

## EVALUACIÓN DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR NO PRESENCIAL DENTRO DEL PROGRAMA «CONSTRUYENDO SALUD»

Paula Villar  
M. Ángeles Luengo  
José A. Gómez-Fraguela  
Estrella Romero

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología.  
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, España.

### RESUMEN

*Las actuaciones preventivas del consumo de drogas durante la adolescencia que se dirigen a la familia se acompañan de una importante dificultad, la escasa participación de los padres en ella. En este estudio se analiza la relevancia para la superación de este problema de la intervención familiar no presencial "Construyendo Salud", consistente en tareas para casa que los adolescentes deben realizar en colaboración con sus padres. Además se evalúan los efectos inmediatos de la intervención sobre variables familiares relacionadas con el consumo de drogas en los hijos (conflicto, comunicación, supervisión, estilo educativo permisivo, autoritario y cooperativo y normas familiares sobre consumo) y sobre variables de consumo adolescente (consumo de tabaco, consumo de alcohol, intención de consumo de tabaco y de alcohol y actitudes hacia el uso de sustancias). La muestra del estudio la forman 265 familias de la población general de escolares que cursan el primer y segundo año de la Educación Secundaria Obligatoria. Los resultados indican en primer lugar que la propuesta de la intervención familiar no presencial produce efectos positivos sobre la participación de los padres, especialmente entre las familias con hijos en el primer*

*curso de la ESO. Además la intervención se muestra eficaz en la promoción de la comunicación de los adolescentes con sus madres y en la reducción del nivel de conflicto percibido por los hijos con las dos figuras paternas. Asimismo, se observan efectos favorables de la intervención sobre la intención de consumo de alcohol de los adolescentes.*

**Palabras clave:** PREVENCIÓN, ADOLESCENCIA, RELACIONES FAMILIARES, CONSUMO DE DROGAS, INTERVENCIÓN FAMILIAR.

## SUMMARY

*Family-based interventions aimed to prevent adolescent drug use usually hindered by low participation rates from parents. This study examines the usefulness, to overcome this problem, of a non-presential family intervention ("Construyendo Salud"), that consists in homework assignments which adolescents and parents should jointly fulfill. This study also evaluates short-term effects on 1) family variables related to adolescent drug use (conflict, communication, supervision, permissive, authoritarian and authoritative styles, family norms on drug use) and 2) intentions, attitudes and drug use (tobacco use, alcohol use, intention to use tobacco and alcohol, attitudes to drug use). The sample is composed by 265 families of adolescents from the first and second years of secondary education. Results show that the non-presential intervention exerts positive effects on parent participation, mainly in families with children in the first year of the secondary education. The intervention is also effective to promote communication between adolescents and mothers, and to reduce perceived conflict by adolescents regarding both parents. Moreover, favorable effects arise on intention to use alcohol by adolescents.*

**Key words:** PREVENTION, ADOLESCENCE, FAMILY RELATIONS, DRUG USE, FAMILY INTERVENTION

Mayoritariamente las actuaciones preventivas del consumo de drogas se desarrollan en el ámbito escolar. La razón principal ha sido la sucesiva acumulación de datos de las evaluaciones realizadas sobre los más rigurosos programas de habilidades genéricas que

evidencian su eficacia en la reducción del consumo adolescente (véase Botvin, Mihalic y Grotmeter, 1998, Gómez-Fraguela, Luengo y Romero, 2002; Luengo, Romero, Gómez-Fraguela, Garra y Lence, 1999; Tobler y Stratton, 1997). Sin embargo, los hallazgos recientes que se desprenden de los programas que actúan sobre múltiples niveles de intervención (programas multicomponente) apoyan la noción de que la inclusión de más de un ámbito de actuación en las intervenciones refuerza el impacto a largo plazo de los programas preventivos (véase Pentz, Mihalic y Grotmeter, 1998; Perry y cols., 1996; Spoth, Redmond y Shin, 1998). Dentro de las propuestas multicomponente ocupa un lugar destacado el ámbito familiar. La familia es la institución fundamental en la que se desarrollan los individuos y el primer agente de modelado, aprendizaje y socialización. Además, la importancia de incluir a la familia en las estrategias de prevención del consumo de drogas es avalada por el cuerpo de conocimientos que desde la investigación resaltan la relevancia de distintas variables referentes al funcionamiento familiar que actúan como factores de riesgo (ej., consumo paterno, conflicto familiar, prácticas educativas negligentes o permisivas) o factores de protección (ej., comunicación, supervisión, pautas disciplinarias equilibradas y consistentes) de las conductas problemáticas en los menores. Por todo ello, es primordial dar cabida a los padres dentro de la intervención y una forma de hacerlo es integrando las intervenciones familiares dentro de las propuestas preventivas basadas en la escuela.

Los programas de prevención familiares se han dirigido principalmente a las poblaciones en situación de riesgo, sea porque los hijos presenten indicios de implicación en conductas problemáticas (programas indicados) o porque hayan sido identificados determinados factores predictores de carácter demográfico, psicosocial o personal (programas selectivos). Sin embargo, su capacidad contrastada para reforzar la eficacia de las iniciativas de prevención dirigidas a la población general ha posibilitado además su difusión como intervención universal.

Los programas de prevención universal dirigidos a padres son principalmente intervenciones de carácter psicosocial, que adquieren el formato de programas formativos continuados (escuelas de padres). Si bien la investigación realizada sobre los programas univer-

sales de mayor rigor nos muestra que es posible alcanzar metas importantes interviniendo a este nivel (p.ej., incrementar la comunicación entre padres y adolescentes, promover el uso de una disciplina familiar más positiva, aumentar la supervisión e implicación de los padres en las actividades de los hijos y reducir el grado de conflicto familiar), también es cierto que la aplicación de este tipo de actuaciones se acompaña de numerosas dificultades siendo la más importante de ellas la escasa participación. Al respecto, estudios recientes en nuestro país indican que los padres manifiestan, en general, una buena disposición inicial pero, finalmente, su participación real en las escuelas de padres es muy escasa (véase Durán, Peris-Miró y Selles, 1996; Pinazo y Pons, 2002; Villar, Luengo, Gómez-Fraguela y Romero, 2003). Asimismo, los intentos previos de distintos investigadores por reclutar y mantener a los padres en los programas de prevención presenciales han sido infructuosos (véase Ferrer, España, Pérez y Sánchez, 1993; Cohen y Linton, 1995; Cohen y Rice, 1995; St. Pierre, Mark, Kaltreider y Aikin, 1997).

Esta baja participación cuestiona la adecuación de las escuelas de padres y, en gran medida, nos obliga a intentar buscar estrategias de trabajo alternativas que permitan conseguir mayores niveles de implicación de los padres de adolescentes. Esta intervención alternativa puede ser el recurso a métodos educativos y preventivos más flexibles, es decir, materiales escritos o actividades que han de ser completadas por los padres en sus hogares con los hijos. Una estrategia de este tipo permitiría hacer frente a las más recurrentes "causas" que se atribuyen a la no participación en los programas: 1) la incompatibilidad con la planificación del programa (fechas y horas de las sesiones) por tener que cuidar de los hijos o tener que desplazarse, 2) la falta de tiempo por razones laborales, 3) el recelo a ser criticados o "culpabilizados" por el grupo, 4) la situación marital (los padres de familias "monoparentales" participan menos) ó 5) la escasa vinculación general con las instituciones de la comunidad, en especial la escuela (Cohen y Linton, 1995; Pinazo y Pons, 2002; Rohrbach y cols., 1995; Spoth y Redmond, 2002; Williams y cols., 1995).

En el contexto anglosajón, los autores Perry, Pirie, Holder, Halper y Dudovitz (1990) y Toomey y cols. (1996) han desarrollado y evaluado programas preventivos del consumo de tabaco y alcohol consisten-

tes en tareas para casa que los adolescentes deben realizar con la colaboración de sus padres. Los materiales son fáciles de completar por las familias, aportan información a los padres y promueven la comunicación familiar. En sus estudios defienden que este tipo de propuesta incrementa notablemente la participación. Estos datos se acompañan además de efectos positivos sobre las variables tratadas. Así, Toomey y cols. (1996) han encontrado que tales actividades consiguen promover la comunicación entre padres e hijos sobre las drogas y los problemas derivados de su uso, sobre las reglas familiares acerca del consumo y sobre las consecuencias derivadas del incumplimiento de las mismas.

El propósito principal de este estudio es analizar la relevancia de este tipo de intervención no presencial para padres. Para ello, se ha examinado el impacto en el grado de participación de los padres de un modelo de implantación indirecta del componente familiar del programa "Construyendo Salud" y su influencia en el cambio de ciertas variables familiares. El programa "Construyendo Salud" es una iniciativa de prevención multicomponente que combina la intervención escolar, dirigida a los adolescentes que cursan el primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria, con la intervención familiar dirigida a sus padres. El material escolar del programa está fuertemente consolidado y ha sido repetidamente aplicado y evaluado con éxito en diversas localidades españolas (véase Luengo y cols., 1999). Su propósito es prevenir el consumo de drogas y la conducta antisocial fomentando en los adolescentes una serie de competencias personales y sociales. Estas competencias van dirigidas fundamentalmente a resistir la presión social hacia el consumo de drogas (compañeros, publicidad, etc.) y enseñar y fomentar el empleo de las habilidades sociales precisas para poder satisfacer, de una forma prosocial, las necesidades personales y sociales de los adolescentes. El programa consta de siete componentes, impartidos en once unidades diseñadas para ser aplicadas a lo largo de diecisiete sesiones de clase de 45 minutos.

Por su parte, el programa familiar de "Construyendo Salud" está pensado para promover la cooperación de los padres con la intervención escolar y, de forma complementaria, fomentar la reflexión en las familias sobre la importancia de ciertos aspectos del funcionamiento familiar en la prevención de las conductas

problemáticas en los hijos. La intervención familiar consta de dos modalidades de aplicación. La primera es una intervención no presencial consistente en una serie de actividades dentro del componente escolar que son propuestas como tareas para casa a realizar por los estudiantes con la ayuda de sus padres. Las tareas forman parte de una guía para padres cuyo objetivo principal es fomentar en la familia el interés por los temas tratados en el programa escolar y proporcionar a los padres una serie de claves para trabajar con sus hijos sobre ciertos temas relevantes para la prevención de la conducta problema. De forma complementaria pero independiente a esta intervención, "Construyendo Salud" incluye un programa de entrenamiento en habilidades familiares (intervención presencial) diseñado para ser aplicado en pequeños grupos de padres con hijos de edades comprendidas entre 11 y 14 años a lo largo de cinco sesiones de una hora y media ó dos horas de duración. Esta investigación se centra en la valoración de la intervención no presencial.

## **OBJETIVOS**

- 1) Analizar la participación en el modelo de intervención familiar no presencial.
- 2) Analizar las diferencias en el grado de participación en la intervención familiar no presencial en dos condiciones distintas de tratamiento.
- 3) Evaluar el grado de satisfacción de los padres participantes con la intervención familiar no presencial.
- 4) Evaluar los efectos inmediatos de la intervención familiar no presencial.

## **MÉTODO**

### **Descripción de la intervención**

El programa de intervención no presencial "Construyendo Salud" se compone de un compendio de tareas para casa que se incluyen en los distintos componentes del programa escolar (véase Tabla 1).

**Tabla 1.- Tareas para casa dentro del programa escolar “Construyendo Salud”**

COMPONENTE	UNIDAD	TAREAS PARA CASA
INFORMACIÓN	Tabaco	- Experimento del pulso* - Posicionamiento público sobre el consumo de tabaco*
	Alcohol	- Entrevista a los padres acerca del alcohol*
TOMA DE DECISIONES	Toma de decisiones	- Aplicación del proceso de cinco pasos para tomar decisiones en situaciones hipotéticas*
	Persuasión y pensamiento independiente	- Identificación de los motivos que pueden tener los demás para persuadirnos*
	Publicidad	- Análisis de anuncios publicitarios*
AUTOESTIMA	Autoestima y autosuperación	- Supervisión y seguimiento del proyecto de superación personal*
CONTROL EMOCIONAL	Control emocional	- Utilización de estrategias de control de emociones negativas ante situaciones difíciles en el hogar
HABILIDADES SOCIALES	Habilidades de comunicación	- Uso de habilidades de comunicación para solucionar malentendidos entre padres e hijo/a*
	Habilidades sociales	
TOLERANCIA Y COOPERACIÓN	Tolerancia y cooperación	- Colaboración en la tarea “Derechos que debemos respetar para facilitar la convivencia”
ACTIVIDADES DE OCIO	Actividades de ocio	- Recopilar información sobre actividades de ocio existentes en la comunidad

Nota. \* Tareas que deben ser devueltas por los alumnos una vez completadas con la colaboración de sus padres

Consisten en once actividades que sirven para afianzar el trabajo realizado dentro de cada sesión o para preparar los temas de próximas sesiones. Ocho de estas once tareas deben ser devueltas por los alumnos de una sesión para otra del programa junto con la valoración que hagan los padres de las mismas.

Las tareas para casa están contenidas en una serie de folletos informativos que conforman una guía de prevención para padres. En tales folletos se les dan a los padres y madres las directrices necesarias para realizar las tareas para casa con su hijo/a y se les aporta información relevante sobre lo que se puede hacer dentro de la familia para prevenir conductas problemáticas en los adolescentes. Concretamente se han introducido aquellos aspectos relevantes dentro de la prevención centrada en la familia que son trabajados de forma directa en los grupos de padres (información sobre drogas, comunicación padres-adolescente, superación de conflictos familiares de forma cooperativa, establecimiento de normas en el hogar y supervisión de la conducta del hijo).

## **Muestra**

La muestra de participantes de este estudio la forman las familias de los adolescentes (N = 265) que cursan 1º y 2º de la ESO en tres centros de la provincia de A Coruña que participan en la investigación durante el curso académico 2002-03. La edad media de los adolescentes es de 12.5 años en la evaluación pretest. De ellos, el 52.3% eran chicos y el 47.7% chicas. El 63.9% de los estudiantes cursan 1º y el 36.1% 2º de la ESO. El número de estudiantes retenidos en la evaluación pretest tras el análisis y tratamiento previo de los datos ha sido 246 (92.8% del total; N=74 intervención, N=172 control). En la evaluación posttest se han obtenido datos de 220 estudiantes (83% del total; N=65 intervención, N=155 control). Los escolares dentro del grupo control son aquellos cuyas familias no han participado en el componente familiar "Construyendo Salud".

El 94,6% (N= 70) de los padres de los adolescentes en las condiciones de tratamiento han participado en la evaluación de la intervención.

### Plan de análisis

En la aplicación de la intervención familiar dentro del programa “Construyendo Salud” se utilizaron distintos métodos que permitieron el establecimiento de dos condiciones de tratamiento (véase Tabla 2).

**Tabla 2.- Condiciones de tratamiento en el estudio**

Condición de tratamiento	Componente escolar		Componente familiar	
	Programa escolar	Programa no presencial (Tareas para casa)	Programa presencial (Grupo de padres)	
1	X	X		
2	X	X		X

En las dos condiciones de tratamiento se aplica el componente escolar de “Construyendo Salud” acompañado por el modelo de intervención familiar no presencial. La diferencia entre ellas es que, una vez finalizados el programa escolar y el programa de tareas para casa, en el grupo de tratamiento 2 se les propuso a las familias participar en la intervención presencial para padres. La implicación de las familias en esta alternativa de actuación ha sido muy escasa (tan sólo el 9% de las familias han participado en la experiencia). En la realización de este estudio se prescinde de estos casos para neutralizar los efectos contaminantes que pueden ejercer sobre los datos.

Para realizar la evaluación de resultados de la intervención familiar no presencial se ha seguido un diseño cuasi-experimental pretest-posttest. En él se realiza una evaluación de las variables

familiares en adolescentes previa a la intervención y otra posterior, transcurrido un mes desde su finalización. Los adolescentes de las familias que no completaron las actividades del programa de tareas para casa forman el grupo de comparación.

En el examen de la participación se realizaron análisis descriptivos de las tareas para casa completadas en los dos cursos académicos (1º y 2º de la ESO). Además se analizó la participación diferencial de los padres en las dos condiciones experimentales utilizando la prueba  $\chi^2$ .

Para examinar las características asociadas a la participación en las tareas para casa se realizaron análisis univariados de la varianza (ANOVA) de un factor.

En el análisis de la eficacia a corto plazo del modelo de tareas para casa sobre las variables familiares que se relacionan con el consumo de drogas durante la adolescencia se recurrió al análisis de covarianza (ANCOVA) usando como covariantes las medidas pretratamiento y las variables sexo y edad de los adolescentes. Los efectos de la intervención sobre las variables de consumo adolescente se analizaron mediante el análisis de covarianza (ANCOVA) de un diseño de Medidas Repetidas comparando los grupos experimentales (tratamiento y control) y considerando dos covariantes (sexo y edad).

## **Medidas**

### ***Autoinforme para adolescentes***

Los estudiantes completaron un cuestionario de evaluación elaborado por el equipo de investigación para este estudio (véase Villar y cols., 2003). Los ítems que componen la prueba pretenden medir distintas variables de relación familiar con la madre y con el padre: conflicto, comunicación, supervisión, estilo educativo permisivo, autoritario y cooperativo y normas familiares sobre consumo. Además en la prueba se evalúan variables de consumo de tabaco y alcohol así como la intención de consumo y las actitudes hacia las drogas.

Para evaluar el grado de conflicto familiar se emplean cuatro ítems adaptados para este estudio del Cuestionario de Conducta Conflictiva (Prinz, Foster, Kent y O'Leary, 1979). La consistencia interna de esta escala es de  $\alpha$  de Cronbach = .80. Los ítems que miden la comunicación entre padres e hijo/a fueron adaptados de Escala de Clima Social en la Familia (Moos y Moos, 1994) y la Escala de Relación Familiar (Gorman-Smith, Tolan, Zelli y Huesmann, 1996). Se trata de ocho ítems que miden el grado de apertura de la comunicación entre padres e hijo/a y la existencia de problemas en la comunicación padres-adolescente. La consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de esta escala es .72. Los ítems dirigidos a evaluar la supervisión, el estilo educativo permisivo, el estilo educativo autoritario y el estilo educativo cooperativo han sido elaborados por nuestro equipo de investigación. Seis son los ítems que evalúan la supervisión pretendiendo medir el grado de conocimiento que los padres y madres tienen de las actividades y relaciones del adolescente cuando está fuera de casa ( $\alpha$  de Cronbach = .81). Para medir el estilo educativo permisivo se han utilizado cuatro ítems ( $\alpha$  de Cronbach = .59). Tres de los ítems reflejan un estilo de disciplina laxo y el otro falta de firmeza al hacer cumplir las normas. Para evaluar el estilo educativo autoritario se han empleado dos ítems que miden la rigidez de los padres en el establecimiento de las normas familiares y la autoridad que ejercen en la resolución de conflictos. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach es .49. Finalmente, miden el estilo educativo cooperativo tres ítems que reflejan la existencia de normas en la familia, la forma en que éstas se establecen y el conocimiento por parte del adolescente de las consecuencias de su incumplimiento. La consistencia interna es .55.

En el Anexo se incluye una relación de los ítems que miden las distintas variables familiares. Todos ellos son respondidos en una escala tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre) puntuadas de 0 a 4.

Además se ha evaluado también la variable "normas familiares sobre consumo". Para evaluar la existencia dentro del hogar de normas familiares acerca del uso de tabaco y alcohol se han incluido en la prueba cuatro ítems elaborados por el equipo de investigación que hacen referencia a conductas concretas sobre este tema ( $\alpha$  de

Cronbach = .83). Estos ítems deben ser respondidos en una escala de cinco puntos según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones.

La información aportada por los adolescentes con respecto al consumo de drogas hace referencia a las variables "consumo de tabaco" y "consumo de alcohol". En su medida se utilizaron dos preguntas referidas a la prevalencia de consumo durante toda la vida que pertenecen al Cuestionario de Consumo de Drogas elaborado por Luengo, Otero, Mirón y Romero (1995).

Además se evaluaron otras variables referidas a la intención de consumo de tabaco y alcohol en los adolescentes y las actitudes contrarias al consumo de sustancias. Para medir la intención de consumo se utilizó una escala de seis ítems. Tres de los ítems miden la intención de consumir tabaco ( $\alpha$  de Cronbach = .87) y los otros tres miden la intención de consumir alcohol ( $\alpha$  de Cronbach = .78). Para evaluar las actitudes hacia las drogas se utilizó una escala de catorce ítems con tres opciones de respuesta (de acuerdo, en desacuerdo, indiferente). La consistencia interna de esta escala es de .67. Las dos escalas han sido utilizadas por el equipo de investigación en anteriores estudios (véase Luengo, Romero y Gómez-Fraguela, 1998).

### ***Fichas de evaluación para padres***

Los padres completaron unas fichas de evaluación de las tareas para casa con el objeto de medir los aspectos: a) nivel de participación en la intervención no presencial y b) valoración cualitativa del modelo de tareas para casa.

En la evaluación de la participación se diferencian dos criterios que delimitan el grado de implicación de los padres en la intervención. El criterio "entrega de alguna de las tareas para casa que deben ser completadas" representa el conocimiento del programa por parte de los padres y el criterio "entrega de al menos la mitad de las tareas para casa que deben ser completadas" se utiliza como indicador para considerar a los padres como "participantes" en la intervención.

En la evaluación de la valoración de las tareas para casa se miden tres variables concretas examinando las respuestas de los padres a tres preguntas cerradas sobre: la "valoración general de las tareas", el "nivel de dificultad de las actividades" y el "grado de utilidad de las tareas para los adolescentes dentro de la labor preventiva".

## **Procedimiento**

El cuestionario de evaluación para adolescentes fue administrado a los estudiantes de 1º y 2º de la ESO de los centros de enseñanza que iban a participar en la intervención. El pase de cuestionarios en la evaluación inicial se realizó en el mes de octubre de 2002 y en la evaluación final en Junio de 2003. En ambos casos la evaluación fue realizada por miembros de nuestro equipo de investigación haciendo hincapié en el anonimato de las respuestas. Para resaltar su carácter confidencial, el único procedimiento de identificación utilizado consistió en pedirles a los alumnos que elaborasen una clave personal. Con anterioridad a la administración de los cuestionarios, se envió a los padres una carta firmada por la dirección del centro escolar informándoles sobre el proyecto de investigación y la participación de sus hijos en el mismo. En la carta se resaltaba la importancia de la colaboración de los padres. Finalmente también se les indicaba que si no querían que su hijo/a participase en la experiencia debían ponerse en contacto con el centro.

El inicio del programa escolar "Construyendo Salud" tuvo lugar en noviembre de 2002 y con él dio comienzo la intervención familiar de tareas para casa. La intervención finalizó en mayo de 2003. El programa fue aplicado por técnicos de nuestro equipo de investigación en dos centros y por profesores tutores de 1º y 2º de la ESO en el tercero. Antes de comenzar la intervención se realizaron dos reuniones previas con los monitores del programa (técnicos y profesores) con el objetivo de familiarizarles con el material de la intervención, transmitirles la filosofía y los objetivos que la guían y motivarles para conseguir su implicación en todo el proceso de aplicación del programa. Además, a lo largo de la aplicación se celebraron reuniones periódicas en las que se hacía un seguimiento

de la evolución de la intervención, se dotaba a los monitores con los materiales correspondientes a las tareas para casa dentro del programa escolar, se les daban las indicaciones sobre cómo aplicar esta intervención familiar y se recababan los datos de participación de los padres en las tareas para casa a través del recuento de las actividades que iban entregando periódicamente los estudiantes. Cada tarea se acompañaba de su correspondiente ficha de valoración cubierta y firmada por los padres e identificada a través de la clave personal de los hijos.

## RESULTADOS

### Participación en las tareas para casa

En primer lugar se presentan los datos de participación total de padres en las tareas para casa desglosados por actividad y curso académico. A continuación se hace referencia a las diferencias en la participación en función de la condición de tratamiento.

En la Tabla 3 se muestran los porcentajes de tareas que fueron realizadas por los estudiantes y sus padres.

**Tabla 3.- Porcentajes de las tareas para casa realizadas**

Componente	PORCENTAJE DE TAREAS							
	Información			Toma de decisiones			Autoestima	Comunicación
Curso	Tarea 1	Tarea 2	Tarea 3	Tarea 4	Tarea 5	Tarea 6	Tarea 7	Tarea 8
1º ESO	63.5	37.7	51.6	38.9	12.6	14.4	16.3	26.4
2º ESO	21.5	8.6	32.7	17.2	10.3	6	6.9	10.3

El examen individual de la participación en cada una de las tareas revela que los niveles más altos se alcanzan en las primeras actividades. Así, las tareas con los niveles mayores de participación en 1º y 2º de la ESO han sido: la tarea 1 (completada en el 63.5% y el 21.5% de los hogares respectivamente) y la tarea 3 (completada en el 51.6% y el 32.7% de los hogares respectivamente). Estos datos apuntan que el nivel de participación de las familias ha sido inconstante ya que el grado de implicación notable en la realización de las primeras tareas decrece considerablemente en la mitad de la intervención para recuperarse levemente al final de la misma.

Los resultados en la tabla muestran además que existen diferencias en el nivel de participación entre las familias de los estudiantes en los dos cursos académicos siendo el nivel de implicación en el primer curso de la ESO superior para todas las tareas. El grado de implicación familiar alcanza el 47% de las familias con hijos que cursan el primer curso y el 11.6% de las familias de los escolares en el segundo curso de la ESO. La diferencia entre ellos es significativa ( $\chi^2= 33.71$ ,  $p= .000$ ).

Los datos que se derivan del examen de la participación según la condición de tratamiento nos indican que el 39.4% de los estudiantes en la condición de tratamiento 1 (programa escolar + tareas para casa) y el 70% de los estudiantes de la condición de tratamiento 2 (programa escolar + tareas para casa + grupo de padres) han completado con ayuda de sus padres alguna de las tareas para casa propuestas en la intervención. El porcentaje de participación en las tareas realizando la mitad de ellas ha sido del 12.7% cuando ésta es la única intervención (condición de tratamiento 1) y del 41.2% cuando se aplica además el grupo de padres (condición de tratamiento 2). La comparación entre las condiciones de tratamiento 1 y 2 nos muestra que las diferencias de participación entre ellas son significativas ( $\chi^2=19.00$ ,  $p < .001$ ).

En la Tabla 4 se presentan las características de los adolescentes asociadas a la participación en la intervención familiar no presencial. En ella se incluyen los datos respecto al porcentaje

**Tabla 4.-Características de los adolescentes asociadas a la participación en la intervención familiar no presencial "Construyendo Salud"**

	% participación en tareas para casa			Media de tareas completadas	Estadístico F
	0 tareas	De 1 a 2 tareas	3 ó más tareas		
<b>Sexo</b>					
Hombres	46.9	28.9	24.2	1.4	9.025**
Mujeres	29.4	30.2	40.5	2.2	
<b>Edad</b>					
12 y menores	26.1	26.1	47.8	2.3	22.14**
13 y mayores	51.7	32.8	15.5	1.1	
<b>Composición familiar</b>					
Familia "íntacta"	21.1	29.3	49.6	2.8	0.844
Familia "monoparental"	23.1	38.5	38.5	2.1	
<b>Consumo de tabaco</b>					
Nunca	31.6	29.9	38.4	2	4.199*
Lo he probado	51.1	29.8	19.1	1.3	
A veces	63	22.2	14.8	0.8	
<b>Consumo de alcohol</b>					
Nunca	36	33.3	30.7	1.7	3.377*
Lo he probado	34.5	26.7	38.8	2	
A veces	70	25	5	0.68	

Nota. Los análisis se realizaron utilizando ANOVAS de un factor comparando el número medio de tareas completadas.

\* p< .05      \*\* p< .01      \*\*\* p< .001

de familias que completaron 0, 1-2 y 3 ó más tareas para casa, la media de tareas realizadas y el estadístico F para el análisis de las diferencias en el número medio de tareas realizadas.

Los resultados encontrados nos indican que las características que diferencian a participantes y no participantes en las tareas para casa son el sexo y la edad de los estudiantes. La participación en la intervención es significativamente mayor para las chicas de entre 11 y 12 años de edad. Además el hecho de que los padres hayan participado en la intervención familiar presencial (grupo de padres) aumenta la probabilidad de implicación en las tareas para casa. Las diferencias en la composición familiar (familias "intactas" versus familias "monoparentales") no se relacionan de forma significativa con la participación. Con respecto a las variables de consumo de sustancias comprobamos como los adolescentes en situación de mayor riesgo por presentar un consumo temprano de tabaco o alcohol muestran un nivel de participación en las tareas para casa significativamente inferior al de los adolescentes no consumidores.

### **Valoración cualitativa la intervención familiar de tareas para casa**

En relación a la valoración que realizan los padres de la intervención no presencial, encontramos que el 76.5% de los participantes la han calificado positivamente afirmando que las tareas para casa les parecen interesantes (16.34% de las respuestas), importantes (34.95% de las respuestas) o educativas (25.21% de las respuestas). Por el contrario solamente el 2.25% de las contestaciones de los padres han sido desfavorables. En referencia a su dificultad, la mayoría de los padres (el 69.55%) las consideran actividades fáciles y solamente a un 7.55% su realización les resultó de cierta dificultad. Por último, el 69.85% de los participantes consideran que las tareas son muy o bastante útiles para los adolescentes (23.5% y 46.35% respectivamente) mientras que el 3.2% opina que son de poca utilidad y solamente un 1.85% afirman que no tienen provecho (véase Tabla 5).

Tabla 5.-Valoración cualitativa de la intervención familiar no presencial

<b>Aspectos de la evaluación de las tareas para casa</b>	<b>% de respuestas de padres</b>
<b>Valoración general sobre las tareas</b>	
Importantes	34.95
Interesantes	16.34
Educativas	25.21
Valoración negativa	2.25
No responden	21.25
<b>Grado de dificultad de las tareas</b>	
Fáciles	69.55
Difíciles	7.55
No responden	22.9
<b>Grado de utilidad de las tareas</b>	
Muy útiles	23.5
Bastante útiles	46.35
Poco útiles	3.2
Nada útiles	1.85
No responden	25.1

### Efectos de la intervención familiar de tareas para casa

En la Tabla 6 se muestran los resultados alcanzados con respecto a las variables familiares en el grupo de tratamiento y en el grupo control.

**Tabla 6.- Análisis de covarianza para evaluar el efecto de la participación en la intervención familiar no presencial sobre la percepción de los estudiantes de las variables familiares**

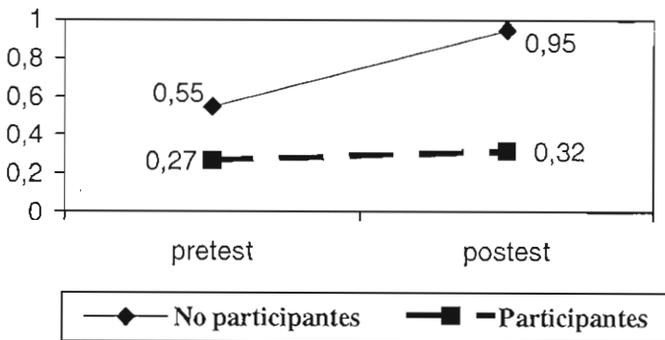
	Evaluación postratamiento		Estadístico F
	No-participantes	Participantes	
Comunicación con madre	23.05	25.69	4.133*
Comunicación con padre	22.32	23.93	1.584
Conflicto con madre	6.02	5.21	4.137*
Conflicto con padre	4.95	4.30	4.189*
Supervisión de madre	12.69	14.72	3.863
Supervisión de padre	11.36	13.35	3.131
Estilo permisivo madre	6.42	6.42	0.084
Estilo permisivo padre	5.87	5.57	1.014
Estilo autoritario madre	4.75	5.38	2.827
Estilo autoritario padre	4.70	5.48	3.852
Estilo cooperativo padres	8.36	9.15	2.646
Normas familiares consumo	9.11	10.40	1.951

Nota. Evaluación postratamiento = un mes después de finalizar la intervención (junio 2003). En los análisis se consideran covariantes las medidas pre-tratamiento y las variables sexo y edad

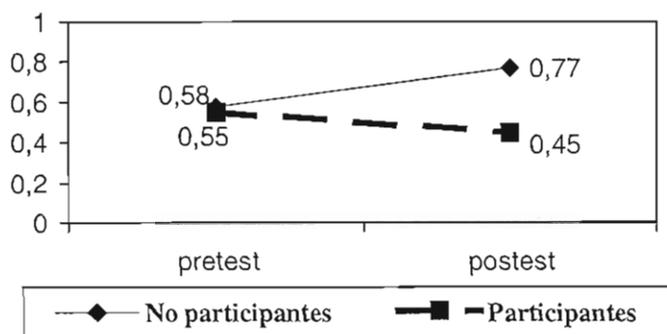
\*  $p < .05$

Los niveles de comunicación de los adolescentes con sus madres son significativamente mayores en el grupo de participantes que en el de no-participantes. Estas diferencias no se encuentran para la comunicación de los hijos con sus padres. También son significativas las diferencias entre ambos grupos en la medida de conflicto con la madre y con el padre. El grado de conflicto con los padres percibido por los adolescentes participantes en las tareas para casa es menor que el percibido por los adolescentes no-participantes. Por otra parte, aunque los participantes informan de un mayor grado de supervisión parental que los no-participantes las diferencias no llegan a alcanzar la significación estadística. Finalmente, tampoco se muestran diferencias estadísticamente significativas según los niveles de participación en las variables referentes al estilo educativo de los padres (estilos permisivo, autoritario y cooperativo) ni en la variable "normas familiares sobre consumo".

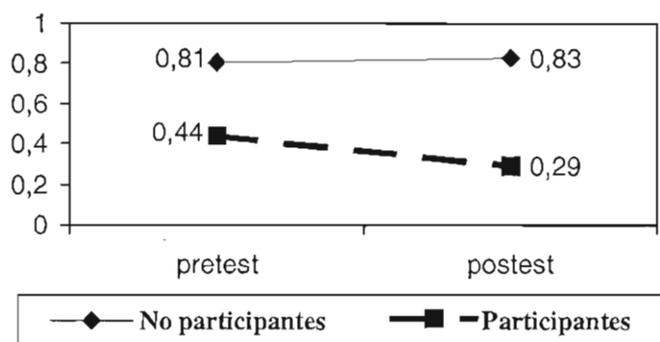
En las gráficas 1, 2, 3, 4 y 5 se presentan los resultados alcanzados en la evaluación del efecto de la participación en la intervención familiar no presencial sobre las medidas de consumo de tabaco y alcohol, intención de consumo de estas drogas y actitudes contrarias al uso de sustancias entre los adolescentes.



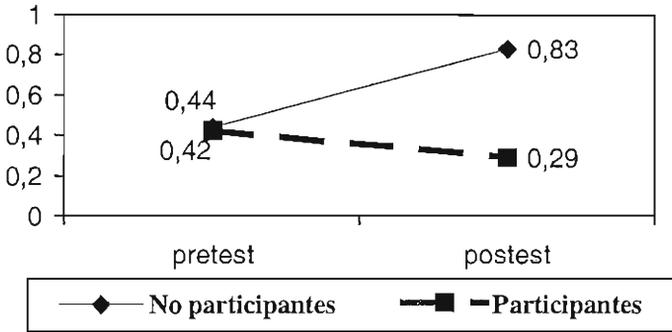
**Figura 1.- Efectos de la intervención familiar no presencial sobre "consumo de tabaco"**



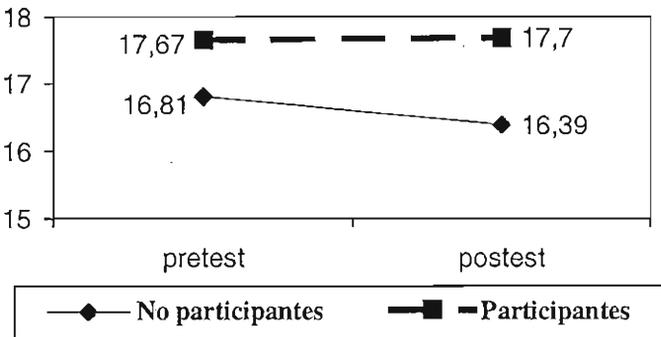
**Figura 2. Efectos de la intervención familiar no presencial sobre "consumo de alcohol"**



**Figura 3. Efectos de la intervención familiar no presencial sobre "intención de consumo de tabaco"**



**Figura 4.- Efectos de la intervención familiar no presencial sobre "intención de consumo de alcohol"**



**Figura 5.- Efectos de la intervención familiar no presencial sobre "actitudes contrarias hacia drogas"**

Las diferencias en los efectos de la participación en las tareas para casa no se muestran significativas para las variables de consumo de tabaco y alcohol ( $F(1,174)= 2.766, p > .05$  y  $F(1,170)= 2.440, p > .05$ , respectivamente). Aunque no se encuentran diferencias significativas entre los adolescentes participantes y no-participantes para las medidas de intención de consumo de tabaco ( $F(1,166)= 0.016, p > .05$ ) sí se han encontrado efectos significativos de la interacción entre la participación y la intención de consumo de alcohol en los adolescentes ( $F(1,162)= 4.081, p < .05$ ). Los adolescentes en las familias que han completado las tareas para casa muestran, pues, una menor intención de consumo de alcohol que los adolescentes en las familias no participantes después de la intervención. Finalmente, no se encuentran diferencias significativas en los efectos de la participación para la variable "actitudes contrarias hacia las drogas" ( $F(1,172)= 0.262, p < .05$ ).

El diseño de Medidas Repetidas realizado permite examinar también la evolución de las medidas de las variables en los participantes y no-participantes en la intervención. Así observamos cómo la variable "consumo de tabaco" sigue una tendencia ascendente en los dos grupos aunque es menos pronunciada entre los participantes (gráfica 1). Por el contrario, para la variable "consumo de alcohol", existe una tendencia diferencial entre las puntuaciones en el grupo de no-participantes (tendencia ascendente) y las puntuaciones en el grupo de participantes (tendencia descendente) (gráfica 2). La evolución de las puntuaciones cuando examinamos la intención de consumo de los adolescentes coincide en gran medida con las observadas para el consumo. Así comprobamos como para ambos grupos la tendencia de las puntuaciones en "intención de consumo de tabaco" es ascendente (gráfica 3) mientras que la tendencia de las puntuaciones en "intención de consumo de alcohol" es ascendente entre los no-participantes pero es descendente para los participantes (gráfica 4). Finalmente, para la variable "actitudes contrarias hacia las drogas", la tendencia al cambio de las puntuaciones es poco notable (gráfica 4).

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio hemos evaluado la participación de padres y los efectos a corto plazo en adolescentes de una intervención familiar no presencial enmarcada en un programa multicomponente que combina el entrenamiento en habilidades de los escolares en el aula con actividades que los adolescentes deben completar en sus hogares con la ayuda de sus padres y con el entrenamiento de padres en habilidades de relación familiar.

En la realización de nuestro estudio pretendíamos examinar en qué medida los hallazgos de Toomey y cols. (1996) sobre los efectos positivos de la aplicación de una intervención familiar no presencial sobre la participación de los padres pueden alcanzarse con la propuesta preventiva "Construyendo Salud" en nuestro contexto. Los resultados alcanzados en nuestra investigación sugieren, en primer lugar, que un número considerable de padres han conocido el programa y los materiales de tareas para casa ya que un alto porcentaje de familias en las dos condiciones de tratamiento han completado alguna de las tareas propuestas (valor medio= 54.7%). El nivel de participación de las familias en la intervención realizando al menos la mitad de sus actividades ha sido igualmente muy aceptable (valor medio= 26.95%). El análisis pormenorizado de la respuesta ante las tareas para casa diferenciando el curso escolar nos indica que las familias con hijos en el primer curso de la Educación Secundaria Obligatoria se implican en mayor grado en la intervención. Quizás el hecho de que los adolescentes en 1º de la ESO se encuentren en una etapa de transición personal y social haga que los padres y madres sean más sensibles a los cambios por los que pasan los hijos. Nos referimos a los cambios físicos, psicológicos y cognitivos que acompañan el inicio de la adolescencia y que tienen lugar a los 11-12 años, la edad en la que los hijos/as empiezan una nueva etapa escolar significativamente distinta a la anterior y que les exige un mayor grado de autonomía, independencia y madurez personal. En estas circunstancias es factible pensar que los padres y madres se muestren más receptivos hacia las actuaciones que redunden en el desarrollo saludable de los adolescentes y que se dirigen a prevenir los problemas que mayormente les preocupan, entre ellos, el con-

sumo de drogas. Además, el inicio de un nuevo ciclo escolar, que se acompaña habitualmente del cambio de un centro de Educación Primaria a uno de Educación Secundaria, puede influir en que los padres sientan mayor curiosidad y se involucren en mayor medida en propuestas que se realicen desde el nuevo centro. Este dato nos lleva a proponer al primer curso de la ESO como el nivel académico más apropiado para llevar a cabo la intervención. En segundo lugar, es necesario apuntar que los niveles positivos de implicación familiar en las tareas para casa se ven oscurecidos por los datos menos favorables de mantenimiento en la intervención. Nuestros resultados parecen reflejar una pérdida progresiva de motivación por parte de las familias hacia las actividades que se les proponen. Posiblemente, la extensión en el tiempo de la intervención que exige a los adolescentes, las madres y los padres mantenerse implicados en esta propuesta a lo largo de todo el curso académico contribuya a ello. En cualquier caso, estos datos sugieren la conveniencia de buscar mecanismos complementarios para mantener la participación a lo largo de toda la intervención y que ayuden a hacerla más atractiva a las familias. En tercer lugar, nuestros hallazgos nos permiten reflexionar sobre la conveniencia de combinar la intervención familiar no presencial (tareas para casa) con la presencial (grupo de padres) como estrategia para aumentar de forma significativa la implicación de los padres en el programa. Los resultados de participación en la condición de tratamiento 2 respaldan la propuesta de un modelo de actuación preventiva que contemple las dos alternativas de intervención familiar. Estos resultados nos permiten afirmar que, siguiendo tal modelo, al menos el 70% de los padres y madres han accedido al material preventivo del que se compone la intervención y más del 40% de las familias han participado en el programa puesto que han completado al menos la mitad de las tareas. Finalmente, el análisis de las características asociadas a la participación nos permite conocer el perfil de los adolescentes con menor probabilidad de implicación en la intervención. Se trata de adolescentes varones de mayor edad (de 13 a 15 años) y que presentan algún tipo de consumo de tabaco o alcohol. En próximas investigaciones sería necesario identificar métodos para incrementar la participación de los adolescentes con tales características en este tipo de programas.

Por otra parte, encontramos que la variable referente a la composición familiar (familias "intactas" versus familias "monoparentales") identificada como factor asociado a la no-participación en los programas presenciales (véase Cohen y Linton, 1995), en nuestro estudio no se relaciona de forma significativa con la participación en las tareas para casa. Creemos que una posible explicación de este hallazgo es la menor interferencia de una intervención familiar de este tipo en las obligaciones cotidianas de los padres, lo que neutraliza muchas de las barreras percibidas a la participación.

Con respecto a los efectos del programa, encontramos que los resultados en términos de valoración cualitativa de la intervención han sido positivos. De forma mayoritaria, los padres han calificado las tareas para casa como actividades relevantes y de provecho dentro de la labor preventiva dirigida a sus hijos. Por otra parte, la intervención familiar indirecta dentro de "Construyendo Salud" se ha mostrado útil en promover la comunicación entre los adolescentes y sus madres. Esto es lo que nos indican los resultados encontrados al examinar la percepción de los adolescentes de las variables familiares. Parece que no ocurre lo mismo con la comunicación entre los adolescentes y sus padres, aunque sí se muestra una reducción en el nivel de conflicto percibido por los hijos con las dos figuras paternas. Tal vez, en el caso de la relación entre madres e hijos, la comunicación y el conflicto estén estrechamente vinculadas mientras que en la relación entre padres e hijos no sea necesario el incremento de la comunicación para que los adolescentes perciban un menor conflicto. Probablemente, el hecho de que la realización de las tareas para casa requiera de la implicación de los padres en las labores escolares de los hijos provoque por sí mismo que los adolescentes perciban su relación con ellos como más positiva. La intervención familiar indirecta no muestra tener efectos en las variables referentes a la supervisión, el estilo educativo de los padres o las normas familiares sobre consumo de sustancias. La ausencia de cambio en estas variables se puede atribuir a la dificultad constatada de conseguir cambios reales de conducta y hacerlo además en un período de tiempo tan breve como lo es un mes tras la intervención. En este aspecto nuestros resultados apoyan la reflexión hecha por Perry y cols. (1990) y Toomey y cols. (1996) sobre

la limitada capacidad de los programas de tareas para casa para provocar cambios reales en las actitudes y conductas de las figuras paternas. Estos autores plantean que si bien las actividades de este tipo consiguen promover el intercambio verbal entre padres e hijos no alcanzan a modificar otros factores familiares no directamente relacionados con la comunicación. De esta forma, las tareas para casa pueden ser útil para distribuir información y proveer a las familias de actividades guiadas y discusiones provechosas dentro de la prevención del consumo de drogas adolescente. En nuestro estudio observamos que la potencia de la intervención familiar no presencial puede ser algo mayor ya que ha mostrado tener efectos sobre una de las variables de consumo evaluadas, la intención de consumo de alcohol. Por ello, igual que consideramos que para conseguir cambios conductuales en los padres y que éstos se reflejen en cambios en el comportamiento de los hijos serían necesarias intervenciones de mayor intensidad, también creemos que los resultados alcanzados en esta investigación apoyan una tendencia de cambio positivo en la intención de consumo futuro en los adolescentes, paso imprescindible para lograr un cambio conductual.

Esta investigación incluye ciertas limitaciones que pueden haber afectado a la detección de los efectos de la intervención así como reducir la generalización de los resultados. La primera limitación hace referencia a la formación de los grupos experimentales. La utilización de los adolescentes no-participantes en la intervención como grupo control provoca determinados sesgos en las muestras. Como hemos observado en el análisis de los factores asociados a la participación, los estudiantes en los grupos de tratamiento pueden estar en menor riesgo que los estudiantes en el grupo control y ello puede afectar a las conclusiones derivadas del estudio. Sin embargo, controlando los efectos de las diferencias en las medidas pre-tratamiento en todos los análisis, el sesgo muestral se reduce sustancialmente. En segundo lugar, la amplitud de la intervención en el aula junto con las particularidades del calendario escolar ha provocado la extensión del programa a lo largo del año académico condicionando que la evaluación postratamiento se realizase tras un período relativamente corto de tiempo (un mes). La falta de una evaluación a largo plazo dificulta la detección de la posible influencia

de la intervención sobre el cambio en las variables familiares y las variables de consumo adolescente. Finalmente, la utilización exclusiva de los adolescentes como fuente de información en la evaluación de los resultados exige que los datos aportados en la investigación se interpreten con cautela. Ciertamente, en un trabajo previo hemos comprobado la existencia de una alta relación entre la percepción que tiene los hijos de las variables de interacción familiar y la percepción de sus padres (véase Villar y cols., 2003) pero disponer de la información aportada por las figuras paternas sobre la eficacia de las tareas para casa daría mayor solidez a los hallazgos de este estudio.

A pesar de estas limitaciones, este estudio aporta información valiosa sobre un método de intervención familiar que raramente ha sido evaluado en nuestro contexto. La mayor aportación se relaciona con los resultados que demuestran que la propuesta de una actuación preventiva no presencial tiene efectos muy positivos en el nivel de implicación de las familias triplicando, cuando menos, el porcentaje medio de participación de los padres. Además, hemos podido comprobar que estos efectos son todavía más favorables cuando la propuesta de intervención es multicomponente y combina la intervención escolar con la familiar en sus dos modalidades (no presencial y presencial). Nosotros atribuimos estos resultados a las demandas propias de la aplicación de una actuación como "Construyendo Salud", que exige un alto nivel de implicación de los centros escolares y la buena coordinación entre las distintas partes involucradas (equipo directivo, profesorado, departamento de orientación y asociación de padres de alumnos dentro del centro y nuestro equipo de investigación). Por ello concluimos que la clave del éxito de un programa que pretende envolver a los padres en la labor preventiva es conseguir el compromiso real de los centros educativos con la intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

- Botvin, G.F., Milhalic, S.F. y Grotmeter, J.K.** (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book five: Life Skills Training*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.

- Cohen, D.A. y Linton, K.L.P.** (1995). Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Journal of Drug Education*, 25(2), 159-169.
- Cohen, D.A. y Rice, J.C.** (1995). A parent-targeted intervention for adolescent substance use prevention. Lessons learned. *Evaluation review*, 19(2), 159-180.
- Durán, A., Peris-Miró, C. y Selles, N.** (1996). Escuela de padres: Memoria del curso. En A. Durán y F.J. Bueno (Eds.), *Familia y drogodependencias*. Valencia: Programa Municipal de Drogodependencias.
- Ferrer, X., España, R.M., Pérez, C. y Sánchez, M.** (1993). Los padres en la prevención del abuso de drogas: Enfoques, experiencias y resultados en varios países. *Ponencia presentada al Congreso Internacional sobre Prevención de las Drogodependencias y el Papel de la Familia*. Vitoria.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, M.A. y Romero, E.** (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14(4), 685-692.
- Gorman-Smith, D., Tolan, P.H., Zelli, A. y Huesmann, L.R.** (1996). The relation of family functioning to violence among inner-city minority youths. *Journal of Family Psychology*, 10, 115-129.
- Luengo, M.A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E.** (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago: Xunta de Galicia.
- Luengo, M.A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J.A.** (1998). La predicción de la reincidencia: variables de personalidad y factores psicosociales. *La Criminología Aplicada II. Cuadernos de Derecho Judicial*. Separata.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A. y Lence, M.** (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio del Interior.
- Moos, R.H. y Moos, B.S.** (1994). *Family Environment Scale manual* (3ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Pentz, M.A., Mihalic, S.F. y Grotzinger, J.K.** (1998). *Blueprints for Violence Prevention, Book One: The Midwestern Prevention Project*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence.
- Perry, C.L., Pirie, P., Holder, W., Halper, A y Dudovitz, B.** (1990). Parent involvement in cigarette smoking prevention: Two pilot evaluations of the "Unpuffables Program". *Journal of School Health*, 60(9), 443-447.
- Perry, C.L., Williams, C.L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T.L., Komro, K.A., Anstine, P.S., McGovern, P.G., Finnegan, J.R., Forster, J.L., Wagennar, A.C. y Wolfson, M.** (1996). Project Northland: Outcomes of

- a community wide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86, 956-965.
- Pinazo S. y Pons, J.** (2002). La implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas: Un estudio empírico. En R. Secades Villa y J.R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Printz, R.J., Foster, S.L., Kent, R.N. y O'Leary, K.D.** (1979). Multivariate assessment of conflict in distressed and nondistressed mother-adolescent dyads. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 373-383.
- Rohrbach, L.A., Hodgson, C.S., Broder, B.L., Montgomery, S.B., Flay, B.R., Hansen, W.B. y Pentz, M.A.** (1994). Parental participation in drug abuse prevention: Results from the Midwestern Prevention Project. En G.M. Boyd y J. Howard (Eds.), *Alcohol problema among adolescents: Current directions in prevention research*. Hillsdale, N.Y. England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Spoth, R. y Redmond, C.** (2002). Project Family revention trials based in community-university partnerships: toward scaled-up preventive interventions. *Prevention Science*, 3(3), 203-222.
- Spoth, R., Redmond, C. y Shin, C.** (1998). Direct and indirect latent-variable parenting outcomes of two universal family-focused preventive interventions: extending a public health- oriented research base. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 385-399.
- St. Pierre, T.L., Mark, M.M., Kaltreider, D.L. y Aikin, K.J.** (1997). Involving parents of high-risk youth in drug prevention: A three-year longitudinal study in boys & girls clubs. *Journal of early adolescence*, 17(1), 21-50.
- Tobler, N.S. y Stratton, H.H.** (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128.
- Toomey, T.L., Williams, C.L., Perry, C.L., Murray, D.M., Dudovitz, B. y Veblen-Mortenson, S.** (1996). An alcohol primary prevention program for parents of 7th graders: The Amazing Alternatives! Home Program. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 5(4), 35-53.
- Villar, P., Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A. y Romero, E.** (2003). Las relaciones familiares dentro de la prevención de los problemas de conducta en los adolescentes: Una propuesta de evaluación. *Psicothema*, 15(4), 581-588.
- Williams, C.L., Perry, C.L., Dudovitz, B., Veblen-Mortenson, S., Anstine, P.S., Komro, K.A. y Toomey, T.L.** (1995). A home-based prevention program for sixth-grade alcohol use: results from project northland. *The Journal of Primary Prevention*, 16(2), 125-147.

**Anexo**  
**Relación de ítems para cada variable familiar**

**Indicador de la variable e ítem del cuestionario**

*Conflicto*

1. Mi madre (padre) y yo nos enfadamos por lo menos una vez a la semana
2. Me resulta difícil ponerme de acuerdo con mi madre (padre)
3. Mi madre (padre) y yo tenemos grandes discusiones por pequeñas cosas.
4. Mi madre (padre) me suele gritar cuando quiere que haga algo

*Comunicación*

1. Me gusta hablar con mi madre (padre)
2. Mi madre (padre) y yo tenemos conversaciones agradables a diario
3. Mi madre (padre) me escucha cuando necesito hablar de algo
4. Mi madre (padre) se preocupa por tener algún tiempo para hablar conmigo todos los días.
5. Cuando surge algún problema entre mi madre (padre) y yo solemos llegar a un acuerdo.
6. Mi madre (padre) entiende mi punto de vista incluso cuando no está de acuerdo conmigo.
7. Mi madre (padre) me escucha durante una discusión.
8. Si mi madre (padre) y yo tenemos un conflicto intenta solucionarlo junto conmigo.

*Estilo educativo permisivo*

1. Sé que si no hago lo que mi madre (padre) me pide acabará haciéndolo por su cuenta.
2. Mi madre (padre) me suele amenazar con castigos que después no cumple.
3. Cuando mi madre (padre) y yo no estamos de acuerdo me deja que haga lo que yo quiera.
4. Mi madre (padre) se mantiene firme en el castigo que debo cumplir cuando me salto una norma familiar (inverso).

*Estilo educativo autoritario*

1. En mi casa es mi madre (padre) quién pone las normas que yo debo obedecer.
2. Cuando surge un problema entre mi madre (padre) y yo se hace lo que ella (él) dice.

*Estilo educativo con autoridad*

1. En mi casa existen unas normas mínimas que hay que cumplir.
2. En mi casa todos participamos a la hora de establecer las normas familiares.
3. Sé cuáles son las consecuencias de no cumplir con mis responsabilidades.

*Normas familiares sobre consumo*

1. Mis padres me han dicho que no fume o beba alcohol cuando salgo con mis amigos/as.
2. Sé lo que opinan mis padres de que yo consuma tabaco y alcohol
3. En mi casa existen normas claras acerca del tabaco.
4. En casa hemos hablado sobre lo que hay que hacer cuando te ofrecen bebidas alcohólicas.