



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL



## **Informe**

# **Una revisión de los programas de prevención familiar. Características y efectividad.**

**Elaborado por IREFREA**

**Versión 30 de Noviembre, 2010**

### **Han participado:**

JR Fernández Hermida

Roberto Secades

Amador Calafat

Elisardo Becoña

Flora Rosal

Mariàngels Duch

Montse Juan

# **Índice**

---

**Introducción y antecedentes**

**Objetivos**

**Metodología**

**Estrategia de búsqueda**

**Criterios de selección**

**Recopilación y análisis de la información**

**Resultados principales**

**Factores y áreas de intervención que son de interés para la intervención familiar**

**Enfoques de la intervención familiar**

**Formas de intervención o modos de aplicación de contenidos**

**Condiciones o factores que se relacionan con el éxito de los programas de prevención familiar**

**Características del programa y sus componentes**

**Captación y retención de familias**

**Sesiones de recuerdo**

**Efectividad de los programas y las intervenciones**

**Estudios de efectividad y obtención de principios de efectividad**

**Discusión y conclusiones**

**Referencias**

**Apéndice 1. Meta-análisis y revisiones**

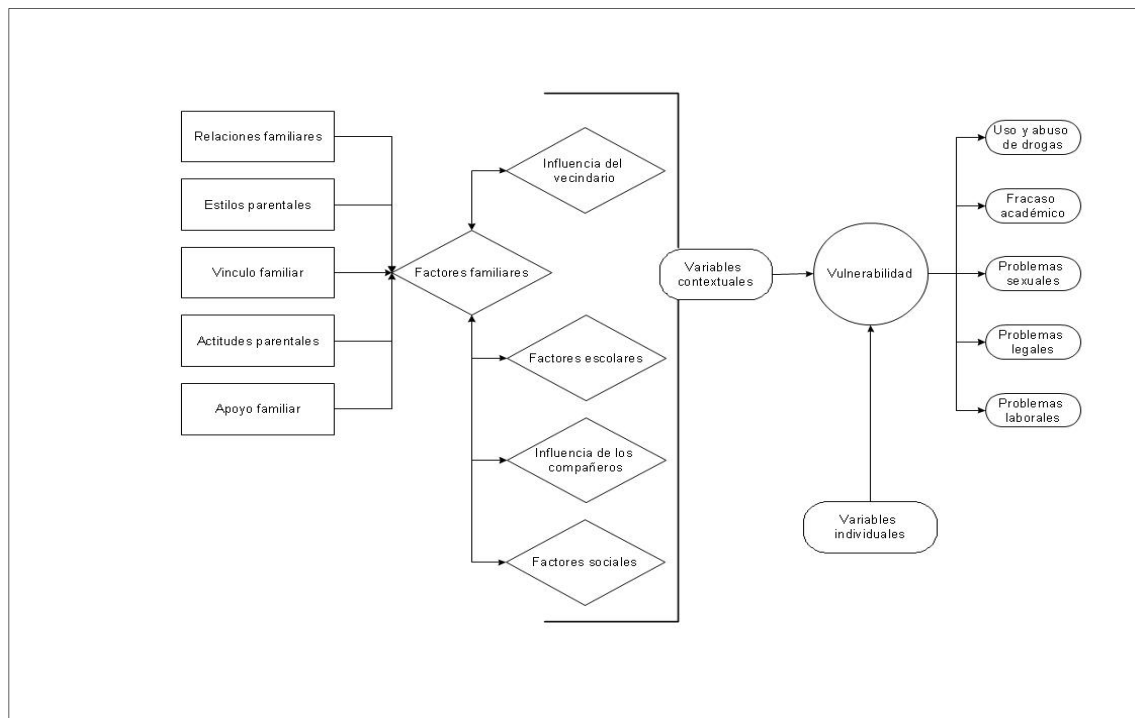
**Referencias**

## **Introducción y antecedentes**

El consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes europeos es lo suficientemente amplio como para que constituya uno de las principales preocupaciones en las políticas europeas de salud.

Aunque la última encuesta disponible ESPAD (Hibell et al., 2009), correspondiente al año 2007 y llevada a cabo en 35 países europeos, indica una ligera mejoría en relación a la tendencia creciente que se venía observando en el consumo de alcohol y drogas entre jóvenes de 15 a 16 años desde 1995, las prevalencias de consumo se mantienen altas, y en un caso, el del abuso del alcohol ocasional, incluso suben. Esta ligera desaceleración observada en las series de datos recogidos desde 1995 hasta el 2007 relativos al consumo en jóvenes en Europa, no se reparte por igual en todas las sustancias. En el caso del tabaco, los resultados que indican reducción son muy claros tanto en los chicos como en las chicas, mientras que en lo que se refiere al alcohol, los resultados son de un claro estancamiento o, incluso en algún caso, de ligero repunte. Así, las prevalencias de consumo en los últimos 30 días y el de consumo abusivo de alcohol en el último mes se encuentran en el entorno al 60% y el 43%, respectivamente, mostrando cifras iguales, en el primer caso, o superiores, en el segundo, a las recogidas en el año 2003. El uso de drogas ilícitas, entre las que se encuentra el cannabis, no varía mucho a la baja, con una prevalencia global media para todas ellas del 21%.

No cabe duda que estos niveles de consumo son especialmente altos y relevantes. La prevención del consumo de drogas en jóvenes es la estrategia preferida para abordar este importante problema de salud pública y otros problemas asociados (violencia, delincuencia, problemas escolares, etc.) que forman un importante cluster. Una multitud de factores de riesgo y protección condicionan la probabilidad futura o la vulnerabilidad de presentar diversos comportamientos de riesgo y antisociales, entre los que se encuentra el consumo o abuso de sustancias legales o ilegales (ver Ilustración 1).



**Ilustración 1.- Factores de riesgo y conductas de riesgo y antisociales**

El ámbito familiar agrupa a un importante grupo de estos factores de riesgo y protección, y por ello, se ha convertido en un campo de aplicación prioritario para la prevención. Efectivamente, existen pruebas crecientes de que la familia juega un papel relevante tanto en la prevención como en el tratamiento del consumo de drogas en jóvenes, bien mediante la reducción del riesgo, bien mediante el incremento de la protección o la resiliencia (Velleman, Templeton, & Copello, 2005). Estas pruebas vienen por dos caminos. Por un lado, los estudios correlacionales, tanto transversales (Secades Villa, Fernández Hermida, Vallejo Seco, & Martín González, 2005) como longitudinales (Resnick et al., 1997) de los factores de riesgo, han mostrado el relevante papel que juegan las variables familiares en la probabilidad de que aparezcan conductas de consumo o abuso de drogas en los adolescentes. Por otra parte, el otro camino sigue las investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones familiares. Éstas suelen corroborar la relevancia de las intervenciones familiares para reducir o retrasar el consumo de drogas en los jóvenes, sobre todo cuando tienen un formato comprensivo y tocan múltiples factores de riesgo y protección, con la intensidad acorde a la gravedad del caso (Karol L. Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003).

Existe bastantes estudios que revisan la efectividad de los programas de intervención familiar o sus componentes, bien en solitario, bien en unión con programas escolares (Bühler & Kröger, 2008; Cuijpers, 2003; Dusenbury, 2000; J. W. Kaminski, Valle, Filene, & Boyle, 2008; Karol L. Kumpfer, et al., 2003; Karol L. Kumpfer & Johnson, 2007; John E. Lochman & van den Steenhoven, 2002; Small, Cooney, & O'Connor, 2009; Terzian & Fraser, 2005). Esta revisión pretende sistematizar y actualizar dichas revisiones, recopilando la información disponible sobre intervención familiar en la prevención primaria del consumo de alcohol y drogas en los adolescentes, atendiendo especialmente a aspectos que se refieren a sus estrategias y técnicas, factores que influyen en el éxito, así como la efectividad global de su utilización. Para ello se ha desarrollado una búsqueda de referencias bibliográficas en las principales bases de datos con la metodología que se indica más adelante.

## **Objetivos**

- 1) Conocer las áreas, enfoques y formas de la intervención familiar
- 2) Conocer los factores o principios que modulan el éxito de la intervención familiar en la prevención
- 3) Conocer la efectividad y limitaciones alcanzadas por los programas de prevención familiar, determinando las áreas que requieran más investigación

## **METODOLOGÍA**

### **Estrategia de búsqueda**

Se hicieron búsquedas en las bases de datos MEDLINE, PsycInfo y Cochrane, para encontrar referencias posteriores a 1989 en lo que afecta a revisiones y meta-análisis y del año 2000 en lo que atañe a trabajos empíricos. También se ha procedido a comprobar las principales referencias que se utilizan en los artículos de revisión, con el fin de comprobar que no se dejaba de lado ningún trabajo relevante.

### **Criterios de selección**

Las palabras clave utilizadas fueron en lo que hace referencia a drogas: drug/s; substance; alcohol; alcohol dependence; tobacco; cannabis; heroin; ecstasy y cocaine; en lo que atañe a la intervención: intervention y prevention y sobre factores de riesgo familiares: parental style; family attitudes; attachment; behavioral disorder; parental skills; social skills; family communication; mistreatment; child abuse; family disorganization y family conflict.

Una vez construidos y aplicados los correspondientes algoritmos de búsqueda, se obtuvieron los siguientes resultados: PubMed: 393, de PsycInfo: 663 y de Cochrane: 195, con un total de 1.251 referencias.

### **Recopilación y análisis de la información**

Los trabajos fueron evaluados por tres revisores que clasificaron los trabajos por consenso, en tres grupos. El primero y el segundo están formados, respectivamente por meta-análisis y revisiones sistemáticas o asistemáticas sobre la efectividad de los programas de intervención familiar del consumo de drogas en jóvenes, o de sus componentes y factores moduladores. El tercero está compuesto por trabajos empíricos que abordan directa o indirectamente esa temática con un diseño experimental o cuasi-experimental. Se han priorizado las investigaciones que tenían como objetivo la revisión de la intervención familiar en la prevención. Sin embargo, dado que muchas técnicas de intervención familiar son comunes a los programas de prevención y tratamiento, también se han tenido en cuenta meta-análisis en los que se puede obtener información sobre la efectividad de las intervenciones y la acción de los distintos factores moderadores.

Las referencias finalmente seleccionadas, que comprenden 5 meta-análisis, 27 revisiones y 53 estudios empíricos, pueden verse en el Apéndice 1.

## RESULTADOS PRINCIPALES

Los resultados se presentarán distribuidos según la naturaleza del aspecto sometido a revisión o investigación en los artículos seleccionados. Las categorías que se utilizarán son las siguientes:

- 1) Factores y áreas de la intervención que son de interés para la intervención familiar
- 2) Enfoques de la intervención familiar
- 3) Formas de intervención o modos de aplicación de los contenidos
- 4) Condiciones o factores que se relacionan con el éxito de los programas de prevención familiar
- 5) Efectividad. Se analiza aquí la capacidad que tienen los programas de prevención de alcanzar sus objetivos en condiciones de aplicación estándar. Se presentarán los resultados obtenidos de las distintas fuentes (revisiones y artículos empíricos), agrupando la información por programas.

### **1) Factores y áreas de intervención que son de interés para la intervención familiar**

Se trata aquí de hacer una revisión de las distintas áreas de intervención, que se recogen dentro del epígrafe de la prevención familiar. Dado que el concepto de prevención familiar es muy amplio y engloba toda la prevención que se hace dentro del ámbito de la familia, no es extraño que recoja un gran número de factores y campos de intervención de muy diversa complejidad y distinto signo y objetivo.

Inicialmente puede proponerse una clasificación atendiendo a la naturaleza de los objetivos sobre los que actúan. Esos objetivos son los factores de riesgo y protección que podrían dividirse en dos grandes apartados: los llamados factores estructurales, que hacen referencia esencialmente a la composición, constitución y estatus de la familia, y los factores funcionales o relacionales, que se refieren al campo de las relaciones entre los distintos miembros de la unidad familiar (Velleman, et al., 2005). En el primer caso se han estudiado variables como la monoparentalidad, la composición, el tamaño de la familia, el orden de nacimiento, la clase social, y otras variables que hacen referencia a características constitutivas de la familia y/o sus miembros. En el segundo caso, las variables relacionales más comunes han sido las habilidades relacionadas con el cuidado de los hijos, la cohesión familiar, las pautas de comunicación, la gestión familiar, las habilidades educativas, el modelado de conductas, o la influencia de los padres y otros miembros de la familia sobre el consumo de los jóvenes.

Hay que decir, sin embargo, que esta división no es muy útil para el propósito de clasificar las técnicas de intervención en los programas de prevención familiar por dos posibles razones. La primera es que esos programas no tienen como objetivo las variables estructurales, muy difíciles o imposibles de modificar. Además, como segunda razón, no hay ninguna teoría que ligue directamente las variables estructurales, tales como la monoparentalidad o la clase social con el consumo. Es a través de la acción de otras variables relacionales, como pueden ser, por ejemplo, el déficit de supervisión, el uso de técnicas disciplinarias inadecuadas, la mayor conflictividad, la menor cohesión familiar, o el modelado de patrones de conducta, como se establece el vínculo entre variables estructurales y consumo. Así que no resulta factible encontrar técnicas que vayan directamente a modificar factores o variables estructurales de la familia, entre otras razones, porque las variables estructurales no parecen “expresarse” directamente en el consumo de los jóvenes.

Más bien parece que los componentes estructurales hacen más probable determinadas condiciones relacionales que aumentan el riesgo de consumo.

Sin embargo, estas variables, llamadas en alguna ocasión distales (Biglan & Taylor, 2000), son útiles en la selección de la población para la prevención selectiva e indicada. Así, los indicadores más frecuentes que señalan las familias de riesgo son variables estructurales, tal y como puede verse en la Tabla 1, junto con algunas referencias de ejemplo:

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

En consecuencia, el análisis de las técnicas de intervención según las variables relacionales o funcionales conocidas será el camino que se seguirá en esta revisión de las estrategias o técnicas de intervención.

Las variables relacionales familiares, que los modelos teóricos ligan con la probabilidad de consumo en los jóvenes de acuerdo con diversos autores, son las siguientes:

- 1) Apoyo familiar (Family support). Deficiente capacidad para afrontar las tareas de "parenting".
- 2) Actitudes familiares (Family attitudes). Actitudes favorables al consumo de drogas.
- 3) Vinculación familiar (Family bonding). Débil vínculos padres-hijos. No compartir actividades de ocio. La vinculación de la familia con el joven es una condición que determina de forma relevante el consumo.
- 4) Habilidades parentales (Parental skills). Reducidas habilidades parentales. Entre estas se encuentran especialmente las deficientes habilidades disciplinarias de los padres, dificultades para el establecimiento de límites, deficientes sistemas de supervisión y monitorización, reducidas habilidades de comunicación
- 5) Relaciones familiares (Family relations). Conflicto familiar excesivamente alto. Abuso sexual o físico.

Estas variables relacionales dan lugar a determinadas áreas de intervención que presentan unos objetivos definidos, tal y como puede verse en la Tabla 2 que aparece a continuación.

**Tabla 2.- Áreas de intervención según los distintos factores relacionales**

<b>Factores</b>	<b>Área de intervención</b>	<b>Descripción del objetivo de la intervención</b>
Apoyo familiar	Cuidados físicos y entorno evolutivamente apropiados	Asistencia social o entrenamiento que facilite la alimentación, el uso de pañales, la seguridad, etc.
Actitudes familiares	Conocimiento del desarrollo infantil	Dar instrucción a los padres sobre desarrollo y conducta infantil Potenciar el desarrollo emocional positivo de los niños (mejorando la auto-estima, un entorno estimulante, etc.)
Vinculación familiar Habilidades parentales	Interacciones positivas con los hijos	Conocer la importancia de las interacciones positivas, no disciplinarias, con los hijos Usar habilidades para promover este tipo de interacciones tales como demostrar entusiasmo, interesarse por lo que interesa a los hijos, u ofrecer opciones recreacionales apropiadas Dar atención positiva
Vinculación familiar Habilidades parentales	Capacidad para dar respuesta, sensibilidad, y crianza	Responder con sensibilidad a las necesidades emocionales y psicológicas del niño Dar el contacto físico y el afecto que sea adecuado evolutivamente
Habilidades parentales Relaciones familiares	Comunicación emocional	Usar habilidades de comunicación (por ejemplo, la escucha activa) que ayuden a los hijos a identificar y a comunicar sus emociones
Habilidades parentales	Comunicación disciplinaria	Dar instrucciones claras y evolutivamente apropiadas, establecer límites y reglas, así como expectativas y consecuencias conductuales
Habilidades parentales	Disciplina y manejo de conducta	Conocer y modificar, en su caso, las actitudes hacia las estrategias disciplinarias Conocer y modificar, en su caso, las atribuciones acerca del mal comportamiento en los hijos Conocer y modificar, en su caso, las prácticas de monitorización y supervisión Conocer y saber utilizar el reforzamiento específico y las técnicas de castigo (ignorar planificado, reforzamiento positivo, time out) Conocer y saber utilizar la resolución de problemas con las conductas de los hijos Conocer la importancia de la respuesta consistente o generalización
Habilidades parentales	Promover las habilidades o conductas prosociales de los hijos	Educar a los padres para que enseñen a sus hijos a compartir y cooperar, usar buenos modales y usarlos con compañeros, hermanos o adultos Enseñar habilidades para resistir la oferta de drogas por parte de los amigos Enseñar habilidades de resolución de problemas y manejo de conflictos
Habilidades parentales	Promover las habilidades cognitivas o académicas de los hijos	Usar la enseñanza incidental: potenciar el lenguaje o el desarrollo de la lectura y escritura en los hijos, incrementar la buena disposición de los hijos hacia la escuela
Relaciones familiares	Relación intra-familiar	Conocer habilidades de comunicación Conocer técnicas de resolución de conflictos

Estos objetivos son alcanzados, en muchos casos, con técnicas que surgen, principalmente aunque no de forma única, de modelos teóricos cognitivo-conductuales, tales como técnicas de solución de problemas, técnicas de control de conflictos, técnicas para mejorar las habilidades de comunicación o el autocontrol, técnicas de disciplina y control de conducta, que forman parte del currículum y que se enseñan y practican en sesiones en las que hay participación activa de parte o del conjunto de la familia.



Las bases teóricas sobre las que se apoyan las técnicas de intervención familiar son, según (Dusenbury, 2000) y (Terzian & Fraser, 2005):

- 1) Social Learning, Theory of Bandura
- 2) Social Control, Theory of Hirschi
- 3) Differential Association, Theory of Sutherland et al.
- 4) Human Ecological, Theory of Bronfenbrenner

Las distintas aproximaciones pueden hacer uso de uno o varios de estos enfoques teóricos.

## **2) Enfoques de la intervención familiar**

Las intervenciones familiares pueden ser más o menos comprehensivas (dirigirse a uno, algunos o todos los factores antes mencionados) con un enfoque amplio, pueden tener una perspectiva de intervención temprana o de intervención en grupos de alto riesgo, o pueden ser exclusivas o estar incluidas como un componente más en paquetes de otros ámbitos de prevención, como la escolar o comunitaria. De acuerdo con estas opciones se pueden generar diversas alternativas según se usen uno o varios criterios.

Así, por ejemplo, las aproximaciones de prevención familiar se pueden dividir en, al menos, cuatro grupos (Karol L. Kumpfer, et al., 2003; Karol L. Kumpfer & Johnson, 2007), de acuerdo con la población a la que se dirigen (Tabla 3)

**Tabla 3.- Tipos de aproximaciones a la prevención familiar**

Tipo de aproximación	Descripción
Apoyo familiar domiciliario (In-home family support)	Son intervenciones preferentemente dirigidas a padres con alto nivel de riesgo (prevención selectiva o indicada) y con hijos menores de cinco años. Su lugar de realización es el hogar. Se dirigen inicialmente a familias en crisis. Su objetivo primordial es satisfacer las necesidades básicas familiares y tratar la crisis. Entre sus cometidos puede encontrarse suministrar información sobre los servicios sanitarios y sociales que están disponibles
Formación parental (Parent training)	Son intervenciones de carácter cognitivo conductual que están dirigidas a mejorar las habilidades educativas y comunicativas de los padres. Pueden utilizarse en prevención tanto selectiva como indicada de familias con hijos de 6 a 11 años. La metodología del training puede ser individual o grupal, pero siempre de carácter interactivo.
Formación en habilidades familiares (Family skills training)	Son intervenciones de carácter multicomponente que se dirigen no sólo a los padres, sino también a los hijos y la relación que mantienen entre ellos. Se utilizan en los tres tipos de prevención, tanto universal como selectiva e indicada. Su población destinataria son familias con hijos entre 6 y 14 años. Sus objetivos son cambiar y mejorar el funcionamiento familiar, enseñando, por ejemplo, habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas a padres e hijos, habilidades educativas o de manejo familiar a los padres, o estrategias de afrontamiento de los problemas o conflictos familiares.
Terapia familiar (Family Therapy)	Este tipo de intervención se produce cuando se identifica riesgo en un adolescente que ya está siendo tratado por presentar algún problema (agresión, trastorno de conducta, problema académico) que suele ser un precursor o estar asociado al consumo de sustancias. Su aplicación es de carácter indicado, aunque su estructura, por sesiones terapéuticas, está más cerca del tratamiento que de una aplicación preventiva estricta. El CSAP encontró que cuatro modelos de terapia familiar pueden tener utilidad preventiva.

Es posible clasificar también las distintas aproximaciones a la prevención familiar en función de si las intervenciones van solas y se aplican en exclusiva, o si por el contrario están enmarcadas dentro de otro tipo de prevención, como la escolar o comunitaria.

Este último caso es relativamente frecuente, dado que la familia es una agente socializador de primera magnitud no sólo por su acción directa sobre los jóvenes, sino también por su influencia directa a la hora de seleccionar o modular otros contextos de intervención.

Desde esta perspectiva, tienen una amplia tradición las intervenciones familiares asociadas a programas de prevención escolar. Existe una revisión (Terzian & Fraser, 2005) que estudia los programas de intervención familiar de carácter universal que optimizan la aplicación de la prevención radicada en la escuela. Este tipo de programas se dirigen a las familias desde una perspectiva radicalmente escolar, es decir, no se aplican en la escuela por ser sólo el sitio donde es más fácil captar a las familias, sino también porque implementan estrategias o técnicas que buscan vincular de forma relevante a los padres con la acción educativa del colegio.

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

- 1) Linking the Interests of Families and Teachers (Reid, Eddy, Fetrow, & Stoolmiller, 1999)
- 2) Baltimore Classroom-Centered and Family and Schools Program (Ialongo et al., 1999)
- 3) Fast Track Program (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992)
- 4) Families and Schools Together (McDonald, Kratochwill, Levitt, & Youngerbear-Tibbits, 1998)

- 5) Seattle Social Development Project (O'Donnell, Hawkins, Catalano, Abbott, & Day, 1995)
- 6) Raising Healthy Children Project (R. F. Catalano et al., 2003)

La parte familiar de estos programas tiene como objetivo incrementar la implicación de los padres en las tareas escolares, con el fin de reforzar la relación familia – escuela, y mejorar las prácticas de gestión familiar. Las técnicas que se utilizan son similares completamente a las que se describen en el cuadro anterior, a excepción del énfasis que se pone en fomentar la relación padres – escuela, bien con sesiones que animan las relaciones profesores – padres, promueven el éxito en la escuela de sus hijos, o, en algún caso, instalan teléfonos en todas las clases para establecer un vínculo directo de comunicación. En estos programas se incluyen actividades específicas para desanimar el uso de drogas, tales como el programa Preparing for the Drug Free Years or The Incredible Years.

### 3) Formas de intervención o modos de aplicación de los contenidos

Un resumen de las distintas formas en la que aplican los contenidos de los programas de prevención familiar aparecen recogidas en Tabla 4, de acuerdo con la clasificación de (J. W. Kaminski, et al., 2008):

**Tabla 4.- Formas de aplicación de los contenidos en prevención familiar**

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

La aplicación de los distintos componentes de un programa puede hacerse de forma rígida y protocolizada a las familias que sean su objetivo, no importa su carácter universal, selectivo o indicado, o bien puede modularse en función de las necesidades y motivaciones del individuo o familia que las recibe. La manualización del procedimiento y un cierto ajuste a las necesidades individuales es también una característica distintiva de la forma en la que se aplican los procedimientos de prevención.

### 4) Condiciones o factores que se relacionan con el éxito de los programas de prevención familiar

Ya hay suficiente cuerpo de investigación en el campo de la prevención en general, y de la prevención familiar en particular, para que se puedan destilar principios que con carácter general condicionan claramente la efectividad de un programa.

Antes de entrar a pormenorizar las características que identifican a los programas de prevención que funcionan, es conveniente indicar que cuando se analizan las condiciones que determinan el éxito de un programa se debe partir siempre de la idea de que la efectividad no está únicamente determinada por las características del mismo o por la calidad de la aplicación. No todo lo que explica el éxito del programa está dentro del mismo, ni en la forma en la que se aplica. Los programas comunitarios, entre los que se encuentran los de prevención familiar, están íntimamente

interconectados y la utilización coordinada y planificada de intervenciones preventivas en diversos ámbitos puede tener efectos sinérgicos positivos en los resultados. Dicho de otra forma, la programación preventiva y de promoción de la salud que tiene éxito debe adoptar una perspectiva multi-factor, multi-sistema, multi-nivel que atienda las múltiples influencias y vías de desarrollo (Bond & Hauf, 2004).

Es posible entonces que un mismo programa aplicado de la misma forma a poblaciones aparentemente idénticas, pero en contextos diferentes, produzca resultados distintos. Esto hace extremadamente difícil la evaluación de programas y justifica una cierta dispersión de resultados, no siempre debida a problemas metodológicos. El análisis ecológico es muy difícil pero es probablemente el único posible.

### a) Características del programa y sus componentes

Dejando a un lado esta perspectiva externa a los programas, de acuerdo con la última revisión de (Small, et al., 2009), que recoge las conclusiones de anteriores revisiones (Bond & Hauf, 2004; Borkowski, Akai, & Smith, 2006; Bronte-Tinkew et al., 2008; Caspe & Lopez, 2006; Durlak, 2003; K. Kumpfer & Alder, 2003; K. L. Kumpfer & Alvarado, 2003; Nation et al., 2003; Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003), los principios que incrementan la efectividad (calidad e impacto) de los programas de prevención primaria, entre ellos los relacionados con la familia, son los que se pueden ver en la Tabla 5.

**Tabla 5.- Principios que condicionan la efectividad de una intervención preventiva**

Área	Principio	Explicación
Diseño y contenido del programa	El programa debe estar basado en una teoría bien establecida y que cuente con apoyo empírico	Los programas de prevención familiar deben estar contruidos, aplicados y evaluados de acuerdo con alguna teoría subyacente que esté bien establecida y que tenga apoyo empírico. Los "programas" que no están articulados teóricamente rinden peores resultados
	El programa deber ser aplicado en una dosis e intensidad suficiente	El tiempo e intensidad del programa deben relacionarse con la gravedad del problema que tratan y deben ser suficientes para generar cambios duraderos
	El programa debe ser comprensivo	Dada la naturaleza multifactorial de los problemas que afrontan los programas de prevención familiar, no es extraño que los programas multicomponente sean normalmente más efectivos Los programas familiares efectivos influyen en el conjunto familiar, no solo en los padres o en los hijos
	El programa debe utilizar técnicas de aprendizaje activo	El uso de técnicas de aprendizaje que impliquen la actividad participativa de los padres da mejores resultados que la simple recepción pasiva de la información. Las técnicas activas no sólo enseñan las habilidades sino que también hacen que los participantes las practiquen.
Relevancia del programa	El programa debe ser evolutivamente apropiado	Las habilidades que se enseñan a los padres y a los hijos, deben ajustarse al nivel de desarrollo evolutivo de éstos. No tiene sentido enseñar técnicas o estrategias que sólo serán útiles muchos años después, o que se refieren a conductas que ya no están en el repertorio conductual de los hijos
	El programa debe aplicarse en el momento justo	Los programas deben aplicarse cuando los miembros de la familia son más receptivos al cambio. Por ejemplo, es más probable que las familias acepten con más facilidad cambiar sus hábitos o conductas, si están en un momento de transición o crisis.
	El programa debe ser relevante socioculturalmente	El contenido del programa debe ajustarse a las condiciones sociales y culturales de la población a la que se dirige.
Implementación del programa	El programa debe ser aplicado por personal	La efectividad del programa está relacionado con la experiencia, la formación, la confianza que inspira y el

	cualificado y bien entrenado	compromiso de quien lo aplica
	El programa debe centrarse en fomentar las relaciones positivas	Los programas efectivos fomentan las relaciones sinceras y seguras entre los participantes y el personal que lo aplica, o entre los participantes entre sí, en el caso de las aplicaciones grupales
Evaluación del programa y control de calidad	El programa debe estar bien documentado	El programa debe contar con un manual que especifique objetivos, componentes y descripciones de las actividades o de los procedimientos de implementación.
	El programa debe tener un claro protocolo de evaluación y mejora	El personal que aplica el programa tiene que tener procedimientos de control, evaluación y mejora, claramente establecidos.

Estos principios hablan de las características del programa en su conjunto (cómo se diseña, cuál es su relevancia, cómo se aplica y evalúa), pero también dicen algo en relación a sus componentes, exigiendo que tengan un enfoque amplio y se centren en fomentar relaciones positivas, aplicar procedimientos de aprendizaje activo o que sean evolutivamente apropiados.

La efectividad de los programas o las intervenciones se mide por los cambios que produce en las variables objetivo (sean proximales o distales, como se comentó anteriormente). Sin embargo, su acción conjunta no debe esconder que las distintas técnicas y estrategias de prevención familiar, que se empaquetan dentro de los programas de prevención tienen un efecto cierto sobre la conducta de los padres y sobre la dinámica familiar, modificaciones que, en último término pueden convertirse en un factor protector frente al inicio del consumo, o al consumo prematuro o excesivo en los hijos.

No hay muchos estudios que hayan estudiado la eficacia de los componentes de un programa a la hora de producir los resultados esperados. En una investigación dirigida a indagar directamente sobre la relación entre componente y efecto inmediato, en la que se empleó una metodología de análisis “sesión por sesión” del programa “Preparing for the Drug Free Years” (Kosterman, Hawkins, Haggerty, Spoth, & Redmond, 2001), se ha podido comprobar que existió una relación directa entre los cambios en las conductas parentales y los objetivos proximales que se perseguían en cada sesión a la que asistieron los padres. Estos cambios fueron más pronunciados entre las madres. Los resultados refuerzan la validez interna del PDFY, e indican que la prevención familiar produce cambios en el comportamiento de los padres hacia los hijos, si aquéllos asisten a las sesiones y reciben la intervención.

Este enfoque del estudio de la efectividad, hace relevante que se dedique esfuerzo a estudiar la efectividad de los componentes. En un estudio meta-analítico (J. W. Kaminski, et al., 2008) en el que se analizaron 77 evaluaciones publicadas de programas de entrenamiento parental, se ha hecho un análisis de los componentes que contribuyen de una forma más decisiva al éxito de esos programas. Los estudios incluidos en el trabajo no se refieren sólo al campo de la prevención del consumo de drogas, sino también a la prevención o el tratamiento de la violencia, el abuso infantil, trastornos psicopatológicos, etc. en jóvenes de 0-7 años. La metodología estudiada consistió en calcular el tamaño del efecto de la relación encontrada entre la forma de aplicación o los contenidos de los programas y las conductas externalizantes de los jóvenes. Los resultados indican que los programas más eficaces tienen componentes que incrementan las interacciones positivas padres – hijos, las habilidades de comunicación emocional, enseñan a los padres habilidades educativas como el uso del time-out, la importancia de la consistencia en la acción parental, y requieren a los padres para que interactúen activamente con sus hijos, aprendiendo nuevas habilidades durante la realización de las sesiones del programa. Los componentes de los programas que menos tamaño del efecto alcanzan son los que tienen como

objetivo la formación de los padres en resolución de problemas o promover las habilidades cognitivas, académicas o sociales de sus hijos, o los que aportan servicios adicionales.

Aunque no figura entre las conclusiones del anterior estudio meta-analítico, se menciona frecuentemente que el timing de la aplicación es esencial (Small, et al., 2009). Con esto se quiere decir que uno de los factores esenciales que condiciona la efectividad de un programa es que se aplique en el momento justo, tal y como se indica en la Tabla 5. Una de las posibles razones es que las familias estarán más receptivas en tiempos de cambios o crisis (Bry, Catalano, Kumpfer, Lochman, & Szapocznik, 1998; J.E. Lochman & Wells, 1996; Small, et al., 2009). No obstante y asociado también con el concepto de timing de aplicación, también es frecuente que se refiera que los programas tendrán tanto más efecto cuanto primero se actúe sobre los factores de riesgo y de protección que condicionan la probabilidad de que aparezcan las conductas objetivo. Eso sí, en cada momento es necesario utilizar los contenidos de prevención que se ajusten al momento evolutivo, tanto del hijo como de la familia. Así, por ejemplo, se recomienda la utilización de la prevención familiar en pre-escolar (3-5 años) (Bühler & Kröger, 2008).

Sin embargo, no es frecuente encontrar estudios que evalúen programas de prevención familiar que se inician con anterioridad a la gestación. En un trabajo publicado en el año 2006 (David L. Olds, 2006), se pasa revista a los resultados a medio y largo plazo de una intervención de apoyo domiciliario llevada a cabo por personal de enfermería, tanto antes como después del parto, en tres poblaciones diferentes (Elmira, Memphis y Denver), con una muestra total en el entorno de los 1.800 casos. Los objetivos de la intervención son mejorar la salud prenatal, mejorar la salud infantil, instruyendo a los padres a dar cuidados más sensibles y competentes a sus hijos, y mejorar la vida de los padres, ayudándoles a planificar los embarazos, completar su educación y encontrar trabajo. En lo que se refiere a las conductas de riesgo en la adolescencia (15 años después de la intervención), el estudio de Elmira indica que, si la familia era pobre y monoparental, los adolescentes del grupo experimental tenían menos comportamientos antisociales, menos conductas sexuales de riesgo, y consumían menos alcohol y tabaco. En los otros estudios no se suministran resultados tan alejados del momento en el que se produce la intervención. El trabajo se menciona dada la amplitud del tiempo de seguimiento, aunque presenta graves defectos (no suministra datos cuantitativos que permitan confirmar lo que se dice) que limitan su importancia.

Un factor muy importante que modula la efectividad del programa es el sexo de los adolescentes que reciben los programas. Así, en un estudio con un largo seguimiento de 11 años de 429 familias que recibieron el programa PDFY (Preparing for the Drug Free Years), encontró que sólo se redujo el abuso de alcohol entre las adolescentes, a través de la mejora de las habilidades prosociales, mientras que en los varones no tuvo ese efecto (Mason et al., 2009). Este es un dato que se repite en diversas revisiones (Karol L. Kumpfer, et al., 2003; Karol L. Kumpfer & Johnson, 2007).

En otro sentido se orientan los resultados de una investigación que midió la efectividad de un programa "Focus on Families" (ahora llamado Families Facing the Future) aplicado a una muestra de pacientes que recibían tratamiento con metadona (Haggerty, Skinner, Fleming, Gainey, & Catalano, 2008). En este trabajo, 130 familias de pacientes que recibían tratamiento en dos clínicas de metadona fueron asignadas aleatoriamente bien al grupo experimental donde se les aplicó la intervención preventiva, bien al grupo control, donde se les aplicó el tratamiento usual. Los resultados obtenidos después de un período de seguimiento promedio de 13,79 años, apuntaron a una reducción significativa de la probabilidad de desarrollar un trastorno

por uso de sustancias entre los hijos varones del grupo experimental, pero no sucedió lo mismo entre las mujeres.

En un extenso análisis de los programas de formación de padres (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006), en el que se pretendía conocer el efecto que ejercen sobre la conducta disruptiva de los hijos, se ha podido comprobar que este tipo de intervención funciona peor con las familias que tienen menos recursos, y que, en ese caso, la metodología que mejor resultados obtiene es el abordaje individual frente al grupal. En el mismo sentido se pronuncia un estudio meta-analítico (Reyno & McGrath, 2006) de los resultados de los estudios que evalúan la relevancia de los factores moderadores en la efectividad de los programas de formación de padres. De acuerdo con esta investigación hay múltiples factores moderadores con resultados significativos, pero con efectos pequeños. Entre estos se encuentran la severidad de la conducta objeto de tratamiento, la pertenencia a un grupo minoritario, el carácter monoparental de la familia, la edad de la madre y otros. Sin embargo, los factores más relevantes son el nivel socio-económico de la familia y la salud mental en la madre. Las familias más pobres o aquéllas en las que la madre experimenta algún trastorno psicopatológico, responden peor a los programas de formación, y su asociación con el abandono del tratamiento, apunta a la posible explicación.

Por último, en otro meta-análisis (Maughan, Christiansen, Jenson, Olympia, & Clark, 2005) de la efectividad de los programas de formación conductual parental sobre las conductas externalizantes y disruptivas de los hijos se pudo comprobar también la efectividad de estas técnicas, pero también que los resultados obtenidos eran dependientes de dos importantes factores: el diseño de los estudios y la fuente de información de los resultados. Así, los tamaños del efecto más grandes se obtenían cuando el diseño era de caso único, seguidos por los intra-grupo (con medidas pre-post para todos los sujetos) y terminando con las puntuaciones más bajas en los diseños inter-grupo (con grupo control). También se descubrió que los efectos en los diseños grupales variaban dependiendo de quién era la fuente de información. Los tamaños del efecto eran mayores si la información provenía exclusivamente de los padres, frente a la que procedía de la observación directa.

Estas variables moderadoras del éxito de los programas familiares se han comprobado mayoritariamente en intervenciones de tratamiento, pero es posible que estos mismos efectos puedan verse también en las que están enfocadas a la prevención.

#### **b) Captación y retención de familias**

La captación de las familias es el mayor talón de Aquiles de la aplicación de los programas de prevención familiar universal (Alhalabí-Díaz et al., 2006). No es posible hacer prevención tal y como se han diseñado esos programas si las familias no aceptan participar en las sesiones de intervención. Pero además de ser imposible la realización de los programas en el contexto comunitario, tampoco es posible obtener una idea clara de su efectividad o eficiencia, ya que las dificultades de captación pueden ir aparejadas a un notable sesgo en las familias que acuden voluntariamente a los programas, con la consiguiente distorsión de los resultados. En un estudio reciente (Hill, Goates & Rosenman, 2010) se ha podido comprobar que el SFP 10-14, un programa de prevención familiar universal, produce un claro efecto de autoselección en las familias que participan voluntariamente en el programa. Esta autoselección puede producir efectos favorables al programa o desfavorables, dependiendo en este caso, de la edad de los jóvenes participantes. Las familias de los chicos y chicas de menor edad que acuden al programa es más probable que tengan hijas y que sean de raza blanca (¿estatus social, laboral y educativo más alto?), mientras que entre las familias de los jóvenes de más edad (13-16 años) predominaban las que tenían más problemas de funcionamiento familiar, menor consumo de droga en los jóvenes y

pertenencia a una minoría étnica. Estos efectos de sesgo han sido detectados en una investigación norteamericana y no hay pruebas de que tales resultados se mantengan en otros contextos socioculturales, como el español. En todo caso, en ambos casos las familias que asisten no parecen representar a aquellas que pueden tener más problemas con hijos consumidores de drogas, y ese es un grave problema para un programa que está dirigido a reducir los factores de riesgo que conducen a los jóvenes a consumir drogas.

En un trabajo publicado en el año 2001 (Bauman et al, 2001), se examinaron las variables o correlatos que condicionaban la participación de los padres en un programa de prevención familiar de baja exigencia (Family Matters Program). En el análisis de regresión se encontró que las variables que más influían eran la raza (mayor participación de blancos no hispanos), el nivel educativo de la madre (a más nivel educativo más participación), el sexo del adolescente (más probable la participación si es mujer), la convivencia con los dos padres (menos participación si es hogar monoparental), la expectativa de consumo de tabaco en los hijos (a más expectativa más probable la participación), la creencia en el consumo actual (más participación si se pensaba que el hijo no fumaba), el consumo de los padres (más participación si los padres no fumaban) y el vínculo familiar (más participación si el adolescente se sentía fuertemente vinculado a sus padres).

En diversos estudios, liderados por Spoth y Redmond, se han podido identificar algunas variables relevantes, tales como el estatus socio-económico y el nivel educativo de los padres, el sexo del adolescente, la estructura familiar, o el uso de los recursos de prevención en el pasado tanto por parte de los padres como de los hijos (Redmond, Spoth, Shin, & Hill, 2004; Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002; R. Spoth & Redmond, 1992, 1995). En un estudio español publicado en el año 2006 (Alhalabí-Díaz, et al., 2006), las variables que más influencia tuvieron en la captación de las familias fueron el número de hijos, el nivel educativo de los padres, el uso de drogas por parte de los hijos, la presencia de conflicto familiar, el estilo de crianza, las relaciones padres – hijos y el patrón de comunicación familiar.

De ese mismo año hay un estudio australiano (Beatty & Cross, 2006) que investiga, a través de un cuestionario y de pequeños grupos de discusión con padres, cuáles son las condiciones que debe tener un programa para facilitar la participación. Los padres identificaron numerosas dificultades, e indicaron que los programas que quisieran eliminar barreras deberían poder ser aplicados en casa, no ponerles en entredicho, ser fáciles de leer, poder realizarse en poco tiempo, ser fáciles de utilizar, divertidos e interactivos. Esos programas deberían además tratar temas como las habilidades básicas de comunicación con los hijos, y reportar algún tipo de pequeñas recompensas para los jóvenes que participen. En el mismo sentido se expresan los autores de un estudio combinado (Karol L. Kumpfer, Alvarado, Tait, & Turner, 2002) del SFP con un programa escolar (ICPS) cuando concluyen que en esa investigación sólo participó un 23% del grupo experimental, pero que las tasas de participación podrían llegar a incrementarse hasta el 66-94% si su tarea se limitase a realizar las tareas en casa, tal y como indica la literatura.

Con un enfoque más centrado en la retención, un estudio publicado en 2007 (Jones et al., 2007) analizó los factores que determinaron la retención en un programa de prevención familiar dentro de una clínica pediátrica. Las familias seleccionadas fueron 1.780, de las que 1.220 participaron en la evaluación de 36 meses de duración. Se estudió concretamente la influencia de variables extrafamiliares (deterioro y delincuencia en el vecindario, y consumo de alcohol y tabaco en los iguales) , familiares (ingresos familiares, estatus marital, etnia, educación parental, problemas parentales con el alcohol, consumo parental de tabaco y estilo parental positivo) y relacionadas con el niño (edad, sexo, competencia académica y social, uso de alcohol



y tabaco, y problemas externalizantes versus internalizantes). Sólo los factores familiares y del niño resultaron relevantes. Las familias en la que los padres estaban casados, tenían altos niveles de educación, no eran fumadores, el hijo era más joven, era mujer y más competente socialmente eran las que con más probabilidad eran retenidas por el programa. Ninguna variable extrafamiliar predijo la retención.

En uno de los pocos estudios realizados en Europa (Engels & Andries, 2007) sobre prevención familiar, se estudiaron diversos parámetros de la aplicación de un programa (Families in Transition – FIT), entre los que se encontraba la retención. El programa que se aplicó a una muestra selectiva de 21 familias monoparentales (madres) de riesgo, con bajos nivel socio-económico y educativo. Aproximadamente un 77,7% asistió a más de cuatro sesiones (algo más de la mitad), pero lo más relevante es que se pudo determinar que las madres que abandonaron mostraban un nivel clínico de conductas externalizantes, un uso de la disciplina mucho más acentuado junto con una reducida conducta de supervisión, estrés parental y un rechazo del adolescente.

Dado el factor crítico que supone la captación y la retención de las familias para el éxito del programa, se ha propuesto que además de los principios de efectividad mencionados más arriba, es necesario e imprescindible incorporar procedimientos que permitan mejorar la participación (Karol L. Kumpfer & Johnson, 2007). Entre otros se encuentran:

- 1) Fomento de las relaciones entre los padres y la cohesión del grupo
- 2) Invitaciones personales
- 3) Suministro de comidas
- 4) Cuidado de los niños
- 5) Pago del transporte
- 6) Pago a las familias por su tiempo

Además, según (John E. Lochman & van den Steenhoven, 2002) se deben ofertar las siguientes condiciones que no están incluidas en la relación anterior:

- 1) Utilizar un lugar que sea conocido por las familias como sitio de reunión
- 2) Ofrecer “buenos programas”

Según (Karol L. Kumpfer, et al., 2003) se incrementa la captación de familias si:

- 1) Se usan incentivos
- 2) Se desarrollan relaciones de colaboración con ellas

De acuerdo con (P. B. Cunningham & Henggeler, 1999) algunas estrategias derivadas de la Terapia Multisistémica puede ser útiles para captar a familias con hijos que tienen problemas conductuales. Parece claro que este tipo de aproximación está más indicada para la intervención preventiva indicada que para las de carácter selectivo o universal.

Otras estrategias (Terzian & Fraser, 2005) mencionadas en los programas que vinculan escuela y familia son las siguientes:

- 1) En el caso de las familias que no puedan asistir a una reunión:
  - a. Recibir los contenidos en sesiones individuales en casa
  - b. Recibir los contenidos mediante correo o email
- 2) Hacer las sesiones en fin de semana o por las tardes
- 3) Ajustar los servicios a las familias, teniendo cuidado de que satisfacen sus preferencias y necesidades
- 4) Mejorar las técnicas de comunicación

- a. Haciendo hojas de comentarios semanales
- b. Haciendo newsletters
- c. Instalando teléfonos en las aulas

### **c) Sesiones de recuerdo**

Los efectos de las intervenciones familiares sobre los factores de riesgo, y su posterior traslado a los objetivos preventivos, como la reducción de las prevalencias de consumo en los jóvenes, están modulados por el paso del tiempo. Según (Tolan, Gorman-Smith, Henry, & Schoeny, 2009) hay resultados muy diversos que indican que en algunos casos los efectos se mantienen, mientras que en otros se difuminan o desaparecen. De ahí la importancia de los estudios, que analizan la efectividad de los programas, cuenten con tiempos de seguimiento post-intervención suficientemente largos, que permitan juzgar adecuadamente el efecto sobre conductas que se van a extender por períodos de tiempo relativamente largos (por ejemplo desde los 12-13 años hasta los 22-23).

Las intervenciones preventivas son muy limitadas en el tiempo y se pretende que sus efectos alcancen un período temporal muy dilatado. No es extraño que se haya pensado que las sesiones de recuerdo o de potenciación de los efectos, podrían ser una solución para garantizar resultados más estables a medio y largo plazo. Esa es precisamente la idea que subyace cuando se programan este tipo de sesiones en el Strengthening Families Program 10-14.

En un estudio reciente (Tolan, et al., 2009), se ha querido poner a prueba experimentalmente la utilidad de estas sesiones. La intervención utilizada fue el programa SAFEChildren de carácter selectivo, con un componente dirigido a familias que viven en comunidades con altos niveles de pobreza y bajos recursos económicos y sociales. Se compararon los resultados obtenidos, a lo largo del seguimiento, en dos grupos, uno con una sola aplicación, y otro en el que se hicieron dos aplicaciones, la segunda tres años después, del programa. Hay que señalar que este trabajo es uno de los pocos en los que se utiliza asignación aleatoria de las familias al grupo control y al experimental (con sesiones de recuerdo). De acuerdo con los resultados se observan efectos muy modestos en algunos indicadores, con tamaños del efecto siempre por debajo de 0,31. Así, en lo que se refiere al ámbito de la conducta infantil y la competencia social, las sesiones de recuerdos fueron útiles (con una  $p \leq 0,05$ , pero un tamaño del efecto – d de Cohen – de -0,29) para el apartado de impulsividad, y con un menor nivel de significación, para la agresión, la concentración y la adaptabilidad. Sin embargo no tuvieron ningún efecto en hiperactividad, habilidades sociales y liderazgo. No hubo tampoco diferencias significativas en las prácticas parentales, ni en las relaciones familiares. No se evaluó el consumo de drogas.

## **5) Efectividad de los programas y las intervenciones**

Cuando se hace un estudio de los criterios que se utilizan para valorar la efectividad de los programas preventivos familiares llama la atención que distintos trabajos de revisión utilicen criterios tan dispares que pueden llevar a que mientras en uno (Cuijpers, 2003) pp. 13 se indique que “Overall, we have to conclude that family-based interventions are an interesting new way of preventing drug use in children, but there is not sufficient evidence for their effectiveness to warrant dissemination of these programmes on a large scale”, en otro (Karol L. Kumpfer, et al., 2003) pp. 1777-1778, del mismo año, se diga “In conclusion, family – focused researchers have designed and tested many effective, evidence programs. Future research should test dissemination, capacity building, funding mechanisms, and prevention support systems to promote their widespread adoption and implementation with fidelity”.

Estas conclusiones tan diferentes, es posible que estén determinadas, en parte, por criterios de efectividad dispares, y en parte también a la gran diversidad de programas evaluados. Existe, en este sentido, un gran problema metodológico de difícil solución. Así, la efectividad de los programas puede medirse de acuerdo con que se alcancen o no objetivos distales o proximales. Los objetivos distales son la reducción del todo o parte del complejo de problemas conductuales que se aprecian en la adolescencia y que figuran en la Ilustración 1. En el caso concreto de las drogodependencias pueden formularse de la siguiente forma: reducción de la prevalencia del consumo de drogas, retraso de la edad de inicio, reducción del abuso, reducción del daño causado por el abuso (Cuijpers, 2003). Estos son los verdaderos objetivos frente a los que se tiene que medir una estrategia o un programa de prevención, aunque el estudio de estos efectos distales requiere de largo períodos de seguimiento y la superación de graves problemas metodológicos (lucha contra el abandono o la mortalidad experimental, grandes muestras para detectar pequeños efectos, lucha contra la intervención de variables contaminadoras que reducen la validez de las conclusiones, etc.). Por estas razones, muchas veces se utilizan variables proximales asociadas a los efectos en las variables mediadoras que se manipulan con las intervenciones. Este tipo de variables mediadoras se supone que ejercen una influencia sobre las distales, aunque se desconoce en qué medida. La comparación de resultados no es fácil si se mezclan, como es usual, evaluaciones con distintas variables dependientes. Tampoco resulta fácil adoptar un juicio comparativo cuando los programas son de diferente complejidad, duración, exigencias y coste, además de no poder controlarse en muchos casos adecuadamente la forma en la que se aplican (fidelidad) y las condiciones de las poblaciones en las que se aplican. Todo esto lleva a que no resulte extraño que revisiones sobre la prevención familiar hechas en el mismo año, resulten con conclusiones totalmente diferentes.

No se utiliza en esta ocasión ninguna división entre programas dirigidos a población universal o de riesgo, tal y como ha podido hacerse en otras revisiones (Hogue & Liddle, 1999; John E. Lochman & van den Steenhoven, 2002), ya que se considera que gran parte de los contenidos y procedimientos de evaluación de esos programas son comunes, y sólo se diferencian en la intensidad con qué se aplican.

Según una evaluación (Alvarado & Kumpfer, 2000) de las publicaciones habidas hasta el año 2000, se pudieron identificar 35 programas de intervención familiar con cierto nivel de efectividad. De esos 35, sólo siete gozaban del nivel de efectividad demostrado más alto, que requiere un mínimo de dos pruebas de control aleatorias con resultados positivos llevadas a cabo por, al menos, dos equipos de investigación independientes con poblaciones distintas. De esos siete programas sólo cuatro pueden considerarse de prevención primaria, ya que los otros tres (Functional Family Therapy, Multisystemic Family Therapy y Treatment Foster Care) son técnicas de tratamiento familiar una vez que ya existe en el adolescente el problema que se intenta prevenir. Los cuatro programas son:

- 1) Helping the Noncompliant Child
- 2) The Incredible Years
- 3) The Strengthening Families Program
- 4) Preparing for the Drug Free Years

Los otros 28 programas, o bien tenían un solo estudio con control aleatorio, o bien presentaban resultados de efectividad con diseños cuasi-experimentales.

Una breve descripción de los programas puede verse en la Tabla 6.

Tabla 6.- Características de los programas de prevención citados en Alvarado y Kumpfer (2000)

programas de prevención citados en (Alvarado & Kumpfer, 2000)		
Programa	Característica	Descripción
<b>Helping the Noncompliant Child</b>	<i>Tipo de programa</i>	Entrenamiento de padres
	<i>Tipo de prevención</i>	Indicada
	<i>Población objetivo</i>	Niños de 3-8 años
	<i>Información</i>	(McMahon & Forehand, 2003)
	<i>Objetivos</i>	Largo plazo: Prevención secundaria de serios problemas de conducta en pre-escolar y primaria y Prevención primaria de la delincuencia juvenil Corto plazo: Interrupción de los estilos coercitivos en las interacciones padre-hijo y establecimiento de interacciones prosociales positivas; mejora de las habilidades parentales; incremento de las conductas prosociales infantiles y decremento de las conductas problema.
	<i>Duración del programa</i>	Promedio de 10 sesiones, de 60-90 minutos de duración
<b>The Incredible Years</b>	<i>Técnicas utilizadas</i>	Demostración extensiva (Instrucción, modelado) Role-playing Práctica directa con los hijos dentro de la sesión
	<i>Áreas de intervención</i>	Habilidades parentales: Incremento de la atención a las conductas positivas Ignorar las conductas disruptivas de poca importancia Dar órdenes claras a los hijos Reforzar o no reforzar adecuadamente
	<i>Tipo de programa</i>	Comprehensivo.
	<i>Tipo de prevención</i>	Indicada y Selectiva
	<i>Población objetivo</i>	2-12 años
	<i>Información</i>	<a href="http://www.incredibleyears.com/">http://www.incredibleyears.com/</a>
<b>The Strengthening Families Program</b>	<i>Objetivos</i>	A largo plazo: Prevenir la delincuencia, el uso de drogas y la violencia A corto plazo: Reducir los problemas de conducta en los niños (las conductas desobedientes y negativas en casa y las disruptivas y violentas en clase), así como incrementar las habilidades sociales, emocionales, para la resolución de conflictos y su implicación académica y en la vida de la escuela.
	<i>Duración del programa</i>	La parte BASICA dirigida a los padres dura de 11 a 14 semanas, a razón de dos horas por semana La parte AVANZADA dura otras 14 sesiones
	<i>Técnicas utilizadas</i>	Instrucción, Modelado Role-playing Discusión en grupo y Ejercicios para casa Técnicas de resolución de problemas
	<i>Áreas de intervención</i>	Habilidades parentales: mejora de los vínculos emocionales, monitorización y supervisión, comunicación, establecimiento de límites, manejo de los incentivos y del castigo
	<i>Tipo de programa</i>	Comprehensivo
	<i>Tipo de prevención</i>	Universal, Selectiva e Indicada
<b>The Strengthening Families Program</b>	<i>Población objetivo</i>	Depende de la versión del programa. La versión selectiva e indicada de Karol Kumpfer va dirigida a niños y jóvenes de 6-12 años. La versión de prevención universal de Virginia Molgaard tiene como objetivo la población de 10 a 14 años
	<i>Información</i>	Universal: <a href="http://www.extension.iastate.edu/sfp">http://www.extension.iastate.edu/sfp</a> Selectivo e Indicado: <a href="http://www.strengtheningfamiliesprogram.org">http://www.strengtheningfamiliesprogram.org</a>
	<i>Objetivos</i>	Su objetivo a largo plazo es reducir el uso de sustancias y los problemas de conducta en la adolescencia. A más corto plazo, busca mejorar las habilidades de crianza y educativas de los padres, y las habilidades y competencias interpersonales de los jóvenes.
	<i>Duración del programa</i>	En el caso del programa universal se compone de siete sesiones, de dos horas cada una. Se pueden dar cuatro sesiones más de recuerdo posteriormente.

**programas de prevención citados en (Alvarado & Kumpfer, 2000)**

Programa	Característica	Descripción
<b>Preparing for the Drug Free Years (ahora conocido como Guiding Good Choices)</b>	Técnicas utilizadas	En el caso del programa selectivo e indicado se compone de 14 sesiones de dos horas cada una. Instrucción, modelado, role-playing, ejercicios para casa, juegos, técnicas de resolución de problemas. Participación activa de hijos y padres en sesiones conjuntas y separadas
	Áreas de intervención	Habilidades parentales: mejora de los vínculos emocionales, monitorización y supervisión, comunicación, establecimiento de límites, manejo de los incentivos y del castigo, técnicas de resolución de conflictos, manejo de la conducta conflictiva del joven
	Tipo de programa	Entrenamiento de padres
	Tipo de prevención	Universal
	Población objetivo	8-14 años
	Información	<a href="http://www.channing-bete.com/prevention-programs/guiding-good-choices/results-recognition.php">http://www.channing-bete.com/prevention-programs/guiding-good-choices/results-recognition.php</a>
	Objetivos	Su objetivo a largo plazo es reducir el uso de sustancias y los problemas de conducta en la adolescencia. A más corto plazo, pretende reforzar los vínculos familiares, y establecer normas claras para la conducta de los hijos. Los padres deben aprender cuál es la naturaleza del problema de las drogas, cómo facilitar que sus hijos se impliquen significativamente en la familia, habilidades conductuales, cognitivas y sociales que faciliten esa implicación, a dar refuerzos y contingencias adecuadas a las conductas de sus hijos, a usar las reuniones familiares para reforzar la comunicación y mejorar el vínculo con sus hijos, a establecer una posición de la familia frente a las drogas, a reforzar las habilidades de rechazo de las drogas por parte de sus hijos, a expresar y manejar el enfado de forma constructiva y a crearse su propia red de apoyo.
	Duración del programa	5 sesiones de dos horas
	Técnicas utilizadas	Instrucción, ensayo, modelado
	Áreas de intervención	Información sobre los factores que influyen en el consumo de drogas y el papel de la familia en la prevención. Relaciones y comunicación familiares, habilidades de gestión familiar, habilidades educativas, habilidades de resolución y manejo de conflictos

Esta visión positiva de la intervención familiar en prevención primaria del consumo de drogas en los jóvenes, es sostenida por una serie de trabajos empíricos de evaluación, desarrollados por Spoth sobre el Iowa Strengthening Families Program (ISFP) y el Preparing for Drug Free Years Program (PDFY). Los estudios, que abarcan desde el año 2001 hasta el 2006 (R. Spoth, Redmond, Shin, & Azevedo, 2004; R. Spoth, Shin, Guyll, Redmond, & Azevedo, 2006; R. L. Spoth, Guyll, & Day, 2002; R. L. Spoth, Redmond, & Shin, 2001), indican que:

- 1) Ambos programas son efectivos ya que producen diferencias significativas con el grupo control tanto en la iniciación como en el consumo actual de tabaco, alcohol y marihuana en los jóvenes
- 2) Son eficientes ya que tienen una alta ratio de beneficios por cada dólar invertido, debido a que evitan muchos gastos asociados al consumo de drogas en jóvenes. En el caso del ISFP es de 9,60\$ por 1\$ invertido, y en el del PDFY es de 5,85\$ por cada dólar
- 3) Los resultados de intervenciones tan breves se mantienen en el tiempo. Así ha podido probarse que se mantienen diferencias significativas entre el grupo control y los de tratamiento a los seis años de seguimiento. Los grupos de tratamiento presentan menos consumo de alcohol, tabaco y marihuana que el grupo control.
- 4) Los beneficios de las intervenciones preventivas se producen sin guardar relación con el riesgo inicial de la familia, con lo se justifica la amplia utilidad de estas intervenciones de prevención universal. Este mismo resultado puede

apreciarse también en otro trabajo (Guyl, Spoth, Chao, Wickrama, & Russell, 2004).

En otra serie de trabajos (R. Spoth, Randall, Shin, & Redmond, 2005; R. L. Spoth, Clair, Shin, & Redmond, 2006; R. L. Spoth, Randall, Trudeau, Shin, & Redmond, 2008; R. L. Spoth, Redmond, Trudeau, & Shin, 2002) el mismo autor analiza los efectos de una intervención combinada de prevención familiar (SFP 10-14) y escolar (Life Skills Training – LST) sobre la iniciación y prevalencia de consumo de drogas (alcohol, tabaco y marihuana) en jóvenes. Los estudios indican que:

- 1) Al año de seguimiento, la intervención combinada (SFP + LST) produjo mejores resultados que el programa de prevención escolar sólo (LST), comparando los resultados con los obtenidos por un grupo de control. La medida, denominada por los autores como “índice de iniciación a las sustancias”, está compuesta por la agregación de las prevalencias vida de consumo de alcohol, tabaco y marihuana, ajustadas a la toma de datos de la línea base. Es decir, consumos anteriores no se tuvieron en cuenta. Las tasas de reducción en ese índice fueron del 30% para la opción combinada, frente al 4,1% del programa de prevención escolar
- 2) A los dos años y medio de seguimiento, se produjeron incrementos del consumo tanto en el grupo control como en los experimentales, pero se mantuvieron las diferencias en el índice de iniciación. Se encontraron también diferencias positivas en las borracheras semanales, pero no en el uso regular del alcohol
- 3) A los cinco años y medio de seguimiento, la prevalencia vida de consumo de meta-anfetaminas era significativamente menor tanto en el grupo de tratamiento combinado como en el de prevención escolar sólo. También se encontraron diferencias significativas en el índice de iniciación a sustancias, frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana, frecuencia de borracheras, uso mensual y uso más frecuente de varias sustancias.

Los trabajos de Spoth y colaboradores, encuentran su contrapunto en el artículo de Gorman y cols. (Gorman, Conde, & Huber, 2007) que hace una nueva valoración de los datos que aparecen en las publicaciones referentes a la evaluación del SFP 10-14 y el LST, que hemos reseñado anteriormente. Para estos autores, los análisis y las prácticas de presentación de los datos en estos artículos limitan severamente las conclusiones que se pueden obtener. Así mencionan que algunos de los problemas que se pueden encontrar son la utilización de pruebas de significación de una cola, niveles de alfa de 0,10, cambios en las variables de resultado a través de las diferentes publicaciones y uso de líneas base que se obtienen después de haber aplicado las intervenciones. Concluyen que “... far from supporting the evaluators’ claims concerning the rigour of the findings and their generalisability and public health significance, the results are very fragile, of little practical significance and quite possibly analysis – dependent” (pp. 585).

El trabajo de Gorman pone el dedo en la llaga de que los resultados obtenidos a medio y largo plazo con intervenciones breves son siempre pequeños y que, para conseguir conclusiones favorables, muchas veces debe recurrirse a una ingeniería estadística no muy exigente.

Sin embargo, los resultados positivos obtenidos por alguno de los programas evaluados por Spoth y colaboradores, han sido replicados en otros estudios. Es el caso del SFP, en su versión para prevención selectiva, que se ha utilizado tanto en Estados Unidos como en contextos culturales diferentes con buenos resultados. En una investigación (Karol L. Kumpfer, et al., 2002), llevada a cabo con 333 participantes experimentales en los que aplicó el programa escolar (I Can Problem Solve – ICPS) sólo o en compañía del SFP, completo o únicamente el módulo de enseñanza parental

del SFP, y 322 controles de 6-7 años se comprobó que los mejores resultados se obtuvieron con la utilización conjunta del ICPS más el SFP completo. Las medidas de resultados se obtuvieron observando las diferencias entre los grupos, teniendo en cuenta medidas pre y post, en cinco variables: vínculo con la escuela, habilidades parentales, competencia social, relaciones familiares y auto-regulación. Por otra parte, en un estudio español (Orte, Touza, Ballester, & March, 2008), con 93 familias en las que uno de los padres es toxicómano a tratamiento, se compararon los resultados de dos grupos, uno experimental en el que se aplicó el SFP y otro de control. Los resultados comparativos positivos en los apartados de relaciones familiares (implicación parental, comunicación familiar, vínculos familiares, y cohesión familiar), habilidades parentales positivas, práctica de supervisión parental, habilidades adaptativas de los hijos en la escuela y las habilidades sociales de los hijos; probaron la efectividad del SFP en este tipo de población selectiva e indicada. Se observaron también decrementos en determinadas conductas de los hijos: agresividad, hiperactividad, timidez, depresión, así como un aumento de su autoestima.

También en relación con el SFP no puede dejarse de mencionar dos revisiones (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe, & Breen, 2003; Karol L. Kumpfer, et al., 2003) que le atañen directamente y que concluyen con resultados positivos para el programa. En la primera, cuya primera autora es también una de las creadoras del programa, se afirma que si se hace una valoración de la investigación sobre prevención familiar, hay que concluir que existe suficiente investigación para apoyar la efectividad de cinco estrategias de intervención (instrucción parental conductual, instrucción en habilidades familiares, apoyo en casa a la familia, terapia familiar breve y educación familiar). Sin embargo, el SFP es el único que ha sido replicado con resultados positivos por investigadores independientes con diferentes grupos culturales y de edad. De acuerdo con los autores, el SFP se demostró efectivo en una primera investigación, realizada con 278 familias, en las que el programa mejoró las habilidades sociales de los jóvenes, sus competencias sociales y las relaciones con los iguales. Además, mejoró las habilidades parentales en supervisión y disciplina, redujo el castigo físico excesivo y los trastornos del comportamiento infantiles. Después de este ensayo, el SFP se ha mostrado efectivo en 15 replicaciones con adaptaciones culturales para familias de todos los grupos raciales. Sin embargo no se suministran referencias de estos estudios de replicación.

La segunda publicación es una revisión Cochrane sistemática que tiene como objetivo identificar y resumir evaluaciones rigurosas de intervenciones psicosociales y educacionales dirigidas a la prevención primaria del mal uso del alcohol por jóvenes menores de 25 años, especialmente a largo plazo. Se seleccionaron 56 estudios, de los cuales 20 no mostraron efectividad alguna. A largo plazo (> 3 años) la única intervención que parece tener efectos sobre el consumo de alcohol fue el Strengthening Families Program. Los autores concluyen que no se pueden sacar conclusiones firmes sobre la efectividad de los programas y que el SFP necesitaría evaluarse a una escala más amplia tanto de sujetos como de sitios. En concreto, añaden que se necesitaría más investigación y evaluación que facilitara el desarrollo de aplicaciones preventivas mejor adaptadas al entorno cultural. Esta última afirmación se resalta ya que contrasta vivamente con la apreciación de la anterior revisión de que el SFP ha sido suficientemente contrastado de acuerdo con ese criterio cultural, con más de 15 estudios.

Un estudio sobre la efectividad del PDFY (Park et al., 2000) con niños de 6º grado (11-12 años) y con seguimientos a 1, 2 y 3½ años indicó que los que participaron en el grupo de intervención tuvieron un menor crecimiento en el uso de alcohol y una mejora en las normas parentales relacionadas con el uso de alcohol por los adolescentes, comparado con el grupo control. En el mismo sentido, y dentro del mismo estudio se

ha podido demostrar que el PDFY redujo el incremento de la tasa de síntomas depresivos en la adolescencia (Mason et al., 2007). Aquí los síntomas depresivos se entienden como correlatos de la presencia de problemas familiares o de conducta como son el consumo de drogas. En esta evaluación se afirma que se ha confirmado la relación existente entre el uso de diversas sustancias y la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia.

Por último, se cita aquí el único estudio meta-analítico publicado hasta la fecha (Smit, Verdurmen, Monshouwer, & Smit, 2008) sobre intervenciones familiares sobre prevención del consumo de alcohol en adolescentes. En dicho trabajo, se analizan los efectos de diversos programas de intervención entre los que se encuentran el SFP (versión 10-14) y el PDFY, además de otros cuyos estudios específicos, en algún caso, se mencionarán más adelante. Los resultados sugieren que el efecto global de las intervenciones familiares sobre el consumo de alcohol de los adolescentes es pequeño, pero consistente y efectivo, incluso en un seguimiento a 48 meses.

Otros programas e intervenciones diferentes a los de la revisión de Alvarado & Kumpfer (2000) también encuentran su hueco en los estudios que evalúan los efectos de la prevención familiar, desde el año 2000 hasta el presente.

En un estudio publicado en el año 2000 (Litrownik et al., 2000), los autores estudian la efectividad de una intervención preventiva con un componente familiar sobre una muestra de 660 familias hispanas inmigrantes en San Diego, California. El programa constaba de ocho sesiones, tres de ellas conjuntas padres – adolescentes y el resto sólo para los jóvenes. Los contenidos de las sesiones incluían información sobre los efectos del alcohol y el tabaco, entrenamiento en habilidades sociales (por ejemplo, habilidades de rechazo), y desarrollo de habilidades comunicativas entre padres e hijos para apoyar las decisiones saludables de los adolescentes. Estas habilidades comunicativas se enseñaron mediante role-playing, ensayo conductual y modelado. Los resultados indicaron que el programa mejoró la comunicación percibida padre – hijos, en las familias menos numerosas. No se midió el impacto del programa sobre el consumo de sustancias en los jóvenes, pero se presume que dada la modificación habida en la variable mediadora familiar, algún efecto tendrá que tener en el futuro.

También en el año 2000, se publicó un artículo (Abbey et al., 2000) que evaluó un programa de prevención con componente familiar, denominado FIA (Families in Action). Este programa tiene como objetivos incrementar el vínculo del adolescente con la familia y la escuela, las relaciones positivas con los compañeros, las actitudes de oposición al consumo de alcohol y drogas en menores y la auto-estima. En el caso de los padres, pretende aumentar la vinculación positiva con la familia (comunicación y estilo disciplinario) y la escuela (más interés por las actividades académicas de su hijo) y las actitudes de oposición del consumo de alcohol y drogas en menores. El programa se componía de 6 sesiones de 2,5 horas y media cada una, de carácter conjunto. En cada sesión había tiempo para intervenciones por separado y conjuntas. Los resultados se obtuvieron comparando las familias que recibieron el programa frente a las del grupo control, aunque hay que advertir que la asignación a los grupos no fue aleatoria. Los objetivos que se perseguían se alcanzaron satisfactoriamente. Los estudiantes apreciaron mejora en la relación familiar, en la vinculación con la escuela, en su autoestima, y consideraron menos aceptable el consumo de alcohol y drogas en los menores. Los padres también mostraban más oposición que los controles a que los menores usaran sustancias.

Un programa de prevención familiar universal, dirigido específicamente a familias afro-americanas, denominado Strong African American Families, ha sido desarrollado y evaluado para limitar el uso del alcohol y las conductas sexuales prematuras en adolescentes afro-americanos de áreas desfavorecidas del sur de USA. Este



programa se ha construido de acuerdo con los fundamentos y estructura del SFP 10-14, pero incorporando los resultados habidos con estudios específicos desarrollados en ese tipo de población sobre aspectos evolutivos y conductuales de los jóvenes en esas familias. En un trabajo inicial (Brody et al., 2004) se ha confirmado el modelo conceptual básico. Este modelo recoge la idea de que una actividad parental que implique una mayor implicación y vigilancia de la conducta de los jóvenes, facilitación de la socialización racial, comunicación acerca del comportamiento sexual y expectativas claras sobre el uso del alcohol, modificará los factores de protección de los jóvenes, y por consiguiente, la adopción por éstos de las conductas de riesgo. Los factores de protección de los jóvenes son las actitudes negativas acerca del uso de alcohol y el sexo, orientación hacia metas futuras, resistencia eficaz a la presión, imagen negativa de los bebedores y aceptación de la influencia de los padres. En un segundo artículo, los autores pudieron comprobar que la aplicación del programa a una muestra aleatorizada de 332 familias (asignadas bien al grupo experimental, bien al control) fue efectivo a la hora de reducir el comportamiento de inicio y la curva de crecimiento del consumo de alcohol por parte de los adolescentes (Brody et al., 2006). La acción del programa se ejerció a través a través de dos grandes vías: la reacción social y la acción razonada. Según la primera vía, la intervención disminuyó el deseo de beber haciendo que las imágenes de los bebedores fueran menos atractivas. A través de la segunda vía, los adolescentes tuvieron menos intención de beber alcohol, debido a que el programa incrementó la acción de los padres frente al mismo, especialmente, la comunicación a los hijos de sus expectativas en ese terreno (Gerrard et al., 2006).

Un programa especialmente dirigido a familias con hijos en edad pre-escolar (1-5 años) es el STAR Parenting Program. Este programa se divide en cuatro grandes apartados. En el primero, se enseña a los padres cómo los hijos alteran los pensamientos y los sentimientos de los padres, y cómo estos pensamientos y emociones, a su vez, condicionan sus reacciones. En este primer segmento lo que se busca es que los padres adquieran habilidades de auto-control. En el segundo apartado, se abordan las expectativas que los padres tienen de los hijos, y se les enseña a ajustarlas a su momento evolutivo. En el tercer y cuarto apartados, los contenidos se centran en cómo los padres responden a los hijos, abordando temas tales como el cuidado paterno positivo y las más adecuadas formas para aplicar la disciplina.

En un estudio (Nicholson, Anderson, Fox, & Brenner, 2002) realizado con una muestra pequeña de 26 familias de bajo nivel de ingresos, con hijos de 1-5 años, se encontró que, en comparación con un grupo control en lista de espera, los padres que recibieron el programa psicoeducativo mejoraron en las variables que se pretendía modificar como era el estilo parental, el uso del castigo verbal y físico, sus niveles de estrés y enfado, y la percepción sobre los problemas derivados de la conducta de su hijo. Se supone que la modificación de estas variables es altamente relevante para prevenir problemas graves de conducta futuros en los hijos, cuando sean adolescentes. Los padres aprenden técnicas disciplinarias alternativas al castigo, tales como dar las instrucciones correctamente, reforzar positivamente, aplicar el time-out, ignorar la conducta no deseada, etc. Estas estrategias de control comportamental, junto con una mayor vinculación padre – hijo, aseguran una mayor protección frente a conductas indeseadas como el consumo de drogas, aunque este extremo debería probarse con seguimientos más amplios, con el fin de determinar si existen los efectos pronosticados a largo plazo.

En otro estudio (R. A. Kaminski, Stormshak, Good, & Goodman, 2002), desarrollado también bajo la denominación del programa STAR, sólo un número limitado de familias recibió una intervención familiar y visitas a casa. El programa de intervención familiar

usado en esta ocasión fue el Incredible Years para niños de 4-8 años, basado en vídeos, que aporta formación para que los padres actúen de una forma positiva, aprendan a establecer límites, resolver problemas y manejar el mal comportamiento de sus hijos. Las visitas a casa se limitaron a las familias de más alto riesgo, y en ellas se aplicaba también el programa familiar junto con formación para afrontar mejor el paso del hijo desde pre-escolar a la escuela. El propósito del estudio fue probar la eficacia de una intervención temprana comprensiva que actúe sobre variables cercanas como son el vínculo con los padres, con la escuela, la competencia social y la autorregulación, con el fin de que se reduzcan los factores de riesgo que llevan a un posterior uso de sustancias. Los resultados indican que el efecto del programa, al año de seguimiento, fue positivo para mejorar la implicación de los cuidadores y para mejorar la competencia social, aunque no de forma inmediata. Tanto el vínculo con la escuela, al año de seguimiento, como la autorregulación no fueron afectadas significativamente por el programa de intervención.

Cuando los programas de intervención familiar conductual que han tenido éxito en la modificación de estilos parentales inadecuados no obtienen buenos resultados, esto puede ser debido a que en estas familias existen otros problemas que dificultan la solución. El programa denominado “Triple P-Positive Parenting Program” (Sanders, 1999) está diseñado para ser aplicado en esas familias que requieren una intervención más extensa e intensa. Está compuesto por cinco niveles escalonados de “tratamiento” que van incrementando su intensidad y especialización. En el nivel 1, se limita a una estrategia de información, usando todo tipo de medios de comunicación, con un propósito universal, y con un alcance limitado a casos de bajo nivel de riesgo. En este nivel se puede llegar a tener contacto telefónico con un profesional, con funciones de orientación. En el nivel 2, de carácter más selectivo, se suministra información y consejo a padres preocupados por la conducta de su hijo. Puede implicar contactos cara a cara o telefónicos con un especialista. También puede suponer la asistencia a seminarios que tenga una duración de entre 60 y 90 minutos, con el fin de recibir información. El nivel 3, está diseñado para padres con problemas específicos que requieran consulta y/o entrenamiento en habilidades de crianza específicas. En este nivel existe un breve programa de intervención con cuatro sesiones en el que se enseña a los padres a manejar algún problema concreto de sus hijos. En este nivel puede haber consultas, cara a cara o telefónicas, con un experto. En el nivel 4, se amplía el entrenamiento de los padres a 12 sesiones de 1 hora, y se enseña un abanico más amplio de habilidades para abordar un elenco más importante de conductas problema en los hijos. Este nivel está indicado para padres que necesitan un entrenamiento más intensivo ya que tienen una mayor incapacidad para abordar problemas conductuales de los hijos más intensos y graves (como conductas agresivas, opositoras y desafiantes). Las sesiones incluyen abordaje individual, grupal o auto-ayuda, con o sin asistencia telefónica. Por último, el nivel 5 se reserva para padres en los que, además de los problemas de conducta del hijo, se dan concurrentemente disfunciones familiares (conflictos, trastornos psicopatológicos, etc.). Aquí la forma de intervención más común es la individual, con sesiones de entre 60 y 90 minutos, y en las que además de los contenidos más habituales, se incluyen visitas a casa, estrategias para el control del estado de ánimo o habilidades para el manejo del estrés.

En un estudio (Sanders, Markie-Dadds, Tully, & Bor, 2000) con 305 familias de “alto riesgo” (depresión materna, o conflictos maritales o hogar monoparental o bajos ingresos) con hijos de 3 años de edad, en las que las madres estaban interesadas en algunos aspectos de la conducta de su hijo, se utilizaron varias formas de intervención conductual familiar, que representaban dos niveles del programa Triple P más una condición de lista de espera, como control. Dejando a un lado, algunas pequeñas diferencias en los resultados comparativos entre las medidas post-intervención y de

seguimiento a un año, en todos los casos se ha podido comprobar la efectividad de las intervenciones conductuales familiares en relación con lo que se produce en el grupo control, en las medidas de conducta negativa de los hijos, prácticas educativas inadecuadas y competencia parental. Las madres y padres de los grupos experimentales también un mostraron un alto nivel de satisfacción con el programa.

En otro trabajo (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002) se compararon dos variantes de intervención familiar conductual del programa Triple P con un grupo control en lista de espera. En dicho estudio, participaron 87 pre-escolares con trastornos de conducta o déficit atencional e hiperactividad. Los resultados indican que las familias de los grupos experimentales informaron, en la post-intervención, de menos problemas en la conducta de sus hijos, menores niveles de actividad parental disfuncional y mayor competencia parental, en comparación con lo que sucedió en el grupo control. Las ganancias obtenidas en la post-intervención se mantuvieron al año de seguimiento. Un resultado no esperado fue que el nivel de mayor intervención (el nivel 5) no alcanzó mejores resultados que la intervención de nivel 4.

En un estudio similar al anterior (Leung, Sanders, Leung, Mak, & Lau, 2003), utilizando también el programa Triple P, esta vez con una muestra de 91 padres de origen chino y con hijos que iban desde los 3 a los 7 años, se encontraron resultados muy similares a los que se destacaban en el artículo anterior. En la post-intervención, y en comparación con un grupo control en lista de espera, los padres que recibieron las intervenciones, refirieron que sus hijos tenían menos conductas problema que al principio, y mostraron menos actividades parentales y disfuncionales y un mayor sentido de la competencia parental.

Por último, en otra investigación (Zubrick et al., 2005), llevada a cabo en Australia también con el programa Triple P en población general de un área con un porcentaje mayor de personas que reciben ayudas sociales que en el resto del país, y desarrollado dentro de servicios de salud infantil y comunitaria, encontró también resultados positivos. En un seguimiento a dos años, las familias del grupo experimental manifestaron significativas reducciones de problemas asociados al rol de padres, menos problemas de conducta infantil, mejor salud mental parental, ajuste marital y menores niveles de conflicto ligados a la crianza de los hijos. Los tamaños del efecto sobre los problemas de conducta infantil oscilaron de amplios (0,83) a moderados (0,47), dependiendo del tiempo transcurrido en el seguimiento. Esta variable fue medida con el Eyberg Child Behavior Inventory, que es una prueba que mide las percepciones parentales de la conducta disruptiva en niños de 2 a 16 años. Este estudio presenta algunas limitaciones debido a su naturaleza cuasi-experimental, que no invalidan sus conclusiones.

En una perspectiva diferente a la usual, que consiste en aplicar un programa a todo un grupo, sin relación con las necesidades específicas de cada uno de sus miembros, se encuentran los dos estudios que se mencionan a continuación. En el primero (Thomas J. Dishion, Kavanagh, Schneiger, Nelson, & Kaufman, 2002), llevado a cabo con 672 estudiantes y sus familiares, con edades comprendidas entre los 11 y 12 años, pertenecientes a un área metropolitana americana, se ensayó no tanto un programa de prevención familiar, sino una estrategia adaptativa de prevención, que luego se llamaría EcoFit model “Ecological Approach to Family Intervention and Treatment” (T. J. Dishion & Stormshak, 2007) que es una evolución del anterior “Adolescent Transitions Program” – ATP - (T. J. Dishion, Reid, & Patterson, 1988). El modelo se basa en la idea de que, contrariamente a lo que se suele hacer, lo idóneo para facilitar la participación familiar y la efectividad de las intervenciones es que éstas se adecúen a las necesidades y motivaciones de cada caso y familia. Este tipo de estrategia flexible, consiste en adaptar la intensidad de la intervención familiar en función de los factores de riesgo que se aprecian en el joven así como la necesidad y motivación

específicas de cada familia. Constituida por tres niveles, el primero se caracteriza por crear un Centro de Recursos Familiares. En este centro, todas las familias del grupo experimental recibían una intervención universal, modelada por el programa de Life Skills Training de Botvin, Baker, Dusenbury, Tortu, & Botvin (1990), además de asistencia telefónica, suministro de feedback de la conducta de sus hijos en la escuela y acceso a videos y libros. Si los factores de riesgo apreciados, aconsejan una intervención de más intensidad, se les aplica una intervención breve en tres sesiones, llamada "Family Check-up", que tiene una función motivacional y evaluadora. A partir de ahí, se pasa a ajustar la oferta de intervención familiar de acuerdo con las necesidades específicas de cada caso, incluyendo servicios tales como intervención familiar conductual en grupos de padres, sistemas de monitorización para la conducta académica o social, gestión de casos o derivación a otros recursos comunitarios. Los resultados obtenidos con este programa son efectivos y eficientes para reducir el consumo de sustancias tanto en las familias de bajo como alto riesgo.

En el segundo trabajo (Connell, Dishion, Yasui, & Kavanagh, 2007), llevado a cabo con 998 estudiantes y sus familias, con las mismas características que el anterior, los resultados indican que los hijos de las familias a las que se les aplicó el Family Check-up, tuvieron un menor crecimiento en el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y problemas conductuales, así como un menor riesgo de recibir un diagnóstico de uso de sustancias o arrestos policiales, que los del grupo de control, en el seguimiento realizado desde los 11 a los 17 años.

Un artículo de revisión (Stormshak & Dishion, 2009) sobre este tipo de estrategia ha permitido resumir algunos de los resultados publicados en la literatura. Así, se ha podido comprobar que la utilización del Family Check-Up en grupos aleatorios de jóvenes de 11-12 años produjo una reducción en el uso de sustancias y las puntuaciones de depresión. De forma más específica se pudo apreciar que los efectos más importantes se producen en los jóvenes de más alto riesgo y en las familias con más necesidad de apoyo, y que las reducciones de consumo en ese grupo de jóvenes estuvieron claramente asociadas a un aumento de las prácticas de monitorización familiares. También se ha podido comprobar que estos efectos de reducción de consumo de sustancias se mantienen en otras edades.

En la revisión de la literatura, no siempre los programas que alcanzan alguna clase de resultados preventivos son complejos. El ajuste entre las necesidades de la población a la que se dirigen, los objetivos que se pretenden alcanzar, los medios que se ponen en juego y, los procedimientos y métodos para el análisis de los resultados, es una baza esencial para conseguir un "programa de éxito". Esto es lo que se consigue con "Family Matters", un programa que se dirige a prevenir el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de la población general, a través de enviar a la familia, por correo, 4 folletos y realizar intervenciones telefónicas con los padres. El programa no discrimina entre familias en el joven aún no ha consumido, con aquéllas en las que ha empezado a consumir, y no se aplica en el medio escolar, sino directamente a la población general. Este tipo de intervención pretende maximizar el número de familias sobre las que interviene y minimizar los factores que hacen que las familias no participen en los programas, reduciendo las exigencias de tiempo y ajustando el nivel de participación al interés particular. En un estudio (Bauman et al., 2001b), se ha podido comprobar que este tipo de intervención, a medio camino de la información y el consejo breve, redujo el inicio del consumo de tabaco un 25% dentro de un grupo de jóvenes blancos no hispánicos, con edades entre 12 y 14 años, en el seguimiento de un año, aunque sin efecto en los que pertenecen a otros grupos raciales o étnicos. Tampoco se encontraron diferencias en lo que se refiere al consumo de alcohol. Este análisis se realizó calculando el incremento de nuevos consumidores de tabaco o alcohol sobre la línea base de no consumidores. Curiosamente la significación estadística de las

diferencias cambia algo si se utiliza, como medida de efectividad del programa, el incremento de la prevalencia vida (Bauman et al., 2002). En ese caso se han podido encontrar efectos estadísticamente significativos del programa tanto en el inicio del consumo de tabaco como de alcohol, aunque los tamaños del efecto son extremadamente modestos, casi nulos (.17 para la conducta de fumar, y .12 para el alcohol en el seguimiento a 12 meses).

La forma en la que este programa (Family Matters) afecta el consumo no se ha podido establecer bien. En un estudio (Ennett et al., 2001) en el que se analizó la correspondencia entre la modificación de las variables mediadoras sobre las que opera el programa y los cambios en el uso de drogas por el adolescente, no se pudo establecer casi ninguna relación significativa entre ambos, salvo en lo que se refiere a la supervisión familiar, uso de sustancias por los padres e implicación de los mismos en la educación. Ésta última sólo en el caso del alcohol pero no en el del tabaco. Dado que el programa sí parece afectar el consumo, se especula sobre la necesidad de refinar las medidas o mejorar la conceptualización de los mediadores. Sea cual sea la razón, es evidente que mientras no se conozca por qué y cómo un programa actúa sobre el objetivo final, poco podrá avanzarse en el desarrollo de programas efectivos.

Dentro de este segmento de programas simplificados, otro trabajo (Gordon, Biglan, & Smolkowski, 2008) utilizó también un programa de prevención familiar junto con un programa de intervención directa en los jóvenes, con técnicas de marketing para reducir su interés por el tabaco y modificar sus creencias normativas. El programa familiar constaba únicamente de una serie de videos, tareas para casa, incentivos por realizar dichas tareas, y boletines para la familia remitidos por correo después de la distribución de los videos. Estos materiales pretendían mejorar la comunicación familiar sobre el consumo de tabaco en jóvenes de 11-12 años. Los resultados no nos permiten disociar los efectos de la intervención familiar de la que se dirigía directamente a los jóvenes, ni tampoco están exentos de algún grado de sesgo, ya que los más consumidores tuvieron menos medidas post, pero en conjunto, la intervención resultó efectiva para reducir las prevalencias de consumo de tabaco sobre todo en los jóvenes que eran más susceptibles, tenían una imagen más positiva de los fumadores y con padres más laxos con la conducta de fumar. Estos resultados contradictorios con una idea de sesgo en la obtención de los datos post, junto con la dificultad de atribuir el efecto a una u otra intervención, hacen que la interpretación de los resultados no sea una tarea sencilla.

Con el ánimo de eliminar algunos de los inconvenientes asociados a la aplicación en gran escala y en vivo de los programas de prevención, se están buscando nuevas formas de exponer a los jóvenes y sus familias a esos contenidos. La aplicación de los programas por parte de profesionales entrenados tiene dificultades tales como los costes o la escasa flexibilidad que supone la aplicación en un sitio y en un momento determinado para un conjunto de familias. Por esta razón, en un trabajo reciente (Schinke, Schwinn, & Cole, 2006) se ha visto la efectividad de un programa de prevención informatizado, dirigido tanto a los adolescentes como a sus familias. La muestra de este estudio estaba compuesta por 513 adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y los 12 años. Los resultados indican que, después de cuatro años de seguimiento, las prevalencias de uso de tabaco, alcohol y cannabis, en los últimos 30 días, favorecen a los dos grupos de intervención, bien sólo con el CD de intervención dirigido a jóvenes, o bien con un CD de intervención para jóvenes y el componente familiar. Este último grupo fue el que mejor resultados obtuvo. En el artículo no se mencionan exactamente los porcentajes de reducción, aunque se dan los odds ratio que diferencia a cada uno de los grupos de intervención (CD sólo y CD + intervención familiar) frente al grupo control, en cada una de las drogas evaluadas.

En la misma línea de abaratar costes, reducir barreras y acceder al máximo de población, se diseñó un programa de prevención familiar que consistía en un kit que se remitía a los padres, llamadas telefónicas posteriores a los padres realizadas por un educador, materiales para los hijos, indicaciones de los médicos sobre las consecuencias de fumar y boletines para los padres (Curry et al., 2003). Las medidas de resultados trataban de detectar las variaciones que se producían en los hijos, con edades entre 10-12 años, tanto en la susceptibilidad de que empezaran a fumar, la experimentación con el tabaco, o su consumo en los últimos 30 días. La muestra estaba formada por 4.026 familias. No hubo resultados estadísticamente significativos que justificaran la intervención. Intervenciones mínimas, con poco control sobre lo que sucede realmente en el medio familiar, no parecen suficientes para conseguir cambios en los patrones de comportamiento de los jóvenes.

La exploración de las posibles aplicaciones de la intervención familiar es lo que se propone en un estudio (Elizabeth C. Tilson, McBride, & Brouwer, 2005) en el que se aborda simultáneamente el tratamiento de la adicción al tabaco en adultos junto con la prevención del tabaquismo en los jóvenes. La idea subyacente es que si los adultos influyen en la conducta de sus hijos, los hijos también pueden ser agentes de cambio de la conducta de sus padres, dado que pueden influir en cierta medida en su rutina, uso del tiempo de ocio o la dieta. En lo que se refiere al tabaco, los padres que fuman son potentes modelos para sus hijos, pero también manifiestan normalmente una fuerte oposición a que sus hijos fumen (E. C. Tilson, McBride, Albright, & Sargent, 2001; Elizabeth C. Tilson, et al., 2005) e incluso la posible influencia que causa su hábito en la salud de sus hijos puede ser un importante motivador para dejar de fumar (Jarvis, 1996). El programa que se desarrolla en este caso consiste en 6 módulos escritos, con un folleto para el padre fumador y un paquete de actividades para el hijo, que se envían por correo. Los módulos se organizan en torno a un tema, con un especial énfasis en la construcción de habilidades específicas (comunicación, método o pasos para dejar de fumar) y abordaje de tópicos selectos (qué es una adicción, papel del modelado parental, manejo del estrés, etc.). Los resultados no han sido buenos ya que no se alcanzaron algunos de los objetivos más importantes. Esos objetivos eran aumentar la conciencia en los padres de que su conducta de fumar hacía más probable que sus hijos fumaran, y que los jóvenes adquirieran la apreciación de que dejar de fumar presentaba importantes dificultades. El programa pretendía modificar estas variables a través de hacer trabajar conjuntamente a los padres fumadores y a sus hijos en las actividades anti-tabaco. Hubo informes incongruentes entre padres e hijos sobre el trabajo conjunto, que pueden llevar a la sospecha que los jóvenes trabajaron los materiales con los adultos no fumadores, lo que supone una clara ruptura del protocolo y la lógica subyacente a este programa.

La aplicación de programas de prevención familiar casi nunca se realiza por parte de profesionales de la salud sino más bien por aquéllos que se encuentran vinculados a servicios comunitarios y escolares. En un estudio (Werch et al., 2003) se ha utilizado un programa de intervención familiar que se ajusta a las necesidades individuales del joven, y se ha aplicado con la colaboración de profesionales de la salud. El ajuste a las necesidades se ha hecho, teniendo como referencia el modelo "Multi-component Motivational Stages" – McMOS - (Werch & DiClemente, 1994), que establece los diferentes estadios por los que pasa el joven a la hora de aprender y exhibir hábitos dañinos. De acuerdo con este modelo, los diferentes estadios suponen diferentes factores de riesgo y protección, y hay que ajustar por lo tanto las intervenciones preventivas al estadio particular de cada individuo. En el presente trabajo, la intervención consistió en una entrevista anual con el personal de enfermería y el envío de información preventiva a los padres, ambas personalizadas según el estadio en el McMOS del joven, que previamente se había investigado. La información preventiva indicaba actividades para incrementar la comunicación padre-hijo relacionada con el

conocimiento y las habilidades de prevención. En concreto, se instaba a los padres a ayudar a sus hijos a mantenerse lejos del alcohol mediante la intervención sobre los factores de riesgo y protección que debían trabajarse en cada caso. En general, los factores tratados fueron los beneficios percibidos de evitar el alcohol, pistas para evitar el alcohol, intenciones y motivación, susceptibilidad percibida y severidad, el entorno y su influencia, prevalencia percibida, expectativas, auto-eficacia y capacidad conductual, auto-evaluación, auto-monitorización y auto-refuerzo, aprendizaje observacional y respuestas de afrontamiento emocional. Los resultados únicamente referidos al alcohol, apuntan a que se han producido mayores cambios en las creencias y expectativas que en las propias conductas de consumo en sí, en donde no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el experimental, al año de seguimiento.

En ocasiones se desarrollan programas de prevención familiar dirigidos específicamente a determinadas familias de riesgo, dada la existencia de alguno de los factores estructurales que hemos mencionado más arriba. Este sería el caso del Family Bereavement Program (Sandler et al., 2003). Este programa está diseñado para tratar los factores de riesgo y protección que condicionan la probabilidad de que aparezcan problemas de salud mental en niños que han sufrido la pérdida de una o de las dos figuras paternas. En lo que se refiera al ámbito familiar, el programa trata de incrementar la calidad de la relación entre el cuidador y el niño, reducir los problemas de salud mental del cuidador así como la exposición del niño a eventos negativos que puedan ser controlados por los cuidadores, y mejorar la aplicación de la disciplina. 156 familias participaron en el estudio. Este grupo se componía de un 63% de familias monoparentales dirigidas por la madre, un 21% de familias monoparentales dirigidas por el padre y un 16% de familias que estaban encabezadas por familiares que no eran los padres o amigos. Las familias fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental y al control. Los resultados se obtuvieron en el pretest, post-test y a los 11 meses, en el seguimiento. En esta fase del seguimiento, se observaron menores tasas de problemas internalizantes y externalizantes en el grupo experimental, aunque únicamente en el caso de las chicas y en los chicos que presentaban más problemas en la línea base. En este último caso la diferencia entre el grupo experimental y el control era del 18%. Dada la importancia de estas variables (externalizantes e internalizantes) en el consumo de drogas, es de suponer que la mejora encontrada en el grupo experimental se sustancie con un retraso y una reducción del consumo de sustancias en ese grupo, si esas mejoras se mantienen en el tiempo.

Los programas familiares dirigidos a familias de riesgo pueden aplicarse en las primeras etapas de la vida de los hijos, e incluso antes del nacimiento. En este grupo, los estudios más amplios y significativos son los de Olds (David L. Olds, 2006; D. L. Olds, Kitzman, et al., 2004; D. L. Olds et al., 2007; D. L. Olds et al., 2002; D. L. Olds, Robinson, et al., 2004), que utilizando personal de enfermería y utilizando la visita a casa para apoyar a los padres, consiguen buenos resultados en algunas de las variables mediadoras del consumo de drogas posterior en los hijos, tal y como se reseñó anteriormente. Estos estudios están limitados a la población de madres primerizas, pobres y adolescentes. No está claro si estos resultados de intervención temprana podrían ser generalizados a familias con padres toxicómanos, sobre todo si se dan factores que condicionan el éxito de estas intervenciones como la violencia doméstica, el maltrato infantil, o el rechazo a las intervenciones preventivas (Vimpani, 2005).

Apenas hay algún estudio sobre la efectividad de programas de prevención, que se haya realizado en Europa. En un estudio realizado en Croacia (Halmi & Golik-Gruber, 2002), se puso a prueba un programa de mejora de la "resilience" familiar para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas entre un grupo de jóvenes de alto riesgo

con edades comprendidas entre los 12-14 años. Los autores dicen que el programa atiende las cuatro estrategias básicas para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en los jóvenes, que serían la aportación de información, la educación emocional, la mejora de las competencias sociales y el aporte de alternativas al consumo. Estas estrategias se aplicarían a través de módulos educativos, de servicios de atención temprana para los padres o cuidadores y jóvenes, y por servicios de atención familiar a casos concretos. El programa utiliza técnicas como el role-playing, la mejora de las habilidades comunicativas entre padres e hijos mediante modelado, ensayo y reforzamiento. Los resultados indicaron que el programa fue efectivo para modificar alguna de las variables asociadas a la “resilience” familiar (conocimientos y convicciones sobre el consumo de alcohol u otras drogas, inclusión de los jóvenes en el establecimiento de reglas familiares para el consumo de alcohol y drogas y mejora del vínculo madre-hijo, según el joven), pero no se encontraron efectos indirectos sobre el consumo de alcohol y otras drogas en los jóvenes.

Cuando se comparan los programas de prevención familiar con otros tipos de intervenciones preventivas los resultados favorecen, en algunas ocasiones, a los primeros. Así, según K. L. Kumpfer & Alvarado (2003) el tamaño de efecto promedio en los programas familiares va desde 0,31 hasta 1,62, mientras que los que se dirigen sólo a los jóvenes van desde -0,05 hasta 0,28.

En una exigente revisión Cochrane (Gates, McCambridge, Smith, & Foxcroft, 2005) sobre los efectos de los programas preventivos no escolares, que tenían como objetivo el consumo de drogas en los jóvenes, se concluyó que los programas más efectivos eran los programas familiares. En la investigación se incluyeron 17 estudios, todos ellos ensayos controlados aleatorizados, que evaluaban cuatro tipos de intervenciones: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento en habilidades, intervenciones familiares e intervenciones en la comunidad con componentes múltiples. Sólo uno de los estudios con entrevistas motivacionales y los programas familiares (Focus on Families, Iowa Strengthening Families Program y Preparing for the Drug Free Years) tuvieron efecto sobre el consumo de cannabis en los jóvenes. Entre estos programas familiares, el ISFP obtiene alguna ventaja en las medidas de prevalencia vida y prevalencia último año, auto-informadas, de consumo de cannabis obtenidas en un seguimiento de 6 años.

Sin embargo, en ocasiones los resultados no van en esa dirección. Cuando se analiza el efecto a largo plazo (5½ años) del poder combinado de un programa familiar reconocido, como el SFP 10-14, y el LST, mencionados anteriormente, para retrasar o reducir el consumo de drogas, los autores encuentran que no hay diferencias significativas de haber aplicado el LST sólo o en compañía del SFP (R. L. Spoth, et al., 2008). Este es un resultado contradictorio con una visión simple del poder preventivo de los programas de prevención familiar.

La superioridad de las prácticas de intervención familiar sobre otras formas de intervención no está clara. Las conclusiones de un informe del National Institute for Health and Clinical Excellence (McGrath, Sumnall, McVeigh, & Bellis, 2006) van en este sentido cuando afirman que “However, more research is needed to determine whether they (family interventions) are significantly more effective than other types of approaches..” (p. 19). En el mismo sentido se mueve el análisis realizado por el informe publicado por Federal Centre for Health Education de Alemania (Bühler & Kröger, 2008), cuando afirma que las intervenciones familiares tienen pruebas de efectividad de nivel C, frente al nivel A de las escolares.



## **Estudios de efectividad y obtención de principios de efectividad**

Ha habido varias revisiones (Bond & Hauf, 2004; Dusenbury, 2000; Nation, et al., 2003; Small, et al., 2009; Weissberg, et al., 2003) que han extraído principios o conclusiones que pueden ser aplicadas al desarrollo y selección de programas de prevención con el fin de incrementar o determinar su nivel probable de efectividad.

Dado que la prevención familiar no es más que un caso particular de la prevención aplicada a los trastornos de conducta, todos los principios generales son de aplicación y aparecen recogidos en las relaciones de principios específicos que se centran en este ámbito.

Ya se ha mencionó previamente la de Small y colaboradores. En esta ocasión, se recogen dos revisiones sobre principios de efectividad aplicados a los programas de prevención familiares, con fechas de publicación separadas por 5 años. El primero (K. L. Kumpfer & Alvarado, 2003) es una revisión de los dos programas de revisión estadounidenses más importantes que tenían como objetivo identificar programas o aproximaciones familiares efectivos: Preventing Substance Abuse Among Children and Adolescents: Family-Centered Approaches (Center for Substance Abuse Prevention, 1998) y Strengthening America's Families (Alvarado, Kumpfer, Kendall, Beesley, & Lee-Cavaness, 2000). Como resultado de esa valoración, se identifican 3 aproximaciones efectivas, 13 principios de efectividad y 35 programas efectivos.

Los principios indican que son más efectivos los programas o intervenciones que:

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

El segundo es el informe publicado por el Federal Centre for Health Education de Alemania (Bühler & Kröger, 2008). Las conclusiones que se derivan de la valoración de los trabajos que evalúan la efectividad de los programas de prevención familiar, son las siguientes:

- 1) Las intervenciones de carácter comprehensivo se han mostrado útiles para reducir o retrasar el consumo de los hijos (alcohol)
- 2) Las intervenciones mono-componente, centradas en la formación parental, tienen efectos sobre los factores de riesgo, pero no sobre el consumo

- 3) Las medidas preventivas orientadas a la familia son particularmente efectivas con los no consumidores (alcohol)
- 4) Las medidas más efectivas tienen las siguientes características:
  - a. Promocionar la interacción positiva de padres e hijos, formar a los padres de acuerdo con los principios de la aproximación del reforzamiento social, y en la aplicación de la disciplina constructiva
  - b. Utilizar métodos de formación interactiva
  - c. Tener una base teórica confirmada empíricamente
  - d. La formación de mediadores
  - e. Disponer de evaluación
  - f. Ser intervenciones comprehensivas, que comienzan temprano, siguen a través de la vida, tratan numerosos factores de riesgo y protección y se generalizan a diversos ámbitos (settings)
  - g. Tienen un material ajustado a los diferentes estadios de desarrollo
  - h. Atienden al contexto comunitario y cultural
  - i. Tienen una cantidad de tratamiento y seguimiento suficientes
- 5) El impacto sobre las conductas de consumo y los factores de riesgo es retardado (efectos durmientes)
- 6) Las medidas para alcanzar a las familias de riesgo tienen éxito
- 7) Los efectos negativos sobre los factores de riesgo no puede ser excluidos
- 8) Las medidas preventivas para los pre-escolares (3-5 años) deberían ser de carácter familiar

Como puede observarse no se han producido modificaciones esenciales entre las dos series de principios generadas en este intervalo de 5 años. Tampoco se aprecia ninguna variación si nos fijamos en la última publicada en el 2009 (Small, et al., 2009).

Esta situación puede indicar que los principios están bien consolidados y que los parámetros que puedan condicionar la eficacia de los programas están inventariados y son conocidos. Pero también puede alimentar la idea de que fuera de esos principios se encuentran asuntos de gran controversia que aún no gozan del suficiente consenso, y que, sin embargo, condicionan la forma en la que vemos estos programas. Asuntos que afectan directamente a las pruebas que nos permiten indicar la efectividad de las intervenciones, bien porque los diseños y las fuentes de información sean críticas a la hora de obtener unos u otros resultados (Maughan, et al., 2005), bien porque la consistencia de las pruebas estadísticas aportadas sea menor de la que pretende (Gorman, et al., 2007), no nos permiten admitir que conocemos cómo hacer bien las cosas o que sabemos a ciencia cierta porqué existen resultados tan discrepantes como los que se han mencionado anteriormente, al principio del apartado que trata de la efectividad de los programas.

### **Discusión y conclusiones**

El papel relevante de la familia en la prevención del consumo de drogas en los adolescentes parece innegable. Las guías y manuales de prevención enumeran importantes factores no familiares que tienen gran incidencia en el inicio y el mantenimiento del consumo, como son la existencia de un contexto social favorable o tolerante hacia el consumo de drogas, la presión o la influencia de los compañeros, o ciertas características de los individuos tales como valores o actitudes favorables al consumo, un marcado déficit en las habilidades de afrontamiento, un deficiente rendimiento escolar, y una baja autovaloración, entre otros muchos. Sin embargo, la familia no puede entenderse como un sistema aislado del contexto en el que se desarrolla el adolescente. El sistema familiar puede ser no sólo fuente de factores de riesgo directo, sino también de factores de protección que pueden modular en gran medida la influencia de otros factores externos a la familia. Tanto el papel directo como indirecto de la familia en la conformación de las variables de riesgo en todos los

ámbitos de la vida del adolescente justifican el esfuerzo que se realiza en la investigación y desarrollo de procedimientos de intervención familiar cada vez más efectivos.

Las intervenciones familiares pretenden incidir principalmente en la dinámica de las interacciones familiares, apoyando y educando a los padres para que sepan cuidar y educar a sus hijos de forma efectiva y alejada del consumo de drogas, y mejorando las pautas de relación entre los miembros de la familia, de forma que se reduzca el conflicto y aumente el apego y la vinculación familiar del adolescente. Los programas de prevención familiar pueden tratar de mejorar en familias de riesgo los cuidados físicos más básicos que los padres dan a sus hijos (alimentación e higiene adecuadas, incremento de la seguridad y el contacto físico, prevención del maltrato, etc.). En la mayoría de los casos, pretenden incrementar el conocimiento que los padres tienen del desarrollo infantil con el fin de que se conviertan en un entorno estimulante y seguro para los hijos, propiciar las relaciones positivas y mejorar sus habilidades comunicativas y disciplinarias con el fin de reducir el conflicto y mejorar el apego y la efectividad educativa. Los programas también suelen hacer hincapié en enseñar a los padres a promover las habilidades y conductas de los hijos de carácter prosocial o académico, generalmente incompatibles con los hábitos nocivos que se pretenden reducir. Con estos objetivos se han generado una variedad de enfoques de intervención familiar (K. L. Kumpfer & Alvarado, 2003; Karol L. Kumpfer & Johnson, 2007) que se adecuan a distintas poblaciones, dependiendo del momento, nivel de riesgo, o tipo de problemas detectados. Los enfoques de prevención familiar utilizan principalmente técnicas derivadas desde una perspectiva cognitivo-conductual, que pueden ser utilizadas individual o grupalmente, aunque también se utilizan aproximaciones sistémicas o técnicas de apoyo informativo o social (localización de recursos en la comunidad, información sobre la alimentación o las técnicas de cuidado necesarias, información sobre la naturaleza y el efecto de las drogas, etc.).

La prevención familiar se ha diseminado por todos los ámbitos de actuación preventivos, de forma que pueden encontrarse módulos de prevención familiar asociados a programas escolares o comunitarios, y pueden encontrarse programas dirigidos a todo tipo de poblaciones, bien sean generales, selectivas o indicadas. Es fácil comprender que si la familia es un importante modulador del efecto que ejercen otras variables de riesgo, y la efectividad de un programa está asociada al abordaje multifactorial del problema del consumo de drogas en los jóvenes, entonces la intervención sobre la familia debe ser un ingrediente esencial en cualquier estrategia preventiva, sin que resulte determinante el ámbito en donde se produce (escuela, barrio, comunidad, etc.).

Ha habido mucha investigación para analizar las variables que juegan un papel determinante en que la intervención familiar tenga éxito. Estas variables se pueden agrupar en tres apartados: las características del programa y sus componentes, la captación y retención de las familias, y su mantenimiento a lo largo del tiempo, mediante las sesiones de recuerdo.

Sobre las condiciones que deben reunir los programas para tener éxito, hay bastante acuerdo. Se repiten a lo largo del tiempo listas de características que deben reunir los programas de prevención eficaces (Bond & Hauf, 2004; Borkowski, Akai, & Smith, 2006; Bronte-Tinkew et al., 2008; Caspe & Lopez, 2006; Durlak, 2003; K. Kumpfer & Alder, 2003; K. L. Kumpfer & Alvarado, 2003; Nation et al., 2003; Small, et al., 2009; Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003), sin que se aprecien diferencias sustanciales entre ellas. Estas condiciones afectan al diseño y contenido del programa, a la relevancia de sus contenidos, a su implementación y control de calidad. Muchas de estas características apelan al sentido común, como aquéllas que indican que los componentes del programa deben estar contruidos de acuerdo con una teoría que

cuenta con claro apoyo empírico y deben ser relevantes para el momento evolutivo de los hijos y para el contexto socio-cultural en el que se usa. En ese mismo apartado se dice que el personal que aplique el programa debe tener la formación suficiente o que la intervención debe aplicarse en el momento adecuado para ganar la atención de la familia, y durante un tiempo y una intensidad suficientes para la gravedad del problema. Otras hablan de la superioridad de ciertas técnicas sobre otras (el aprendizaje activo es mejor que el meramente pasivo), la necesidad de que los padres conozcan y tengan habilidades educativas que les permitan conseguir sus objetivos, o la necesidad de centrarse en fomentar las relaciones positivas más que en analizar o tratar las negativas. Por último, otras se refieren al control de calidad, indicando claramente que sólo los programas que tienen unas pautas claras de aplicación, pero también de control, evaluación y mejora, tienen alguna posibilidad de mantener un alto nivel de efectividad. El carácter siempre fluido del contexto en el que aplican los programas así como la variabilidad en las aplicaciones exigen una extrema vigilancia que reduzca tanto la rigidez extrema como la improvisación sin base empírica.

Es llamativo que el acuerdo sobre las condiciones o propiedades que debe tener un programa efectivo no suponga la creación de programas que conciten el mismo nivel de acuerdo sobre sus resultados. Parece que los criterios para valorar el éxito o fracaso en los resultados son altamente interpretables.

Claramente hay una visión positiva de la prevención familiar (Karol L. Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003) y una negativa (Cuijpers, 2003) que se sustentan en una gran cantidad de publicaciones y datos que tienen valoraciones diferentes y, en algún caso, antagónicas. Las diferencias en los resultados pueden deberse a una gran cantidad de variables que hacen difícil la obtención de conclusiones y a los distintos abordajes metodológicos que se utilizan en unos u otros estudios. Un programa puede obtener mejores o peores resultados dependiendo de factores internos al programa, o bien externos al mismo, como pueden ser el tipo de muestra utilizada, el tipo de variable de resultado que se utilice, la fuente de información utilizada, la habilidad de los aplicadores, el tiempo de seguimiento, etc. Así, por ejemplo, no es extraño, como ya se comentó anteriormente, que se utilicen, como criterio de resultado, variables proximales que son más fáciles de medir y requieren períodos de seguimiento más cortos. Sin embargo, Cuijpers (2003) aboga por el uso de las variables distales que son las que, al fin y al cabo, se pretenden modificar. En el caso de las drogas, serían la reducción de la prevalencia de consumo, el retraso de la edad de inicio o la reducción del daño. El uso de estas variables requiere de métodos más onerosos en tiempo de seguimiento y tamaño de la muestra.

Una de esas variables externas hace referencia a la presentación de los resultados. Re-analizando los trabajos de Spoth y colaboradores (R. Spoth, Randall, Shin, & Redmond, 2005; R. L. Spoth, Clair, Shin, & Redmond, 2006; R. L. Spoth, Randall, Trudeau, Shin, & Redmond, 2008; R. L. Spoth, Redmond, Trudeau, & Shin, 2002) sobre la efectividad de una intervención combinada del SFP 10-14 junto con el LST (Life Skills Training), Gorman, Conde & Huber (2007) concluyen que los resultados positivos obtenidos no se tienen en pie si se deja a un lado cierto maquillaje estadístico y expositivo utilizado en los sucesivos artículos. De acuerdo con estos autores, los resultados alentadores de los estudios de Spoth y cols. se han obtenido por el uso inadecuado de las pruebas de significación, la variación a lo largo del tiempo de las variables indicadores de éxito y otros tipo de irregularidades metodológicas. La conclusión final es que los resultados obtenidos por esos programas de prevención son frágiles, de poca significación práctica y muy dependientes de la ingeniería estadística utilizada.

Tanta complejidad metodológica hace difícil obtener una visión general de la efectividad de la prevención familiar. Mientras que en una revisión recogida en un

informe del National Institute for Health and Clinical Excellence (McGrath, Sumnall, McVeigh, & Bellis, 2006) se concluye que se necesita más investigación para determinar si las intervenciones familiares son más efectivas que otros tipos de prevención, en otras se obtiene la clara conclusión de que la prevención familiar obtiene mejores resultados (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe, & Breen, 2003; Gates, McCambridge, Smith, & Foxcroft, 2005).

Si miramos los resultados obtenidos por la investigación posterior al año 2000 que ha evaluado los programas de prevención familiar, la conclusión debería inclinarse hacia el lado optimista. Muchos y muy diversos programas han obtenido resultados positivos en la prevención primaria de las conductas de consumo de drogas en jóvenes a través de la intervención familiar. Según Alvarado & Kumpfer (2000) había cuatro programas que, en aquel momento, alcanzaban el grado más alto de certeza de efectividad: Helping the Noncompliant Child, The Incredible Years, The Strengthening Families Program y Preparing for the Drug Free Years, y algunos más que apuntaban hacia el éxito, aunque sólo tenían un estudio con control aleatorio o el diseño que probaba su eficacia era cuasi-experimental. En la literatura posterior al año 2000, se puede encontrar alguna mención a esos programas, como el que se refiere a Focus on Families (Haggerty, Skinner, Fleming, Gainey, & Catalano, 2008), pero aparecen también otros muchos, que también dicen tener resultados alentadores. Nos referimos a: Families in Action, Strong African American Families, STAR Parenting Program, Triple P-Positive Parenting Program, Family Check-up, Family Matters y Family Bereavement Program.

En esta revisión se ha puesto de relieve la necesidad de tener en cuenta algunas variables mediadoras entre el programa y sus efectos sobre las conductas objetivo. Así se ha podido constatar que los resultados de los programas deben tener en cuenta el sexo de la población a la que se dirigen, los recursos y bagaje cultural de las familias destinatarias, e incluso el tipo de fuente de información de los resultados. Un mismo programa puede arrojar resultados diferentes si se cambia alguna de estas variables.

Además de la calidad del programa y sus componentes, es necesario captar y retener a las familias en el tratamiento. Este es el principal handicap de los programas de prevención familiar, tanto en sus versiones universales, selectivas o indicadas. En unos porque no se capta a las familias que más lo necesitan, en otros, porque aunque se las puede captar, no se las retiene. Es el talón de Aquiles de este tipo de intervención (Alhalabí-Díaz et al., 2006).

Los factores que condicionan la participación familiar son conocidos, y es posible que esa sea la razón por la que, de manera sorprendente, se diga que las medidas para alcanzar a las familias más difíciles tienen éxito (Bühler & Kröger, 2008). ¿Pero esas medidas que se pueden aplicar y son efectivas, son también accesibles y pueden aplicarse en contextos normalizados? El problema es que algunas no son fáciles de implementar, ya que o bien suponen la aplicación de técnicas de tratamiento de carácter individualizado (Bry, Catalano, Kumpfer, Lochman, & Szapocznik, 1998), que consumen mucho tiempo y dinero, o bien esas variables son estructurales y no son fáciles de modificar (Alhalabí-Díaz et al., 2006; Redmond, Spoth, Shin, & Hill, 2004; Redmond, Spoth, & Trudeau, 2002; Spoth & Redmond, 1992, 1995).

El uso de incentivos y el fomento de relaciones entre familias son medidas que son frecuentemente citadas (Karol L. Kumpfer & Johnson, 2007). El uso de incentivos a la participación no siempre resulta fácil de utilizar, ya que es dependiente del contexto económico, social y cultural. ¿Cómo responderían las familias al uso de incentivos en un país en el que se considera que los padres deben tener suficiente motivación para cuidar de la mejor manera a sus hijos? En un trabajo realizado en España en el que se

utilizaron incentivos clásicos (como es el abono del transporte, oferta de guardería para los otros hijos), los resultados indicaron que su uso no tuvo relevancia, ya que no fueron solicitados ni por lo tanto usados (Errasti Perez et al., 2008). Sin embargo, se observó que la credibilidad de la convocatoria era muy importante para la participación de las familias. Los autores encontraron que la participación estaba relacionada con la experiencia previa de las familias en otras actividades convocadas por el staff del centro educativo. Es posible que, en este caso, los investigadores no hayan encontrado los incentivos adecuados, pero está claro que utilizar los mismos que en otras investigaciones fundamentalmente norteamericanas no resultó útil. La motivación a participar pareció fundamentalmente condicionada a la utilidad previa percibida de las actividades convocadas por el colegio, que guarda probablemente una relación significativa con la credibilidad de la convocatoria para participar en la actividad preventiva.

La captación real de familias en la práctica preventiva es difícil en España. Los resultados obtenidos en la validación de la versión española del Strengthening Families 10-14, son fiel reflejo de esta situación (Alhalabi-Diaz et al., 2006). ¿Pasa lo mismo en otros sitios? En un estudio (Karol L. Kumpfer, Alvarado, Tait, & Turner, 2002) en el que se llevó a cabo una aplicación combinada del SFP con un programa escolar (ICPS) se obtuvo una participación del 23% en el grupo experimental. Son tasas de participación muy bajas si se pretende que los programas alcancen a la mayoría de la población que los necesita.

¿Qué hacer con las dificultades de captación? Algunos autores han pensado en reducir las exigencias que se plantean a los padres, promoviendo el suministro de la intervención a domicilio, a través de modernos medios audiovisuales remitidos por correo o email (Terzian & Fraser, 2005), e incluso mediante simples folletos. Esta estrategia podría ajustar los requerimientos de tiempo de las intervenciones con la disponibilidad que tienen los padres e hijos (¡hágalo cuando pueda y quiera!). Sin embargo, estas estrategias de prevención “a distancia” parecen sacrificar el control y los beneficios de la interacción grupal con un técnico cualificado, en aras de extender y facilitar la intervención. Esta solución parece elegir el mal menor (al menos se llega a todas las familias de alguna forma) frente a las grandes dificultades que normalmente se encuentran para lograr atraer a las familias con mayores necesidades. Quizás, más que como una alternativa, el uso de medios escritos o audio-visuales y la actividad preventiva a distancia pueda servir como primer escalón de sensibilización de las familias, que mejore las posibilidades de otras intervenciones más exigentes.

Es posible que la captación sea siempre un problema, mientras las familias no perciban un perfecto ajuste entre lo que necesitan y lo que se les da. Se puede concebir un protocolo de intervención en el que se vaya desde la sensibilización, con un nivel de exigencia a las familias más bajo como el que produce Family Matters, hasta la acción más intensa y extensa en grupos de riesgo más elevados, tal y como exige, por ejemplo, el programa Focus on Families, en familias con uno de sus miembros a tratamiento con metadona (Haggerty, Skinner, Fleming, Gainey, & Catalano, 2008). La idea de que una adecuación de la prevención a la motivación y recursos de la familia es el camino más indicado es lo que anima el EcoFit model “Ecological Approach to Family Intervention and Treatment” (Dishion & Stormshak, 2007).

¿Qué se puede decir de la retención? Si captar familias es difícil, también lo es mantenerlas en la intervención. Es muy corriente que en la literatura se consideren los resultados de familias que han acudido a un 50% o más de las sesiones previstas. Eso da idea de la dificultad de encontrar altas tasas de retención en las aplicaciones.

Cuando se analizan los factores que condicionan la retención se ha podido ver que los factores de la familia y del joven que la condicionan se alinean bastante bien con los que influyen la captación (Jones et al., 2007). Así las familias en las que los padres estaban casados, tenían altos niveles de educación, no eran fumadores y la mujer era más competente socialmente eran las que tenían más probabilidad de ser retenidas por el programa. En un estudio europeo citado previamente (Engels & Andries, 2007), aproximadamente un 77% de las familias monoparentales a las que iba dirigido el programa asistieron a más de cuatro sesiones (algo más del 50% del programa), pero las que no asistieron eran las que más lo necesitaban, ya que esas madres mostraban un nivel clínico de conductas externalizantes, un uso de la disciplina más inadecuado, una más reducida conducta de supervisión, junto con un mayor estrés parental y rechazo del adolescente. Parece claro que no se retuvo a quién más lo necesitaba.

## Conclusiones

- 1) La prevención familiar, a través de diferentes enfoques, actúa principalmente sobre la dinámica familiar. La acción sobre las variables estructurales (composición, carencias socio-económicas o culturales, clase social, tamaño familiar, monoparentalidad, etc.) no son abordables desde este tipo de intervención
- 2) Las variables relacionales que son objeto principal de atención en el campo de la prevención del consumo de drogas en jóvenes, son abordadas mediante técnicas que surgen, principalmente, de modelos cognitivo-conductuales. Estas técnicas incluyen la utilización de un curriculum o manual (cursos), modelado, deberes para casa, ensayo, prácticas y role-playing. Esto es válido para los enfoques de Apoyo familiar domiciliario, Formación parental y Formación en habilidades familiares. Sólo en los ámbitos de prevención indicada (Terapia Familiar) se encuentran técnicas de intervención de orientación sistémica.
- 3) Hay un importante acuerdo sobre los principios que incrementan la efectividad de los programas de prevención primaria, entre ellos, los familiares.
- 4) Sin embargo, existe un notable desacuerdo sobre la efectividad o no de la prevención familiar. Por un lado están aquéllos que consideran que la prevención familiar presenta un alto nivel de efectividad y eficiencia (como se puede deducir de los estudios de Spoth y cols. sobre el ISFP y el PDFY), y por otro se encuentran los que discuten la calidad de los resultados presentados o el balance de los estudios existentes. Se echan en falta criterios claros y procedimientos de evaluación exigentes que reduzcan la incertidumbre que surge de la lectura de las distintas revisiones.
- 5) La efectividad de los programas de prevención familiar no sólo está condicionada por las características del programa, sino también por su capacidad de captación y retención. La captación y retención es uno de los principales problemas que se pueden encontrar en este ámbito, y no tienen una solución fácil. El uso de incentivos o el fomento de las relaciones cooperativas entre las familias participantes son dos estrategias que se postulan para mejorar los resultados. Sin embargo, no hay suficientes pruebas de que estas estrategias sean efectivas en todos los contextos, y no siempre están fácilmente disponibles. Se sugiere también que otro camino para reducir la resistencia de las familias a participar puede consistir en rebajar las exigencias de tiempo y recursos que se les pide a las familias para participar en los programas de prevención. Las intervenciones domiciliarias a distancia, mediante correo, envío de videos, etc., son en este caso la solución, aunque

está por ver que tales soluciones sean útiles más allá de la mera sensibilización.

- 6) Aunque sus objetivos últimos, y los procedimientos y técnicas son más o menos similares, los programas de prevención familiar difieren en la población a la que se dirigen, su mayor o menor intensidad o extensión, la forma en la que se aplican, etc. Desde la perspectiva temporal de esta revisión, que abarca revisiones desde 1989 y estudios empíricos desde el año 2000, hay un gran número de programas que nacen y mueren, sin que exista mucha razón ni para lo uno ni para lo otro. Nacen sin que se justifique su originalidad, y mueren sin que se acredite una evaluación negativa. Sólo algunos (tales como el SFP o el PDFY) permanecen en el tiempo, aunque van generando también variaciones, según se van ajustando a diversas poblaciones, como en el caso del SFP, o incluso cambian de nombre como sucede en el caso del PDFY que ahora se denomina Guiding Good Choices. El resultado que se percibe es un gran desfile de siglas y programas que dificultan enormemente la evaluación de este ámbito de intervención, sin añadir ningún ingrediente significativo que mejore su efectividad o eficiencia.
- 7) Empieza a haber programas de prevención familiar que intentan ajustar la intervención al problema familiar que encuentran o a lo que demanda la familia. Este camino, como se ha dicho anteriormente, puede beneficiar la captación y retención de los padres más necesitados en el programa. Entre estos programas se encuentra el programa Triple P y la estrategia de prevención EcoFit “Ecological Approach to Family Intervention and Treatment”. En este último caso, un estudio reciente (Stormshak & Dishion, 2009) indica que los efectos más importantes del programa se consiguieron en los jóvenes de más alto riesgo y en las familias más necesitadas de apoyo. Este es un resultado muy importante para que la prevención sea efectiva y eficiente, y también distinto con el tipo de captación que producen los paquetes de intervención que se aplican universalmente sin distinción de las distintas necesidades familiares.
- 8) Se están desarrollando estrategias para reducir costes y barreras a los programas de prevención familiar. Algunas consisten en llegar a los domicilios mediante procedimientos baratos como el correo y las intervenciones telefónicas. En otros casos, se intentan utilizar profesionales de la salud para que incorporen a sus prácticas habituales, intervenciones preventivas sobre todo con familias de alto riesgo (los estudios de Olds y cols.). Estas medidas son efectivas pero tienen un alcance limitado. Deberían contemplarse como complementarias al desarrollo de una estrategia de prevención familiar más intensiva.



## Referencias

---

- Abbey, A., Pilgrim, C., Hendrickson, P., & Buresh, S. (2000). Evaluation of a family-based substance abuse prevention program targeted for the middle school years. *Journal of Drug Education, 30*(2), 213-228.
- Alhalabí-Díaz, S., Secades-Villa, R., Perez, J. M. E., Fernandez-Hermida, J. R., Garcia-Rodriguez, O., & Crespo, J. L. C. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review, 25*(4), 327-331. doi: 10.1080/09595230600741149
- Alvarado, R., & Kumpfer, K. (2000). Strengthening Americas Families. *Juvenile Justice, 7*, 8-18.
- Alvarado, R., Kumpfer, K., Kendall, K., Beesley, S., & Lee-Cavaness, C. (2000). *Strengthening America's Families: Model Family Programs for Substance Abuse and Delinquency Prevention*. Salt Lake City: Univesity of Utah, Department of Health Promotion and Education.
- Barber, J. G. (1992). Evaluating parent education groups: Effects on sense of competence and social isolation. *Research on Social Work Practice, 2*, 28-38.
- Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., King, T. S., & Koch, G. G. (2002). Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prevention science, 3*(1), 35-42.
- Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., & Hicks, K. (2001a). Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Education & Behavior, 28*(4), 440-461.
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Pemberton, M., Hicks, K. A., King, T. S., et al. (2001b). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American journal of public health, 91*(4), 604-610.
- Beatty, S. E., & Cross, D. S. (2006). Investigating parental preferences regarding the development and implementation of a parent-directed drug-related educational intervention: an exploratory study. *Drug and Alcohol Review, 25*(4), 333-342.
- Biglan, A., & Taylor, T. K. (2000). Increasing the use of science to improve child-rearing. *Journal of Primary Prevention, 21*(2), 207-226.
- Bond, L. A., & Hauf, C. A. M. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: Characteristics of effective programs. *Journal of Primary Prevention, 24*, 199-221.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol, 30*(6), 571-587.
- Borkowski, J., Akai, C., & Smith, E. (2006). The art and science of prevention research: Principles of effective programs. In J. Borkowski & C. Weaver (Eds.), *Prevention: The science and art of promoting healthy child and adolescent development* (pp. 1-16). Baltimore: Brookes.
- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S., & Botvin, E. M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *J Consult Clin Psychol, 58*(4), 437-446.
- Bradley, R. H., Whiteside, L., Mundfrom, D. J., Casey, P. H., Caldwell, B. M., & Barret, K. (1994). Impact of the Infant Health and Development Program (IHDP) on the home environments of infants born prematurely and with low birthweight. *Journal of Educational Psychology, 86*, 531-541.
- Bratton, S., & Landreth, G. (1995). Filial therapy con single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy, 4*, 61-80.
- Brody, G. H., Murry, V. M., Gerrard, M., Gibbons, F. X., Molgaard, V., McNair, L., et al. (2004). The Strong African American Families Program: translating research into prevention programming. *Child development, 75*(3), 900-917.
- Brody, G. H., Murry, V. M., Kogan, S. M., Gerrard, M., Gibbons, F. X., Molgaard, V., et al. (2006). The Strong African American Families Program: a cluster-randomized prevention trial of long-term effects and a mediational model. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(2), 356-366.
- Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., Allen, T., Bowie, L., Mbawa, K., & Mathews, G. (2008). *Elements of promising practice for fatherhood programs: Evidence-based research findings on programs for fathers*. Gaithersburg, MD: National Responsible Fatherhood Clearinghouse.

- Bry, B. H., Catalano, R. F., Kumpfer, K. L., Lochman, J. E., & Szapocznik, J. (1998). Scientific Findings From Family Prevention Intervention Research. In R. S. Ashery, E. B. Robertson & K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions* (pp. 12-41). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Bühler, A., & Kröger, C. (2008). *EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse (English version of Band 29: Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs, 2006, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - Federal Centre for Health Education - Cologne, Germany)*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Caspe, M., & Lopez, M. E. (2006). *Lessons from family-strengthening intervention: Learning from evidence-based practice*. Cambridge, MA: Harvard Family Research Project.
- Catalano, R. F., Haggerty, K. P., Fleming, C. B., Brewer, D. D., Gainey, R. R., McMahon, R. J., et al. (2002). Children of substance-abusing parents: Current findings from the Focus on Families project *The effects of parental dysfunction on children*. (pp. 179-204). New York, NY US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Catalano, R. F., Mazza, J. J., Harachi, T. W., Abbott, R. D., Haggerty, K. P., & Fleming, C. B. (2003). Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1.5 years. *Journal of School Psychology, 41*, 143-164.
- Center for Substance Abuse Prevention. (1998). Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches Prevention Enhancement Protocols System (PEPS) (DHHS Publication No. SMA 3223-FY'98). Washington, DC: US Government Printing Office.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2000). The efficacy of Toddler - Parent Psychotherapy for fostering cognitive development of offspring in depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 135-148.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1992). A developmental and clinical model for the prevention of Conduct Disorder: The FAST Track program. *Development and Psychopathology, 4*, 509-527.
- Connell, A. M., Dishion, T. J., Yasui, M., & Kavanagh, K. (2007). An adaptive approach to family intervention: Linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 568-579.
- Costas, M., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with nonoffending parents of children who have been sexually abused. *International Journal of Play Therapy, 8*, 43-66.
- Cuijpers, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 10*(1), 7-20.
- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 36*, 1141-1159.
- Cunningham, P. B., & Henggeler, S. W. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: lessons learned throughout the development of Multisystemic Therapy. *Family Process, 38*, 265-281.
- Curry, S. J., Hollis, J., Bush, T., Polen, M., Ludman, E. J., Grothaus, L., et al. (2003). A randomized trial of a family-based smoking prevention intervention in managed care. *Preventive Medicine, 37*(6), 617-626. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.09.015
- Dishion, T. J., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S., & Kaufman, N. K. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family-centered strategy for the public middle school. *Prevention Science, 3*(3), 191-201.
- Dishion, T. J., Reid, J. B., & Patterson, G. R. (1988). Empirical guidelines for a family intervention for adolescent drug use. In R. E. Coombs (Ed.), *The Family Context of Adolescent Drug Use* (pp. 189-224). New York: Haworth.
- Dishion, T. J., & Stormshak, E. A. (2007). *An Ecological Family-Centered Approach to Mental Health Care*. Washington DC: APA Books.
- Durlak, J. (2003). Effective prevention and health promotion programming In T. P. Gullota & M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (pp. 61-68). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. *The Journal of Primary Prevention, 20*(4), 337-352.

- Engels, T. C. E., & Andries, C. (2007). Feasibility of a family-focused intervention for the prevention of problem behavior in early adolescents. *Child & Family Behavior Therapy, 29*(1), 71-79. doi: 10.1300/J019v29n01\_05
- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Pemberton, M., Foshee, V. A., Chuang, Y. C., King, T. S., et al. (2001). Mediation in a family-directed program for prevention of adolescent tobacco and alcohol use. *Preventive Medicine, 33*(4), 333-346. doi: 10.1006/pmed.2001.0892
- Errasti Perez, J. M., Alhalabí-Díaz, S., Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., García-Rodríguez, O., & Carballo Crespo, J. L. (2008). Recruitment characteristics influencing parental participation in family-based drug-abuse prevention programs: The Spoth and Redmond model in Spain. *Substance Use and Misuse, 43*, 850-857.
- Eyberg, S. M., Boggs, S., & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin, 31*, 83-91.
- Fewell, R. R., & Wheeden, C. A. (1998). A pilot study of intervention with adolescent mothers and their children: A preliminary examination of child outcomes. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*, 18-25.
- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 711-724.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2002). Extending and testing the social interactions learning model with divorced samples. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents* (pp. 235-257). Washington, DC: American Psychological Association.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction, 98*(4), 397-411. doi: 355 [pii]
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2005). *Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción en jóvenes (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Brody, G. H., Murry, V. M., Cleveland, M. J., & Wills, T. A. (2006). A theory-based dual-focus alcohol intervention for preadolescents: the Strong African American Families Program. *Psychology of addictive behaviors, 20*(2), 185-195.
- Glover, G. J., & Landreth, G. L. (2000). Filial therapy with Native Americans on the Flathead Reservation. *International Journal of Play Therapy, 9*, 57-80.
- Gordon, J., Biglan, A., & Smolkowski, K. (2008). The impact on tobacco use of branded youth anti-tobacco activities and family communications about tobacco. *Prevention Science, 9*(2), 73-87.
- Gorman, D. M., Conde, E., & Huber, J. C., Jr. (2007). The creation of evidence in 'evidence-based' drug prevention: A critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation. *Drug and Alcohol Review, 26*(6), 585-593.
- Guyll, M., Spoth, R. L., Chao, W., Wickrama, K. A. S., & Russell, D. (2004). Family-Focused Preventive Interventions: Evaluating Parental Risk Moderation of Substance Use Trajectories. *Journal of Family Psychology, 18*(2), 293-301.
- Haggerty, K. P., Skinner, M., Fleming, C. B., Gainey, R. R., & Catalano, R. F. (2008). Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction, 103*(12), 2008-2016.
- Halmi, A., & Golik-Gruber, V. (2002). The Prevention and Reduction of the Consumption of Alcohol and Any Other Drugs Among a High-risk Group of Youths through Improving Family Resilience. *Alcoholism: Journal on Alcoholism and Related Addictions, 38*(1-2), 41-55.
- Harris, Z. L., & Landreth, G. (1997). Filial therapy with incarcerated mothers: A five-week model. *International Journal of Play Therapy, 6*, 53-73.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2009). The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

- Hill, L. G., Goates, S. G., & Rosenman, R. (2010). Detecting selection effects in community implementations of family-based substance abuse prevention programs. *American Journal of Public Health, 100*(4), 623-630.
- Hogue, A., & Liddle, H. A. (1999). Family-based preventive intervention: An approach to preventing substance use and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*(3), 278-293.
- Hutcheson, J. J., Black, M. M., Talley, M., Dubowitz, H., Howard, J. B., Starr, R. H., Jr., et al. (1997). Risk status and home intervention among children with failure-to-thrive: follow-up at age 4. *Journal of pediatric psychology, 22*(5), 651-668.
- Ialongo, N., Werthamer, L., Kellam, S. G., Brown, C. H., Wang, S., & Lin, Y. (1999). The proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. *American Journal of Community Psychology, 27*, 599-641.
- Jarvis, M. J. (1996). The association between having children, family size and smoking cessation in adults. *Addiction, 91*(3), 427-434.
- Johnson, Z., Howell, F., & Molloy, B. (1993). Community mothers' programme: Randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *British Medical Journal, 306*, 1449-1452.
- Jones, D. J., Foster, S. E., Olson, A. L., Forehand, R. L., Gaffney, C. A., Zens, M. S., et al. (2007). Longitudinal retention of families in the assessment of a prevention program targeting adolescent alcohol and tobacco use: The utility of an ecological systems framework. *Behavior Modification, 31*(5), 638-659.
- Kale, A. L., & Landreth, G. (1999). Filial therapy with parents of children experiencing learning difficulties. *International Journal of Play Therapy, 8*, 35-56.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(4), 567-589. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9
- Kaminski, R. A., Stormshak, E. A., Good, R. H., III, & Goodman, M. R. (2002). Prevention of substance abuse with rural head start children and families: Results of project STAR. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(4, Suppl), S11-S26.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R., & Redmond, C. (2001). Preparing for the drug free years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education, 31*(1), 47-68.
- Kumpfer, K., & Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention* (pp. 75-119). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American psychologist, 58*(6-7), 457-465.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Tait, C., & Turner, C. (2002). Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance prevention among 6-8 year-old rural children. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(4, Suppl), S65-S71.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. *Substance Use & Misuse, 38*(11-13), 1759-1787.
- Kumpfer, K. L., & Johnson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones, 19*(1), 13-25.
- Landreth, G., & Lobaugh, A. F. (1998). Filial therapy with incarcerated fathers: Effects on parental acceptance of child, parental stress, and child adjustment. *Journal of Counseling and Development, 76*, 157-165.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R., & Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process, 42*(4), 531-544.
- Litrownik, A. J., Elder, J. P., Campbell, N. R., Ayala, G. X., Slymen, D. J., Parra-Medina, D., et al. (2000). Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: Promoting the protective factor of parent - child communication. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 31*(2,Pt.1), 124-133.
- Lochman, J. E., & van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention, 23*(1), 49-114.

- Lochman, J. E., & Wells, K. (1996). A social-cognitive intervention with aggressive children: Prevention effects and contextual implementation issues. In R. D. V. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Childhood Disorders, Substance Abuse, and Delinquency: Prevention and Early Intervention Approaches* (pp. 90-110). Newbury Park, CA: Sage.
- Lundahl, B. W., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*, 86-104.
- Maguin, E., Zucker, R. A., & Fitzgerald, H. E. (1994). The path to alcohol problems through conduct problems: A family-based approach to very early intervention with risk. *Journal of Research on Adolescence, 4*, 249-269.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L., et al. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive Behaviors, 34*(6-7), 599-605.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. L., & Redmond, C. (2007). Influence of a family-focused substance use preventive intervention on growth in adolescent depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence, 17*(3), 541-564.
- Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D., & Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychology Review, 34*, 267-286.
- McDonald, L., Kratochwill, T., Levitt, J., & Youngerbear-Tibbits, H. (1998). *Families and Schools Together: An experimental analysis of a parent-mediated intervention program for at-risk American Indian children*. Paper presented at the American Psychological Association Annual Conference, San Francisco, CA.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). Drug use prevention among young people: a review of reviews: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. L. (2003). *Helping The Noncompliant Child*. New York: The Guilford Press.
- Miller-Heyl, J., MacPhee, D., & Fritz, J. J. (1998). DARE to be You: A family support, early prevention program. *The Journal of Primary Prevention, 18*(3), 257-285.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et al. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *The American psychologist, 58*(6-7), 449-456.
- Nelson, W. P., & Levant, R. F. (1991). An evaluation of a skills training program for parents in stepfamilies. *Family Relations, 40*, 291-296.
- Nicholson, B., Anderson, M., Fox, R., & Brenner, V. (2002). One family at a time: A prevention program for at-risk parents. *Journal of Counseling and Development, 80*(3), 362-371.
- O'Donnell, J., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Abbott, R. D., & Day, E. (1995). Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term intervention in elementary schools. *American Journal of Orthopsychiatry, 65*, 87-100.
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal, 27*(1), 5-25.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics, 114*(6), 1550-1559. doi: 114/6/1550 [pii] 10.1542/peds.2004-0962
- Olds, D. L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo, K., et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics, 120*(4), e832-845. doi: 120/4/e832 [pii] 10.1542/peds.2006-2111
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson, C. R., Jr., et al. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics, 110*(3), 486-496.
- Olds, D. L., Robinson, J., Pettitt, L., Luckey, D. W., Holmberg, J., Ng, R. K., et al. (2004). Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics, 114*(6), 1560-1568. doi: 114/6/1560 [pii] 10.1542/peds.2004-0961
- Orte, C., Touza, C., Ballester, L., & March, M. (2008). Children of drug-dependent parents: Prevention programme outcomes. *Educational Research, 50*(3), 249-260.

- Park, J., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Duncan, T. E., Duncan, S. C., et al. (2000). Effects of the 'Preparing for the Drug Free Years' curriculum on growth in alcohol use and risk for alcohol use in early adolescence. *Prevention Science, 1*(3), 125-138.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy, 13*, 638-650.
- Prinz, R. J., & Miller, G. E. (1994). Family-based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 645-650.
- Redmond, C., Spoth, R., Shin, C., & Hill, K. G. (2004). Engaging rural parents in family-focused programs to prevent youth substance abuse. *Journal of Primary Prevention, 3*, 223-242.
- Redmond, C., Spoth, R., & Trudeau, L. (2002). Family and community level predictors of parent support seeking. *Journal of Community Psychology, 2*, 153-171.
- Reid, J. B., Eddy, J. M., Fetrow, R. A., & Stoolmiller, M. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology, 27*, 483-517.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA, 278*(10), 823-832.
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - A meta-analytic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 47*, 99-111.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*(2), 71-90.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 624-640.
- Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., Kwok, O. M., Haine, R. A., et al. (2003). The Family Bereavement Program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 587-600. doi: 10.1037/0022-006x.71.3.587
- Santisteban, D. A., Coatsworth, J. D., Perez-Vidal, A., Kurtines, W. M., Schwartz, S. J., LaPerriere, A., et al. (2003). Efficacy of brief strategic family therapy in modifying Hispanic adolescent behavior problems and substance use. *Journal of Family Psychology, 17*(1), 121-133.
- Schinke, S., Schwinn, T., & Cole, K. (2006). Preventing Alcohol Abuse Among Early Adolescents Through Family and Computer-Based Interventions: Four-Year Outcomes and Mediating Variables. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18*(2), 149-161.
- Schuhler, M. E., Nair, P., & Black, M. M. (2002). Ongoing maternal drug use, parenting attitudes, and a home intervention: Effects on mother-child interaction at 18 months. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*, 87-94.
- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., Vallejo Seco, G., & Martín González, E. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse, 14*, 1-15.
- Shepard, J., & Carlson, J. S. (2003). An empirical evaluation of school-based prevention programmes that involve parents. *Psychology in the Schools, 40*, 641-656.
- Small, S. A., Cooney, S. M., & O'Connor, C. (2009). Evidence-Informed Program Improvement: Using Principles of Effectiveness to Enhance the Quality and Impact of Family-Based Prevention Programs. *Family Relations, 58*(1), 1-13. doi: 10.1111/j.1741-3729.2008.00530.x
- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence, 97*(3), 195-206.
- Spoth, R., Randall, G. K., Shin, C., & Redmond, C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on

- initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of addictive behaviors*, 19(4), 372-381.
- Spoth, R., & Redmond, C. (1992). Study of participation barriers in family-focused prevention: Research issues and preliminary results. *International Quarterly of Community Health Education*, 4, 365-368.
- Spoth, R., & Redmond, C. (1995). Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology*, 3, 294-310.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., & Azevedo, K. (2004). Brief Family Intervention Effects on Adolescent Substance Initiation: School-Level Growth Curve Analyses 6 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 535-542.
- Spoth, R., Shin, C., Gyll, M., Redmond, C., & Azevedo, K. (2006). Universality of Effects: An Examination of the Comparability of Long-Term Family Intervention Effects on Substance Use Across Risk-Related Subgroups. *Prevention Science*, 7(2), 209-224.
- Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(9), 876-882. doi: 10.1001/archpedi.160.9.876
- Spoth, R. L., Gyll, M., & Day, S. X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 219-228.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 57-68.
- Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(4), 627-642.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., & Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 129-134.
- Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2009). A school-based, family-centered intervention to prevent substance use: The family check-up. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(4), 227-232.
- Szapocznik, J., & Kurtines, W. M. (1989). *Breakthroughs in Family Therapy with Drug Abusing and Problem Youth*. New York: Springer.
- Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Hervis, O. E., Brickman, A. L., & Kurtines, W. M. (1990). Innovations in family therapy: Strategies for overcoming resistance to treatment. In R. A. Wells & V. J. Gianneti (Eds.), *Handbook of Brief Psychotherapies* (pp. 93-114). New York: Plenum.
- Terzian, M. A., & Fraser, M. W. (2005). Preventing aggressive behavior and drug use in elementary school: Six family-oriented programs. *Aggression and Violent Behavior*, 10(4), 407-435.
- Tilson, E. C., McBride, C. M., Albright, J. B., & Sargent, J. D. (2001). Attitudes toward smoking and family-based health promotion among rural mothers and other primary caregivers who smoke. *Journal of School Health*, 71(10), 489-494.
- Tilson, E. C., McBride, C. M., & Brouwer, R. N. (2005). Formative Development of an Intervention to Stop Family Tobacco Use: The Parents and Children Talking (PACT) Intervention. *Journal of Health Communication*, 10(6), 491-508.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., Henry, D., & Schoeny, M. (2009). The Benefits of Booster Interventions: Evidence from a Family-Focused Prevention Program. *Prevention Science*, 10(4), 287-297. doi: 10.1007/s11121-009-0139-8
- Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 93-109.
- Vimpani, G. (2005). Getting the mix right: Family, community and social policy interventions to improve outcomes for young people at risk of substance misuse. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 111-125.
- Webster-Stratton, C. (1984). *The Incredible Years Parent Training Manual: BASIC Program*. (Available from 1411 8th Avenue West, Seattle, WA 98119).

- Webster-Stratton, C. (1990). *The Incredible Years Parent Training Manual: Effective Communication, Anger Management and Problem-Solving (ADVANCE)*. (Available from 1411 8th Avenue West, Seattle, WA 89119).
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 715.
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. (2003). Prevention that works for children and youth. An introduction. *The American psychologist, 58*(6-7), 425-432.
- Werch, C. E., & DiClemente, C. C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research, 9*, 37-46.
- Werch, C. E., Owen, D. M., Carlson, J. M., DiClemente, C. C., Edgemon, P., & Moore, M. (2003). One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Education Research, 18*(1), 74-87.
- Whaler, R. G., Cartor, P. G., Fleischman, J., & Lambert, W. (1993). The impact of synthesis teaching and parent training with mothers of conduct disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12*, 425-440.
- Zubrick, S. R., Ward, K. A., Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. A., Blair, E., et al. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science, 6*(4), 287-304. doi: 10.1007/s11121-005-0013-2

## Apéndice 1



## Meta-análisis y revisiones

Artículo	Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., & Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations: A meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> , 97(3), 195-206.
Tipo de estudio	Meta-análisis de pruebas controladas aleatorizadas
Objetivos	Cuantificar la efectividad de las intervenciones familiares a la hora de reducir el consumo de alcohol en los adolescentes
Muestra	18 artículos obtenidos de una selección de trabajos publicados entre 1995 y Septiembre de 2006 y recogidos en Cochrane, ERIC, Medline y PsycInfo
Resultados	Los programas de intervención familiar analizados tienen éxito en reducir la iniciación y el consumo de alcohol. Hubo heterogeneidad entre programas. Los que tienen más éxito mantienen sus efectos en seguimientos de hasta 48 meses.
Conclusiones	Los resultados indican que los efectos de los programas sobre el consumo de alcohol son pequeños, pero consistentes y efectivos, incluso en seguimientos de 48 meses
Observaciones	

Artículo	Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i> , 36(4), 567-589.
Tipo de estudio	Meta-análisis
Objetivos	Revisión de la efectividad de los componentes asociados a los programas de formación parental en modificar estilos parentales y las conductas externalizantes de los hijos
Muestra	77 evaluaciones publicadas de programas de formación familiar, en familias con niños de 0-7 años
Resultados	Los componentes de los programas más consistentemente asociados con efectos más importantes son el incremento de las interacciones positivas padres-hijo, de las habilidades de comunicación emocional, la enseñanza a los padres del uso del time-out y de la importancia de la consistencia en la aplicación de la disciplina, además de los componentes que requieren que los padres practiquen nuevas habilidades con sus hijos durante la aplicación del programa. Los componentes de programa que menos resultados positivos han obtenido son enseñar a los padres a resolver problemas, a promover las habilidades cognitivas, académicas o sociales de sus hijos, y la puesta en marcha de los llamados servicios adicionales
Conclusiones	Los componentes de los programas que más efecto tienen deberían ser prioritariamente implementadas en los programas de prevención familiar
Observaciones	

Artículo	Lundahl, B. W., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. <i>Clinical Psychology Review</i> , 26, 86-104.
Tipo de estudio	Meta-análisis de programas encaminados al tratamiento
Objetivos	Evaluar la capacidad de los programas de formación de padres para modificar la conducta disruptiva de los hijos, así como la conducta y percepción parentales
Muestra	63 estudios publicados en revistas peer-review, que tuvieran los siguientes criterios: a) Referirse a un programa de formación de padres que estuviese

	encaminado a tratar conductas disruptivas en los hijos; b) Había al menos un grupo experimental y otro control; c) Los grupos tenían como mínimo cinco participantes; d) Los hijos de las familias tratadas no eran ni evolutiva ni cognitivamente retrasados; e) El entrenamiento de padres era real en situaciones reales; f) Publicados en revistas peer-review; g) Informaban de puntuaciones medias y desviaciones típicas pre y post-test para los grupos control y experimental; h) Los resultados evaluados iban más allá de la simple evaluación de la satisfacción con el programa e i) Estaban escritos en inglés
Resultados	Tanto en el caso de los programas conductuales como no conductuales los efectos que siguen inmediatamente al tratamiento van desde pequeños a moderados. En el seguimiento, sólo los programas conductuales mostraron efectos de pequeña magnitud. La formación de los padres fue menos efectiva para las familias con menos recursos económicos, que se beneficiaron más de aproximaciones individuales que grupales.
Conclusiones	Tanto los programas conductuales como no conductuales tienen efecto sobre las conductas disruptivas de los hijos, aunque la magnitud de los efectos fue pequeña y tiende a reducirse en el seguimiento. Los programas conductuales tienen resultados más consolidados, ya que se ha comprobado su eficacia de forma más frecuente y con poblaciones clínicas. Por último
Observaciones	Este estudio no se refiere directamente a programas dirigidos a la prevención primaria, pero dado que las técnicas utilizadas son similares, se ha incluido la referencia en esta investigación. La definición de programa conductual es amplia. Un programa conductual es una terapia que busca establecer un cambio en contingencias sociales, de forma que las conductas prosociales de los hijos obtengan reforzamiento parental positivo, y las conductas aversivas sean consistentemente castigadas o ignoradas. Los programas no conductuales se centran en acentuar la importancia de la comunicación padre-hijo, la acción democrática de los padres, las cogniciones centradas en los hijos y la resolución de problemas relacionales.

Artículo	Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - A meta-analytic review. <i>Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines</i> , 47, 99-111.
Tipo de estudio	Meta-análisis de los artículos que analizan la influencia de los factores moderadores en la efectividad de los programas de formación padres encaminados al tratamiento y prevención indicada
Objetivos	Analizar la influencia de los distintos factores moderadores en la efectividad de los programas de formación parental para modificar la conducta problemática externalizante de los hijos
Muestra	Análisis de las publicaciones encontradas en PsycInfo, Medline y Science Citation Index desde 1980 hasta 2004, que tuvieran los siguientes criterios de inclusión: a) Los estudios eran de prevención o tratamiento; b) El objetivo principal de la intervención eran la conducta agresivo / oposicional u otras conductas problema; c) El estudio informaba de medidas cuantificables que relacionaban el abandono o el resultado del tratamiento y las variables predictoras; d) El estudio empleaba predictores y medidas de tratamiento validas y fiables y e) Los estudios estaban publicados en revistas peer-review y escritos en inglés. Con estos criterios se encontraron un total de 31 artículos.
Resultados	Muchos predictores utilizados tuvieron una influencia moderada sobre los resultados. Los factores que más influyen en el resultado de los programas de formación de padres sobre las conductas externalizantes de los hijos son la salud mental de la madre y el nivel económico de la familia.
Conclusiones	Los efectos de los programas de formación parental no dependen tanto de las

	características de los hijos como de otras variables externas. Algunos de los factores moderadores que tienen relevancia en este estudio, no la tienen en otros. Los autores afirman que los programas con más soporte comunitario, y con un formato menos clínico, pueden tener resultados más alentadores con familias de menos recursos económicos o en las que está comprometida la salud mental de la madre.
Observaciones	

Artículo	Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D., & Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. <i>School Psychology Review, 34</i> , 267-286.
Tipo de estudio	Meta-análisis de programas encaminados al tratamiento
Objetivos	Examinar la efectividad de los programas de formación parental conductuales para modificar la conducta externalizante y disruptiva de los niños y adolescentes
Muestra	79 estudios publicados entre 1966 y 2001, que reunían una serie de requisitos: 1) Tener como objetivo al menos una conducta externalizante; 2) Incluir procedimientos de tratamiento conductuales; 3) La muestra debía estar formada por padres con hijos entre 3-16 años; 4) Al menos un resultado tenía que referirse a la conducta del niño; 5) Cada estudio tenía que poder ser clasificado en una de las siguientes tres categorías: estudio con diseño inter-grupos, estudio con diseño intra-grupo, diseño de caso único; y 6) Los diseños de caso único tenían que disponer de línea base y al menos 5 momentos de toma de datos
Resultados	Los programas conductuales de entrenamiento parental mostraron un efecto de pequeño a moderado en la modificación de los patrones de comportamiento infantil. El diseño del experimento parece ser una variable moderadora significativa. Así, los tamaños del efecto más grandes se obtenían cuando el diseño era para los diseños de caso único, seguidos por los intra-grupo (con medidas pre-post para todos los sujetos) y terminando con las puntuaciones más bajas en los diseños inter-grupo (con grupo control). La fuente de información de los resultados también ha resultado ser relevante. El efecto de un tratamiento parece ser más amplio si la fuente de información son los propios padres que cuando es la observación directa de terceros.
Conclusiones	Los resultados de los estudios son dependientes del diseño que se utiliza, aunque en líneas generales los programas de formación parentales de carácter conductual han resultado ser efectivos. Es muy posible que los programas que basan su éxito únicamente en el informe del cambio conductual de los hijos proporcionado por sus padres, tengan resultados inflados.
Observaciones	

Artículo	Bry, B. H., Catalano, R. F., Kumpfer, K. L., Lochman, J. E., & Szapocznik, J. (1998). Scientific Findings From Family Prevention Intervention Research. In R. S. Ashery, E. B. Robertson & K. L. Kumpfer (Eds.), <i>Drug Abuse Prevention Through Family Interventions</i> (pp. 12-41). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Revisar brevemente los factores familiares que se ha demostrado que afectan la probabilidad de abuso de sustancias por parte de los adolescentes, y describir la investigación sobre intervención preventiva familiar, que está diseñada para alterar el funcionamiento familiar para reducir el consumo de drogas en los adolescentes

Muestra	No se define
Resultados	<p>Los resultados se describen en función de las preguntas que se plantean en el artículo. Esas preguntas son contestadas con los resultados de algún trabajo que se considera relevante.</p> <p>1ª pregunta: ¿Establecer como objetivo el funcionamiento familiar incrementa los efectos de la intervención preventiva en comparación con situar el objetivo en los precursores juveniles individuales para el consumo de drogas? Esta pregunta se contesta con una investigación cuya publicación se encuentra, en aquel momento, en preparación, y cuya referencia posterior es (Santisteban et al., 2003). De acuerdo con los resultados de ese trabajo se demuestra que las intervenciones familiares pueden mejorar el funcionamiento de la familia, y que tratar el funcionamiento familiar puede reducir el consumo de drogas de los adolescentes</p> <p>2ª pregunta: ¿Pueden las familias difíciles o con problemas ser captadas e involucradas en intervenciones familiares? En base a los trabajos de Szapocznik y colaboradores (Szapocznik &amp; Kurtines, 1989; Szapocznik, Perez-Vidal, Hervis, Brickman, &amp; Kurtines, 1990) se concluye que el sistema de captación para familias difíciles de esos autores produce mejoras considerables tanto en la incorporación como en la retención de ese tipo familias en el tratamiento</p> <p>3ª pregunta: ¿Cómo les afecta a padres y madres las intervenciones de prevención, sesión por sesión? En este caso, se aportan directamente los resultados de evaluación de la aplicación del Iowa Strengthening Families Program. Los resultados apuntan a que los padres y las madres son afectados de forma diferente por las sesiones. En líneas generales, se confirma la idea de que las sesiones cambian las prácticas parentales.</p> <p>4ª pregunta: ¿Pueden las prácticas parentales de riesgo resultar afectadas por las intervenciones preventivas familiares? En este caso se cita una investigación de Catalano que refiere una evaluación aleatorizada del programa Focus on Families en familias con niños en riesgo, en las que uno o los dos padres consumen drogas. Los resultados documentan que la intervención tuvo efectos importantes en reducir el uso de drogas por los padres, los conflictos domésticos, y aumentó la autoeficacia, las habilidades de prevención de recaídas y el número de reglas familiares.</p> <p>5ª pregunta: ¿Qué precursores específicos de los jóvenes puede ser reducidos a través de la prevención familiar y cuándo pueden suceder evolutivamente esos cambios? La respuesta viene a través de un estudio (J.E. Lochman &amp; Wells, 1996) en el que los resultados apuntan a que las intervenciones preventivas pueden tener un efecto máximo cuando se aplican en los momentos en que niños y padres están en etapas de cambio.</p> <p>6ª pregunta: ¿Pueden aparecer efectos “dormidos” o retrasados sobre el abuso de sustancias en los jóvenes, una vez que la intervención familiar haya concluido? De acuerdo con las referencias manejadas, entre las cuales se encuentran la del primer firmante de este capítulo, se concluye que, efectivamente, esos efectos positivos puede que no aparezcan inmediatamente.</p>
Conclusiones	Las preguntas son en general respondidas afirmativamente. En general se concluye que los programas de intervención son útiles, porque modifican los factores de riesgo y protección familiares, esa modificación produce efectos en las conductas de riesgo de los hijos y las familias de riesgo pueden ser captadas por estos programas.
Observaciones	
Artículo	Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A., & Foxcroft, D. R. (2005). <i>Intervenciones en ámbitos no escolares para la prevención de la drogadicción</i>

	<i>en jóvenes (Revisión Cochrane traducida)</i> . En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivos	Resumir las pruebas actuales acerca de la efectividad de las intervenciones implementadas en ámbitos no escolares para prevenir o reducir el consumo de drogas por menores de 25 años; Investigar si los efectos de las intervenciones son modificados por el tipo y el ámbito de la intervención y la edad de los jóvenes en cuestión; Identificar áreas en las que se necesita más investigación
Muestra	Se hicieron búsquedas en la Base de Datos Cochrane, Medline, Embase, PsycInfo, Sigle, Cinahl y Assia, abarcando períodos diversos según la base, entre los años 1966 – 2004. Los estudios se incluyeron si: 1) Eran ensayos controlados aleatorios; 2) Las intervenciones evaluadas intentaban prevenir la drogadicción; 3) La población objetivo eran personas menores de 25 años y las medidas de resultado se informaron para este grupo; y 4) La intervención se implementó en un ámbito no escolar (no se aplicó como parte del programa de estudios de una escuela primaria o secundaria)
Resultados	17 estudios que evaluaban cuatro tipos de intervenciones: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento en habilidades, intervenciones familiares e intervenciones en la comunidad con componentes múltiples. Muchos estudios tenían problemas metodológicos, especialmente altas pérdidas durante el seguimiento. Hubo pocos estudios para establecer conclusiones definitivas. Un estudio de entrevistas motivacionales y 3 con intervenciones familiares (Focus on Families, Iowa Strengthening Families Program y Preparing for the Drug Free Years) sugirieron que sus intervenciones pueden resultar beneficiosas en la prevención del consumo de cannabis. Los otros estudios o no encontraron efectos importantes, o no hallaron diferencias entre el grupo experimental y el de control
Conclusiones	Faltan pruebas que avalen la efectividad de estas intervenciones. Las entrevistas motivacionales y las familiares pueden presentar algún beneficio.
Observaciones	

Artículo	Small, S. A., Cooney, S. M., & O'Connor, C. (2009). Evidence-Informed Program Improvement: Using Principles of Effectiveness to Enhance the Quality and Impact of Family-Based Prevention Programs. <i>Family Relations</i> , 58(1), 1-13.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Establecer y discutir algunos principios comunes que puedan mejorar la calidad y el impacto de los programas de prevención familiar
Muestra	No es aplicable
Resultados	La revisión de la literatura lleva a establecer unos principios que deben reunir los programas efectivos. Estos principios implican que los programas: 1) Estén basados en principios teóricos sólidos y basados en investigación empírica; 2) Sean aplicados con la suficiente dosis e intensidad; 3) Sean comprensivos; 4) Usen técnicas de aprendizaje activo; 5) Sean evolutivamente apropiados; 6) Sean relevantes socioculturalmente; 7) Aplicado por personal que esté apoyado, bien entrenado y cualificado; 8) Se centre en potenciar las buenas relaciones familiares; 9) Esté bien documentado y 10) Comprometido con la evaluación y su continuo refinamiento
Conclusiones	Los autores creen que no solo es posible utilizar programas establecidos que cumplan el criterio de estar apoyados en la evidencia empírica, sino que mediante un procedimiento de evaluación y mejora, que use los principios que condicionan la efectividad de los programas, se pueden adecuar los programas

	existentes y conseguir que mejoren sus resultados.
Observaciones	

Artículo	Bühler, A., & Kröger, C. (2008). EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse (English version of Band 29: Expertise zur Prävention des Substanzmibbrauchs, 2006, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - Federal Centre for Health Education - Cologne, Germany). Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivos	Evaluar la efectividad de las medidas de prevención de abuso de sustancias obtenidas de publicaciones y estudios de alta calidad, incluyendo revisiones y meta-análisis
Muestra	49 publicaciones del período 1993-2003. De ellas, 8 meta-análisis, 22 revisiones sistemáticas, 13 revisiones asistemáticas, 4 estudios que examinan las mejores prácticas y otras 2 publicaciones
Resultados	En lo que se refiere a los programas de prevención familiar, los resultados tienen un nivel C, sobre una escala de la A a la F, donde A indica el grado más alto de seguridad sobre la calidad y efectividad de los programas (alcanzados sólo por los programas escolares) y F, presenta el grado más bajo de seguridad, con datos contradictorios. Los datos de investigación sobre los programas de prevención familiar tienen la misma capacidad conclusiva a favor de éstos, que en el caso de la prevención comunitaria (usar medios de comunicación, modificación de precios, usar medidas legislativas, etc.)
Conclusiones	<p>Las intervenciones de carácter comprehensivo se han mostrado útiles para reducir o retrasar el consumo de los hijos</p> <p>Las intervenciones mono-componente, centradas en el entrenamiento parental, tienen efectos sobre los factores de riesgo, pero no sobre el consumo</p> <p>Las medidas más efectivas tienen las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Promocionar la interacción positiva de padres e hijos, formar a los padres de acuerdo con los principios de la aproximación del reforzamiento social, y en la aplicación de la disciplina constructiva</li> <li>Utilizar métodos de formación interactiva</li> <li>Tener una base teórica confirmada empíricamente</li> <li>La formación de mediadores</li> <li>Disponer de evaluación</li> <li>Ser intervenciones comprehensivas, que comienzan temprano, siguen a través de la vida, tratan numerosos factores de riesgo y protección y se generalizan a diversos ámbitos (settings)</li> <li>Tienen un material ajustado a los diferentes estadios de desarrollo</li> <li>Atienden al contexto comunitario y cultural</li> <li>Tienen una cantidad de tratamiento y seguimiento suficientes</li> </ol> <p>El impacto sobre las conductas de consumo y los factores de riesgo es retardado</p> <p>Las medidas para alcanzar a las familias de riesgo tienen éxito</p> <p>Los efectos negativos sobre los factores de riesgo no puede ser excluidos</p> <p>Las medidas preventivas para los pre-escolares (3-5 años) deberían ser de carácter familiar</p>
Observaciones	

Artículo	Kumpfer, K. L., & Johnson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. <i>Adicciones</i> , 19(1), 13-25.
----------	--

Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Se revisa la información referente a la efectividad de los programas de prevención familiar dirigidos a familias en las que uno o ambos padres son adictos
Muestra	No es aplicable
Resultados	La autora señala diversos estudios que indican la efectividad del Strengthening Families Program en poblaciones rurales de USA. Sobre el otro programa, Focus on Families, la autora dice que los resultados obtenidos de un estudio indican que redujo las recaídas de los padres que consumían metadona, pero no dio resultados significativos con los hijos.
Conclusiones	Solo dos programas se ha diseñado y probado, en ensayos controlados aleatorizados, para tratar a hijos de padres adictos: el SFP y el Focus on Families. Se insiste en la necesidad de utilizar programas basados en la evidencia.
Observaciones	Llama la atención que la autora no aporte ninguna referencia sobre la efectividad del SFP en hijos de adictos

Artículo	McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). Drug use prevention among young people: a review of reviews: National Institute for Health and Clinical Excellence.
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivos	Actualizar las pruebas sobre la efectividad de los programas de prevención de drogas en jóvenes (7-25 años) mediante la revisión de literatura de nivel terciario (revisiones)
Muestra	102 trabajos publicados entre 2001-2004 en diversas bases de datos electrónicas. Los trabajos que fueron incluidos reunían los siguientes requisitos: 1) Era relevante para aportar pruebas sobre la prevención de drogas ilícitas; 2) Evalúa más de una intervención diseñada para prevenir el consumo de drogas y 3) Es una revisión o un metanálisis de la investigación en prevención del consumo de drogas
Resultados	Este estudio recoge dos revisiones (K. L. Kumpfer & Alvarado, 2003; Shepard & Carlson, 2003) en el ámbito de la prevención familiar. Los resultados de estos trabajos se resumen en otras fichas de esta revisión.
Conclusiones	Se resalta la efectividad de implicar a la familia en los programas de prevención. Se ha encontrado que la formación dirigida a los padres, la formación en habilidades familiares, y la terapia familiar son las formas de intervención más efectivas de acuerdo con las pruebas existentes. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar si son significativamente más efectivas que otros enfoques de prevención y qué tipos de intervención familiar son más efectivos.
Observaciones	

Artículo	Vimpani, G. (2005). Getting the mix right: Family, community and social policy interventions to improve outcomes for young people at risk of substance misuse. <i>Drug and Alcohol Review</i> , 24(2), 111-125.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	No se define un objetivo específico. Se pasa revista a la justificación básica de la actividad preventiva y se analizan los principales resultados obtenidos en la prevención en los distintos rangos de edad de los jóvenes. Por último se repasan algunas dificultades y se apuntan nuevas direcciones para la investigación, los programas y la política en este ámbito.
Muestra	No es aplicable
Resultados	En lo que hace referencia a la intervención familiar, las intervenciones en fases

	muy tempranas, con visitas a casa con paraprofesionales y personal de enfermería parecen tener cierta efectividad, en familias con problemas, y más concretamente cita las investigaciones de Olds, en la que son las familias con madres solteras, pobres, y adolescentes las que más beneficio sacan de este tipo de estrategias. En lo que concierne a las intervenciones familiares aplicadas en pre-escolar, primaria y secundaria, los resultados que se refieren son los que pueden encontrarse en otras revisiones. Finalmente, los autores confirman que la literatura parece avalar la efectividad de estas intervenciones en la prevención universal y selectiva. Su utilidad donde hay consumo de los padres parece más incierto.
Conclusiones	Se extraen algunas conclusiones para orientar la investigación en el futuro, pero ninguna de ellas está especialmente referida a la prevención familiar, salvo la que se refiere a la necesidad de investigar más sobre la efectividad de las intervenciones familiares en el caso de las familias en las que los padres consumen drogas.
Observaciones	

Artículo	Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. <i>Drug and Alcohol Review, 24(2)</i> , 93-109.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Revisar las pruebas que ligan a la familia con el uso y mal uso de sustancias y las intervenciones dirigidas a ayudar a que la familia prevenga el uso y el mal uso de sustancias entre los jóvenes
Muestra	No es aplicable
Resultados	Las siete áreas en las que el contexto familiar influencia directamente la conducta de uso de sustancias en los jóvenes son las siguientes: Relaciones versus estructura familiar, la cohesión familiar, la comunicación familiar, la gestión familiar y actitudes, modelado parental de la conducta, supervisión parental e influencia de los padres e iguales. Las áreas de influencia indirecta son: El logro académico, escasas habilidades de afrontamiento social, edad de primer uso y el uso de previo. En lo que hace referencia a los programas de intervención se pasa revista a los resultados de diversos programas, con especial atención al SFP
Conclusiones	Algunas conclusiones resumidas son las siguientes: La familia juega un papel importante en la prevención y el tratamiento. Los programas de prevención trabajan teniendo tanto efectos específicos sobre el consumo de sustancias como más generales e inespecíficos fortaleciendo la resistencia familiar ante las adversidades. Los programas de prevención que no incluyan la familia es menos probable que tengan éxito. Las intervenciones familiares deben estar ligadas a la investigación sobre los procesos y estructuras familiares. Se necesitan más investigaciones de calidad (revisiones sistemáticas y meta-analíticas) en este campo. Hay muy pocos estudios que examinen la relación coste-beneficio de las intervenciones familiares. No hay casi ningún estudio que evalúe las aproximaciones de auto-ayuda en este campo y el uso de las nuevas tecnologías. Por último, 1) De la misma forma en que no hay una única razón por la que una persona usa o mal usa una sustancia, tampoco hay un método de prevención o intervención que funcione bien con todos; 2) Hay buenas pruebas de que la prevención multifacética (familia, escuela, comunidades) es mucho más probable que sea efectiva y 3) Parece claro que aunque los factores familiares son vitales, una política preventiva debe tener en cuenta también factores tales como el precio, el marketing y la disponibilidad de las drogas.
Observaciones	



Artículo	Terzian, M. A., & Fraser, M. W. (2005). Preventing aggressive behavior and drug use in elementary school: Six family-oriented programs. <i>Aggression and Violent Behavior, 10</i> (4), 407-435.
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivos	Descubrir y describir los principales programas de prevención familiar que se usan en el ámbito escolar, y entresacar los principios de prevención centrales para su uso dentro de ese ámbito.
Muestra	A través de un análisis de las publicaciones habidas en diversas bases de datos (dentro de un período no especificado), de las revisiones que se han realizado sobre prevención escolar y de la visita a diversas páginas web relacionadas con esa temática, se seleccionaron finalmente 13 programas que incluían intervención familiar. De esos, 7 fueron excluidos por las debilidades metodológicas encontradas en sus estudios, pobres resultados o implicación familiar limitada. Finalmente, los programas incluidos son: Linking the Interests of Families and Teachers (Reid, et al., 1999); The Baltimore Classroom-Centered and Family and Schools Program Prevention Trial (Ialongo, et al., 1999); The Fast Track Program (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992); Families and Schools Together (McDonald, et al., 1998); The Seattle Social Development Project (O'Donnell, et al., 1995) y The Raising Healthy Children project (R. F. Catalano, et al., 2003).
Resultados	Se describen los programas y las evaluaciones que han tenido.
Conclusiones	Los principios activos de la intervención familiar que se pueden deducir del análisis de estos programas es que éstos refuerzan las habilidades tanto de hijos como de padres, crean oportunidades para que se pueda dar comunicación entre padres e hijos, y promueven vínculos entre padres e hijos y entre padres y profesores.
Observaciones	No se aprecia que se haya distinguido claramente entre los resultados debidos a la parte escolar frente a los que se obtienen por la aproximación familiar. Se detectan debilidades metodológicas comunes en los estudios de evaluación, que se mencionan en cada programa, en los que no ha habido asignación al azar de los grupos de tratamiento.

Artículo	Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., et al. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. <i>The American psychologist, 58</i> (6-7), 449-456.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Identificar los principios que informan la prevención efectiva
Muestra	Se seleccionaron 35 revisiones principales dentro de cuatro áreas: abuso de sustancias, conducta de abuso sexual, fracaso escolar y delincuencia y violencia juvenil. Se excluyeron los artículos que tenían únicamente discusiones teóricas. Sólo se incluyó un artículo por muestra estudiada.
Resultados	Por orden de fuerza con la que encuentra apoyo en la literatura, los principios que informan las intervenciones o currículos más efectivos son los siguientes: 1) Que sean comprensivos, tanto en lo que se refiere a múltiples intervenciones como múltiples espacios. Las mejores intervenciones son multimodales y deben tener en cuenta los sistemas (escolar, familiar, etc.) que tienen impacto sobre la conducta; 2) Que tengan métodos de enseñanza variados, lo que indica la preferencia por métodos de enseñanza activa; 3) Que se apliquen con suficiente dosis; 4) Que estén basados en un teoría científica; 5) Que den oportunidades a los niños y jóvenes para desarrollar fuertes relaciones positivas, con los padres, los iguales, los profesores; 6) Que se aplique en el momento adecuado; 7) Que sean socioculturalmente relevantes; 8) Que se haga evaluación de resultados;

	9) Que tenga un personal bien entrenado
Conclusiones	Hay un considerable solapamiento en los principios efectivos de la prevención entre las diferentes áreas de aplicación. Los principios de prevención pueden informar a los profesionales para que desarrollen intervenciones efectivas, bien seleccionando buenos programas, bien adaptando los que tienen a estos principios. Estos principios dan fundamento a las políticas de utilización de prácticas preventivas en múltiples niveles y ámbitos
Observaciones	

Artículo	Bond, L. A., & Hauf, C. A. M. (2004). Taking stock and putting stock in primary prevention: Characteristics of effective programs. <i>Journal of Primary Prevention</i> , 24, 199-221.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Complementar una investigación previa del primer autor sobre lo que funciona en prevención realizada en 1988, identificando las características comunes a los programas efectivos a la luz de la investigación realizada desde entonces
Muestra	No se menciona la forma en la que se seleccionó la información
Resultados	Los principios son: 1) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito, están basados en sólidas investigaciones y teorías científicas tanto en lo que se refiere a su contenido, como a su estructura e implementación; 2) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito tienen metas y propósitos claramente definidos; 3) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito adoptan una perspectiva multi-nivel, multi-sistema que atiende a múltiples vías e influencias de desarrollo; 4) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito atienden cuidadosamente a las dosis necesarias así como a las sesiones de recuerdo o seguimiento, con el fin de alcanzar y sostener los resultados deseados; 5) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito consideran que existen fuerzas, competencia, bienestar y factores protectores junto con factores de riesgo y dificultades que afectan a individuos y sistemas; 6) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito son sensibles a las condiciones de contenido y estructura/implementación que deben tener los programas en función de la población objetivo; 7) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito incorporan evaluación de alta calidad y monitorizan su diseño; 8) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito están estructurados y empaquetados de forma que sean transferibles y traducibles; 9) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito atienden a la necesidad de obtener recursos diversos y 10) Los programas de promoción de la salud y prevención primaria que tienen éxito se caracterizan por su sensibilidad socio-política
Conclusiones	La posibilidad de que los programas tengan estas características está íntimamente asociada con la necesidad de que existan evaluadores que condicionen su construcción e implementación de acuerdo con estas reglas. Las colaboraciones comunitarias, o la prevención con base comunitaria facilitará que se alcancen estos objetivos.
Observaciones	

Artículo	Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. <i>Addiction</i> , 98(4), 397-411.
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivos	Identificar y resumir evaluaciones rigurosas de intervenciones psicosociales y

	educacionales dirigidas a la prevención primaria del mal uso del alcohol por jóvenes menores de 25 años, especialmente a largo plazo
Muestra	56 estudios obtenidos de una búsqueda en 22 bases de datos y mediante la comprobación recursiva de bibliografía de la literatura
Resultados	De los 56 estudios no seleccionados, 20 no mostraron efectividad. A largo plazo (> 3 años) la única intervención que parece tener efectos sobre el consumo de alcohol fue el Strengthening Families Program.
Conclusiones	No se pueden sacar conclusiones firmes sobre la efectividad de los programas. Debería mejorarse la investigación y evaluación de la efectividad de los programas de prevención. El SFP necesitaría evaluarse a una escala más amplia tanto de sujetos como de sitios. Se necesitaría más investigación y evaluación que facilitara el desarrollo de aplicaciones preventivas mejor adaptadas al entorno cultural. Debería establecerse un registro internacional de intervenciones preventivas del mal uso de alcohol y drogas, y deberían acordarse criterios para evaluar las intervenciones de prevención in términos de seguridad, eficacia y efectividad
Observaciones	

Artículo	Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. <i>The American psychologist</i> , 58(6-7), 457-465.
Tipo de estudio	Revisión de dos revisiones
Objetivos	Identificar aproximaciones de prevención y programas efectivos, y extraer principios de efectividad de las intervenciones que alcanzan sus objetivos
Muestra	Dos revisiones estadounidenses que buscaban identificar programas o aproximaciones familiares efectivos: Preventing Substance Abuse Among Children and Adolescents: Family-Centered Approaches (Center for Substance Abuse Prevention, 1998) y Strengthening America's Families (Alvarado, et al., 2000).
Resultados	Se han identificado 3 aproximaciones efectivas, 13 principios de efectividad y 35 programas efectivos. Los principios indican que son más efectivos los programas o intervenciones que : 1) Son multicomponente comprensivos; 2) Están más centrados en la familia que en padres o hijos únicamente; 3) Mejoran las relaciones, la comunicación familiares y la monitorización parental; 4) Producen cambios cognitivos, afectivos y comportamentales en la dinámica y contexto familiares; 5) Dan una intervención más extensa e intensa a las familias de riesgo; 6) Son evolutivamente apropiados; 7) Están ajustados al momento en que se está receptivo al cambio; 8) Son más prematuros en el caso de casos muy disfuncionales; 9) Se ajustan mejor a las tradiciones culturales, mejorando el reclutamiento, la retención y, a veces, los resultados; 10) Usan incentivos para mejorar el reclutamiento; 11) Son aplicados por personal capacitado (con encanto, calidez, humor, alta confianza en si mismo, empatía, capacidad para estructurar las sesiones, directivo); 12) Utiliza métodos de enseñanza interactivos y 13) Desarrolla procesos colaborativos para que los padres identifiquen sus propias soluciones puede ser importante para reducir la resistencia y reducir el abandono de los padres
Conclusiones	Se observa lentitud en la difusión de los programas efectivos desde la investigación a la práctica. Esta difusión es altamente dependiente de los mecanismos de financiación y de la colaboración que se establezca entre los principales actores de la prevención.
Observaciones	

Artículo	Shepard, J., & Carlson, J. S. (2003). An empirical evaluation of school-based
----------	---

	prevention programmes that involve parents. <i>Psychology in the Schools</i> , 40, 641-656.
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivos	Desde un punto de vista más general, el objetivo es dar un visión general a los profesionales de la educación del estado actual de la investigación en el área de los programas escolares que implican a los padres en los objetivos y métodos de la intervención preventiva. Los objetivos más cercanos son: 1) Aislar la naturaleza, o tipo, de implicación parental dentro de los programas de prevención escolar y 2) Examinar la adecuación de los programas encontrados a los criterios de Chambless para la intervenciones con apoyo empírico
Muestra	20 estudios publicados desde 1989 - 2001
Resultados	Se han identificado, siguiendo los criterios de Chambless 2 programas bien establecidos (The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health y Videotape Modeling Parent Training) , y 6 probablemente eficaces (Midwestern Prevention Project, Project Northland, Fast Track, First Step to Success, A Primary Prevention Program – Seattle Social Development Project – y Smoking Prevention Program). La naturaleza de la participación parental es muy diversa e incluye: educación parental, aprendizaje de habilidades, actividades padres – hijos, actividades sociales, servicios de consultoría, consejo en casa, técnicas de resolución de problemas, grupos de padres, grupos padres – profesores, participación de los padres en el aula, y boletines para los padres. Se detectaron, como es usual, problemas de participación de los padres.
Conclusiones	Los programas escolares han mostrado ser efectivos. La implicación de los padres puede tener una mejora de la dinámica escuela – familia y esto puede afectar a los jóvenes.
Observaciones	No se estudia el efecto diferencial de la intervención parental

Artículo	Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-Based Interventions for Substance Use and Misuse Prevention. <i>Substance Use &amp; Misuse</i> , 38(11-13), 1759-1787.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Revisar las pruebas tanto del fuerte impacto de la prevención familiar sobre el uso de sustancias en los jóvenes como de las aproximaciones de reforzamiento familiar
Muestra	No es aplicable
Resultados	Los programas de prevención familiar tienen tamaños del efecto, de promedio, de 2 a 9 veces más grandes que los que se dirigen únicamente a los jóvenes. Programas comprehensivos que combinan ambas aproximaciones producen tamaños del efecto más grandes. El Strengthening Families Program (SFP) es el único que ha sido replicado con resultados positivos por investigadores independientes con diferentes grupos culturales y de edad.
Conclusiones	Las investigaciones sugieren que hay suficientes pruebas que apoyen la amplia diseminación de cinco altamente efectivos programas de reforzamiento familiar (instrucción parental conductual, instrucción en habilidades familiares, apoyo en casa a la familia, terapia familiar breve y educación familiar). A pesar de los resultados positivos, se observa que los profesionales no adoptan programas basados en las pruebas. Se necesita explorar nuevas formas de mejorar la diseminación, marketing, formación y financiación en relación con este tipo de programas.
Observaciones	

Artículo	Cuijpers, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. <i>Drugs: Education, Prevention &amp; Policy</i> , 10(1), 7-20.
----------	---

Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Pasar revista a los principales programas de prevención de drogas de acuerdo con los principales metas que se plantean: incrementar el conocimiento acerca de las drogas, reducir su uso, retrasar el comienzo del primer uso, reducir el abuso y minimizar el daño causado por su uso.
Muestra	No es aplicable
Resultados	En lo que se refiere a la prevención familiar, menciona el SFP, al que clasifica como un programa prometedor en el ámbito de la prevención selectiva e indicada, y al PFDY (Preparing for the Drug Free Years) al que da el mismo calificativo en el campo de la prevención universal. Menciona también los programas STARS y DARE to be you con algún resultado positivo.
Conclusiones	En esta revisión se aprecia que hay un buen número de programas que se desarrollan para ser aplicados en el ámbito escolar, que son efectivos, aunque sus efectos son pequeños. Se afirma que los programas familiares y comunitarios aún no han sido sometidos a suficiente investigación para concluir sobre si reducen o no el consumo de drogas.
Observaciones	

Artículo	Lochman, J. E., & van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. <i>The Journal of Primary Prevention</i> , 23(1), 49-114.
Tipo de estudio	Revisión de revisiones, asistemática
Objetivos	Aportar una visión general de los resultados empíricos obtenidos por los programas de intervención y prevención del uso de sustancias en las pasadas 3 décadas.
Muestra	No es aplicable. La revisión parte de otras revisiones, pero se desconoce las razones para elegir éstas y no otras.
Resultados	Hay efectos consistentes de los programas de intervención familiar sobre las conductas problema de los jóvenes y sobre los procesos de mediación potenciales tales como las conductas parentales y aspectos del funcionamiento familiar. Los programas de prevención se clasifican en 2 clusters,. El cluster 1 está formado por los programas de Formación parental y de habilidades familiares en intervenciones preventivas universales y selectivas. En el apartado específico de Parent Training incluye 9 estudios con resultados positivos a la hora de reducir la frecuencia de las conductas problema en los jóvenes, y siete de ellos mantienen sus efectos durante el seguimiento. El que considera más relevante (Webster-Stratton, 1998) es un estudio controlado con asignación al azar y seguimiento de un año, con niños de 4 años, de una intervención denominada PARTNERS. En el apartado de Parent and Family Skills Training, recoge fundamentalmente los trabajos de Spot sobre el SFP y el PDFY que se recogen en otro punto de esta revisión. Dentro del apartado de Parent and Child Training se analizan cuatro estudios, dos de los cuales encontraron reducciones en la conducta oposicional y menos consumo de alcohol en los jóvenes. Los otros dos estudios no tuvieron resultados concluyentes. Los programas son el D.A.R.E. (diferente al conocido DARE) y el DBTY. Por último en el apartado de Parent, Family and Child Training se menciona el programa LIFT (Linking the Interest of Families and Teachers) que se menciona en otra parte de esta investigación. El cluster 2 está formado por los programas dirigidos a población indicada. Aquí se hacen los mismos grupos que en el cluster anterior. En Parent Training incluyo 9 estudios. Todos los estudios informaron de mejoras significativas tanto en la conducta de los niños como de los padres, y en seis las ganancias fueron mantenidas durante el seguimiento. En Parent and Family Skills Training se examinan 4 estudios, en los que sólo uno tenía un diseño con grupo control y asignación al azar. Este estudio tenía como variable dependiente las observaciones de las interacciones madre-hijos. Los resultados

	<p>indicaron que las que recibieron este programa, en comparación con las de parent training sólo, fueron más consistentes durante las interacciones madre-hijo a los seis meses de seguimiento, y menos aversivas a los doce. En el apartado Parent and Child Skills Training se incluyeron 7 estudios que han usado, como en el cluster anterior, intervenciones multicomponente con algunos dirigidos a padres y otros a los hijos. En este apartado 5 evaluaciones encontraron que el parent training sólo o en combinación con child training tuvieron efectos positivos en la conducta del hijo. Los únicos que no demostraron este efecto trabajaron con una muestra de jóvenes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En el apartado de Family Skills Training sólo, se han incluido 10 estudios, en los que todos han demostrado algún efecto positivo.</p>
Conclusiones	<p>A la vista de los resultados obtenidos, los autores discuten las barreras y dificultades con las que tiene que enfrentarse la investigación futura. Aquí incluyen el estudio de los efectos a largo plazo de los programas, el uso de intervenciones que se adapten al momento evolutivo de los hijos, la necesidad de mejorar los procedimientos de captación para obtener grandes muestras que permitan estudios de seguimiento, la necesidad de que los programas tengan en cuenta las diferencias culturales, la introducción de las sesiones de recuerdo, etc. Se describen diversas barreras para la implementación y diseminación de las intervenciones y se dan recomendaciones para la investigación y la política futuras en este campo.</p>
Observaciones	<p>Una muy buena revisión del campo, aunque incluya referencias de intervenciones que luego no parecen tener continuidad en el tiempo.</p>

Artículo	<p>Webster-Stratton, C., &amp; Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventive Substance Abuse, Delinquency, and Violence in Adolescence Through Interventions Targeted at Young Children (0-8 years). <i>Prevention Science</i>, 2(3), 165-192.</p>
Tipo de estudio	<p>Revisión asistemática</p>
Objetivos	<p>Describir el estado del arte en los programas de prevención universal y selectiva, diseñados para promover las competencias de padres y profesores y para prevenir los problemas de conducta. Los programas seleccionados estarán dirigidos a niños entre 0-8 años. Se aportarán también pautas para seleccionar intervenciones efectivas</p>
Muestra	<p>No es aplicable</p>
Resultados	<p>Se seleccionaron 12 programas de prevención familiar efectivos de acuerdo con las pruebas empíricas, que están diseñados para prevenir el posterior desarrollo de abuso de sustancias, violencia y delincuencia en los jóvenes. Los programas son: Home visiting (David L. Olds, 2006), Structural family therapy (Szapocznik &amp; Kurtines, 1989), Living with children (Patterson, Chamberlain, &amp; Reid, 1982), Helping the Noncompliant child (Forehand &amp; McMahon, 1981), Parent-child interaction therapy (Eyberg, Boggs, &amp; Algina, 1995), Synthesis training (Whaler, Cartor, Fleischman, &amp; Lambert, 1993), Enhanced family treatment (Prinz &amp; Miller, 1994), Positive parenting program - Triple P - (Sanders, 1999), The Incredible Years Parenting Program (Webster-Stratton, 1984, 1990), Community-based program (C. E. Cunningham, Bremner, &amp; Boyle, 1995), Dare to be you (Miller-Heyl, MacPhee, &amp; Fritz, 1998) y Focus on Families (Richard F. Catalano et al., 2002). Los programas mostraron efectividad, tanto cuando son administrados grupal como individualmente. Los programas más amplios, que incluyen alguna intervención dirigida a aspectos interparentales y a los estresores familiares, tuvieron alguna mejoría frente a las que se centran únicamente en la enseñanza de habilidades.</p>
Conclusiones	<p>De la revisión de la literatura pueden deducirse algunas pautas o guías para</p>

	seleccionar programas de prevención: 1) Deben tener la perspectiva de incrementar las habilidades; 2) Los contenidos deben tener componentes conductuales, cognitivos y afectivos; 3) Para las familias de riesgo el contenido del programa debe superar las 20 horas; 4) Deben intervenir tan pronto se detecten los factores de riesgo; 5) Deben ser adecuados al momento evolutivo; 6) Deben usar un proceso colaborativo entre padres, profesores y jóvenes; 7) Debe centrarse en las fortalezas de los profesores y padres; 8) Deben utilizar métodos activos de enseñanza; 9) Deben educar no sólo en estrategias, sino también en principios conductuales y evolutivos; 10) Deben promover la colaboración entre padres y profesores; 11) Deben dar importancia a las habilidades clínicas del personal de intervención; 12) Deben ser sensibles a las barreras que tienen las familias de bajo poder adquisitivo y al ambiente cultural y 13) Deben haber sido evaluados con grupo control, obteniendo los resultados de múltiples fuentes y con datos de seguimiento
Observaciones	

Artículo	Loveland-Cherry, C. J. (2000). Family interventions to prevent substance abuse: children and adolescents. <i>Annual Review of Nursing Research</i> , 18, 195-218.
Tipo de estudio	Revisión sistemática
Objetivos	Revisar críticamente la literatura empírica sobre intervenciones familiares para prevenir el uso de sustancias in adolescentes, identificar generalizaciones e implicaciones para la práctica y establecer direcciones futuras de la investigación
Muestra	Búsqueda en Medline y Mirlyn de estudios aparecidos entre 1990-1999 que versen reúnan una serie de requisitos especificados. Se seleccionaron finalmente 13 trabajos
Resultados	Los resultados presentan estudios de intervención familiar incorporada tanto a programas comunitarios y escolares, como con carácter exclusivo. Dentro de los comunitarios cita preferentemente los proyectos Midwestern y el Northland y los describe. En el ámbito escolar cita cuatro: Metropolitan Area Child Study, Keep a Clear Mind, Adolescent Transitions Program y Start Taking Alcohol Risks Seriously (STARS). Dentro de los programas exclusivos cita ISFP, PDFY, Family Effectiveness Training, Michigan State University Multiple Risk Child Outreach Program; Parent-Based Intervention Strategies to Reduce Adolescent Alcohol-Impaired Driving, Child and Parent Relations y Super STARS. Sólo dos de estas últimas han sido implementadas en más de un estudio, y son el ISFP y el PDFY. En todos los casos (programas incorporados o exclusivos) indica que los resultados no han sido siempre consistentes y que el éxito se mide frente a diferentes variables. Cita resultados positivos para el ISFP y el PDFY.
Conclusiones	Se valora positivamente el diseño de las intervenciones, pero se indica que parecen ser más efectivas a corto que a largo plazo. Se discute la idoneidad de dirigir los esfuerzos hacia la prevención universal o la selectiva e indicada.
Observaciones	Revisión especialmente dirigida a la formación del personal de enfermería

Artículo	Dusenbury, L. (2000). Family-based drug abuse prevention programs: A review. <i>The Journal of Primary Prevention</i> , 20(4), 337-352.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Revisar las aproximaciones educacionales a la prevención familiar de abuso de sustancias
Muestra	No es aplicable
Resultados	Se extraen una serie de principios clave que deben informar las intervenciones en este campo.
Conclusiones	Se evalúan los resultados hasta ese momento como pobres metodológicamente

	y en número.
Observaciones	

Artículo	Paglia, A., & Room, R. (1999). Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. <i>The Journal of Primary Prevention, 20(1)</i> , 3-50.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Revisión crítica de la literatura de evaluación de programas e intervenciones preventivas del uso de sustancias entre los jóvenes.
Muestra	No aplicable
Resultados	Hace una descripción de la lógica de prevención familiar y menciona dos programas relevantes dirigidos a familias de riesgo: el SFP y Focus on Families. De los dos indica que sus resultados a largo plazo son desconocidos.
Conclusiones	De la revisión de la literatura extrae las siguientes recomendaciones: 1) El principal objetivo de la prevención es la reducción del daño; 2) Hay pocos ejemplos de programas escolares con efectos duraderos sustanciales; 3) El material persuasivo y educacional debería ajustarse a las características de la audiencia; 4) Los programas deben estar informados por las tendencias prevalentes en la población; 5) Algunos programas selectivos dirigidos a población de riesgo han mostrado cierto éxito; 6) Los enfoques regulatorios en los mercados legales de drogas han mostrado un éxito considerable en limitar y modelar el uso de drogas; 7) Los enfoques que combinen medidas políticas y ambientales junto con aproximaciones educacionales y persuasivas es más posible que obtengan éxito; 8) Hay necesidad de estudios de evaluación; 9) Aunque los programas de prevención no alcancen un gran impacto es posible que tengan un efecto acumulativo; 10) En este campo, es necesario obtener los máximos rendimientos de los experimentos naturales y otros diseños cuasi-experimentales y 11) El avance de la prevención puede requerir un esfuerzo especial educacional a los adultos sobre las realidades del uso de drogas juvenil y la efectividad de las actividades preventivas
Observaciones	

Artículo	Hogue, A., & Liddle, H. A. (1999). Family-based preventive intervention: An approach to preventing substance use and antisocial behavior. <i>American Journal of Orthopsychiatry, 69(3)</i> , 278-293.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Presentar las principales parámetros que deben atender estos programas cuando son construidos y las principales técnicas o estrategias que los conforman
Muestra	No es aplicable
Resultados	Los parámetros principales son: 1) Dominios de funcionamiento (un solo componente o varios); 2) Situación de riesgo de la población a la que se dirige; 3) Edad de la población infantil; 4) Tipo de implicación parental (intervenciones embebidas o no en otros programas); 5) Grado de estandarización del programa que se pretende; 6) Intensidad de los servicios; 7) Coste
Conclusiones	Se hacen recomendaciones para avanzar en prevención familiar en las siguientes áreas clave: Dirigir los programas a poblaciones de alto riesgo; ajustar las intervenciones a familias individuales, trabajar con múltiples sistemas sociales e integrar los conocimientos de los campos de la prevención y el tratamiento
Observaciones	



Artículo	Hall, N. W., & Ziegler, E. (1997). Drug abuse prevention efforts for young children: a review and critique of existing problems. <i>The American Journal of Orthopsychiatry</i> , 67(1), 134-143.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Revisión y crítica de los programas existentes
Muestra	No es aplicable
Resultados	Se hace un análisis de los programas escolares en USA, de los que se dice que carecen casi completamente de componentes parentales. Se indica que los datos longitudinales de estudios de intervención familiar temprana indican que los beneficios pueden ser amplios y de largo alcance. Indican cambios en el funcionamiento familiar, estilo parental, desarrollo cognitivo y social del niño, y en marcadores de competencia social que van desde el éxito académico a la atenuación de la delincuencia juvenil. Se reconoce que aún no se disponen de datos que justifiquen que estos programas modifican el comportamiento de consumo de drogas.
Conclusiones	La conclusión principal es la defensa de los programas de prevención "ecológicos" que abordan a los niños dentro de los contextos relevantes: familia, escuela, comunidad.
Observaciones	

Artículo	Schor, E. L. (1996). Adolescent alcohol use: social determinants and the case for early family-centered prevention. Family-focused prevention of adolescent drinking. <i>Bulletin of The New York Academy of Medicine</i> , 73(2), 335-356.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Defensa de la intervención familiar en la prevención del uso de drogas
Muestra	No es aplicable
Resultados	La investigación sobre factores de riesgo y protección indican que los principales principios que deben guiar las intervenciones preventivas son: 1) El uso del alcohol en jóvenes y adolescentes está determinado por una variedad de factores, la mayoría quizás fuertemente influenciados por la familia; 2) Las influencias familiares sobre los hijos son poderosas; 3) Las influencias familiares no se reducen a la relación de los padres con las drogas o el alcohol, sino que las principales tienen que ver con las relaciones dentro de la familia; 4) Las familias influyen directamente en los hijos pero también indirectamente seleccionando los entornos en los que interactúan sus hijos, y con las interpretaciones y respuestas que les dan frente a nuevas circunstancias y 5) Las intervenciones con éxito deberían incluir componentes basados en la familia, aplicarse durante la infancia temprana y estar diseñadas para incrementar las cualidades protectoras de las relaciones familiares
Conclusiones	La prevención debería tener como meta ayudar a formar relaciones satisfactorias dentro de la familia y dentro de la comunidad más amplia. El consumo de alcohol y drogas por los jóvenes debería verse como la incapacidad de los padres para asumir adecuadamente su rol.
Observaciones	

Artículo	Orford, J. (1984). The prevention and management of alcohol problems in the family setting: a review of work carried out in English-speaking countries. <i>Alcohol Alcohol</i> , 19(2), 109-122.
Tipo de estudio	Revisión asistemática
Objetivos	Revisión de las intervenciones familiares tanto en prevención como en el tratamiento de los problemas por consumo de alcohol
Muestra	No es aplicable

Resultados	Se utiliza la clasificación de Caplan para caracterizar la prevención. En lo que hace referencia a la prevención primaria se reconoce la casi absoluta falta de intervenciones familiares en este ámbito. Según el autor debe tenerse en cuenta el papel de la familia como modelo para el consumo, la interrelación entre los problemas del alcohol en la familia con otros como la violencia, el uso de drogas, o la conducción de vehículos; y el papel de la familia en la transmisión de valores y actitudes.
Conclusiones	Para el autor, este campo requiere más atención e investigación. Cree que hay una considerable ventaja de ver la relación entre alcohol y familia como un capítulo más de la relación entre familia y salud o familia y problemas sociales.
Observaciones	Es un artículo muy inicial en el que no hay todavía experiencias publicadas relevantes de prevención familiar

## Estudios empíricos revisados

---

- Abbey, A., Pilgrim, C., Hendrickson, P., & Buresh, S. (2000). Evaluation of a family-based substance abuse prevention program targeted for the middle school years. *Journal of Drug Education, 30*(2), 213-228.
- Alhalabí-Díaz, S., Secades-Villa, R., Perez, J. M. E., Fernandez-Hermida, J. R., Garcia-Rodriguez, O., & Crespo, J. L. C. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review, 25*(4), 327-331. doi: 10.1080/09595230600741149
- Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., & Hicks, K. (2001a). Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Education & Behavior, 28*(4), 440-461.
- Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., King, T. S., & Koch, G. G. (2002). Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prevention science, 3*(1), 35-42.
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Pemberton, M., Hicks, K. A., King, T. S., et al. (2001b). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American journal of public health, 91*(4), 604-610.
- Beatty, S. E., & Cross, D. S. (2006). Investigating parental preferences regarding the development and implementation of a parent-directed drug-related educational intervention: an exploratory study. *Drug and Alcohol Review, 25*(4), 333-342.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol, 30*(6), 571-587.
- Brody, G. H., Murry, V. M., Gerrard, M., Gibbons, F. X., Molgaard, V., McNair, L., et al. (2004). The Strong African American Families Program: translating research into prevention programming. *Child development, 75*(3), 900-917.
- Brody, G. H., Murry, V. M., Kogan, S. M., Gerrard, M., Gibbons, F. X., Molgaard, V., et al. (2006). The Strong African American Families Program: a cluster-randomized prevention trial of long-term effects and a mediational model. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(2), 356-366.
- Connell, A. M., Dishion, T. J., Yasui, M., & Kavanagh, K. (2007). An adaptive approach to family intervention: Linking engagement in family-centered intervention to reductions in adolescent problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 568-579.
- Coombes, L., Allen, D., Marsh, M., & Foxcroft, D. (2009). The Strengthening Families Programme (SFP) 10-14 and substance misuse in Barnsley: The perspectives of facilitators and families. *Child Abuse Review, 18*(1), 41-59.
- Curry, S. J., Hollis, J., Bush, T., Polen, M., Ludman, E. J., Grothaus, L., et al. (2003). A randomized trial of a family-based smoking prevention intervention in managed care. *Preventive Medicine, 37*(6), 617-626. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.09.015

- DeGarmo, D. S., Eddy, J. M., Reid, J. B., & Fetrow, R. A. (2009). Evaluating mediators of the impact of the Linking the Interests of Families and Teachers (LIFT) multimodal preventive intervention on substance use initiation and growth across adolescence. *Prevention Science, 10*(3), 208-220.
- Dishion, T. J., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S., & Kaufman, N. K. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family-centered strategy for the public middle school. *Prevention Science, 3*(3), 191-201.
- Engels, T. C. E., & Andries, C. (2007). Feasibility of a family-focused intervention for the prevention of problem behavior in early adolescents. *Child & Family Behavior Therapy, 29*(1), 71-79. doi: 10.1300/J019v29n01\_05
- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Pemberton, M., Foshee, V. A., Chuang, Y. C., King, T. S., et al. (2001). Mediation in a family-directed program for prevention of adolescent tobacco and alcohol use. *Preventive Medicine, 33*(4), 333-346. doi: 10.1006/pmed.2001.0892
- Errasti Perez, J. M., Al-Halabi Diaz, S., Secades Villa, R., Fernandez-Hermida, J. R., Carballo, J. L., & Garcia-Rodriguez, O. (2009). Family-based drug use prevention: the "Familias que Funcionan" ["Families that Work"] program. *Psicothema, 21*(1), 45-50.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Brody, G. H., Murry, V. M., Cleveland, M. J., & Wills, T. A. (2006). A theory-based dual-focus alcohol intervention for preadolescents: the Strong African American Families Program. *Psychology of addictive behaviors, 20*(2), 185-195.
- Gordon, J., Biglan, A., & Smolkowski, K. (2008). The impact on tobacco use of branded youth anti-tobacco activities and family communications about tobacco. *Prevention Science, 9*(2), 73-87.
- Gorman, D. M., Conde, E., & Huber, J. C., Jr. (2007). The creation of evidence in 'evidence-based' drug prevention: A critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation. *Drug and Alcohol Review, 26*(6), 585-593.
- Guyll, M., Spoth, R. L., Chao, W., Wickrama, K. A. S., & Russell, D. (2004). Family-Focused Preventive Interventions: Evaluating Parental Risk Moderation of Substance Use Trajectories. *Journal of Family Psychology, 18*(2), 293-301.
- Haggerty, K. P., Skinner, M., Fleming, C. B., Gainey, R. R., & Catalano, R. F. (2008). Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction, 103*(12), 2008-2016.
- Halmi, A., & Golik-Gruber, V. (2002). The Prevention and Reduction of the Consumption of Alcohol and Any Other Drugs Among a High-risk Group of Youths through Improving Family Resilience. *Alcoholism: Journal on Alcoholism and Related Addictions, 38*(1-2), 41-55.
- Jones, D. J., Foster, S. E., Olson, A. L., Forehand, R. L., Gaffney, C. A., Zens, M. S., et al. (2007). Longitudinal retention of families in the assessment of a prevention program targeting adolescent alcohol and tobacco use: The utility of an ecological systems framework. *Behavior Modification, 31*(5), 638-659.
- Kaminski, R. A., Stormshak, E. A., Good, R. H., III, & Goodman, M. R. (2002). Prevention of substance abuse with rural head start children and families: Results of project STAR. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(4, Suppl), S11-S26.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R., & Redmond, C. (2001). Preparing for the drug free years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education, 31*(1), 47-68.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Tait, C., & Turner, C. (2002). Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance prevention among 6-8 year-old rural children. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(4, Suppl), S65-S71.
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R., & Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process, 42*(4), 531-544.
- Litrownik, A. J., Elder, J. P., Campbell, N. R., Ayala, G. X., Slymen, D. J., Parra-Medina, D., et al. (2000). Evaluation of a tobacco and alcohol use prevention program for Hispanic migrant adolescents: Promoting the protective factor of parent - child communication. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 31*(2,Pt.1), 124-133.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L., et al. (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive Behaviors, 34*(6-7), 599-605.

- Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Spoth, R. L., & Redmond, C. (2007). Influence of a family-focused substance use preventive intervention on growth in adolescent depressive symptoms. *Journal of Research on Adolescence, 17*(3), 541-564.
- Miller-Day, M. (2008). Talking to youth about drugs: What do late adolescents say about parental strategies? *Family Relations, 57*(1), 1-12.
- Nicholson, B., Anderson, M., Fox, R., & Brenner, V. (2002). One family at a time: A prevention program for at-risk parents. *Journal of Counseling and Development, 80*(3), 362-371.
- Olds, D. L. (2006). The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal, 27*(1), 5-25.
- Orte, C., Touza, C., Ballester, L., & March, M. (2008). Children of drug-dependent parents: Prevention programme outcomes. *Educational Research, 50*(3), 249-260.
- Park, J., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Haggerty, K. P., Duncan, T. E., Duncan, S. C., et al. (2000). Effects of the 'Preparing for the Drug Free Years' curriculum on growth in alcohol use and risk for alcohol use in early adolescence. *Prevention Science, 1*(3), 125-138.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 624-640.
- Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A., Tein, J. Y., Kwok, O. M., Haine, R. A., et al. (2003). The Family Bereavement Program: Efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 587-600. doi: 10.1037/0022-006x.71.3.587
- Schinke, S., Schwinn, T., & Cole, K. (2006). Preventing Alcohol Abuse Among Early Adolescents Through Family and Computer-Based Interventions: Four-Year Outcomes and Mediating Variables. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18*(2), 149-161.
- Scott, S., Sylva, K., Doolan, M., Price, J., Jacobs, B., Crook, C., et al. (2010). Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behaviour targeting multiple risk factors: the SPOKES project. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 51*(1), 48-57.
- Spoth, R., Randall, G. K., Shin, C., & Redmond, C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of addictive behaviors, 19*(4), 372-381.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., & Azevedo, K. (2004). Brief Family Intervention Effects on Adolescent Substance Initiation: School-Level Growth Curve Analyses 6 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 535-542.
- Spoth, R., Shin, C., Gyll, M., Redmond, C., & Azevedo, K. (2006). Universality of Effects: An Examination of the Comparability of Long-Term Family Intervention Effects on Substance Use Across Risk-Related Subgroups. *Prevention Science, 7*(2), 209-224.
- Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med, 160*(9), 876-882. doi: 10.1001/archpedi.160.9.876
- Spoth, R. L., Gyll, M., & Day, S. X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol, 63*(2), 219-228.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence, 96*(1-2), 57-68.
- Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(4), 627-642.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., & Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(2), 129-134.

- Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2009). A school-based, family-centered intervention to prevent substance use: The family check-up. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 35*(4), 227-232.
- Tilson, E. C., McBride, C. M., & Brouwer, R. N. (2005). Formative Development of an Intervention to Stop Family Tobacco Use: The Parents and Children Talking (PACT) Intervention. *Journal of Health Communication, 10*(6), 491-508.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., Henry, D., & Schoeny, M. (2009). The Benefits of Booster Interventions: Evidence from a Family-Focused Prevention Program. *Prevention Science, 10*(4), 287-297. doi: 10.1007/s11121-009-0139-8
- Werch, C. E., Owen, D. M., Carlson, J. M., DiClemente, C. C., Edgemon, P., & Moore, M. (2003). One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Education Research, 18*(1), 74-87.
- Zubrick, S. R., Ward, K. A., Silburn, S. R., Lawrence, D., Williams, A. A., Blair, E., et al. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science, 6*(4), 287-304. doi: 10.1007/s11121-005-0013-2