTULO VIII

LA IMPLICACIÓN DE LOS PADRES EN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS: UN ESTUDIO EMPÍRICO

Sacramento Pinazo Hernandis y Javier Pons Díez
Universidad de Valencia



NDICE

1. Introducción
 - 1.1 Estrategías para fomentar la participación de los padres de prevención
2. Objetivos del estudio
3. Método
 - 3.1 Universo y muestra
 - 3.2 Instrumentos
 - 3.3 Procedimientos
4. Resultados
 - 4.1 Implicación y motivación de los padres en la prevención
 - 4.2 Actitudes de los padres hacia las drogas
 - 4.3 Relaciones entre actitudes y variables socioestructurales
 - 4.4 Relaciones entre actitudes e información sobre las drogas
5. Discusión y conclusiones
 - 5.1 Implicación y motivación de los padres en la prevención
 - 5.2 Actitudes de los padres hacia las drogas
 - 5.3 Relaciones entre actitudes y variables socioestructurales
 - 5.4 Relaciones entre actitudes e información sobre las drogas
 - 5.5 Conclusiones finales
6. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

En el momento actual, aunque tanto el consumo y abuso de drogas como los problemas asociados son complejos en sus determinantes y consecuencias, parece cada vez más claro que las influencias que posibilitan el aumento o disminución de la probabilidad de consumo entre los jóvenes se hallan en todos los niveles del entramado social, incluyendo el individuo usuario, el grupo de iguales, su familia, la escuela, la comunidad, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto

La calidad de vida, el cuidado y la promoción de la salud y la misma prevención, acontecen de forma necesaria dentro del denso tejido social en el que transcurre la historia personal de los individuos. Desde una perspectiva psicocomunitaria de la salud es necesario contemplar todo el contexto socioecológico en que se desenvuelve el sujeto, los grupos sociales de los que forma parte y su influencia en las creencias, valores y actitudes que intervienen en las conductas de salud (Blanco, 1988; Musitu, 1998).

La evolución y avances de la investigación sobre el tema del abuso de drogas nos remiten a una multiplicidad de factores de riesgo que pueden afectar al individuo futuro usuario o consumidor habitual de drogas, con diferentes niveles de influencia (familiar, grupal, social) lo que lleva a considerar modelos etiológicos multivariados y, por tanto, estrategias preventivas de mayor profundidad que la simple consideración de factores individuales.

A este respecto, es necesario señalar que la familia es la primera instancia socializadora del ser humano, tanto por la importancia que lo que en ella ocurre tendrá para el desarrollo de la persona, como por anteceder en su influencia a otras instancias de socialización posteriores tales como la escuela, los medios de comunicación o el grupo de iguales. La familia puede, por tanto, actuar preventivamente, incluso más que la escuela, en un momento propicio -la infancia, momento de mayor plasticidad del ser humano-, para conformar actitudes y comportamientos saludables, en lugar de esforzarse tardíamente en modificar los insanos (Ferrer et al., 1990). Además, la familia

puede tener un cierto nivel de control sobre otras instancias de socialización que aparecen más tarde. Así, la familia, en muchos países, puede escoger el tipo de escuela a la que desea que asistan sus hijos o influir en la política educativa de los centros participando en sus órganos de dirección. También puede controlar en cierta medida, los mensajes que reciben sus hijos a través de los medios de comunicación permitiendo o no, por ejemplo, que contemplen determinados espacios de televisión o facilitando la lectura crítica de los mismos.

A los recursos educativos que la escuela posee y aporta a la prevención (infraestructura física, profesionales, materiales, legitimación,...) debe acompañarse con la acción formativa y motivadora de los padres como agentes preventivos, como el instrumento más trascendental para abordar el empeño y para asegurar su éxito. Así, Oñate (1993) señala que las asociaciones de padres y madres de alumnos (AMPAs) han de ser contempladas como instrumentos institucionales útiles para la prevención, pues pueden ser utilizados como agentes movilizados y de apoyo de las acciones preventivas y de educación para la salud.

Aportaciones metodológicas institucionales (Generalitat Valenciana, 1992) subrayan el papel que juegan los padres en la educación para la salud, por lo que deben ser invitados a participar en las actividades preventivas, donde podrán asumir las siguientes funciones: a) Intervenir en el diseño y evaluación de las actividades preventivas y de educación para la salud, a través de su actividad en los órganos de participación disponibles; b) asegurar la continuidad educativa de los procesos iniciados en la escuela; c) proteger las acciones educativas de las actitudes, valores o conductas contradictorias que pueden disminuir la eficacia del proceso educativo; y c) favorecer el estudio de alternativas posibles a los problemas detectados, ayudando a comprender de manera más adecuada, la realidad social y cultural en que se desarrollarán las actividades educativas.

Los padres, pues, como principales responsables de la educación de sus hijos, adquieren una importancia fundamental en todo planteamiento preventivo, lo cual resalta la necesidad de que asuman un papel activo en la prevención. Llegados a este punto, nos encontramos con la necesidad de formar, de "educar" a los padres para que adquieran los conocimientos, actitudes y competencias requeridas para desempeñar su papel educativo adecuadamente. Laudeman (1984) resalta que a los padres les cuesta implicarse en los programas de prevención pues desconocen lo importante que es su actitud y comportamiento frente a los hijos en el posterior consumo de sustancias. Los padres no siempre están "preparados" para desarrollar un comportamiento de relación con sus hijos que facilite su ajuste conductual, emocional y social, y que le oriente hacia el desarrollo personal y el cuidado de la salud. El hecho de ser progenitor no implica necesariamente, ser un buen educador. Precisamente, se ha destacado que las disfunciones relacionales en la familia son el principal factor de riesgo en el consumo abusivo de drogas (Pons y Buelga, 1994), es decir, que los padres pueden desarrollar -involuntariamente en la mayoría de casos-, estrategias y comportamientos de relación con sus hijos que orienten a éstos hacia el desajuste.

Entre los objetivos de la intervención preventiva definidos en la política a nivel estatal del Plan Nacional sobre Drogas, aparece el fomento de las habilidades educativas y comunicativas de los padres, promoviendo así su función como agentes de salud, y desarrollando acciones que les capaciten para cumplir este papel adecuadamente (Salvador, 2000). Así pues, la necesaria participación de los padres debe venir propiciada por la capacitación de éstos en tareas preventivas. El progenitor debe ser consciente de la influencia que todo su comportamiento ejerce sobre el desarrollo de sus hijos; debe conocer que sus actitudes y valores, que los mensajes implícitos y explícitos que elicit, o que la manera de relacionarse, solucionar conflictos o gestionar emociones, ejercen un notable impacto sobre el ajuste psicosocial de sus hijos (Pons, 1994). Los padres en ocasiones son desconocedores de estas circunstancias y debe enseñárseles no sólo el "cómo" sino también concienciarlos del "qué". Como afirma Vega (1990), los padres no podrán ser auténticos educadores si antes no han recibido una educación adecuada.

Las estrategias formativas deben ayudar al conocimiento de sus propias actitudes ante la educación de sus hijos, ante las drogas institucionalizadas, y ante el niño, adolescente o el adulto consumidor. Es importante que los padres conozcan su rol educador, que identifiquen las causas y motivaciones de su propio comportamiento y las reacciones que éste puede provocar en sus hijos, al tiempo que se enfrentan con su propia conducta que incluye, en ocasiones, el uso de drogas institucionalizadas. Por ello, como estrategias metodológicas de formación de padres, se ha sugerido ir más allá de las clásicas y puntuales conferencias informativas, e incluir procedimientos de mayor incidencia sobre las variables que se pretenden fomentar en los padres, tales como escuelas de padres, cursos formativos específicos o programas que utilicen tecnologías comunicativas como la radio o el vídeo (Vega, 1993). Esta educación de los padres debe llegar hasta el cambio de actitudes y hábitos. Por esto, no bastarían sólo las charlas informativas o la lectura aislada de folletos.

Las escuelas de padres dirigidas a quienes tienen hijos en la infancia o en la adolescencia o, incluso, a quienes contemplan la posibilidad de tenerlos (hablamos de prevención primaria: anticipación del propio factor de riesgo) aparecen como una oportunidad de proporcionar a los padres información, formación y asesoramiento oportunos para desarrollar su papel educativo inespecífico. Es decir, pretenden enseñar a los padres para dotarlos de mayores y mejores recursos educativos que desarrollen en sus hijos comportamientos, actitudes, valores y habilidades psicológicas y relacionales que les permitan enfrentarse lo más eficazmente posible a sí mismos y a la realidad de la vida social (Durán y Bueno, 1996; Durán, 1997). Como afirman Pons y Berjano (1999), se trata de implementar planes de prevención primaria que intervengan en la manera adecuada sobre todas aquellas fuerzas que inciden en el adolescente, para que ellas mismas ejerzan su influencia en la dirección deseada, sin realizar una intervención directa que pudiera generar respuestas de reactancia en el muchacho.

En cualquier caso, estas acciones de educación para padres conviene integrarlas en planes comunitarios más amplios, que sirvan de apoyo y muestren una continuidad. No hemos de olvidar que aun siendo la familia el principal agente socializador, y por tanto preventivo, no es el único. La escuela y las instancias administrativas públicas con su labor de control, juegan un papel tal vez menos decisivo, pero igualmente conveniente. La enseñanza, la información, las alternativas de ocio, cualquier tarea orientada al crecimiento personal, el diseño de climas educativos favorecedores del éxito y programas concretos de intervención educativa en la familia, en la escuela, en los barrios y en los medios de comunicación, son los instrumentos válidos para la consecución de los objetivos preventivos que se propongan (Vega, 1993).

La prevención requiere y debe favorecer a un tiempo la implicación de sus protagonistas directos -padres e hijos- en la consecución de su propio bienestar. Los individuos y la comunidad son en última instancia los receptores de los beneficios de toda acción preventiva, y por tanto debe esperarse y fomentarse su máxima implicación en ésta. La integración de los agentes preventivos dentro de estrategias globales de educación social en la comunidad, se nos presenta como un instrumento de indudable utilidad metodológica.

Es fundamental la aportación de la psicología comunitaria al campo de la prevención del uso indebido de drogas, puesto que es el instrumento científico más adecuado para estudiar, analizar y evaluar los recursos comunitarios que se pueden emplear para promover la salud. Posteriormente, se podrá manejar estos recursos para implementar programas de acción social de cara a obtener estas mejoras en la calidad de vida de la comunidad y sus individuos. La acción comunitaria es esencialmente pragmática, por cuanto pretende investigar los recursos de la comunidad, evaluar las necesidades de sus miembros, investigar los orígenes de las conductas de riesgo, para finalmente, promover, "junto" y "para" los propios ciudadanos, los mencionados programas de intervención.

La participación de los individuos es especialmente relevante en las acciones comunitarias de promoción de la salud, por cuanto el fomento de estilos de vida saludable, meta prioritaria de los programas de educación para la salud, requiere la implicación de los propios ciudadanos, así como que éstos realicen un cuidadoso estudio de sus creencias de salud, de sus actitudes, del significado de sus ámbitos de relación y apoyo, así como de las variables relacionadas con sus estados emocionales (Adams, 1989).

A este respecto, Marchioni (1989) expresa que el cambio social no será efectivo sólo por la pretensión de las instancias interventivas de carácter científico; para que sea efectivo deberá tener lugar a través de la plena participación e integración de las personas interesadas, que deben imponer el ritmo de desarrollo desde el interior de la comunidad, mientras que desde el exterior se motiva, se propone o se educa. El profesional que actúe en programas comunitarios de promoción de la salud, debe participar en la planificación y desarrollo de los programas, pero siempre coordinándose

con los agentes sociales, favoreciendo la normalización de la participación y la optimización de los recursos de éstos. En este sentido, el objetivo de los programas es conseguir que la propia comunidad se convierta en un lugar de encuentro participativo, y por tanto educativo, formativo y de desarrollo.

La comunidad es, de hecho, el marco educativo en el que individuo, la familia y las instancias educativas formales adquieren sentido de unidad integradora de la acción preventiva. La comunidad así, debe actuar como un agente integrador de las aportaciones de individuos, grupos e instituciones. En este contexto comunitario, la participación de las AMPAs, junto con la institución escolar y los recursos que ella posee, tomará la forma de acción coordinada preventiva, aportando una acción social más eficaz.

Cada vez más, se va abriendo camino y sedimentando la idea de la conveniencia de una corresponsabilidad y un trabajo conjunto desde los orígenes de los programas. Ferrer et al. (1993) señalan la necesidad de programar las actividades de prevención junto con las AMPAs, así como de contar con padres de ex toxicómanos -adecuadamente formados e informados- como colaboradores para algunas intervenciones preventivas.

Siguiendo a Oñate (1993), hemos de considerar las AMPAs como una reserva aún no del todo explotada como recurso social para la prevención del uso indebido de drogas y otras conductas desajustadas. El hecho de que las AMPAs agrupen a los padres precisamente por sus intereses educativos hace de ellas instrumentos privilegiados para el diseño y promoción de iniciativas de prevención familiar. Las AMPAs, además, cuentan con una cierta capacidad de convocatoria respecto a sus miembros asociados.

Sin embargo, los padres pueden encontrarse con numerosas dificultades a la hora de desempeñar su rol educativo-preventivo con eficacia. Autores como Cohen (1982) o Schuchard (1984) ya señalaban que la desorientación, confusión e ignorancia de los padres en lo que respecta a las drogas y la prevención pueden generar dificultades y tensiones; esto es porque los padres carecen de orientación y formación suficiente, así como materiales y modelos para ejercer adecuada y plenamente su función educativa genérica, que incluye también muchas dimensiones de la educación para la salud.

Por otra parte, algunos estudios recientes han evaluado la disposición de los padres para integrarse junto a los educadores en las labores preventivas (Ongil, 1990; Ferrer y Ayneto, 1991; Pallarés y Llopis-Llácer, 1993; Durán, Peris-Miró y Selles, 1996). Los resultados de estas experiencias arrojan algunas conclusiones similares, entre las que podemos destacar que los padres manifiestan en general una buena disposición a la integración en las labores preventivas, pero de hecho su participación real en las acciones propuestas es muy escasa, así como también lo es su nivel de utilización de recursos comunitarios -AMPAs, asociaciones de vecinos, ...-. En relación con esto, Ferrer (1998) tras una revisión sobre el tema, apunta que la participación de los padres en cursos de prevención dirigidos a ellos apenas llega a un 5% de los convocados en el mejor de los casos revisados. También es un hecho comprobado que el padre se muestra mucho menos dispuesto a participar que la madre. Respecto a esto

último, y como señala Ongil (1990), no hemos de obviar que la tendencia habitual en nuestra sociedad es que las parejas deleguen la educación de los hijos preferentemente en las madres, así, la gran mayoría de los asistentes a estas actividades preventivas son mujeres, llegando la proporción de éstas de más del 90% en algunos casos.

El mismo interés que últimamente ha impregnado a las estrategias terapéuticas de "llegar a los que no vienen" está empezando a manifestarse en prevención, al comprobarse de forma generalizada el bajo porcentaje de padres participantes en las acciones y programas organizados. La dificultad de acceder a la familia puede explicarse entre otras cosas por el carácter privado que esta institución tiene en nuestra sociedad, por la poca tradición de asociacionismo en la familia española, así como por la excesiva delegación de responsabilidad en la escuela que efectúan muchos padres (Pallarés y Llopis-Llácer, 1993). También es una dificultad el hecho paradójico de que generalmente participan en las actividades aquellos padres más integrados socialmente, menos consumidores, con mejores habilidades de relación con sus hijos y más motivados hacia su educación, que son, tal vez, los que menos lo precisan (Ferrer y Ayneto, 1991; Cohen, D. y Linton, 1995), pues la misma participación es ya un indicador de buen ajuste psicosocial de la familia en cuestión.

Investigadores como Ferrer (1998) proponen evaluar el impacto diferencial que, sobre la participación de los padres, tienen diversos métodos tales como el vídeo, el folleto y las charlas. De esta forma comprueba que alrededor de las dos terceras partes de quienes recibieron en su casa un vídeo informativo de 30 minutos sobre la prevención desde la familia, manifestaron haberlo visto, del mismo modo que la mitad de quienes recibieron un folleto o librito, dijo haberlo leído; pero tan sólo un 8% de los padres convocados a una charla-coloquio asistió a la misma. Parece esperable de nuestra sociedad que los métodos audiovisuales tengan mayor interés, pero es notable la falta de motivación participativa en acciones más enriquecedoras como las charlas presenciales. Datos similares apunta Pinilla (1997) quien refiere que más de las tres cuartas partes de padres manifiestan haber visto el vídeo que se les envió, aunque también se comprueba que más de la mitad de los que vieron el vídeo pensaban que no necesitan más actividades de formación o asesoramiento tales como charlas, cursillos o reuniones.

1.1. Estrategias para fomentar la participación de los padres en los programas de prevención

Se han señalado algunas estrategias para fomentar la participación de los padres en las acciones preventivas convocadas y organizadas desde la escuela. Así, Laudeman (1984) propone que parte del trabajo del profesional de la educación es implicar a los padres en grupos educativos sobre drogas y en especial hacer hincapié en los padres a los que denomina "apáticos" (los llamaríamos "poco

implicados") con los que sugiere realizar llamadas telefónicas, contactos personales previos, enviar notas escritas, visitarlos en sus domicilios, etc. Otras técnicas que este autor cita para aumentar la motivación de tales padres son emitir anuncios por la radio y planificar las sesiones cuidadosamente para no coincidir con momentos que faciliten las excusas para la inasistencia (horario laboral, actividades religiosas, e incluso acontecimientos deportivos o similares), lo cual implica un ejercicio de empatía saludable y útil de cara a los objetivos propuestos.

También se ha valorado la posibilidad de incentivar económicamente a los padres para que participen. Este procedimiento fue seguido por Grady, Gersick y Boratinsky (1985) quienes pagaron a los padres para compensarlos de los gastos de desplazamiento y cuidado de sus hijos por acudir a un curso de doce horas dirigido a incrementar las habilidades parentales, pero, aún así, sólo consiguieron la participación de una cuarta parte de los padres convocados.

Por su parte, Rosenwald (1985) apunta que para solventar el problema de la poca participación de los padres en conferencias, reuniones u otras actividades en la escuela propone organizar learning parties llevadas a cabo en un medio neutral -por ejemplo, un centro cívico, con lo que se asegura la participación de otros recursos comunitarios- a las que se invita personalmente a los padres, se sirven bebidas no alcohólicas, y se potencia el diálogo en pequeños grupos entre padres e hijos, agrupando a padres con adolescentes que no sean sus hijos y moderados por un especialista en prevención y educación para la salud.

Ferrer et al. (1993) proponen fórmulas para incrementar la participación de los padres tales como cuidar a fondo las estrategias de convocatoria realizadas desde la escuela, contar con la participación de los profesores en estas convocatorias así como de la dirección de las AMPAs, acercarse a diversos subgrupos de padres con métodos de mayor a menor intensidad en función del esfuerzo que éstos estén dispuestos a realizar, utilizar complementariamente vías alternativas a la escuela para llegar a los padres (medios de comunicación, escuelas de adultos, asociaciones vecinales, entidades ciudadanas, consultas médicas, etc.), o llegar a los padres a través de los hijos, ya que de esta manera se implica al hijo en la dinámica educadora y se facilita que el padre modifique sus comportamientos y percepciones ante la educación de sus hijos. También señalan que será importante contextualizar la intervención preventiva en el marco de los problemas y características globales del barrio, de la localidad o del ámbito geográfico-cultural, así como proceder con cautela al tratar el tema "drogas legales frente a drogas ilegales" por las reacciones emocionales negativas y de rechazo asociadas a estas últimas.

Finalmente, se debe mencionar que no debe olvidarse que los objetivos de prevención han de ser formulados teniendo en cuenta las necesidades y objetivos con los que distintos partícipes afrontan el programa, pues lo contrario significaría que la acción práctica sea ineficaz, y por tanto desmienta la propuesta teórica formulada de partida por las instancias profesionales (Granado, 1992).

Esto implica tomar en consideración qué esperan y cómo se posicionan los protagonistas del trabajo preventivo (padres, en el caso de los modelos que estamos analizando) ante la misma prevención.

En cualquier caso, queremos resaltar que la participación de los padres en los programas preventivos es una condición necesaria, pero no suficiente. No se nos escapa que la multicausalidad del problema requiere múltiples ámbitos de intervención. La participación de los profesionales de la educación -y no sólo los de la escuela, también los de la educación social,...- junto con los padres, garantizará un acercamiento más eficaz a la prevención. También esto requiere no sólo de formación y capacitación adecuada por parte de los profesionales, sino también de concienciación y motivación para la cogestión de las acciones a desarrollar. Como afirma Recio (1999), padres y profesionales son los que deben educar a los niños y adolescentes, pero siempre y cuando los padres tengan orientación, información y apoyo suficientes, que deben ser aportados por los expertos, y actúen conjuntamente con otras instancias como son las propias AMPAs, asociaciones vecinales, recursos comunitarios, instituciones públicas, etc. Es este contexto mesosistémico, donde se dan las relaciones entre los microsistemas que influyen en el desarrollo del niño o del joven, el espacio en que se conjugan las aportaciones de padres y profesionales, y por tanto el espacio idóneo para la prevención.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

- (1) Describir la posición y la opinión de los padres respecto a su implicación e intereses hacia la prevención del consumo de drogas en los alumnos de enseñanzas básicas y medias.
- (2) Describir las actitudes que los padres mantienen hacia la prevención del consumo de drogas en los alumnos de enseñanzas básicas y medias, así como hacia el consumo de drogas en general.
- (3) Establecer relaciones empíricas entre las actitudes anteriormente descritas y determinadas variables sociodemográficas de la familia.

3. MÉTODO

3.1. Universo y muestra

Los estratos que componen el universo de la presente investigación corresponden a padres de ambos sexos con hijos escolarizados en centros públicos y privados de enseñanzas básicas y medias en todo el territorio de la Comunidad Valenciana, procedentes tanto de áreas urbanas como rurales.

Para realizar la investigación se seleccionó una muestra compuesta por 1257 personas. En la Tabla 1 aparece la distribución de frecuencias y porcentajes de esta muestra, para las variables estructurales.

Tabla 1
Distribución de frecuencias y porcentajes por variables estructurales

| Género | Frecuencia | Porcentaje | Porc. Acum. |
|----------------|------------|------------|-------------|
| Varones | 590 | 46.9 | 46.9 |
| Mujeres | 667 | 53.1 | 100.0 |
| Edad | Frecuencia | Porcentaje | Porc. Acum. |
| 20-34 | 486 | 38.7 | 38.7 |
| 35-49 | 410 | 32.6 | 71.3 |
| 50-64 | 361 | 28.7 | 100.0 |
| Localidad | Frecuencia | Porcentaje | Porc. Acum. |
| < 20000 | 331 | 26.3 | 26.3 |
| 20000-50000 | 377 | 30.0 | 56.3 |
| 50000-100000 | 173 | 13.8 | 70.1 |
| + 100000 | 376 | 29.9 | 100.0 |
| Nivel Estud. | Frecuencia | Porcentaje | Porc. Acum. |
| Sin estudios | 194 | 15.5 | 15.5 |
| Básicos | 455 | 36.2 | 51.7 |
| Medios | 263 | 20.9 | 72.6 |
| Diplomatura | 224 | 17.8 | 90.4 |
| Licenciatura | 121 | 9.6 | 100.0 |
| Ingresos Econ. | Frecuencia | Porcentaje | Porc. Acum. |
| < 100000 | 169 | 13.4 | 13.4 |
| 100000-150000 | 518 | 41.2 | 54.6 |
| + 150000 | 570 | 45.4 | 100.0 |
| Tipo Centro | Frecuencia | Porcentaje | Porc. Acum. |
| Privado | 77 | 6.1 | 6.1 |
| Concertado | 457 | 36.4 | 42.5 |
| Público | 723 | 57.5 | 100.0 |
| Creencias Rel. | Frecuencia | Porcentaje | Porc. Acum. |
| Practicante | 351 | 27.9 | 27.9 |
| Creyente | 677 | 53.9 | 81.8 |
| No creyente | 229 | 18.2 | 100.0 |

La descripción de frecuencias y porcentajes que puede observarse en la Tabla 1 explica la distribución de la muestra en función de: a) el sexo de los padres encuestados; b) la edad (tres niveles de edad); c) la localidad de residencia familiar (por número de habitantes); d) el nivel de estudios alcanzado por los padres (en cinco niveles: primarios sin concluir, graduado escolar o similar, bachiller o formación profesional, diplomatura universitaria o similar y licenciatura universitaria o similar); e) la estimación de

ingresos familiares mensuales; f) el tipo de centro donde son escolarizados los hijos; y g) las creencias religiosas del progenitor encuestado (practicante de alguna religión, creyente no practicante y no creyente).

3.2. Instrumentos

Para obtener los datos de nuestra investigación se utilizaron tres cuestionarios de elaboración propia, que fueron administrados a la muestra de manera individual, y que se describen a continuación:

- Escala de variables estructurales. Se trata de un cuestionario en el que se interroga al progenitor sobre las variables estructurales descritas en la Tabla 1.
- Escala de motivación e intereses hacia la prevención, que consta de dos partes. La primera consiste en un cuestionario de siete ítems con respuestas cerradas de elección múltiple, en los que se interroga a los padres respecto a: a) procedencia de la información que tiene el progenitor encuestado sobre las drogas; b) cantidad de información sobre el tema de las drogas que el progenitor estima que posee; c) áreas de interés en el tema de las drogas; d) implicación en actividades preventivas; e) preferencia de actividades preventivas; f) dificultades para la implicación en las actividades preventivas; y g) preferencias de dedicación temporal a las actividades preventivas. La segunda parte consiste en diez ítems donde se presentan otros tantos tipos de posibles temas que se pueden incluir en cursos preventivos dirigidos a padres, ante los cuales el progenitor encuestado debe formular sus preferencias de implicación personal.
- Escala de actitudes hacia las drogas: Cuestionario de treinta y un ítems sometidos a una escala tipo Likert de seis pasos (De "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo") que reflejan el posicionamiento de los padres encuestados ante diversas cuestiones relacionadas con el consumo de drogas. Estos ítems fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, con la finalidad de obtener una estructura empírica del cuestionario que facilitara el establecimiento de relaciones con otras variables. Esta estructura resultó ser de siete factores empíricos, y cada ítem fue asignado al factor en el que obtenía una mayor saturación en valor absoluto. En las líneas que siguen se explica brevemente el contenido de estas siete variables (Entre paréntesis se especifica el porcentaje de varianza explicado por cada factor así como el número de los ítems que lo componen -ver Tabla 10-. Todos los ítems saturan en positivo en el factor al que han sido asignados):
 - Actitud Preventiva (8.767%: 12, 13, 16, 17, 18 y 19): Creencias respecto a la idea genérica de que es posible anticiparse a la aparición del consumo de drogas en la infancia y adolescencia, mediante el desarrollo de acciones preventivas a través de las instituciones escolar y familiar. Los progenitores que puntúan alto en este factor están, pues, manifestando una actitud positiva hacia la prevención escolar y familiar como solución eficaz al problema del abuso de drogas, al contrario de aquéllos que puntuaran bajo.

- Factores de Riesgo (9.48%: 7, 9, 10, 11, 14, 15 y 24): Este factor hace referencia a la creencia en la existencia de determinadas variables que actúan como pre-disponentes del consumo de drogas en edades tempranas. Es decir, una puntuación elevada indicaría una creencia respecto a que el consumo de sustancias tóxicas en los menores se deriva de determinados factores asociados a los ámbitos relacionales y educativos del muchacho, mientras que la puntuación baja reflejaría una desconsideración de esos posibles factores desencadenantes.
- Actitud Represiva (6.658%: 3, 6 y 20). El factor así denominado recoge la convicción de que la mejor manera de abordar el consumo de drogas -tanto institucionalizadas como no institucionalizadas- entre los menores, son las medidas legales restrictivas y sancionadoras.
- Actitud Permisiva (6.899%: 1, 2, 4, 5, 8 y 31): Los ítems de este factor hacen referencia a creencias basadas en la tolerancia hacia el consumo de sustancias, principalmente institucionalizadas. No debe verse como el polo opuesto al factor Actitud Represiva en un supuesto continuo Permisividad-Represión, pues los ítems agrupados en el factor que ahora describimos hacen referencia fundamentalmente a las sustancias institucionalizadas.
- Hedonismo (5.56%: 27 y 29): Actitudes referidas a la dimensión placenterista asociada al consumo de drogas como motivación principal de su consumo. Quien puntúe alto está manifestando una creencia en que el consumidor de drogas realiza este comportamiento motivado, esencialmente, por su deseo de placer, satisfacción y/o evasión, sin mayores consideraciones.
- Intervención (5.775%: 22, 23 y 30): Esta variable recoge concepciones positivas hacia los programas de intervención postproblema (es decir, tratamiento clínico-terapéutico) como solución más eficaz. Nótese (ver Tabla 10) cómo en este factor se incluye un ítem que afirma creencias en los programas preventivos realizados "en la escuela", dato que consideramos muy interesante a los efectos de nuestra investigación, ya que esto viene a indicar que la tendencia de los padres con actitudes "interventivas" es atribuir la responsabilidad del problema a los profesionales de la desintoxicación y, en todo caso, a los profesionales educadores.
- Actitud Moralista (6.355%: 21, 25, 26, y 28): Este último factor agrupa ítems que tienen el denominador común de recoger concepciones censuradoras del consumo de drogas, aunque no orientadas hacia la represión legal, sino más bien hacia la reprobación moral.

En todos los casos, la puntuación se obtuvo asignando seis puntos a la respuesta "totalmente de acuerdo", cinco a "bastante de acuerdo", y así sucesivamente hasta la respuesta "totalmente en desacuerdo" que recibe un punto. De esta manera, y dado que, como hemos señalado anteriormente, todos los ítems saturan en positivo en su respectivo factor, una alta puntuación directa se corresponde con una mayor incidencia de la variable correspondiente.

3.3. Procedimiento

En primer lugar se realizaron análisis descriptivos para conocer los porcentajes de respuesta a las cuestiones incluidas en el cuestionario de motivación e intereses hacia la prevención, así como, por el mismo procedimiento, la descripción de respuestas al cuestionario de actitudes. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis de varianza con la finalidad de detectar las relaciones entre las siete variables derivadas del cuestionario de actitudes y las variables estructurales utilizadas. Finalmente, se elaboró el mismo tipo de análisis diferencial para establecer relaciones entre los siete factores de actitudes y dos variables incluidas en el cuestionario de motivación e intereses, como son el origen de la información que los padres disponen sobre las drogas y la estimación subjetiva de la cantidad de información disponible por el progenitor. En los análisis de varianza, se utiliza siempre como variables dependientes las puntuaciones de los siete factores de la escala de actitudes y, en el caso de los análisis realizados con variables independientes de más de dos niveles, se realizan posteriormente los correspondientes tests de contraste de medias de Tukey para determinar el sentido de las diferencias significativas encontradas.

4. RESULTADOS

4.1. Implicación y motivación de los padres en la prevención

Se ofrecen, en primer lugar, los datos referidos a la distribución de porcentajes de respuesta referidos a la procedencia de la información sobre las drogas que poseen los padres de la muestra seleccionada. En la Tabla 2 aparecen estos datos.

Tabla 2

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para la variable "La información que tiene de las drogas procede preferentemente de:"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|--|------------|
| Medios de comunicación | 62,8 |
| Mis amigos | 10,6 |
| Libros o revistas especializadas | 10,2 |
| Conferencias, charlas, cursillos, etc. | 4,7 |
| Estudios realizados | 4,0 |
| Contacto directo con drogodependientes | 3,9 |
| Otros | 4,0 |

Como se observa en la Tabla 2, los medios de comunicación social (prensa, radio, televisión,...) representan, con mucha diferencia, la principal fuente de información sobre drogas que poseen los padres. A mucha distancia aparece la fuente relacional (los amigos) y la lectura de libros o revistas de carácter científico o divulgativo.

El resto de fuentes de información son señalados por menos de la quinta parte de la muestra.

En la Tabla 3 se exponen los datos correspondientes a la estimación de los conocimientos que se poseen sobre las drogas.

Tabla 3

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para la variable "La información que tiene sobre las drogas la considera:"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|------------|------------|
| Escasa | 66,4 |
| Suficiente | 28,2 |
| No tengo | 5,4 |

Vemos en la Tabla 3 que las dos terceras partes de la muestra encuestada manifiesta poseer unos conocimientos que le parecen escasos sobre las drogas, e incluso un 5.4% dice no poseer ningún conocimiento sobre este tema.

En la Tabla 4 se muestra la distribución de porcentajes de elecciones de respuesta sobre temas de interés respecto de drogas.

Tabla 4

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para la variable "Su interés por el tema de las drogas se centra preferentemente en:"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|------------|
| Los métodos para prevenir las drogas | 61,4 |
| Los efectos de las drogas | 31,2 |
| Las leyes sobre las drogas | 5,6 |
| La composición de las drogas | 1,8 |

Los datos expuestos en la Tabla 4 indican, de nuevo, una tendencia muy clara en las respuestas de los padres, pues un 61.4% se decanta preferentemente por los procedimientos de prevención como tema de interés, y un 31.2% lo hace por los efectos de las drogas, mientras que las leyes y la composición química de las sustancias tóxicas son de interés para porcentajes muy reducidos de padres.

La Tabla 5, que aparece a continuación, expone las respuestas a la cuestión de la predisposición a participar en las actividades preventivas.

Tabla 5

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para la variable "Si en el centro de su hijo se organizase alguna actividad dirigida a padres para la prevención del consumo de drogas ¿participaría Vd. en esta actividad?:"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|
| Si | 88,5 |
| No | 11,5 |

Observamos en la anterior Tabla 5 que la disposición mayoritaria de los padres es a participar, aunque es destacable como un 11.5% manifiesta claramente que no lo haría.

Respecto a la preferencia de actividades a realizar en los centros educativos, las tendencias de respuesta son explicitadas en la Tabla 6.

Tabla 6

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para la variable "Si en el centro de su hijo se organizase alguna actividad dirigida a padres para la prevención del consumo de drogas, Vd. preferiría que fuese:"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|
| Charlas informativas | 45.8 |
| Videos comentados | 29.8 |
| Cursillos | 17.8 |
| Folleto explicativos | 6.6 |

Se observa en la citada Tabla 6 que las charlas informativas son elegidas como preferencia por casi la mitad de los padres, y cerca de una tercera parte se decanta por el procedimiento del vídeo. Un escaso 17.8% elige los cursillos y sólo el 6.6%, los folletos.

Pasamos a contemplar en la Tabla 7 los motivos por los cuales los padres dejarían de acudir a este tipo de actividades en el centro escolar de sus hijos.

Tabla 7

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para la variable "En caso de no poder participar, sería debido a:"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|-----------|------------|
| Trabajo | 42.1 |
| Salud | 4.1 |
| Otros | 53.8 |

Como se comprueba en la Tabla 7, las razones para la no participación son muy diversas (la categoría 'otros' recibe un 53.8% de respuestas), aunque entre los motivos concretos se destaca claramente la incompatibilidad con las actividades laborales.

Siguiendo con la exposición de los datos, mostramos en la Tabla 8 los referidos a la disponibilidad temporal de los padres para participar en las acciones preventivas.

Tabla 8

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para la variable "¿Cuánto tiempo dedicaría Vd., semanalmente, a actividades relacionadas con el tema de las drogas?:"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|------------|
| Una hora como máximo | 50.3 |
| Entre una hora y una hora y media | 34.7 |
| Más de una hora y media | 15.0 |

En la Tabla 8 vemos que la mitad de los padres muestreados declaran que sólo se implicarían en tareas preventivas realizadas desde el centro educativo un máximo de una hora semanal, y tan sólo un 15% estaría dispuesto a dedicar más de noventa minutos semanales.

Para finalizar este apartado, son expuestos en la Tabla 9 los porcentajes de respuesta para la variable 'temas interesantes en las actividades preventivas realizadas desde el centro educativo'.

Lo más destacable de lo observado en la Tabla 9 es que nueve de los diez temas propuestos en el cuestionario son señalados como interesantes por más del 70% de la muestra, pues sólo el tema de la legislación llega a un "escaso" 52.2% de elecciones. El tema más elegido es el de la prevención, seguido por el genérico de "soluciones" y los de efectos de las drogas, la comunicación familiar y los motivos del consumo precoz. Estos datos son muy coincidentes con los anteriormente expuestos en la Tabla 4 -recordemos que un 61.4% manifestaba su interés preferente por los procedimientos de prevención-. Es destacable que el tema del consumo de alcohol (pese a ser señalado de interés por el 78% de los padres) ocupa la octava posición entre diez, un puesto relativamente bajo.

Tabla 9

Distribución de porcentajes para la variable "temas señalados como interesantes"

| CATEGORÍA | PORCENTAJE |
|--|------------|
| Prevención del consumo de drogas | 97.0 |
| Soluciones ante el problema de las drogas | 90.1 |
| Efectos de las drogas | 88.9 |
| Cómo comunicarse con los hijos | 88.8 |
| Motivos por los que se comienza a consumir | 88.8 |
| Dificultades en las relaciones familiares | 82.3 |
| Rehabilitación y reinserción de adictos | 81.5 |
| Consumo de alcohol y sus efectos | 78.0 |
| Cómo detectar al consumidor | 71.8 |
| Legislación sobre las drogas | 52.2 |

4.2. Actitudes de los padres hacia las drogas

En este apartado realizaremos un análisis descriptivo de las respuestas de los padres al cuestionario de actitudes. En primer lugar, ofrecemos en la Tabla 10 la distribución de porcentajes por categoría de respuesta para los treinta y un ítems de la escala.

Como indicador gráfico del sentido en que se mueven las respuestas dadas a cada ítem, aparecen subrayados en la Tabla 10 aquellos porcentajes de respuesta más elevados que agrupan a más del 50% de la muestra; de esta forma puede apreciarse mejor la tendencia de respuesta mayoritaria.

Tabla 10

| Pasos de las escala: 1- Totalmente en desacuerdo; 2- Bastante en desacuerdo 3- En desacuerdo; 4- De acuerdo; 5- Bastante de acuerdo; 6- Totalmente de acuerdo | | | | | | |
|---|-------------|------|-----|-------------|-------------|-------------|
| Ítem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas | 14.1 | 4.6 | 3.2 | 19.5 | <u>35.1</u> | <u>23.5</u> |
| 2. Fumar es preferible a beber | <u>24.7</u> | 8.6 | 8.2 | <u>22.9</u> | <u>21.2</u> | 14.4 |
| 3. Se debe prohibir la venta de alcohol y tabaco a menores de 18 años | 6.1 | 2.6 | 2.2 | 8.0 | 12.6 | <u>68.4</u> |
| 4. No hay nada malo en tomar drogas si te hace sentirte mejor | <u>76.5</u> | 10.2 | 3.3 | 6.0 | 1.4 | 2.6 |
| 5. Es muy agradable fumarse un cigarrillo con mis amigos | 15.6 | 6.9 | 6.0 | 19.2 | <u>26.7</u> | <u>25.6</u> |
| 6. Las personas que consumen drogas con frecuencia o son delincuentes o acabarán siéndolo | 14.8 | 7.6 | 5.3 | 14.0 | <u>24.3</u> | <u>34.0</u> |
| 7. El consumo de drogas esta relacionado con fracaso escolar | 15.8 | 8.8 | 8.2 | <u>17.6</u> | <u>24.4</u> | <u>25.2</u> |
| 8. No pasa nada por tomar bebidas que contengan alcohol | <u>36.1</u> | 15.4 | 8.4 | <u>21.4</u> | 11.1 | 7.5 |
| 9. Los jóvenes consumen drogas por un ambiente familiar insatisfactorio | 15.2 | 9.9 | 8.8 | <u>22.3</u> | <u>34.0</u> | 9.8 |
| 10. El consumo de drogas está relacionado con problemas afectivos | 9.4 | 7.9 | 9.5 | <u>22.4</u> | <u>37.2</u> | 13.7 |
| 11. Los jóvenes consumen drogas para evitar el rechazo de los amigos que las toman | 11.0 | 9.3 | 8.1 | <u>22.0</u> | <u>34.0</u> | 15.6 |
| 12. Insistir a los adolescentes sobre los peligros de las drogas | 1.8 | 2.6 | 1.8 | 7.8 | 25.9 | <u>60.1</u> |
| 13. Si sé que mi hijo se droga, hablaría con él, trataría de saber porqué lo hace, le aconsejaría y le propondría ir a un especialista | 1.4 | 0.2 | 0.6 | 1.5 | 11.9 | <u>84.4</u> |
| 14. El consumo de drogas está relacionado con problemas económicos | <u>28.9</u> | 14.1 | 8.3 | <u>22.3</u> | 16.7 | 9.8 |
| 15. La gente consume drogas para evadirse | 4.5 | 4.6 | 4.9 | 16.3 | <u>37.9</u> | <u>31.7</u> |
| 16. Una mejor comunicación jóvenes-adultos, contribuye a solucionar el problema del abuso de drogas | 1.1 | 1.5 | 2.6 | 9.8 | <u>36.8</u> | <u>48.1</u> |
| 17. En un programa global de lucha contra la droga la medida más eficaz es la orientación y asistencia familiar | 1.1 | 1.2 | 1.1 | 11.7 | <u>40.8</u> | <u>44.1</u> |

| | | | | | | |
|--|-------------|------|-----|-------------|-------------|-------------|
| 18. En un programa global de lucha contra la droga la medida más eficaz es la educación sobre las drogas en la escuela | 1.1 | 1.1 | 1.9 | 8.9 | <u>41.8</u> | <u>45.1</u> |
| 19. La solución al problema de las drogodependencias exige, más que tratamientos individuales, una intervención social global | 2.8 | 1.8 | 3.2 | 15.0 | <u>33.1</u> | <u>44.2</u> |
| 20. Todo alumno que consuma drogas ilegales debe ser de inmediato expulsado del colegio para que no contagie a otros alumnos | <u>29.8</u> | 13.8 | 6.8 | <u>19.8</u> | 10.9 | <u>18.8</u> |
| 21. Las drogas son la perdición de muchas personas | 4.5 | 2.0 | 1.1 | 2.2 | 12.6 | <u>77.5</u> |
| 22. Para erradicar el problema de las drogas aumentaría el número de profesionales y centros de desintoxicación y rehabilitación | 2.6 | 2.1 | 3.0 | 10.0 | 22.4 | 59.8 |
| 23. Para erradicar el problema de las drogas hay que aumentar el número de programas de prevención de la escuela | 1.4 | 1.2 | 1.2 | 6.6 | 25.1 | <u>64.5</u> |
| 24. El consumo de drogas está relacionado con desajustes familiares | 6.2 | 5.7 | 8.0 | <u>26.4</u> | <u>36.2</u> | 17.5 |
| 25. Los profesores deberían dar buen ejemplo no fumando tabaco | 4.5 | 5.0 | 5.2 | 13.7 | <u>22.4</u> | <u>49.2</u> |
| 26. Las personas que toman drogas traen muchos problemas a la sociedad | 2.7 | 2.5 | 4.5 | 8.4 | 23.5 | <u>58.4</u> |
| 27. La gente consume drogas para pasarlo bien, sin más | 9.2 | 7.6 | 9.0 | <u>25.3</u> | <u>27.9</u> | 21.0 |
| 28. Fumar es una forma de desperdiciar el tiempo y dinero | 4.9 | 4.4 | 4.9 | 15.0 | <u>24.0</u> | <u>46.8</u> |
| 29. La gente consume drogas por curiosidad | 7.2 | 5.6 | 6.2 | <u>25.4</u> | <u>37.3</u> | 18.4 |
| 30. En un programa global de lucha contra la droga la medida más eficaz es crear más centros de asistencia y tratamiento | 3.7 | 3.7 | 3.3 | 16.1 | <u>28.2</u> | <u>44.9</u> |
| 31. No hay ningún peligro si se fuma un "porro" de vez en cuando | 30.9 | 12.9 | 6.1 | <u>21.5</u> | 14.2 | 14.5 |

Distribución de porcentajes por categoría de respuesta para los ítems del cuestionario de actitudes

En la Tabla 11 hemos agrupado las respuestas al cuestionario en los siete factores empíricos extraídos, para así conocer y apreciar mejor las tendencias de respuesta para cada una de estas variables. Se muestran porcentajes promediados para cada categoría de respuesta, una vez agrupados los ítems en cada factor, y se utiliza el mismo procedimiento de subrayado que en la tabla anterior.

Tabla 11

Distribución de porcentajes promedio por categoría de respuesta para

| Pasos de las escala: 1- Totalmente en desacuerdo; 2- Bastante en desacuerdo 3- En desacuerdo; 4- De acuerdo; 5- Bastante de acuerdo; 6- Totalmente de acuerdo | | | | | | |
|---|------|-----|-----|------|------|------|
| Factor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ACTITUD PREVENTIVA | 1.5 | 1.4 | 1.9 | 9.1 | 31.7 | 54.4 |
| FACTORES DE RIESGO | 13.0 | 8.7 | 8.0 | 21.4 | 31.5 | 17.4 |
| ACTITUD REPRESIVA | 16.9 | 8.0 | 4.8 | 13.9 | 16.0 | 40.4 |
| ACTITUD PERMISIVA | 33.0 | 9.8 | 5.9 | 18.4 | 18.3 | 14.6 |
| HEDONISMO | 8.2 | 6.6 | 7.6 | 25.3 | 32.6 | 19.7 |
| INTERVENCIÓN | 2.6 | 2.3 | 2.5 | 10.9 | 25.3 | 56.4 |
| ACTITUD MORALISTA | 4.2 | 3.5 | 3.9 | 9.8 | 20.6 | 58.0 |

los factores del cuestionario de actitudes

Vemos en la Tabla 11 que la tendencia al acuerdo es total en los factores Actitud Preventiva, Intervención y Actitud Moralista (especialmente en el primero de ellos, donde el porcentaje promedio de respuestas a los pasos 5 y 6 de la escala llega al 86.1%). Por su parte, en las variables Factores de Riesgo y Hedonismo, la tendencia es clara al acuerdo, pero en términos más moderados que en los tres casos anteriores. Finalmente en Actitud Permisiva y Actitud Represiva, las tendencias de respuesta están más polarizadas, aunque con mayor tendencia al desacuerdo en el primer caso y al acuerdo en el segundo.

4.3. Relaciones entre actitudes y variables socioestructurales

Comenzaremos el análisis estructural de las actitudes ante las drogas en la muestra de padres, ofreciendo los datos referidos a las relaciones entre esta variable y el género. En la Tabla 12 se expone el análisis de varianza realizado a tal efecto.

Los datos del análisis expuesto en la Tabla 12 indican la existencia de diferencias significativas en función del género, en la puntuación de seis de los siete factores de la escala de actitudes, de la siguiente manera:

- Actitud Preventiva, Actitud Represiva, Hedonismo, Intervención y Actitud Moralista: En estos cinco casos, la puntuación obtenida por las mujeres es significativamente más elevada que la de los varones.
- Actitud Permisiva: En este factor, la puntuación más elevada es la obtenida

por el grupo de varones.

| Variable | SC | GL | MC | F | P | Varones | Mujeres |
|--------------------|---------|----|---------|--------|--------|---------|---------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 196.967 | 1 | 196.967 | 14.794 | <0.001 | 31.493b | 32.286a |
| FACTORES DE RIESGO | 1.201 | 1 | 1.201 | 0.025 | 0.874 | | |
| ACTITUD REPRESIVA | 55.585 | 1 | 55.585 | 4.238 | 0.040 | 12.556b | 12.978a |
| ACTITUD PERMISIVA | 576.316 | 1 | 576.316 | 17.010 | <0.001 | 20.019a | 18.663a |
| HEDONISMO | 182.533 | 1 | 182.533 | 32.309 | <0.001 | 8.175b | 8.939a |
| INTERVENCIÓN | 119.198 | 1 | 119.198 | 16.953 | <0.001 | 15.403b | 16.020a |
| ACTITUD MORALISTA | 202.531 | 1 | 202.531 | 14.970 | <0.001 | 20.150b | 20.954a |

Diferencias significativas: a > b

Tabla 12

Resultados del análisis de varianza en función del género

Pasamos a exponer en la Tabla 13 los resultados del Anova y del test de contraste de medias de Tukey realizado para detectar diferencias significativas en función de la edad.

| Variable | SC | GL | MC | F | P |
|--------------------|-----------|----|---------|--------|--------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 196.018 | 2 | 98.009 | 7.355 | <0.001 |
| FACTORES DE RIESGO | 1077.716 | 2 | 538.858 | 11.499 | 0.001 |
| ACTITUD REPRESIVA | 15000.386 | 2 | 750.193 | 62.530 | <0.001 |
| ACTITUD PERMISIVA | 420.971 | 2 | 210.485 | 6.185 | 0.002 |
| HEDONISMO | 70.570 | 2 | 35.285 | 6.144 | 0.002 |
| INTERVENCIÓN | 67.189 | 2 | 33.594 | 4.746 | 0.009 |
| ACTITUD MORALISTA | 862.520 | 2 | 431.260 | 33.140 | <0.001 |

Medias de actitudes en cada grupo

| Variable | 20-34 años | 35-49 años | 50-64 años |
|--------------------|------------|------------|------------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 31.381b | 32.066a | 32.291a |
| FACTORES DE RIESGO | 27.621b | 27.556b | 29.637a |
| ACTITUD REPRESIVA | 11.467c | 13.102b | 14.091a |
| ACTITUD PERMISIVA | 20.105a | 18.834b | 19.033b |
| HEDONISMO | 8.329b | 8.456b | 8.898a |
| INTERVENCIÓN | 15.432b | 15.734 | 15.997a |
| ACTITUD MORALISTA | 19.630b | 20.588b | 21.668a |

Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b > c (diferencias significativas); a=a, b=b (no hay diferencias significativas)

Tabla 13

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función de la edad

Los análisis expuestos en la Tabla 13 muestran que existen diferencias significativas en los siete factores. La prueba de Tukey explica entre qué grupos de edad se dan las diferencias detectadas:

- Factores de Riesgo y Hedonismo: En ambos casos, el grupo de padres

mayores de 50 años obtiene puntuaciones significativamente más elevadas que los otros dos grupos de padres más jóvenes.

- Actitud Preventiva: En este factor, los padres más jóvenes obtienen una puntuación significativamente más baja que los mayores de 35 años.
- Actitud Represiva: Se observa que a medida que aumenta la edad de los padres, aumentan también las actitudes represivas, habiendo diferencias significativas entre los tres grupos.
- Actitud Permisiva: Las actitudes permisivas hacia las sustancias institucionalizadas son más elevadas en el grupo de padres menores de 35 años.
- Intervención: Sólo hay diferencias significativas entre los padres más mayores (puntuación más elevada) y los más jóvenes.
- Actitud Moralista: La puntuación en la variable dependiente se incrementa conforme aumenta la edad.

A continuación, en la Tabla 14, aparecen los resultados referidos a las relaciones entre actitudes y tamaño de la localidad de residencia familiar.

| Variable | SC | GL | MC | F | P |
|--|---------|-------------|--------------|----------|--------------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 89.125 | 3 | 29.708 | 2.213 | 0.085 |
| FACTORES DE RIESGO | 159.539 | 3 | 53.180 | 1.117 | 0.341 |
| ACTITUD REPRESIVA | 180.098 | 3 | 60.033 | 4.596 | 0.003 |
| ACTITUD PERMISIVA | 369.237 | 3 | 123.079 | 3.609 | 0.013 |
| HEDONISMO | 27.262 | 3 | 9.087 | 1.572 | 0.195 |
| INTERVENCIÓN | 16.276 | 3 | 5.425 | 0.761 | 0.516 |
| ACTITUD MORALISTA | 232.986 | 3 | 77.662 | 5.742 | 0.001 |
| Medias de actitudes en cada grupo | | | | | |
| Variable | <20000 | 20000-50000 | 50000-100000 | + 100000 | |
| ACTITUD REPRESIVA | 12.964a | 12.987a | 11.838b | 12.758a | |
| ACTITUD PERMISIVA | 19.955a | 18.660b | 19.081 | 19.742 | |
| ACTITUD MORALISTA | 20.559a | 20.846a | 19.486b | 20.660a | |
| Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b (diferencias significativas); a=a, (no hay diferencias significativas) | | | | | |

Tabla 14

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función del tamaño de la localidad

La Tabla 14 muestra que sólo aparecen diferencias estadísticamente significativas en tres factores de la escala de actitudes:

- Actitud Represiva y Actitud Moralista: En ambos factores, el grupo que habita en una localidad de entre 50000 y 100000 habitantes obtiene una puntuación significativamente más baja que el resto.
- Actitud Permisiva: Sólo se detectan diferencias significativas entre grupos en las medias de los dos niveles más bajos, siendo los habitantes de las poblaciones más pequeñas los que obtienen una puntuación más elevada.

En la Tabla 15 se exponen los análisis estadísticos que se han llevado a cabo para

| Variable | S C | GL | MC | F | P |
|--|--------------|---------|---------|-------------|------------------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 342.192 | 4 | 85.548 | 6.466 | <0.001 |
| FACTORES DE RIESGO | 471.982 | 4 | 117.995 | 2.488 | 0.042 |
| ACTITUD REPRESIVA | 1790.518 | 4 | 447.630 | 37.984 | <0.001 |
| ACTITUD PERMISIVA | 438.115 | 4 | 109.529 | 3.215 | 0.012 |
| HEDONISMO | 166.609 | 4 | 41.652 | 7.338 | <0.001 |
| INTERVENCIÓN | 263.734 | 4 | 65.934 | 9.511 | <0.001 |
| ACTITUD MORALISTA | 1045.607 | 4 | 261.402 | 20.283 | <0.001 |
| Medias de actitudes en cada grupo | | | | | |
| Variable | Sin estudios | Básicos | Medios | Diplomatura | Licenciatura |
| ACTITUD PREVENTIVA | 31.464b | 32.521a | 31.578b | 31.674b | 31.025b |
| FACTORES DE RIESGO | 28.660 | 28.200 | 27.156b | 28.996a | 28.041a |
| ACTITUD REPRESIVA | 14.314a | 13.651a | 11.817b | 11.799c | 10.686d |
| ACTITUD PERMISIVA | 18.624b | 19.002b | 19.814 | 20.353a | 19.298 |
| HEDONISMO | 9.021 | 8.796a | 8.354b | 8.098b | 7.983b |
| INTERVENCIÓN | 15.851 | 16.193a | 15.544b | 15.058b | 15.058b |
| ACTITUD MORALISTA | 21.536a | 21.286a | 19.958b | 19.696b | 18.835c |
| Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b > c > d (diferencias significativas); a=a, b=b (no hay diferencias significativas) | | | | | |

establecer relaciones empíricas entre actitudes y nivel de estudios del progenitor.

Tabla 15

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función del nivel de estudios

En la mencionada Tabla 15 comprobamos que han aparecido diferencias significativas en los siete factores, de la siguiente manera:

- Actitud Preventiva: El grupo que ha cursado estudios básicos mantiene unas actitudes más favorables hacia la prevención que el resto de los grupos de la variable independiente, no habiendo diferencias entre el resto de niveles.
- Factores de Riesgo: Únicamente se detectan diferencias significativas entre la media de los diplomados universitarios (puntuación más elevada) y la de los bachilleres o similares.
- Actitud Represiva: Las puntuaciones en este factor decrecen a medida que aumenta el nivel educativo, aunque no haya diferencias significativas entre los dos grupos de menor nivel educativo.
- Actitud Permisiva: Los padres que han cursado diplomaturas universitarias obtienen una puntuación más alta que los dos grupos de menor nivel educativo (no hay significatividad entre el resto de pares de medias).
- Hedonismo: Los grupos que no han llegado a cursar enseñanzas medias puntúan significativamente más alto que los otros tres niveles.
- Intervención: Se detectan diferencias entre el nivel de enseñanzas básicas y los de bachilleres y universitarios.
- Actitud Moralista: La puntuación decrece conforme aumenta el nivel educativo,

pero las significatividad se da en tres bloque -sin estudios y básicos / medios y diplomados / licenciados-.

En la Tabla 16 se exponen los datos que ilustran las relaciones entre actitudes y nivel económico familiar.

| Variable | SC | GL | MC | F | P |
|--|---------|---------------|---------|--------|--------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 79.118 | 2 | 38.559 | 2.948 | 0.053 |
| FACTORES DE RIESGO | 187.866 | 2 | 93.933 | 1.975 | 0.139 |
| ACTITUD REPRESIVA | 361.364 | 2 | 180.682 | 14.000 | <0.001 |
| ACTITUD PERMISIVA | 637.996 | 2 | 318.998 | 9.421 | <0.001 |
| HEDONISMO | 40.565 | 2 | 20.283 | 3.517 | 0.030 |
| INTERVENCIÓN | 17.233 | 2 | 8.616 | 1.210 | 0.298 |
| ACTITUD MORALISTA | 87.816 | 2 | 43.908 | 3.221 | 0.040 |
| Medias de actitudes en cada grupo | | | | | |
| Variable | <100000 | 100000-150000 | +150000 | | |
| ACTITUD REPRESIVA | 12.189b | 13.392a | 12.342b | | |
| ACTITUD PERMISIVA | 21.136a | 18.915b | 19.288b | | |
| HEDONISMO | 8.929a | 8.573 | 8.381b | | |
| ACTITUD MORALISTA | 19.953b | 20.477a | 20.477 | | |
| Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b (diferencias significativas); b=b, (no hay diferencias significativas) | | | | | |

Tabla 16

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función del nivel de ingresos familiar mensual

- Como se puede apreciar en la Tabla 16, aparecen diferencias estadísticamente significativas en cuatro factores de la escala. Tras aplicar el test de Tukey, las diferencias en los resultados se establecen así:
- Actitud Represiva: El grupo de ingresos medios obtiene una media significativamente más elevada que los dos extremos.
- Actitud Permisiva: En este caso, son los padres con menos ingresos los que obtienen una puntuación más elevada que los grupos que ingresan más de 100000 pts. mensuales.
- Hedonismo: Aunque las puntuaciones disminuyen a medida que aumenta el nivel de ingresos, las únicas diferencias significativas se dan entre el grupo de menos nivel (puntuación más elevada) y el de mayor nivel económico (puntuación más baja).
- Actitud Moralista: El nivel más bajo obtiene la puntuación menor en este factor, aunque sólo hay diferencias significativas con respecto al grupo de ingresos medios.

A continuación, en la Tabla 17 se observa la exposición de los análisis en que se utilizó como variable independiente el tipo de centro de escolarización de los hijos. Sólo en un factor de los siete se detectaron diferencias significativas en función del

tipo de centro, como vemos en la Tabla 17, y tras aplicar la prueba de contraste de medias, estas diferencias se cifran en lo siguiente:

- Hedonismo: Los padres que escolarizan a sus hijos en centros públicos tienen más arraigada esta creencia que los que acuden a centros no públicos, aunque sólo hay diferencias significativas con respecto al grupo de escolarización privada concertada.

| Variable | SC | GL | MC | F | P |
|--|---------|------------|---------|-------|-------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 20.353 | 2 | 10.176 | 0.756 | 0.470 |
| FACTORES DE RIESGO | 1.053 | 2 | 0.527 | 0.011 | 0.989 |
| ACTITUD REPRESIVA | 45.494 | 2 | 22.747 | 1.729 | 0.178 |
| ACTITUD PERMISIVA | 12.097 | 2 | 6.049 | 0.176 | 0.839 |
| HEDONISMO | 41.641 | 2 | 20.820 | 3.611 | 0.027 |
| INTERVENCIÓN | 31.415 | 2 | 17.707 | 2.210 | 0.110 |
| ACTITUD MORALISTA | 9.539 | 2 | 4.770 | 0.348 | 0.706 |
| Medias de actitud en cada grupo | | | | | |
| Variable | Privado | Concertado | Público | | |
| HEDONISMO | 8.571 | 8.295b | 8.680a | | |
| Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b (diferencias significativas) | | | | | |

Tabla 17

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función del tipo de centro de escolarización de los hijos

Para finalizar este apartado, exponemos en la Tabla 18 el análisis de varianza y la prueba de contraste de medias efectuadas para establecer relaciones entre actitudes hacia las drogas y creencias religiosas del progenitor.

| Variable | SC | GL | MC | F | P |
|--|-------------|----------|-------------|--------|--------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 144.446 | 2 | 72.223 | 5.403 | 0.005 |
| FACTORES DE RIESGO | 359.700 | 2 | 179.850 | 3.792 | 0.023 |
| ACTITUD REPRESIVA | 1744.997 | 2 | 872.499 | 73.926 | <0.001 |
| ACTITUD PERMISIVA | 1439.132 | 2 | 19.566 | 21.661 | <0.001 |
| HEDONISMO | 37.661 | 2 | 18.830 | 3.264 | 0.039 |
| INTERVENCIÓN | 41.066 | 2 | 20.533 | 2.892 | 0.056 |
| ACTITUD MORALISTA | 753.368 | 2 | 376.684 | 28.754 | <0.001 |
| Medias de actitudes en cada grupo | | | | | |
| Variable | Practicante | Creyente | No creyente | | |
| ACTITUD PREVENTIVA | 32.197a | 31.922a | 31.192b | | |
| FACTORES DE RIESGO | 29.037 | 27.826b | 27.908 | | |
| ACTITUD REPRESIVA | 13.943a | 12.922b | 10.437c | | |
| ACTITUD PERMISIVA | 18.254c | 19.267b | 21.454a | | |
| HEDONISMO | 8.803a | 8.400b | 8.515 | | |
| ACTITUD MORALISTA | 21.359a | 20.600b | 19.039c | | |
| Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b > c (diferencias significativas); a=a, (no hay diferencias significativas) | | | | | |

Tabla 18

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función de las creencias religiosas

En esta Tabla 18 se comprueba que en seis factores aparecen diferencias significativas, y éstas son así:

- Factores de Riesgo y Hedonismo: En los dos casos aparecen diferencias entre el grupo de practicantes y el de creyentes no practicantes, siendo superior la media del grupo de los creyentes que sí son practicantes.
- Actitud Represiva y Actitud Moralista: Ambos factores observan la misma progresión de puntuaciones, de manera que los creyentes practicantes obtienen una puntuación significativamente mayor que los otros grupos, y los creyentes no practicantes aún obtienen mayor puntuación que los no creyentes.
- Actitud Preventiva: Los padres no creyentes manifiestan actitudes menos favorables a la prevención que los que sí que creen -practiquen o no-.
- Actitud Permisiva: La permisividad ante las sustancias institucionalizadas decrece a medida que aumenta la implicación religiosa de los padres.

4.4. Relaciones entre actitudes e información sobre las drogas

En este apartado abordaremos las relaciones empíricas entre las actitudes ante las drogas manifestadas por los padres y dos variables derivadas de los conocimientos sobre este tema que tienen los padres: de dónde proceden estos conocimientos y cómo se valora la información disponible. En la Tabla 19 se expone el análisis de varianza y prueba de Tukey realizados para conocer las relaciones con la primera de las dos variables mencionadas.

| Variable | SC | GL | MC | F | P | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 424.073 | 6 | 70.679 | 5.360 | 0.001 | | |
| FACTORES DE RIESGO | 1007.488 | 6 | 167.915 | 3.568 | 0.002 | | |
| ACTITUD REPRESIVA | 916.805 | 6 | 152.801 | 12.222 | <0.001 | | |
| ACTITUD PERMISIVA | 2043.254 | 6 | 340.542 | 10.369 | <0.001 | | |
| HEDONISMO | 33.996 | 6 | 5.666 | 0.978 | 0.4380 0 | | |
| INTERVENCIÓN | 149.955 | 6 | 24.993 | 3.553 | 02 | | |
| ACTITUD MORALISTA | 801.346 | 6 | 133.558 | 10.192 | <0.001 | | |
| Medias de actitudes en cada grupo | | | | | | | |
| Variable | Amigos | Estudios | Libros | Medios com. | Charlas | Contacto | Otros |
| ACT. PREVENTIVA | 30.842 b | 30.460 b | 31.719 | 32.240 a | 31.932 | 30.694 | 31.540 |
| FACT. DE RIESGO | 28.985 a | 28.480 | 28.313 a | 28.253 a | 29.441 a | 26.286 | 24.600 b |
| ACT. REPRESIVA | 11.226 b | 11.300 b | 11.711 b | 13.381 a | 12.407 | 11.918 | 12.300 |
| ACT. PERMISIVA | 22.489 a | 19.540 b | 19.734 b | 18.726 b | 17.695 c | 21.122 b | 20.700 |
| HEDONISMO | 15.188 b | 14.900 | 15.328 | 15.944 a | 15.271 | 15.306 | 15.680 |
| ACT. MORALISTA | 19.075 b | 19.580 | 19.680 | 21.022 a | 21.525 a | 18.939 b | 20.100 |
| Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b > c (diferencias significativas); a=a, b=b (no hay diferencias significativas) | | | | | | | |

Tabla 19

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función de la procedencia de información sobre las drogas

En la Tabla 19 se observa la existencia de diferencias significativas en seis de los siete factores. La aplicación de la prueba de contraste de medias dio estos resultados:

- Actitud Preventiva: El grupo que manifiesta recoger su información preferentemente a través de los mass media obtiene la puntuación media más elevada en este factor, aunque sólo se detectan diferencias significativas respecto a los grupos que recogen su información de los amigos y de los estudios cursados. Nótese que la media del grupo que manifiesta poseer la información gracias al contacto directo con un drogodependiente es más reducida que la del grupo que recoge la información de los amigos; sin embargo, el grupo de contacto directo no observa diferencias significativas respecto al de los medios de comunicación, debido al pequeño tamaño de la muestra contenida en aquél (ver Tabla 2).
- Factores de Riesgo: No hay diferencias significativas entre ningún par de medias, salvo en el caso de aquel grupo que hemos denominado 'otros', el cual observa la puntuación más baja, y únicamente no establece una distancia significativa con el grupo de contacto directo (por la baja puntuación de éste) y con el denominado 'estudios' (por el tamaño de la muestra contenido en éste -ver Tabla 2-).
- Actitud Represiva: Los padres que manifiestan actitudes más represivas son los que obtienen su información de los medios de comunicación, y esta magnitud es significativamente mayor que la observada en los grupos que obtienen información preferentemente de sus amigos, de sus estudios y de la lectura de publicaciones especializadas.
- Actitud Permisiva: La puntuación más elevada aparece entre los padres que recogen la información preferentemente de los amigos, y su media es significativamente mayor que la de aquéllos que obtienen información de estudios cursados, publicaciones especializadas, medios de comunicación, contacto directo y charlas y cursillos. Además, este último grupo recoge la puntuación más baja en permisividad, siendo significativamente menor a todas las demás (salvo a la categoría 'otros' que no establece diferencias significativas con ningún grupo).
- Intervención: Sólo hay diferencias significativas entre dos pares de medias, los que sacan la información preferentemente de los mass media obtienen la puntuación más elevada y significativamente mayor que la del grupo denominado 'amigos' (la segunda más baja, pues la más reducida es la del grupo 'estudios' que no observa una distancia significativa con ningún grupo, por razón de su reducido tamaño, como ya ha sido apuntado en casos anteriores).
- Actitud Moralista: Los padres más 'moralistas' ante las drogas son los que obtienen información preferentemente de los medios de comunicación y las charlas y cursillos, y su puntuación es significativamente mayor que los que la obtienen de amigos, libros y revistas y por haber tenido contacto directo con el problema.

Una vez expuestos estos resultados, finalizaremos el presente apartado exponiendo

| Variable | SC | GL | MC | F | P |
|---|-----------------|----|-----------------|-----------------|------------------|
| ACTITUD PREVENTIVA | 89.103 | 2 | 44.551 | 3.322 | 0.036 |
| FACTORES DE RIESGO | 1091.259 | 2 | 545.630 | 11.642 | <0.001 |
| ACTITUD REPRESIVA | 162.641 | 2 | 81.320 | 6.225 | 0.002 |
| ACTITUD PERMISIVA | 116.901 | 2 | 58.451 | 1.705 | 0.182 |
| HEDONISMO | 5.563 | 2 | 2.782 | 0.480 | 0.619 |
| INTERVENCIÓN | 3.728 | 2 | 1.864 | 0.261 | 0.770 |
| ACTITUD MORALISTA | 76.802 | 2 | 38.401 | 2.815 | 0.060 |
| Medias de actitudes en cada grupo | | | | | |
| Variable | No tengo | | Escasa | Suficiente | |
| ACTITUD PREVENTIVA | 30.971 b | | 32.023 a | 31.667 b | |
| FACTORES DE RIESGO | 30.147 a | | 28.605 a | 26.797 b | |
| ACTITUD REPRESIVA | 13.706 a | | 12.886 a | 12.260 a | |
| Test de Tukey (alfa=0.05) : a > b (diferencias significativas); a=a, b=b (no hay diferencias significativas) | | | | | |

en la Tabla 20 las relaciones estadísticas entre actitudes y valoración subjetiva de la información poseída.

Tabla 20

Resultados del análisis de varianza y el test de Tukey, en función de la información disponible sobre las drogas

En esta tabla se comprueba que las diferencias significativas aparecen en tres factores:

- Actitud Preventiva: El grupo que dice tener poca información sobre las drogas muestra una actitud más favorable hacia la prevención que los padres que valoran su información como suficiente o nula.
- Factores de Riesgo y Actitud Represiva: Los padres que dicen tener información suficiente obtienen en estos factores una puntuación significativamente menor que la obtenida por los otros dos grupos.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el fin de estructurar las conclusiones derivadas de los resultados anteriores de una manera lo más clarificadora posible, tanto para quienes las elaboran, como para quien las lee, hemos decidido realizar una exposición basada en los mismos cuatro diferentes bloques que conformaron los resultados anteriormente expuestos. Pasamos a enunciar, comentar y discutir las principales y más relevantes conclusiones que pueden ser extraídas de los datos estadísticos expuestos.

5.1. Implicación y motivación de los padres en la prevención (Tablas 2 a 9)

Comenzaremos por destacar que casi las dos terceras partes de los padres encuestados han señalado que la información que poseen sobre las drogas proviene preferentemente de lo que recogen a través de los medios de comunicación social. La información de prensa, radio o televisión aparece como la principal fuente de información sobre las drogas, con bastante diferencia sobre las demás posibles fuentes, por lo que cabe pensar que en la concepción que sobre las drogas y los consumidores mantienen los padres de hijos escolarizados, puede integrarse alguna visión desajustada y/o parcializada del tema, que no ayuda a comprenderlo en su totalidad. Así, algunos investigadores ha señalado que en los medios de comunicación cuando se habla de "drogas" se utiliza un tono sensacionalista y dramático que destaca principalmente los aspectos delictivos y jurídicos asociados a las sustancias ilegales (Froján, Rubio y Peris, 1994), lo cual dificultaría esa comprensión global y ajustada del problema a la que nos referíamos, y que nos parece necesaria. En la misma línea discursiva se puede integrar el dato de que la segunda fuente de información citada es la de los amigos: a través de la conversación, generadora por tanto de representaciones sociales, el concepto va tomando forma con la información que unos van pasándose a otros, aunque ésta estuviera basada en irrealidades o reducciones. Por los mismos argumentos, destacamos que menos de uno de cada veinte padres manifiesta que su información proviene de cursillos o charlas realizadas con el fin, precisamente, de dotarlos de una información adecuada para abordar las tareas preventivas como agentes socializadores, lo que nos lleva a pensar que este tipo de estrategias -bienintencionadas y necesarias- es aún hoy insuficiente comparado con la fuerza de los mass media y de las relaciones interpersonales.

Otra cuestión que hemos tratado en nuestra investigación es la valoración que el progenitor hace de la información que posee sobre las drogas. A este respecto hemos comprobado que los dos tercios de la muestra ha manifestado que su información la considera insuficiente, e incluso un 5% la considera inexistente. Este dato pone de manifiesto que la gran mayoría de los padres perciben el problema de las drogas como algo poco conocido. Sin embargo, la posesión de información autovalorada como "suficiente" no siempre va a suponer el mantenimiento de unas actitudes adecuadas ante el problema, como hemos visto en los resultados y comentaremos en líneas posteriores. En todo caso, queremos tomar en consideración lo poco informados que los padres se perciben a sí mismos, y la escasa incidencia que sobre esta información tienen las actividades preventivas (charlas, cursillos,...), como hemos comentado en el párrafo anterior.

Respecto a dónde se centra el interés sobre el tema genérico de las drogas, hemos visto que una mayoría cercana a las dos terceras partes se decanta por cómo prevenir el consumo de drogas en sus hijos, dato que parece lógico y esperable. El progenitor espera obtener indicaciones sobre "métodos" (tal y como aparece en el enunciado del ítem) para evitar que sus hijos consuman sustancias tóxicas. Poco interés despiertan aspectos tales como la legislación y la composición química de las sustancias, mientras

que hay un interés moderado-alto por conocer qué efectos producen las sustancias una vez ingeridas. Podemos concluir que para la inmensa mayoría de los padres cuando se habla de "drogas" su atención va a querer saber qué hay que hacer para prevenir y/o qué cosas experimentarían sus hijos cuando ingirieran determinadas sustancias, sin mayor interés por las cuestiones técnicas de tipo farmacológico o jurídico.

Al preguntar a los padres sobre su implicación en las actividades escolares de tipo preventivo hemos visto que cerca de un 90% afirma que sí participaría, lo cual es un dato positivo, en cuanto que indica una disponibilidad en la mayoría de los padres, pero no debemos dejar de lado que alrededor del 10% dice que no participaría en este tipo de actividades, un porcentaje que no nos parece pequeño. Sobre la preferencia de métodos didácticos empleados en estas acciones preventivas dirigidas a padres, los datos reflejan que cerca de la mitad se decantan por el procedimiento de la charla informativa, y casi el 30% por el más novedoso y cotidiano del vídeo comentado. Menos de una quinta parte de padres preferiría que las actividades preventivas consistieran en cursillos. Destacamos la diferencia entre la categoría mayoritariamente elegida "charlas" y la menos valorada "cursillos" en el caso de la segunda, la implicación solicitada en cuanto a tiempo y esfuerzo es mayor, mientras que la dedicación a una simple charla es mucho menor, aunque sus virtudes preventivas también sean menores, pues no puede pretenderse dotar a los padres de los conocimientos, actitudes y comportamiento necesarios para actuar como agentes preventivos con una simple charla informativa -o con un simple vídeo-. Por otro lado, los padres suelen pasar más horas ante un televisor que asistiendo a una actividad formativa, por lo que no es extraño que prefieran la comodidad y cotidianeidad del vídeo a la implicación que supone el cursillo. Los folletos explicativos han sido elegidos por un porcentaje muy escaso de sujetos de la muestra.

Las razones por las cuales un progenitor dejaría de asistir a estas actividades han resultado ser muy variadas, aunque entre los motivos específicos, las razones de trabajo son las más habituales. Es decir, que el principal motivo por el que un progenitor no asistiría a estas acciones preventivas en la escuela de sus hijos es debido a "estar trabajando en ese momento". Pero mucho más interesante consideramos el estudio de la dedicación temporal que un progenitor invertiría en este tipo de procedimientos educativos. Tan sólo un 15% de padres dedicaría más de una hora y media semanal a actividades escolares relacionadas con la prevención, y la mitad de la muestra dedicaría semanalmente un máximo de una hora. Pensamos que el nivel de implicación que los padres proponen es escaso, y va en la línea de lo comentado en el párrafo anterior.

Para finalizar este apartado comentaremos que al preguntar a los padres qué temas les parecían interesantes de tratar dentro de las actividades preventivas, ha habido una clarísima tendencia a la aquiescencia, pues excepto el tema de la legislación sobre drogas, todos han obtenido la calificación de interesantes por más del 70% de la muestra. De nuevo vemos que hay un tema que no interesa mucho a los padres

-la legislación-, y que lo que más sujetos de la muestra consideran interesante es aquello relacionado con la evitación del problema, seguido de los efectos de las drogas. También obtienen niveles de elección muy altos los contenidos relacionados con la comunicación padres-hijos y los factores de riesgo, lo que vendría a indicar que los padres, mayoritariamente, entienden que la prevención implica conocer "causas" y optimizar las relaciones familiares. Queremos destacar que el tema del consumo de alcohol, aunque recoge un porcentaje elevado de padres que lo señalan como tema a incluir, ocupa una posición relativa baja -séptimo entre diez temas-, es decir, que los padres no consideran que el consumo de alcohol sea un tema de interés preferente, al compararlo con el genérico de "las drogas", aun siendo ésta la sustancia más consumida por los jóvenes y que más problemas de salud crea en el conjunto de la sociedad (Jiménez et al., 1997; Valderrama et al., 1997; Pons y Berjano, 1999).

5.2. Actitudes de los padres hacia las drogas (Tablas 10 y 11)

Comenzaremos este apartado con la exposición y comentario de aquellos ítems de la escala de actitudes cuyas respuestas nos parecen más llamativas y reveladoras. Mencionaremos los ítems en que, al menos en un porcentaje destacado de la muestra, se han manifestado respuestas que representan posiciones que deberían ser muy tenidas en cuenta en el desarrollo de posibles acciones preventivas con la familia. Vemos estos ítems:

"Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas" (78.1% de acuerdos).

"Es muy agradable fumarse un cigarrillo con los amigos" (71.5% de acuerdos).

"No pasa nada por tomar bebidas que contengan alcohol" (40% de acuerdos).

En las respuestas a estos tres ítems se refleja la gran aceptabilidad social del consumo de ciertas sustancias como el tabaco o las bebidas alcohólicas. Sin embargo, cabe señalar que, contrariamente a estos datos, porcentajes muy elevados de la muestra han manifestado acuerdo con la prohibición de venta de alcohol a menores (ítem 3: 89% de acuerdos), con la posición ejemplificadora que deben adoptar los profesores no fumando tabaco (ítem 25: 85.3% de acuerdos) y con la idea de que fumar es una manera de comportamiento un tanto vacía de contenido (ítem 28: 85.8% de acuerdos). Esto podría indicar que la alta aceptación social de las drogas institucionalizadas se asienta sobre todo en su dimensión relacional ("animar las fiestas", "con los amigos") y en un cierto menosprecio de los efectos negativos asociados ("no pasa nada"), aunque se reconoce la necesidad de mantener alejados a los adolescentes de su uso, y cala hondo la idea de que fumar aporta pocas gratificaciones, más allá de las puramente facilitadoras de la relación social, aunque esto último pone de manifiesto la paradójica y contradictoria relación que nuestra sociedad mantiene con las sustancias institucionalizadas.

"No hay ningún peligro si se fuma un 'porro' de vez en cuando" (50.2% de acuerdos).

Llama la atención que la mitad de la muestra de padres ha manifestado una acti-

tud indulgente hacia el consumo esporádico de cánnabis, una sustancia no institucionalizada y muy escasamente presente en nuestra sociedad, en comparación con otros usos y costumbres. En relación con esto, Llopis-Goig, Pons y Berjano (1996) comprueban que entre la población general el consumo esporádico de cánnabis recibe un nivel de rechazo relativamente bajo al compararlo con el consumo abusivo o esporádico de otras drogas no institucionalizadas, e incluso al compararlo con la adicción al alcohol. Del mismo modo, se mueven los resultados de Calvo y Díaz (1993) quienes refieren que el uso ocasional de derivados cannábicos no es considerado por la población como más nocivo que la adicción al tabaco o el consumo ocasional de fármacos ansiolíticos, y sin embargo sí se le atribuye mayor peligrosidad que al consumo de cualquier otra sustancia no institucionalizada. Podemos pensar, pues, que existe cierta indulgencia en nuestra sociedad ante el consumo ocasional de cánnabis.

"Las personas que consumen drogas con frecuencia, o son delincuentes o acabarán siéndolo" (72.3% de acuerdos).

Todo alumno que consuma drogas ilegales debería ser inmediatamente expulsado del colegio para evitar que contagie a otros alumnos" (50.4% de acuerdos).

En estos dos ítems se manifiesta una fuerte tendencia a identificar al consumidor de "drogas" (genéricamente expresado el término) con la delincuencia, pues casi las tres cuartas partes de la muestra considera que el consumo frecuente llevará al comportamiento delictivo. Hay que señalar que la generalidad del término "droga", así como el de "toxicómano", según señalan las investigaciones de Calvo y Díaz (1993), suele ser asociado por la población con las sustancias ilegalizadas y no con las institucionalizadas. Por otro lado, la mitad de la muestra considera que la expulsión inmediata y sin excepciones del centro educativo para los alumnos consumidores, es una buena medida para evitar la propagación de este hábito. Es decir, la mitad de los padres entiende que el alumno consumidor no debe estar en el mismo lugar que los demás niños o adolescentes. Esta visión estigmatizada del consumo y del consumidor sugiere la ya apuntada influencia de los medios de comunicación social. A este respecto, Ferrer y Dacosta (1993) explican que los medios tienden a reforzar un modelo del consumo de drogas basado esencialmente en los aspectos jurídico-policiales, lo cual contribuye a crear un estado de opinión que, consecuentemente, demandaría una actuación represiva como forma de solución.

"Los jóvenes consumen drogas por un ambiente familiar insatisfactorio" (33.9% de desacuerdos).

Aunque la mayoría de la muestra ha manifestado posiciones de acuerdo con los ítems que hacían referencia a la influencia de los contextos de socialización como factores de riesgo y como agentes preventivos (lo cual interpretamos como un dato positivo de cara a esperar una actitud mayoritariamente receptiva por parte de los padres), hay una tercera parte de la muestra que no reconoce la relación entre el consumo juvenil y el ambiente familiar previamente insatisfactorio. Aunque el ítem esté formulado en términos de relaciones de causa y efecto, reconocemos la dificultad teórica de establecer este tipo de relaciones entre las variables de una manera tan simple cuan-

do se trabaja en sistemas relacionales complejos; sin embargo la formulación del ítem en un cuestionario de actitudes pretende reconocer qué padres no se plantean esta influencia familiar, obviamente más compleja que la reflejada en el enunciado del ítem. Así, se detecta un segmento importante de progenitores que no considera que los problemas de relación familiar sean un desencadenante del consumo de drogas, como ha sido manifestado por diferentes investigaciones (Pons y Berjano, 1996; Pérez de Arróspide, 1998).

Para finalizar este apartado nos referiremos a las tendencias generales de respuesta a los siete factores de la escala. Se observa que los factores de Actitud Preventiva, Intervención y Actitud Moralista la mayor parte de la muestra se decanta hacia el acuerdo total, lo cual indicaría una tendencia clara de los padres a mantener actitudes favorables a la prevención, hacia la intervención asistencial y hacia el mantenimiento de posiciones de reprobación moral ante el consumidor (que aparecen así como compatibles y no contradictorias en la actitud mayoritaria de la población). Parece, por tanto, que la mayoría de los padres entienden que para solucionar el problema de las drogas son necesarias acciones tanto preventivas como terapéuticas.

Por otro lado, aunque la tendencia ya apuntada en Actitud Moralista es hacia el máximo acuerdo, en Actitud Represiva hay más equilibrio entre las actitudes extremas, pues aunque aparece mayoría de acuerdos, se observa una cierta polarización de respuestas, como se comprueba en el relativamente alto porcentaje de padres que se inclinan por el desacuerdo total. Así pues, la tendencia de la población parece ser (comparativamente hablando) más clara hacia la reprobación moral que hacia la represión legal.

En los factores Hedonismo y Factores de Riesgo hay una orientación hacia el acuerdo, pero menos clara que en los tres primeros factores comentados, pero suficientemente evidente como para considerar que la tendencia mayoritaria de respuesta es favorable a estas posiciones.

Finalmente, en Actitud Permisiva hay una tendencia al equilibrio, por lo que, conocidos los resultados obtenidos en determinados ítems individuales anteriormente comentados (usos relacionales de tabaco y alcohol, por ejemplo), podemos decir que la orientación permisiva depende de a qué drogas vaya dirigida la opinión.

5.3. Relaciones entre actitudes y variables socioestructurales (Tablas 12 a 18)

Nos referiremos ahora a las relaciones encontradas entre los factores de la escala de actitudes y las variables socioestructurales utilizadas en nuestra investigación. Expondremos estas conclusiones refiriéndonos consecutivamente a cada uno de estos factores, para así aproximarnos al conocimiento de estas relaciones (obviamente sólo se mencionan las relaciones significativas, pues en aquellas variables independientes que no fueron detectadas tales diferencias, se concluye que no hay relación con el factor correspondiente).

Por lo que respecta al factor Actitud Preventiva, hemos visto, en primer lugar, que quienes manifiestan unas posiciones más favorables hacia la prevención como respuesta al problema del consumo de drogas, son las mujeres, los progenitores mayores de 35 años y los que poseen creencias religiosas, sean practicantes o no. En cuanto al nivel de estudios, los datos apuntan que son los padres que sólo han llegado a EGB quienes manifiestan mayores actitudes preventivas. Podríamos decir que el perfil sociológico del progenitor que tiene más consolidada su creencia en la prevención y del que cabría esperar más implicación, se aproximaría a una madre mayor de 35 años, con creencias religiosas y nivel de estudios básicos.

En cuanto al factor Factores de Riesgo, la creencia en variables posibilitadoras que explican el consumo de drogas en los jóvenes está más consolidada en los padres de ambos sexos mayores de 50 años, practicantes de alguna religión y con un nivel de estudios equivalente a diplomatura universitaria. Son estos grupos de padres quienes más creen que el consumo de drogas se relaciona con ciertas variables, perfectamente identificables, de índole familiar y relacional.

De lo expuesto hasta aquí, y dado el significado de los dos factores comentados, cabe resaltar que los padres más jóvenes, con más estudios y con menos creencias religiosas son los (al menos, actitudinalmente) menos implicados.

Por lo que respecta al factor Actitud Represiva, los datos han indicado que esta actitud está más consolidada en las madres, que además, aumenta con la edad de los progenitores encuestados y con su nivel de implicación religiosa, que disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios, que es mayor en las clases medias, en comparación a las más altas y más bajas, y que es menor en las poblaciones entre 50000 y 100000 habitantes. El perfil socioestructural aproximado del progenitor con las actitudes represivas más elevadas sería el de una mujer mayor de 50 años, habitante de una localidad entre 50000 y 100000 vecinos, con estudios máximos de EGB, con ingresos familiares de entre 100000 y 150000 pts. mensuales y practicante de alguna religión. Como vemos, algunas de las características del progenitor "represivo" coinciden con las del progenitor "preventivo/concienciado", por lo que pensamos que para alguna parte de la población, ambas actitudes pudieran ser compatibles.

Veremos ahora las conclusiones para el factor Actitud Permisiva. Esa variable recoge posiciones indulgentes ante el consumo de sustancias, principalmente institucionalizadas. Las mayores puntuaciones se han encontrado en los progenitores varones, en los menores de 35 años, en los habitantes de poblaciones menores de 20000 habitantes, en los universitarios (especialmente, diplomados), en los de menores ingresos familiares y en los carentes de creencias religiosas. Aquí sí encontramos un perfil sustancialmente distinto al del progenitor con alta actitud preventiva, especialmente en lo que hace referencia a género, edad, nivel de estudios y creencias religiosas, por lo que de nuevo se confirma que los padres más implicados en la prevención son las mujeres de más de 35 años con creencias religiosas y estudios básicos.

El factor Hedonismo, aquél que hacía referencia a la creencia en que el consumidor de drogas está motivado por su deseo de buscar placer o evasión sin más, aparece con más incidencia en las madres, en los progenitores mayores de 50 años, en los habitantes de las poblaciones más pequeñas, en los de nivel de estudios inferior o igual a EGB, en los de menor nivel de ingresos, en los creyentes practicantes, y en los padres que llevan a sus hijos a colegios o institutos públicos. Parece que en este tipo de población es más probable encontrar personas que encuentran explicaciones "rápidas" a los motivos por los cuales los jóvenes consumen drogas. Cabe señalar que en la variable independiente 'tipo de centro' sólo se detectaron diferencias significativas en la puntuación de este factor, por lo que podemos concluir que las actitudes que los padres manifiestan hacia las drogas y la prevención son similares en todos los tipos de centros de escolarización de sus hijos.

En lo que hace referencia al factor Intervención, se ha observado que estas actitudes favorables a las acciones terapéuticas como principal solución al problema de las drogodependencias, está más consolidada en las mujeres, en los mayores de 50 años y en los que han cursado EGB (o equivalente) como máximo. Son, por tanto, las madres de mayor edad sin estudios más allá de básicos las que reclaman en mayor medida soluciones interventivas de índole asistencial.

Finalmente, nos referiremos al factor Actitud Moralista. En este caso, ha sido observado que los posicionamientos que más se basan en consideraciones de este tipo aparecen en las mujeres, así como que aumentan con la edad y con las creencias religiosas, disminuyen con el nivel de estudios, y son menos comunes en poblaciones de entre 50000 y 100000 habitantes, así como en las familias con menos recursos económicos. Vemos que este perfil es muy similar al encontrado para las actitudes represivas, por lo que podemos pensar que ambas actitudes son compatibles para un sector determinado de la población, caracterizado, sobre todo, por mantener creencias religiosas consolidadas, tener un bajo nivel de estudios, así como un nivel de ingresos al menos medio.

5.4. Relaciones entre actitudes e información sobre las drogas (Tablas 19 y 20)

Para finalizar las conclusiones de nuestra investigación nos referiremos a las relaciones entre las actitudes hacia las drogas y la información disponible. Comentaremos en las líneas siguientes los resultados más relevantes a este respecto.

Por lo que se refiere al factor Actitud Preventiva, los datos han apuntado que los padres con mayor concienciación preventiva resultaron ser los que han recogido su información procedente de los medios de comunicación y los que mantienen una información que estiman como escasa, mientras que los que manifiestan que su información procede de los amigos y de los estudios realizados, son quienes muestran menos actitudes favorables a la prevención. Es destacable observar como la obtención de información procedente de los estudios (cabe suponer que se trataría de unos cono-

cimientos más rigurosos y objetivos que los obtenidos por otros medios), así como la estimación de los propios conocimientos sobre las drogas como "suficientes", se asocian a una baja puntuación en este factor. Se resalta, pues, la carencia de una actitud orientada a la prevención en aquellos padres más preparados teóricamente, lo cual se ajusta al perfil señalado en párrafos precedentes del progenitor más implicado actitudinalmente, caracterizado por un nivel de estudios relativamente bajo. Es decir, la mayor formación teórica sobre las drogas no implica una mejor actitud hacia la prevención, sino más bien, la dificulta. Pensamos que los programas preventivos deben tomar muy en consideración la creación y consolidación de actitudes dirigidas hacia la asunción activa del rol educador-preventor en los padres, pues la simple acumulación de información teórica no garantizará necesariamente esta asunción.

En cuanto al factor Factores de Riesgo, de nuevo se constata que los padres que se consideran a sí mismos más preparados, son quienes interiorizan menos la existencia de estas variables posibilitadoras. También llama la atención que quienes han obtenido la información de sus propios estudios o del contacto directo con adictos, son los únicos que no obtienen una puntuación significativamente mayor que los que manifiestan obtenerla por otros medios diversos. Si bien la falta de diferencias puede explicarse en el primer caso por el reducido tamaño de la muestra contenido en este grupo (como ya fue comentado al exponer los resultados de los análisis), en el caso del grupo de contacto directo es notable constatar la baja puntuación obtenida por estos padres, que pese a conocer de primera mano el problema, tienen relativamente poco consolidada su creencia en el origen relacional del mismo.

En el factor Actitud Represiva aparece de nuevo una menor puntuación en los padres que se autoevalúan como más preparados, es decir, hay una clara relación entre el mantenimiento de actitudes represivas y la información escasa o nula sobre las drogas. Del mismo modo, son los padres que recogen su información de los mass media los que manifiestan un posicionamiento más represivo y tienden a estigmatizar como delincuente al consumidor. Consideramos este último dato como muy revelador y nada casual, pues ya hemos apuntado la tendencia mediática a facilitar este etiquetado en los drogodependientes (Ferrer y Dacosta, 1993).

Relacionado con lo anterior, Costa y Pérez (1990) explican que el estereotipo del drogadicto como delincuente encaja bien en la oferta y pretensiones de los medios de comunicación social. A esto añadiríamos que, si bien todo estereotipo recoge un fondo de verdad, no es menos cierto que también significa una sobregeneralización de las características atribuidas a un grupo social, lo cual lo convierte en un instrumento inexacto para la interpretación de la realidad. Como señala Vega (1993) la idea de que la inmensa mayoría de los delitos son cometidos por drogadictos es, al menos, cuestionable, pues no hay constatación empírica rigurosa que así lo demuestre, los datos policiales y judiciales son poco precisos y la interpretación mediática y social de los mismos puede ser fácilmente distorsionada por las expectativas que se tengan.

Pasamos a comentar las conclusiones obtenidas en el factor Actitud Permisiva, en el

que se ha comprobado que los padres que reciben la información de sus amigos son los más permisivos con las sustancias de uso común, lo cual resalta la importancia de la dimensión relacional asociada al consumo de estas sustancias y a su conceptualización actitudinal. Igualmente es interesante destacar que la puntuación más baja en este factor ha sido la del grupo de padres que recoge su información de la asistencia a charlas o cursos. Este grupo minoritario (menos del 5% de la muestra) fue también el que obtuvo la puntuación más elevada en Factores de Riesgo, lo cual corrobora la importancia de estas estrategias educativas dirigidas a padres en la formación de actitudes adecuadamente orientadas hacia la prevención. Es decir, entre los padres asistentes a estos cursos o charlas será menos probable encontrar actitudes indulgentes con las drogas institucionalizadas y más probable hallar una interiorización de la creencia en fuentes de riesgo explicativas de un comportamiento juvenil que se da por simple casualidad.

Por lo que respecta al factor Intervención, son los padres cuya información procede de los medios de comunicación quienes manifiestan una actitud más favorable a las medidas de tipo asistencial. Y, finalmente, en cuanto al factor Actitud Moralista, la tendencia es (tal y como ocurría en el análisis estructural) muy similar a la de Actitud Represiva, pero con algunas matizaciones pues en este caso las diferencias significativas han sido más claras. De nuevo la información mediática aparece relacionada con estas actitudes (explicable en los términos ya expuestos anteriormente), aunque la puntuación más elevada corresponde a quienes obtienen sus conocimientos de las charlas y cursos para padres (lo cual podría sugerir que este tipo de actividades deja en sus participantes un peso de censura y reprobación moral orientado hacia el consumidor). También es destacable que la puntuación más baja ha sido la de aquellos padres con contacto directo con el problema como principal fuente de información, dato que sugiere una reducción de esta actitud reprobatoria hacia el consumidor, como consecuencia de la experiencia directa.

5.5. Conclusiones finales

Son muchos los datos apuntados y comentados en la presente investigación. Para concluir, y a modo de resumen que destaque lo más interesante, elaboraremos en los párrafos que siguen unas conclusiones generales a tomar en cuenta. Son las siguientes:

- La principal fuente de información sobre las drogas que tienen los padres son los medios de comunicación social. La información procedente de charlas o cursos es muy escasa.
- La gran mayoría de los padres considera que posee poca información sobre las drogas.
- Lo que más interesa a los padres es que se les aporte procedimientos para prevenir el consumo de drogas en sus hijos. Interesa comparativamente poco el tema del consumo de alcohol y sus efectos, pese a ser la droga de más consumo entre la juventud.

- Son pocos los padres no dispuestos a participar en acciones preventivas elaboradas desde la escuela, pero igualmente, pocos padres participarían en cursillos organizados a tal fin (se decantan mayoritariamente por charlas informativas y visionado de vídeos) y también pocos estarían dispuestos a dedicar más de una hora y media semanal.
- Las actitudes de los padres hacia la prevención son mayoritariamente favorables. Sin embargo, esta posición mayoritaria aparece unida a una también mayoritaria actitud indulgente hacia el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco entre los adultos, aunque se reconoce la necesidad de reducir el consumo de estas sustancias entre los hijos a través de medidas legales y actuaciones escolares.
- La mitad de la muestra acepta el consumo ocasional de derivados cannábicos, mientras que una tercera parte no reconoce las malas relaciones familiares como factor de riesgo.
- Hay una tendencia mayoritaria a asociar la imagen del consumidor de drogas con la delincuencia.
- El perfil aproximado del progenitor más implicado actitudinalmente en las tareas preventivas es el siguiente: mujer, mayor de 35 años, con nivel de estudios de EGB y creencias religiosas.
- Las actitudes represivas y censoras aumentan a medida que lo hace la edad y las creencias religiosas de los padres, y disminuyen conforme lo hace el nivel educativo de los mismos.
- La permisividad ante las sustancias institucionalizadas es mayor en los padres varones, menores de 35 años, universitarios y sin creencias religiosas.
- No hay diferencias relevantes en actitudes ante las drogas y la prevención entre los padres, en función de llevar a sus hijos a centros privados, públicos o concertados.
- Las actitudes favorables a la prevención y la creencia en factores de riesgo aparecen menos consolidadas entre los padres con mayor nivel de información teórica sobre las drogas, lo cual indica que la implicación preventiva se relacionaría inversamente con el nivel de conocimientos.
- El mantenimiento de actitudes represivas y moralistas se relaciona directamente con la obtención de información a través de los medios de comunicación. La actitud represiva es menor en los padres más formados, aunque ya ha sido señalado que éstos mantienen una actitud hacia la prevención relativamente baja.
- La actitud permisiva ante las drogas institucionalizadas y la creencia en la exis-

tencia de factores de riesgo se relaciona directamente con la obtención de información a través de charlas y cursillos dirigidos a padres.

- Los padres que obtienen su información preferentemente de charlas y cursos manifiestan una relativamente elevada actitud moralista (es decir, reprobatoria y censora).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, L. (1989). Healthy city, healthy participation. *Health Education Journal*, 48, 179-182.
- Blanco, A. (1988). La Psicología Comunitaria ¿una nueva utopía para el final del siglo XX? En: A. Martín, F. Chacón y M.F. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Calvo, F. y Díaz, V. (1993). La mentalidad de la sociedad vasca ante el problema de las drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 18 (2), 93-132.
- Cohen, D.H. y Linton, K.L. (1985). Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Journal of Drug Education*, 25 (2), 159-169.
- Cohen, S.J. (1982). Helping parents to become the "potent force" in combating and preventing the drug problem. *Journal of Drug Education*, 12 (4), 341-344.
- Costa, P.O. y Pérez, J.M. (1990). *Droga, televisión y sociedad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Durán, A. (1997). La escuela de padres: Un proyecto preventivo. *Revista Española de Drogodependencias*, 22 (2), 91-93.
- Durán, A. y Bueno, F.J. (1996). Escuela de padres. En: A. Durán y F.J. Bueno (Eds.), *Familia y drogodependencias*. Valencia: Programa Municipal de Drogodependencias.
- Durán, A., Peris-Miró, C. y Selles, N. (1996). Escuela de padres: Memoria del curso. En: A. Durán y F.J. Bueno (Eds.), *Familia y drogodependencias*. Valencia: Programa Municipal de Drogodependencias.
- Ferrer, X. (1998). La prevención del abuso de drogas en el ámbito familiar. *Ponencia presentada al Congreso Europeo sobre Prevención de las Drogodependencias*. Madrid.
- Ferrer, X. y Ayneto, X. (1991). Nuevos métodos en la formación de padres para la prevención del abuso de drogas. *Ponencia presentada a las XIX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Santa Cruz de Tenerife.
- Ferrer, X. y Dacosta, L.M. (1993). La droga en los medios de comunicación: Algunos problemas y posibles soluciones. *Boletín sobre Drogodependencias CREFAT*, 19, 17-20.
- Ferrer, X., Alemany, G., Calvo, A. y Duró, R. (1990). La formación de padres para la prevención del abuso de drogas. *Actas de las XVI Jornadas Nacionales de*

- Socidrogalcohol*, Vol. 3, 511-516.
- Ferrer, X., España, R.M., Pérez, C. y Sánchez, M. (1993). Los padres en la prevención del abuso de drogas: Enfoques experiencias y resultados en varios países. *Ponencia presentada al Congreso Internacional sobre Prevención de las Drogodependencias y el Papel de la Familia*. Vitoria.
- Froján, M.X., Rubio, R. y Peris, B. (1994). La imagen de la droga en la prensa española. *Revista Española de Drogodependencias*, 19 (3), 191-204.
- Generalitat Valenciana (1992). *Los equipos de atención primaria y su intervención en la escuela*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- Grady, K., Gersick, K.E. y Boratinsky, M. (1985). Preparing parents for teenagers: A step in the prevention of adolescent substance abuse. *Family Relations*, 34 (4), 541-549.
- Granado, O. (1992). Percepciones y actitudes ante los programas de prevención de drogodependencias. *Iniciativas*, nº especial, 31-36.
- Jiménez, M.C., Cabrero, R., Porres, D., Luna, J.D. y Luna, A. (1997). El consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana por adolescentes en la ciudad de Alicante. *Adicciones*, 9 (2), 171-179.
- Laudeman, K.A. (1984). Seventeen ways to get parents involved in substance abuse education. *Journal of Drug Education*, 14 (4), 307-314.
- Llopis-Goig, D., Pons, J. y Berjano, E. (1996). Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas. *Psicothema*, 8 (3), 465-474.
- Marchioni, M. (1989). *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid: Popular.
- Musitu, G. (1998). La indisociabilidad de la intervención comunitaria y de la perspectiva ecológica. *Informació Psicològica*, 66, 4-9.
- Oñate, P. (1993). La familia, agente natural de prevención. *Actas del Congreso Internacional sobre Prevención de las Drogodependencias y el Papel de la Familia*, 15-36.
- Ongil, D. (1990). *Evaluación del programa de prevención de las drogodependencias en los centros educativos de la Comunidad Autónoma de Madrid*. Madrid: Edusalud.
- Pallarés, A.L. y Llopis-Llácer, J.J. (1993). Análisis de actitudes en una escuela de padres sobre el uso de drogas. *Adicciones*, 5 (4), 323-337.
- Pérez de Arróspide, J.A. (1998). Drogodependencias: La prevención desde y con la familia. En: J.A. García y C. López (Eds.), *Nuevas aportaciones a la prevención de drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Pinilla, P. (1997). Conclusiones de la primera evaluación del vídeo "Etxean ere bai - En casa también". Bilbao: Concejalía de Salud.
- Pons, J. (1994). Familia y drogas: Una reflexión desde la psicología social. *Revista Española de Drogodependencias*, 19 (4), 279-280.
- Pons, J. y Berjano, E. (1996). El inicio en el consumo de drogas en relación a las dimensiones del autoconcepto en adolescentes. *Revista Española de*

Drogodependencias, 21 (3), 229-244.

- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Pons, J. y Buelga, S. (1994). Familia y conductas desviadas: El consumo de alcohol. En: G. Musitu y P. Allat (Eds.) *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- Recio, J.L. (1999). Familia y escuela: Agencias preventivas en colaboración. *Adicciones*, 11 (3), 201-207.
- Rosenwald, M.M. (1985). Operating a primary prevention program. *Children Today*, 14 (4), 7-10.
- Salvador, T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 18-24.
- Schuchard, M.M. (1984). Parent power and prevention: The national movement for

- drug-free youth. *Journal of Florida Medicine*, 71 (4), 225-226.
- Valderrama, J.C., Sieres, J., Salazar, A., Gómez, J., Gavidia, V. y Bueno, F.J. (1997). *Evolución de los hábitos de salud en la juventud de Valencia*. Valencia: Programa Municipal de Drogodependencias.
- Vega, A. (1990). Educación y formación en drogodependencias: Revisiones y perspectivas. *Actas de las XVI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*, Vol. 2, 209-239.
- Vega, A. (1993). *La acción social ante las drogas: Propuestas de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea.

APÍTULO IX

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ADOLESCENTES

José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo



NDICE

1. Introducción
2. Factores de riesgo familiares y consumo de drogas en adolescentes
3. Los programas de prevención
 - 3.1 Implicaciones para la prevención
4. Referencias bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

El uso de drogas legales e ilegales entre los jóvenes españoles es un problema de salud pública de gran seriedad. Aproximadamente un 65,8% de los jóvenes de entre 14 y 18 años declaran, en la última encuesta escolar, realizada por el Plan Nacional sobre las Drogas, que han consumido alcohol en los últimos treinta días, un 28,3% tabaco y un 17,2% cannabis (Plan Nacional sobre las Drogas, 2000). Además, un 10,5% de los escolares, con una edad media de 13,59 años declaran tener un consumo frecuente o diario de alcohol y haber probado ya alguna droga ilegal, normalmente cannabis (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001). Si se tiene en cuenta que el consumo de drogas (legales o ilegales) a estas edades es un buen predictor del consumo adulto (Robins y Przybeck, 1985), no es extraño que las autoridades encargadas de afrontar el problema de la droga consideren a la prevención una prioridad.

La intervención preventiva trata de reducir la aparición de nuevos casos de consumo en las edades tempranas o de reducir las posibilidades de que un consumo inicial degenera en un trastorno adictivo. La forma en la que alcanza sus objetivos es, teóricamente, muy simple. Se trata de reducir o eliminar la influencia que los factores de riesgo tienen sobre la conducta del individuo, instaurando o aumentando, a la vez, la presencia de los factores protectores. Los factores de riesgo se han definido (Clayton, 1992) como elementos personales, situacionales o contextuales que aumentan la probabilidad del uso de drogas, tanto en su inicio como en su mantenimiento, mientras que los factores de protección supondrían una reducción del riesgo en ambos estadios.

Uno de los grupos de factores de riesgo que han captado con más claridad la atención de los investigadores han sido los factores familiares. Como afirma Becoña (2001), el consumo de drogas tiene como base un proceso de socialización en el que ha influido de forma destacada la familia, ya que es un ámbito en el que se adquieren determinado tipo de creencias, valores y hábitos que condicionarán más adelante la probabilidad de consumo. La influencia de la familia es tanto más notable cuanto más

joven es el sujeto, ya que, a partir de la adolescencia, los llamados "iguales" – compañeros y amigos – ganarán capacidad para condicionar su comportamiento. No quiere decir esto que se establezca una relación causal necesaria y suficiente entre la familia y el uso de drogas de los hijos. Pero es innegable que las prácticas de crianza son centrales en el desarrollo del riesgo del consumo de drogas (Dishion, 1998).

Se desconoce la existencia de una fórmula magistral que determine cuál es el estilo de crianza ideal, independientemente de las condiciones del sujeto y de la familia.

Los datos de investigación apuntan a la existencia de una multiplicidad de factores que influyen en la génesis de los problemas de conducta en los hijos, dependiendo de la cultura, el contexto comunitario y el tipo de familia (Dishion, 1998). Sin embargo, a pesar de esa complejidad, se han podido identificar determinadas características familiares específicas y no específicas (Merikangas, Dierker y Fenton, 1998) que guardan una cierta relación con la probabilidad de desarrollar un comportamiento adictivo en los hijos, por lo que las estrategias preventivas se han centrado en su modificación. Una amplia revisión sobre los distintos elementos y condiciones que conforman esos factores puede encontrarse en este volumen. Aquí, sólo nos detendremos en los aspectos más generales.

2. FACTORES DE RIESGO FAMILIAR Y CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

La investigación parece corroborar que hay tres grandes grupos de factores o apartados imprescindibles cuando nos referimos a los estudios que vinculan a la familia con el desarrollo de conductas relacionadas con las drogas en los hijos. El primero hace referencia al consumo de drogas (sean legales o ilegales) y a las actitudes hacia su consumo. La presencia de alcoholismo paterno o materno, el uso de drogas ilegales por parte de los miembros de la familia y/o actitudes favorables, condescendientes o tolerantes con el consumo de drogas suponen un incremento en la probabilidad de consumo en los hijos adolescentes. Nada hay de extraño en este hallazgo. La adquisición de hábitos y valores por medio de la imitación o del simple moldeamiento es posible no sólo para los comportamientos adaptados sino también para los desadaptados. Cierta tipo de consumo de drogas (se excluye el consumo "adecuado" de drogas legales) se encuadra dentro de éstos últimos. Pero, además, se ha señalado que la presencia del consumo de drogas en los padres facilita la presencia de otros factores de riesgo como el conflicto familiar y el manejo inadecuado de la crianza (Becoña, 2001), por lo que resultaría sorprendente que tal comportamiento paterno hubiera sido indiferente para los hijos. Hay, sin embargo, dos cuestiones peculiares asociadas a este hallazgo que deben ser cuidadosamente analizadas.

No parece que existan muchos estudios que hayan obtenido la información del

consumo paterno directamente de los padres (Merikangas et al., 1998). Generalmente, la información ha provenido de los propios sujetos en un estudio transversal en el que declaran su propio consumo. ¿Hay una relación simple entre el consumo paterno y la del hijo, o bien, la percepción del consumo en la familia se encuentra modulada en el informante por su propio consumo? Dicho de otra manera ¿sobrestimarán el consumo familiar como justificación o consecuencia de su propio consumo? Esta es una interpretación posible a los resultados obtenidos en el estudio sobre los factores de riesgo que se presenta en el Capítulo 2 (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001), aunque no debe descartarse el efecto de la deseabilidad social en la información de los padres. Además, esta discrepancia se encuentra también presente en el campo de las actitudes. No parece probable que los padres de los miles de jóvenes que consumen alcohol y tabaco (por hablar de las legales) en nuestro país, tengan una "actitud favorable al consumo de drogas en sus hijos", a pesar de las campañas mediáticas que se desarrollan para modelar esa predisposición. Sin embargo, los hijos consumidores aprecian que sus padres tienen una actitud menos negativa hacia ese consumo que los hijos no consumidores. Desde luego, si se pregunta directamente a los padres, su actitud es igualmente negativa (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001) sin diferencias significativas entre las familias con hijos consumidores o no consumidores. Lo mismo puede hallarse en otro de los trabajos que se presenta en este texto (Pinazo Hernandis y Pons Diez, 2001), en el que se puede apreciar claramente que, a pesar de que entre los padres encuestados hay una alta tolerancia hacia ciertas drogas (alcohol, tabaco, cannabis) como medio que facilita la relación social entre adultos, existe también un alto rechazo de que sus hijos sean inducidos para consumir o consuman esas mismas sustancias. ¿Es posible que los hijos consumidores estén percibiendo en sus padres la actitud más congruente con su propia conducta?

Es necesario advertir que estas apreciaciones no van encaminadas a afirmar que no existe tal factor de riesgo y que, por lo tanto, su existencia puede ser simplemente debida al procedimiento de investigación seguido. Los resultados de otros estudios (y la lógica psicológica de la relación) son suficientemente contundentes como para no dudar de la importancia de la predisposición positiva hacia las drogas o de su consumo por parte de la familia, ya que, según algunos autores, esa historia familiar es el mejor predictor para el desarrollo de consumo en la descendencia (Merikangas et al., 1998). Más bien, la intención es poner de relieve, la posible existencia de una doble realidad, que se impone con gran fuerza en ambos lados (los padres y los hijos) en función de perspectivas completamente diferentes. Esa disparidad puede tener como explicación, el conocido sesgo que se produce al inflarse las correlaciones entre diferentes constructos que se miden a partir del mismo informante y el mismo método (McMahon y Metzler, 1998). Este sería el efecto de perspectiva del informante, un fenómeno no desconocido en la literatura (McMahon y Metzler, 1998). Es posible que ese efecto se encuentre condicionado por el contexto cultural donde se hace la inves-

tigación y por el tipo de drogas implicadas, fundamentalmente el alcohol, y no tanto por un deseo de los padres de dar una buena imagen o engañar al examinador. Ambos condicionantes (medio cultural y tipo de drogas) son meras hipótesis que se lanzan al vuelo. ¿La discrepancia entre hijos y padres al juzgar el consumo de alcohol sería idéntica en culturas menos ligadas al alcohol que la nuestra?

A falta de una respuesta simple, y teniendo en cuenta la necesidad de que los programas de intervención dirigidos a los padres se ajusten lo más posible a sus necesidades y carencias reales, será imprescindible el desarrollo de más investigación en nuestro contexto cultural que tenga en cuenta esta doble perspectiva. En este sentido, es imprescindible precisar exactamente cuáles son los componentes del comportamiento o qué tipo de actitudes van a ser el objetivo prioritario del plan de prevención. Si se busca que los padres tengan una actitud negativa hacia el consumo en sus hijos o hacia las drogas en general, parece que se está persiguiendo lo que ya está conseguido. Si se busca, sin embargo, modificar las actitudes hacia las drogas como medio de facilitación de la relación social entre adultos y romper la desconexión entre "drogas buenas para adultos" y "(las mismas) drogas malas para mis hijos", entonces el objetivo posiblemente sea más realista. En todo caso, la investigación debería esforzarse en adoptar, al menos, la doble perspectiva (hijos – padres), en ausencia de criterios objetivos externos, con el fin de mejorar la validez de las conclusiones obtenidas (Merikangas et al., 1998).

Un segundo apartado de especial relieve en la literatura que vincula a la familia con la probabilidad de consumo de drogas en los hijos es el del "manejo familiar" (family management). De difícil traducción al castellano, este concepto hace referencia a las distintas habilidades que tienen que desplegar los padres para la control de la conducta del hijo, mediante la supervisión, el establecimiento de normas / límites, la construcción de relaciones entre los miembros de la familia, y la aplicación de la disciplina a través de la negociación, el refuerzo positivo y el castigo (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Se ha podido demostrar que el desconocimiento de las actividades del hijo, la ausencia de normas claras en el funcionamiento familiar y la ausencia o imposición extrema o irracional de la disciplina supone un riesgo incrementado de comportamiento desviado y por ende, de consumo de drogas.

La presencia de este factor puede ser debida a la incapacidad psicológica (rigidez, prejuicios, inmadurez, etc.) de los padres para adaptarse convenientemente a las nuevas demandas que promueven los adolescentes (más autonomía, más oposicionismo, más probabilidad de desarrollar conductas de riesgo, etc.). Lykken utiliza una acertada metáfora para ilustrar estas carencias que tienen algunos padres para prevenir la conducta antisocial de sus hijos: "Como los grandes talladores de madera japoneses, el progenitor sensato busca las fuerzas y patrones implícitos en cada espécimen único. Claro que la conducta parental cambia las cosas, pero cambia de un modo más útil cuando actúa junto a la naturaleza, abonando por aquí, podando por allá, doblando (los jardineros dicen <guiar>), pero sin romper nada. Y también como los grandes

talladores de madera japoneses, este tipo de padres sabios y hábiles parecen escasear (y, por desgracia, los padres incapaces incluso de socializar a sus hijos son en general demasiado numerosos)" (Lykken, 2000; p. 147).

Se ha postulado, también dentro de esta misma línea "psicologicista", que esa carencia de control de la conducta de los hijos puede estar causada por creencias erróneas sobre las estrategias educativas (p.ej.: "la intervención de los padres es nociva por lo que hay que dejar que el niño se desarrolle sin interferencias") o por disposiciones ideológicas condicionadas por profundos cambios sociológicos en la estructura y función de la familia (se podría resumir en la frase de "¡que eduquen otros!") (Gil-Camena y Calafat-Far, 2001).

Sin embargo, en ocasiones, la ausencia de estas habilidades es una consecuencia derivada de la incapacidad objetiva (por circunstancias estructurales) de poder brindar el cuidado adaptado a las circunstancias que generan los hijos. Un ejemplo de esto último viene dado por la mayor probabilidad de consumo de drogas en los hijos de familias monoparentales (Gil-Camena y Calafat-Far, 2001; Hoffman, 1993) o en las que hay un nivel de conflictividad muy alto, muchas veces derivado del consumo de alcohol u otras drogas por alguno de sus componentes. En estas circunstancias, las posibilidades de concentrar los esfuerzos paternos en el control de la conducta de los hijos se ven alteradas por la necesidad de los padres (en la mayoría de los casos madres solas) de dedicar su tiempo y sus esfuerzos a resolver los problemas derivados de la simple supervivencia (dedicación laboral, cuidado de la casa, etc.) o de los conflictos maritales. Son, en suma, circunstancias que pueden determinar menores recursos financieros, mayor aislamiento social y una menor cantidad de tiempo y dedicación a la crianza de los hijos, con efectos claros en la génesis de comportamientos antisociales o de consumo de drogas (Brook, Brook, Gordon, Whiterman y Cohen, 1990; Griffin, Botvin, Scheier, Diaz y Miller, 2000).

Desde una perspectiva descriptiva del "manejo familiar", se han postulado tres déficit parentales que se encuentran en la base de la presencia de conductas perturbadoras infantiles (Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2001a). El primero sería el déficit de supervisión, que resulta de la incapacidad paterna de conocer en cada momento dónde se encuentra su hijo y cuál será su conducta previsible (hora de llegada a casa, qué está haciendo, con quién está, etc.). El segundo es un déficit en las habilidades de mando, que se describe como la incompetencia paterna para establecer normas de comportamiento que puedan ser convenientemente interiorizadas, reaccionar adecuadamente antes los incumplimientos o vulneraciones de las mismas, exigir el comportamiento correcto, en suma, ejercitar la autoridad. El tercero es un déficit en el manejo diferencial de las contingencias o, si se quiere, en la habilidad para recompensar o castigar adecuadamente la conducta infantil o adolescente, eliminando o reduciendo el comportamiento desviado y promoviendo el adaptado de forma diferencial y de acuerdo con las leyes del comportamiento. Son inconsistentes en su conducta de control de los refuerzos y por lo tanto, no pueden encaminar la conducta del hijo hacia donde pretenden.

Estos tres déficit señalan la carencia de unas habilidades que se encuentran en el núcleo de lo que se ha definido como estilos educativos. Una posible clasificación de los distintos estilos encuadra a los padres en tres categorías: el estilo autoritario, autoritativo y permisivo (Becoña, 2001). En el primero, el control mediante las órdenes y normas se hace de forma completamente unilateral, sin tener en cuenta las opiniones del hijo, a través fundamentalmente del castigo por incumplimiento. En el caso del estilo permisivo, la característica básica es la ausencia de exigencia por parte de los padres, siendo el propio hijo el que autorregula su comportamiento. El estilo autoritativo sería un punto de equilibrio entre ambos, dando órdenes y normas que se ajustan en cada caso a las necesidades específicas del adolescente, dejando un margen a la autonomía pero manteniendo un control externo exigente. Cada uno de estos estilos supone la carencia o presencia de alguna de las habilidades básicas en el "manejo familiar" lo que parece conllevar consecuencias relevantes para la presencia de comportamiento perturbado o consumidor en los hijos. Así, la ausencia de normas en el estilo permisivo puede conllevar un riesgo elevado de experimentación con drogas o la presencia de una conducta desviada que facilite el acceso a las mismas. Por otra parte, el comportamiento resultante de una crianza "autoritaria" puede ser de extrema "dependencia" con poca interiorización de normas, lo que hace al sujeto extremadamente vulnerable en el caso de que el control disminuya o desaparezca. El estilo autoritativo es el que parece más adecuado ya que, como se ha dicho antes, fomenta la autonomía sin renunciar a un estricto control externo, lo que favorece la formación de conductas adaptadas en condiciones de control cambiantes.

Alguna de estas apreciaciones sobre el "manejo familiar" han podido confirmarse en el estudio español (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001) que se incluye en este volumen. Por regla general, los sujetos consumidores han apreciado estar menos sujetos a normas familiares que los no consumidores. Además, los consumidores percibían, con más probabilidad, que ellos o algún miembro de la familia era la fuente de autoridad que dictaba las normas. Por contra, los no consumidores consideraban, con mayor probabilidad, que eran sus padres (conjuntamente) quienes establecían las normas. Estos resultados parecen corroborar algunas de las ideas que se han expuesto más arriba y señalan la importancia de los factores de "manejo familiar" en el consumo infantil o adolescente. Sin embargo, la sorpresa surge cuando se revisan las opiniones de los padres. En este caso, los padres no se diferencian en función de la existencia de miembros consumidores en la familia y la estructura de las opiniones no parece guardar un patrón claro que nos permita una clasificación tripartita tan evidente como la que se ha mencionado anteriormente. Una vez más, la perspectiva de los padres es diferente y el juicio que les merece su propio comportamiento como educadores no parece ajustarse a lo que perciben los hijos y los investigadores. Este es un hecho relevante si lo que se pretende es desarrollar programas de prevención que tengan como principales "clientes" a los padres.

Otro de los grandes apartados que se mencionan en la literatura que relaciona el

consumo de drogas con la familia es el del "conflicto familiar". Se hace referencia aquí a que la presencia de peleas y disputas frecuentes en la pareja (Katz y Gottman, 1993), así como al desapego emocional bien entre los padres o bien en la relación con el hijo (Shedler y Block, 1990), incrementan el riesgo de consumo de drogas en los adolescentes. Algunas de las consecuencias más evidentes de estas tensiones son las separaciones y los divorcios, en el caso de los adultos y el abandono o maltrato físico o emocional en el caso de los hijos. Se afirma que estas importantes alteraciones "emocionales" en las relaciones familiares actuarían produciendo un funcionamiento familiar inadecuado, ya que la posible alteración de la estructura familiar es menos importante (Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2001a). Las vías por las que el conflicto podrían generar el consumo serían, hipotéticamente, o bien elevando la intensidad y frecuencia de las relaciones disfuncionales en la familia con el efecto inducido que pueda tener sobre el uso de drogas en los padres e hijos, o bien a través de un descenso en el control de la conducta filial, con el consiguiente deterioro del "manejo familiar". La primera hipótesis encontraría algún apoyo si se pudiera demostrar una correlación significativa entre ambos factores de riesgo, algo que por otra parte parece lógico, aunque exista alguna evidencia en contra (Wasserman, Miller, Pinner y Jaramillo, 1996). La segunda hipótesis estaría ejemplificada por los estudios que investigan el poder amortiguador de una "buena y fuerte" relación paterno-filial frente a las presiones que ejercen los amigos hacia el consumo (Farrell y White, 1998).

Se han encontrado bastantes pruebas de que las variables agrupadas bajo la etiqueta de "conflicto familiar" tienen relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes. En el estudio de Secades Villa y Fernández Hermida (2001), los hijos de padres que no viven juntos tienen una mayor probabilidad de consumir drogas que los que conviven con ambos padres, aunque esta diferencia desaparece si se compara a los huérfanos (de alguno de los padres) con los que conviven con la familia nuclear (con ambos padres). Una interpretación de este resultado es que la estructura familiar no es tan determinante como la dinámica que se genera en el caso de separación o divorcio.

En el mismo sentido, los escolares que consumen, perciben más conflicto familiar intraparental, y de ellos con la familia. Un hallazgo que no es nuevo en la literatura (Hops, Tildesley, Lichenstein, Ary y Sherman, 1990). Esta percepción del conflicto parece independiente del hecho de que la familia sea consciente del consumo del hijo, ya que los resultados se mantienen a pesar de que la familia sea ignorante del uso de drogas por su hijo.

En lo que se refiere al apego, dentro de la misma investigación (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2001), los hijos consumidores parecen apreciar un peor trato de sus familiares, fundamentalmente de sus padres, que los que no consumen, a pesar de la baja variabilidad de esta variable, ya que sólo un 3-5% de la muestra duda del afecto familiar, y menos de un 3% declara sentirse maltratado.

La relación entre estos tres grandes factores de riesgo familiar y el consumo de

drogas no es lineal, ni simplemente aditiva (Becoña, 2001). Estos tres factores no son independientes entre sí, y la simple presencia de uno de ellos, puede actuar como detonante que incremente la probabilidad de que surjan los otros dos. Además, la relación con el consumo de drogas aparece mediada por la presencia de otros factores de riesgo externos e incluso internos a la familia, alguno de carácter biológico, como la herencia. Sin embargo, la persistencia con la que estos grandes factores aparecen en la investigación, hace que sea lógica su inclusión como objetivos prioritarios en los programas de prevención.

3. LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

El análisis de los distintos programas y estrategias de prevención puede hacerse desde, al menos, cuatro perspectivas, los contenidos, la forma en la que se presentan, la motivación para participar en ellos y el análisis de sus resultados. Una vez más, es seguro que estos cuatro puntos de vista no son independientes. Es muy probable que haya alguna interrelación entre determinados contenidos y la forma en la que se presentan; estos dos aspectos, a su vez, guardarán relación con la motivación con la que los padres participan y, en último término, el éxito del programa estará supeditado a su calidad y al interés que suscita entre los destinatarios. Sin embargo, y a efectos expositivos, se presentan por separado, lo que favorece la claridad siempre que se mantenga en mente la interdependencia de las diferentes perspectivas.

La mayoría de los programas de prevención dirigidos a las familias parten del supuesto básico de que sus miembros (normalmente los padres) carecen de determinada información (sobre drogas, desarrollo infanto-juvenil) y de determinadas habilidades de crianza de sus hijos, que se pueden aprender mediante una instrucción adecuada. Espada Sánchez y Méndez Carrillo (2001) resumen las metas a alcanzar en los programas preventivos familiares en dos: a) adquirir información y b) adquirir o mejorar habilidades para prevenir la aparición del problema. Sin embargo, el proceso formativo está lejos de ser simple. Hay algunas condiciones, tanto de fondo como de forma, que parecen maximizar el éxito. Según Dishion (1998), los programas preventivos dirigidos a las familias deberían guardar, al menos, tres requisitos si quieren obtener buenos resultados. En primer lugar, la intervención debe solicitar la colaboración de los padres y ser respetuosa con ellos. Se define como modelo de intervención colaborativo aquel que promueve el cambio y ayuda a prever los problemas por medio del apoyo, la potenciación y la mejora de las habilidades de los padres. Si el programa de prevención se convierte en un simple taller de aprendizaje de habilidades sociales, en el que hay un terapeuta que enseña y un cliente que aprende, es muy probable que los resultados no sean los previstos, creándose una fuerte resistencia al cambio. En segundo lugar, la prevención debe ser cultural y ecológicamente sensible, eliminando las barreras que dificultan la incorporación de los padres a los programas

de prevención. En tercer y último lugar, las intervenciones deben de ser lo suficientemente flexibles como para adaptarse a las necesidades particulares, tanto en lo que se refiere al lugar y momento de trabajo, como en lo referente a los contenidos (Dishion, 1998).

De acuerdo con lo que se ha dicho antes en relación con los factores de riesgo fundamentales, no es extraño que los contenidos de los programas educativos versen sobre los siguientes tópicos: a) formación básica en drogodependencias, b) psicología del adolescente, c) procesos de comunicación humana, d) estilos educativos, e) el papel de la autoestima en la psicología del adolescente y f) epidemiología del consumo de drogas. Los programas de entrenamiento en habilidades versan sobre: a) habilidades de comunicación, b) habilidades sociales y c) habilidades de negociación y resolución de conflictos (Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2001b). Esta formación opera sobre los factores de riesgo de la siguiente forma hipotética:

- (1) Un mejor conocimiento de las drogas, de los mecanismos de adquisición y extinción de los hábitos adictivos y de las condiciones externas (oferta, incidencia, etc.) en las que se lleva a cabo su consumo, ayudará a los padres a tomar decisiones que reduzcan el riesgo de consumo para sus hijos
- (2) Un mejor conocimiento de la psicología del adolescente (en la que se incluye su necesidad de autoafirmación y autoestima), de los estilos educativos y de los procesos de comunicación humana, junto con un mejor desempeño en las distintas habilidades de comunicación, sociales y de negociación y resolución de conflictos mejorará el manejo familiar de los padres
- (3) Un mejor conocimiento de los procesos de comunicación humana, junto con un mejor desempeño en las distintas habilidades de comunicación, sociales y de negociación y resolución de conflictos podrá reducir, también, el nivel de conflictividad familiar, tanto intraparental, como entre padres e hijos.

Es evidente que la confirmación de estas hipótesis no está exenta de dificultades, debido al carácter multideterminado del consumo de drogas. Existen un buen número de variables moduladoras entre la familia y el riesgo de consumo que pueden interferir, de forma sensible, en la interpretación de los resultados. No obstante, las ideas básicas que subyacen a estas hipótesis han recibido algún grado de confirmación, tal y como puede deducirse de los resultados positivos de algunos programas de prevención que se mencionan en este texto (Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2001b).

La forma es el segundo aspecto a tratar en los programas de prevención. La manera en la que se pueden presentar los contenidos educativos y llevar a cabo el entrenamiento en las habilidades señaladas puede dividirse en tres apartados: 1) soporte, 2) medio en el que se desarrolla y 3) objetivo al que se dirige. El soporte, sustancialmente, tiene las siguientes variantes: a) Conferencias, charlas, b) Folletos, c) Seminarios, Talleres, d) Sistemas audiovisuales y e) Formas mixtas. El medio puede ser el hogar, la escuela o la comunidad. El objetivo al que se dirige se divide en dos grandes apartados. El programa puede dirigirse específicamente a la familia como

entidad única o a la familia dentro de un marco más general de carácter escolar o comunitario. En ambos casos cabría subdividir aún los programas en dos sub-objetivos adicionales. La actividad preventiva puede estar específicamente diseñada para familias de riesgo, en las que se prevé una incidencia, o bien puede encaminarse a tratar a la población general.

La forma más común en nuestro ámbito es la de la conferencia o charla en el marco escolar dentro de una Escuela de Padres (Martínez Higuera, 2001). Son normalmente actividades puntuales, realizadas dentro de un marco no específica ni principalmente dedicado a la prevención de la drogodependencia, con un marcado carácter informativo, que no son evaluadas y, por lo común, de repercusión desconocida. Fuera de nuestro país, pueden encontrarse una gran cantidad de programas dirigidos a las familias, en los que se pueden apreciar una importante cantidad de variantes formales. Algunos de esos programas, con sus características se recogen en este volumen (Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2001b).

Un buen número de programas preventivos familiares son integrativos, es decir, se realizan dentro de un marco que persigue objetivos dentro y fuera de la familia. Así, suele ser frecuente encontrar programas preventivos de carácter predominantemente escolar o comunitario que tienen componentes familiares y, por otra parte, programas predominantemente familiares con componentes escolares y comunitarios (Matellanes Matellanes, 2001). Un aspecto interesante de este enfoque integrativo es la idea de que el funcionamiento integrado de la prevención funcionará bien siempre que las intervenciones no debiliten el papel central de la familia en el control del adolescente (Dishion, 1998).

Un ingrediente esencial para el éxito de un programa de prevención es la motivación de los participantes. A pesar de que la inmensa mayoría de los padres afirman estar dispuestos a participar en un programa de prevención (Pinazo Hernandis y Pons Diez, 2001), la realidad es que hay una fuerte autoselección que determina que participen en los programas fundamentalmente madres, con un nivel de formación básico y fuertes creencias religiosas.

Se ha podido comprobar que los padres que están menos inclinados a participar en los programas preventivos son los que menos se habían implicado previamente en la educación de sus hijos (Spoth, 1998). Además, en el momento que la actividad preventiva exige un esfuerzo continuado, se produce una alta tasa de abandono. Con esas condiciones no es extraño que "motivar" sea un verbo esencial cuando se conjuga con la palabra "prevención".

Las razones que aducen los padres para no participar son: 1) Falta de tiempo por causa del trabajo (Pinazo Hernandis y Pons Diez, 2001), 2) Ausencia de interés y 3) Problemas por parte de algún miembro de la familia (Spoth, 1998). Es posible que dichas razones no sean independientes entre sí, sino que existan clusters de motivos, que pueden ser englobados en estos tres epígrafes, que estén operando en todos los casos. En todo caso, Spooth (1998) reconoce que éste es un asunto fundamental que proba-

blemente requiera una gran cantidad de recursos, para obtener resultados no siempre satisfactorios.

Puede resultar paradójica la discrepancia entre la altísima disponibilidad aparente de los padres a participar en los programas de prevención y las dificultades para el reclutamiento cuando se ponen en marcha. Es posible que las respuestas de los padres estén influidas por el estado de opinión de que la prevención familiar en el campo de las drogodependencias es muy importante, pero que sin embargo no se crean tal afirmación. Esta creencia explicaría su inicial disposición a participar, pero, también, su escasa inclinación a dedicar mucho esfuerzo. Se ha sugerido que una posible razón para esta actitud se encuentre en la baja validez aparente de las estrategias preventivas, o si se quiere, de su baja aceptabilidad para sus destinatarios. En este sentido, es significativo el hecho de que los profesionales difieran sustancialmente de los participantes en un estudio de intervención familiar cuando se busca introducir las técnicas más efectivas que mejoren la participación (Saylor, Elksnin, Farah y Pope, 1990). El hecho de que los padres con mejor información teórica sobre las drogas estén menos interesados en la prevención (Pinazo Hernandis y Pons Diez, 2001), refuerza la suposición anterior. Además, se ha podido comprobar en nuestro país, que los padres tienen una perspectiva distorsionada del fenómeno de la drogodependencia en jóvenes. Esta distorsión se refleja en los siguientes aspectos (Pinazo Hernandis y Pons Diez, 2001):

- (1) Hay una actitud indulgente con el uso de las drogas legales y de rechazo más severo de las ilegales. Esta posición diferenciada es perfectamente percibida por los hijos (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001). Si la actividad preventiva no tiene en cuenta esta actitud y, probablemente, la propia conducta de consumo de los padres, es muy probable que se despierte cierto rechazo a participar.
- (2) Se tiende a asociar consumidor de drogas y delincuente. Una vez más, se produce una clara escisión entre drogas legales e ilegales. La etiqueta consumidor de drogas sólo hace mención al que consume drogas ilegales, y no ven vínculo entre ambos grupos de drogas. Son mundos separados. Tan es así que parecen poco interesados en conocer las características y efectos del consumo del alcohol. Desde esta perspectiva, no es extraño que los padres tarden en percibir las señales de consumo, aunque sean importantes, que producen sus hijos, ni que se encuentren ajenos al importante coqueteo que tienen con las drogas ilegales (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001). De forma curiosa, la tolerancia parece extenderse al cannabis (Pinazo Hernandis y Pons Diez, 2001).
- (3) Hay una tendencia a no ver la relación que existe entre la dinámica familiar y el riesgo de consumo en los hijos. Un tercio de los padres no cree que las malas relaciones familiares sean un factor de riesgo y la mayoría está a favor de que se reduzca el consumo mediante normas legales o a través de la formación escolar (Pinazo Hernandis y Pons Diez, 2001).

Obviamente todas estas creencias trabajan en contra de la implicación parental en

los programas de prevención y obligan a tomarlas en consideración si que quiere tener éxito con los programas.

El último apartado que mencionamos a la hora de analizar los programas de prevención se refiere al análisis de los resultados. La evaluación de los programas de prevención es el procedimiento básico para poder obtener conclusiones científicas y tomar decisiones tanto desde el punto de vista técnico como político, en el campo preventivo. Para su puesta en práctica, los programas de prevención deben reunir, al menos, dos requisitos esenciales.

En primer lugar, deben tener una validez aparente, fundamentada en la evaluación empírica de las necesidades y en el soporte teórico que ha servido para construir el modelo de intervención. Como se ha comentado previamente, la motivación que tienen las familias (mejor informadas) para participar en un programa puede encontrarse en función de la utilidad que le presupongan, y ésta puede depender ampliamente de que las actuaciones se encaminen a resolver problemas reales con procedimientos sólidamente fundamentados.

En segundo lugar, se deben formular claramente (operativamente) las actuaciones a realizar y los objetivos y metas a alcanzar. Se ha advertido que muchos de los conceptos más importantes que se utilizan en los programas de prevención, tales como familia, intervención, tipo de prevención, etc., pueden estar pobremente definidos, lo que conlleva una dificultad extrema para la evaluación comparativa de dos o más programas y para la acumulación del conocimiento sobre los elementos específicos que maximizan el éxito en la consecución de los objetivos (Spoth, 1998). No obstante, la consecuencia más evidente de una indefinición de las metas de la actividad preventiva, es que el procedimiento de evaluación se vuelve imposible ya que no hay ningún criterio frente al que contrastar la eficacia o efectividad del programa.

La realidad es que los resultados de los programas de prevención centrados en la familia son, en general, desconocidos y han sido pocas veces sometidos a evaluación mediante procedimientos rigurosos con sistemas multiaspecto (multi-objetivo), multimétodo (Spoth, 1998). En una referencia a las revisiones de los programas de prevención desarrollados en Estados Unidos, Spoth (1998) afirma que los estudios de evaluación realizados hasta esa fecha adolecían de problemas que afectaban a su validez, sensibilidad y posibilidad de deducir consecuencias prácticas. Algunas de las razones más comunes eran la ausencia de una base teórica, el pequeño tamaño de las muestras, carencia de control experimental, ausencia de evaluaciones de seguimiento, carencia de control estadístico y fallo en evaluar la fidelidad con la que se sigue el procedimiento de intervención. En España, por ejemplo, la mayoría de los responsables de los programas dicen evaluarlos, aunque los tipos de evaluaciones utilizados son muy diversos, en gran parte de proceso (90%), que no se dirige a la valoración de resultados, y de diseño pre-post (26%), en el caso de estudios de eficacia o efectividad, pero no hay seguridad de que dicha investigación se realice con suficientes garantías metodológicas (Martínez Higuera, 2001). ¿En qué medida pode-

mos fiarnos de un programa de intervención cuya evaluación carece de garantías metodológicas? La respuesta es obvia. Sin embargo, la diversidad y variedad de programas que se ensayan no es pequeña, y el número no deja de aumentar. En dos de los capítulos de este libro (Espada Sánchez y Méndez Carrillo, 2001b; Martínez Higuera, 2001) se describen someramente una buena cantidad de programas realizados dentro y fuera de nuestras fronteras.

3.1. Implicaciones para la prevención

A tenor de lo que se ha dicho hasta aquí, no se puede decir que desconozcamos completamente cuales son los aspectos más relevantes de la dinámica familiar que debe ser objeto preferente de los programas de prevención. Tampoco carecemos de pistas sobre el tipo de mejoras en la intervención preventiva que puedan redundar en una mayor utilidad práctica y en un conocimiento científico más sólido de la dinámica familiar asociada a las drogas. Una sistematización de ese conocimiento podría tener implicaciones para la prevención. Con ese propósito, en este último apartado, y a modo de resumen, haremos unas últimas consideraciones:

- (1) Existen factores familiares que influyen, de forma importante, en la probabilidad de inicio y de mantenimiento del consumo de drogas en los hijos. Estos factores pueden agruparse mayoritariamente en tres apartados: consumo de y actitudes hacia las drogas en los padres, ausencia de habilidades de manejo familiar y existencia de conflicto familiar.
- (2) Estos tres grandes factores no son independientes entre sí. La presencia de conflictos familiares puede desencadenar problemas en el control o manejo familiar. Así mismo, el consumo de drogas en los padres puede estar relacionado con la existencia de conflicto familiar y/o con dificultades de manejo. Esta interdependencia puede simplificar la intervención y multiplicar la eficiencia de las intervenciones.
- (3) Los factores de riesgo familiares ejercen su influencia en conjunción con otro tipo de factores interpersonales y contextuales que tienen mayor o igual importancia, sobre todo en la adolescencia. Por esta razón, puede considerarse extraordinariamente conveniente la integración de estrategias preventivas escolares, comunitarias y familiares.
- (4) Las intervenciones preventivas familiares se dirigen, en gran medida, pero no exclusivamente, a reducir la presencia de estos factores de riesgo familiar mediante la modificación de la conducta y de las actitudes de los padres, fundamentalmente, a través de procedimientos educativos o, incluso, terapéuticos. Estos objetivos se encuentran fuera del alcance del simple aumento de la información.
- (5) No existe una única forma de intervención familiar, sino que se precisa un amplio repertorio de estrategias preventivas en función de la población destinataria, de los objetivos y del contexto en donde se lleve a cabo la intervención.
- (6) Los programas de prevención familiar maximizarán su éxito si consiguen de los

padres colaboración más que participación a través del ajuste de los objetivos a sus carencias y necesidades. Deben, además, establecerse claramente los objetivos y las estrategias para alcanzarlos, de acuerdo a sólidos principios teóricos y metodológicos.

- (7) Aumentar la motivación de los padres para colaborar en los programas de prevención es un objetivo esencial a conseguir. Esto es más cierto en el caso de los programas dirigidos específicamente a familias de alto riesgo. Es necesario que se realice más investigación con este objetivo.
- (8) Todos los programas de prevención deberían proceder a evaluar sus resultados. Dicha evaluación debería guardar los siguientes requisitos:
 - a. Definición clara de los objetivos a evaluar. Deben definirse claramente las metas a alcanzar, los distintos parámetros y conceptos que se utilizan en el programa y los supuestos teóricos que subyacen al modelo de intervención utilizado
 - b. La evaluación debería utilizar, en la medida de lo posible, instrumentos que permitan la comparación posterior de los resultados con otras investigaciones. De forma óptima, deberían utilizarse diferentes procedimientos de medida para cada variable, y cada criterio de éxito o variable predictora debería representarse por más de una variable.
 - c. El programa de prevención debería estar convenientemente protocolizado y se deberían establecer controles rigurosos que garantizaran la fidelidad de su cumplimiento.
 - d. En la medida de lo posible, debería garantizarse la validez interna de las conclusiones que se obtuvieran de la evaluación del programa. Esto supone un control exhaustivo de las variables intervinientes en los resultados y la posibilidad de contar con un grupo control.
 - e. Los evaluadores deberían ser ajenos a los que aplican el programa de prevención.

A partir de todo lo visto hasta aquí, puede afirmarse que la prevención del consumo de drogas, sea familiar o de cualquier otro tipo, es una tarea compleja, en la que intervienen multitud de factores psicológicos y sociales. No es posible elaborar un algoritmo que permita conseguir una intervención con éxito sea cual sea el medio y el momento en el que se desarrolle. Pero hacer caso de lo que ya se sabe puede ser una forma de acercarse a un resultado satisfactorio. Esperemos haber contribuido a que los siguientes pasos en el camino de la prevención familiar puedan apoyarse sobre los peldaños que ya han sido puestos.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becoña-Iglesias, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre la Drogas.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., y Cohen, P. (1990). The psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 116(2).
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug use* (pp. pp. 15-51). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dishion, T. J. (1998). *Advances in Family-Based Interventions to Prevent Adolescent Drug Abuse*. Paper presented at the National Conference on Drug Abuse Prevention Research.
- Plan Nacional sobre las Drogas (2000). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 3*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada Sánchez, J. P. y Méndez Carrillo, F. X. (2001a). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Espada Sánchez, J. P. y Méndez Carrillo, F. X. (2001b). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Farrell, A. D. y White, K. S. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: Family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 248-258.
- Gil-Camena, E., y Calafat-Far, A. (2001). El papel de la familia en el uso de drogas recreativas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Diaz, T. y Miller, N. L. (2000). Parenting Practices as Predictors of Substance Use, Delinquency, and Aggression Among Urban Minority Youth Moderating Effects of Family Structure and Gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(2), 174-184.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hoffman, J. P. (1993). Exploring the direct and indirect family effects on adolescent drug use. *Journal of Drug Issues*, 23, 535-557.
- Hops, H., Tildesley, E., Lichenstein, E., Ary, D. y Sherman, L. (1990). Parent - adolescent problem solving interactions and drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 239-258.

- Katz, L. F. y Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29(6), 940-950.
- Lykken, D. T. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.
- Martínez Higuera, I. M. (2001). La prevención familiar en España. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Matellanes Matellanes, M. (2001). La prevención de las drogodependencias: ¿Es posible la integración de la intervención comunitaria, escolar y familiar? En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- McMahon, R. J. y Metzler, C. W. (1998). Selecting Parenting Measures for Assessing Family - Based Prevention Interventions. En R. S. Ashery, E. B. Robertson, & K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. Rocville, MD: NIDA.
- Merikangas, K. R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familial Factors and Substance Abuse: Implications for Prevention. NIDA Research Monograph 177. En R. S. Ashery, E. B. Robertson, & K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. Rocville, MD: NIDA.
- Pinazo Hernandis, S., y Pons Diez, J. (2001). Estudio empírico sobre la implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Robins, L. N. y Przybeck, T. R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. En C. L. Jones & R. J. Battjes (Eds.), *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention. NIDA Research Monograph 56*. Washington, D.C.: Supt. of Docs., US Govt. Print. Off.
- Saylor, C. F., Elksnin, N., Farah, B. A. y Pope, J. A. (1990). Depends on who you ask: What maximizes participation of families in early intervention programs. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 557-569.
- Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2001). Factores de riesgo familiares para el uso de drogas: Un estudio empírico español. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre las Drogas.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45(5), 612-630.
- Spoth, R. L. (1998). Family-Focused Prevention Intervention Research: A Pragmatic Perspective on Issues and Future Directions. En R. S. Ashery, E. B. Robertson, y K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. Rocville, MD: NIDA.
- Wasserman, G. A., Miller, L. S., Pinner, E. y Jaramillo, B. (1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1227-1236.