



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA



**Análisis de necesidades para la implementación
de actuaciones de prevención familiar de
drogodependencias dirigidas a padres y madres
del municipio de Alfafar**

Máster Universitario en Investigación, Tratamiento y Patologías
Asociadas a las Drogodependencias

Presentado por: Tamara Ojeda Reyes

Tutor: José Antonio Giménez Costa

Valencia, a 12 de Septiembre de 2016

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutor del máster, Pepe Giménez, por su ayuda e insistencia.

A Laura Martínez, técnica responsable de la UPCCA de Alfajar, por su colaboración en el estudio y por posibilitarme realizarlo a través de la UPCCA y su renombre.

A mi pareja, David, por animarme día a día a llevarlo a cabo.

RESUMEN:

El estudio tiene por objetivo obtener las claves para fundamentar la elaboración de un programa de prevención familiar específico para Alfafar, a través de un cuestionario dirigido a los familiares de los niños de Primaria. Éste se hizo llegar a una muestra de 111 participantes con la ayuda del equipo directivo y los tutores de cuatro centros educativos. Los resultados más destacados son: puntuaciones elevadas en los factores de protección; cierto desconocimiento en lo relativo a las sustancias; que sea presencial, incluya servicio de cuidado de los hijos, con sesiones conjuntas entre familiares e hijos, teórico-práctico, de 4 sesiones y con frecuencia semanal; una baja probabilidad de que participen y un gran desconocimiento de la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA).

Palabras clave: *prevención, familiar, drogodependencias, Alfafar*

Tipología del TFM: investigador

ÍNDICE:

1) INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	6
1.1. LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES.....	6
• Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Año 2014-2015.....	6
• Estudio sobre el consumo de alcohol y cannabis en adolescentes del municipio de Alfafar	9
• Estudio sobre el consumo de drogas entre adolescentes en espacios de ocio	10
• Conclusiones sobre el consumo en Alfafar	11
1.2. LA NECESIDAD DE HACER PREVENCIÓN FAMILIAR	12
• Qué es la prevención.....	12
- Tipos de prevención.....	13
- Las UPCCA.....	15
• La prevención familiar.....	15
- La familia como uno de los principales agentes educadores.....	16
- El papel de las familias en la prevención del consumo de drogas.	17
- La importancia del estilo educativo familiar como prevención....	19
- Evolución histórica de la prevención familiar.....	21
• La prevención familiar desde la UPCCA de Alfafar.....	23
1.3. CRITERIOS QUE AUMENTAN LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR.....	24
1.4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIARES.....	28
1.5. LA NECESIDAD DE AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR.....	32
1.6. MODELOS TEÓRICOS EN QUE SE SUSTENTA ÉSTA INVESTIGACIÓN.....	36
• El modelo clínico.....	36
• El modelo educativo.....	37
• El modelo comunitario.....	39
• Aportaciones de cada modelo al estudio.....	40
2) OBJETIVOS	42

3) VARIABLES.....	43
4) METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	45
4.1. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	45
4.2. PROCEDIMIENTO.....	46
4.3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS.....	47
5) RESULTADOS.....	50
5.1. ANÁLISIS.....	50
5.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	63
6) RESUMEN DE PROPUESTAS.....	69
7) LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	71
8) BIBLIOGRAFÍA.....	72
9) APÉNDICES.....	81

1) INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

1.1. LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS JÓVENES

El consumo de drogas entre los jóvenes es una de las principales preocupaciones en las políticas europeas de salud pública. Esto es así, tanto para drogas legales como ilegales, siendo las primeras las que causan la mayor mortalidad en la población y también de la mayor morbilidad y otros problemas, como se verá posteriormente. Esta problemática se ha ido incrementando en las sociedades desarrolladas, especialmente a partir de los años 60 y 70, coincidiendo con una mejora de la economía, el aumento de intercambios entre países y continentes de personas y productos y grandes cambios en los valores sociales. De ahí que, la prevención del consumo de drogas se vea como una de las mejores alternativas para que este problema, no se haga incontrolable y se le pueda hacer frente (Becoña, 2002).

En cuanto a los datos existentes sobre el consumo que se da en los jóvenes, se dispone de la encuesta ESTUDES, del Plan Nacional sobre Drogas, que recoge información a nivel estatal. Sin embargo, es conveniente también tener en cuenta datos de consumo específicos del municipio de Alfafar. Para ello, existen dos estudios epidemiológicos realizados tanto en el mismo municipio, como en la Comunidad Valenciana. El primero es un TFM del Máster en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas a las Drogodependencias (DITPA) de la Universidad de Valencia (UV), llevado a cabo por Fernández Rendo (2013). Y el segundo, un estudio realizado también en Alfafar, editado por la Unidad de Prevención de Conductas Adictivas (UPCCA).

- **Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Año 2014-2015**

Se trata de una encuesta que el Plan Nacional sobre Drogas realiza cada dos años, desde el 1994, sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de toda España (ESTUDES). El objetivo de ésta es conocer la situación y las tendencias de los consumos de drogas, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas de los estudiantes para orientar las intervenciones preventivas. Para ello se utilizó una muestra de 37.486 estudiantes de 941 centros educativos públicos y privados y 1.858 aulas.

En primer lugar, en la Figura 1 se observa un ligero descenso del consumo de las 18 sustancias analizadas, con respecto al año 2012. A excepción de la cocaína, que se mantiene

aproximadamente igual y la heroína, aunque el consumo de esta última en los jóvenes es muy escaso.

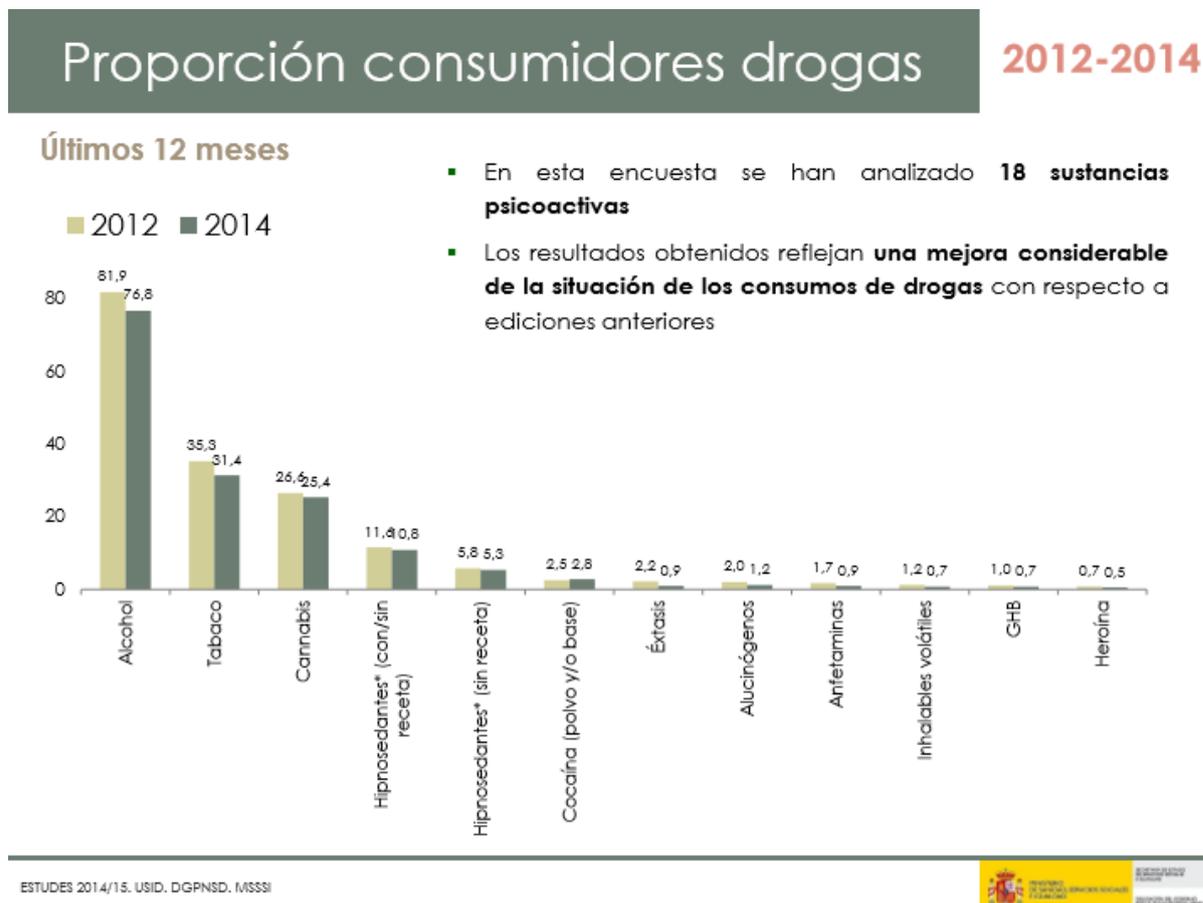


Figura 1: Proporción de consumo de sustancias según ESTUDES (2014-2015)

Respecto a las diferencias de sexo, continúa siendo superior el consumo de drogas legales en las mujeres y de drogas ilegales en los hombres. Quizás porque las mujeres tienen una mayor percepción de riesgo de las sustancias ilegales que los hombres. Sin embargo ellas comienzan antes a consumir las drogas legales (tabaco y alcohol) e hipnosedantes con o sin receta, ya que la edad de inicio del consumo, cuanto más temprana, más riesgo.

En cuanto al consumo de tabaco, se está llegando a mínimos históricos, ya que se observa una tendencia descendente en el consumo de ésta droga. Lo cual, se corresponde en gran parte con las medidas legales llevadas a cabo en 2005 y 2010 (Ley 28/2005 y Ley 42/2010), reguladoras de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad del tabaco. Tanto la cantidad de jóvenes que consumen, como en el número de cigarrillos de los que sí lo hacen se han visto reducidos. Además, y como un dato relacionado con la prevención familiar, también se reduce el número de estudiantes que viven en hogares donde se fuma diariamente.

Respecto al alcohol, su consumo continúa siendo elevado y con una tendencia estable, a pesar del ligero descenso del 2014, con respecto al 2012. Aunque sí se puede destacar cierto descenso también del consumo intensivo de ésta sustancia, es decir, de las borracheras o del *binge-drinking* (consumo de 4 o 5 unidades de alcohol en menos de dos horas), aunque los datos no dejan de ser preocupantes, sobre todo teniendo en cuenta que más de la mitad hacen botellón y muchos continúan teniendo un consumo de riesgo durante el fin de semana.

También destaca, como dato a tener en cuenta para el estudio sobre prevención familiar, que el modo más habitual de obtener ésta sustancia, es por parte del mismo joven, a pesar de que la venta de alcohol a menores es algo ilegal, lo que quizás apunte a la necesidad de redirigir las actuaciones preventivas en la venta de ésta droga a menores. No obstante, no es menos llamativo el hecho de que, la segunda forma de obtención de ésta sustancia sea con la ayuda de otra persona mayor de 18 años, siendo éstos, muchas veces, los mismos familiares.

Para el consumo de hipnosedantes, generalmente benzodiacepinas, como por ejemplo el famoso *Valium* o el *Diacepam*, etcétera; con o sin receta, nos encontramos con una tendencia ascendente, duplicando el consumo en mujeres con respecto al de los hombres, a pesar del ligero descenso con respecto al 2012. Sin embargo, se ve como el consumo de esta droga sin receta continúa disminuyendo desde el año 2010 considerablemente, siendo un gran porcentaje del consumo recetado por el médico.

En lo que respecta al cannabis, consumido preferentemente por los varones, su consumo continúa descendiendo, siendo mayor el de marihuana que el de hachís, o la combinación de ambos, y casi siempre mezclado con tabaco. No obstante, teniendo en cuenta que un 25.4% lo han consumido en el último año, continúa siendo muy preocupante.

Sobre la cocaína, nos encontramos con una tendencia más o menos estable, que aumenta de manera lineal con la edad, preferentemente en los varones. En este sentido, aunque sólo un 2.8% han consumido en los últimos 12 meses, hay que continuar actuando, ya que se trata de una sustancia muy adictiva y dañina.

En cuanto al consumo de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos, inhalables volátiles y heroína, continúa siendo bajo. Esto ocurre también porque es un consumo cuya edad de inicio es más tardía, por lo que tampoco cabe ignorar estas sustancias, que pueden ser altamente peligrosas.

Respecto a algunas sustancias emergentes en el mercado, como la spice, mefedrona, ketamina o salvia, un 4% de los estudiantes las han consumido alguna vez y casi la mitad han oído hablar de ellas (46.3%). Destaca de éstas sustancias que el perfil de consumo es de jóvenes que consumen o han consumido alguna vez drogas tanto legales como ilegales, que se da una alta

percepción de disponibilidad de éstas sustancias y un abaja percepción del riesgo de consumirlas.

Por otro lado, en el tema de la percepción del riesgo, el alcohol continúa con una percepción muy baja. Además, se percibe como más peligroso el tabaco que el cannabis, lo que invita a continuar desmintiendo mitos acerca del cannabis. En general, el riesgo percibido para el consumo habitual, es superior para las mujeres, sobre todo para las sustancias ilegales.

En cuanto a la disponibilidad percibida de las diferentes sustancias, disminuye ligeramente para todas, menos para el alcohol y el tabaco, que continúa siendo muy elevada, siendo la forma mayoritaria de disponer de alcohol y tabaco a través de los mismos jóvenes.

Por otra parte, debido a que los datos de 2014-2015 no muestran edades de inicio al consumo de las sustancias más comunes, se han tenido en cuenta las edades del ESTUDES 2012-2013, que son las siguientes: tabaco 13.6 años, alcohol 13.9 años, hipnosedantes (benzodiazepinas) 14.3 años, heroína 14.4 años, cannabis 14.9 años, alucinógenos 15.4 años, cocaína 15.5 años, anfetaminas 15.5 años y éxtasis 15.8 años.

Dicho esto, puesto que la edad media de inicio al consumo se sitúa entre los 13 y 16 años, teniendo en cuenta que la prevención al consumo se ha de comenzar, como mínimo dos años antes de la edad de inicio para que sea efectiva, se podría entrenar a los padres y madres para que, cuando sus hijos e hijas tengan unos 11 años, empiecen a estar atentos con la prevención específica del consumo de drogas legales en sus hijos; siendo a los 12 o 13 la edad para la adecuada prevención específica del consumo del resto de sustancias ilegales.

- **Estudio sobre el consumo de alcohol y cannabis en adolescentes del municipio de Alfafar**

El estudio de Fernández Rendo (2013), realizado específicamente con población adolescente del municipio, sobre el consumo de alcohol y cannabis (aunque también miden el de tabaco y el de cocaína), se basa en una muestra compuesta por 417 alumnos/as de ESO de los centros docentes de Alfafar.

Los resultados obtenidos sobre el consumo de sustancias son que un 98.4% consumen alcohol, un 44.3% tabaco, un 26.6% consumen cannabis y un 3.6% cocaína.

Respecto a la edad de inicio del consumo, fue de 12.47 años para el alcohol, 12.67 años para el tabaco, 13.24 años para el cannabis y 14.71 años para la cocaína.

En cuanto al policonsumo (consumo de dos o más sustancias) se observa que:

- De los consumidores de cannabis un 94.1% consume a su vez alcohol, y entre los consumidores de alcohol, un 25.4% consumen cannabis.
- De los consumidores de cannabis un 94.1% consume tabaco, y de los que consumen tabaco un 56.5% consume cannabis.
- Respecto al consumo de tabaco y alcohol, de los que consumen tabaco un 96.5% consumen alcohol, y de los que consumen alcohol un 43.4% consume tabaco.

De lo que se puede deducir que la gran mayoría de los consumidores de cannabis, de ésta población, consumen alcohol y tabaco. También que más de la mitad de los fumadores o fumadoras han consumido cannabis y que la gran mayoría de los que fuman consumen alcohol.

Respecto a los consumidores de alcohol, el total son 189 sujetos de los cuales 96 son chicas (50.8%) y 93 chicos (49.2%). La edad de inicio, como se ha reflejado antes, es de 12.4 años.

También cabe señalar que un 83.6% de la muestra consume alcohol junto con otros consumidores, un 2.1% lo hace solo y un 13.8% lo hace de ambas formas.

Puesto que, además, un 28,8% afirma consumir en bares o pubs, podemos pensar que la mayoría lo obtiene en comercios o a través de familiares o amigos.

Con respecto a la cantidad máxima de consumo, ésta oscila entre 10 g y 435 g. Y los días consumidos en los últimos seis meses oscilan entre 1 y 54, con una media de 12 días en los últimos seis meses.

- **Estudio sobre el consumo de drogas entre adolescentes en espacios de ocio**

A continuación se muestran los datos extraídos del estudio de Martínez Fernández (2015), editado por la UPCCA de Alfajar, sobre el consumo de drogas de los adolescentes, llevado a cabo desde la misma y, por tanto, específico para esta población diana, para el cual la técnica de prevención entrevista a los jóvenes de éste municipio directamente en los espacios de ocio donde se reúnen. Esta investigación se compone de una muestra de 374 jóvenes y se llevó a cabo para la aplicación del programa *Controla't*, cuyo objetivo es la reducción de riesgos por consumo abusivo de alcohol.

En cuanto al conocimiento sobre los riesgos del consumo de alcohol, el 90% admitió que los conocía todos los que se contemplaban en la encuesta. Los más populares fueron el coma etílico

(84.8%) y los vómitos (75.1%). Por otro lado, cabe destacar que la dependencia al alcohol solo la contemplaba un 4.6% de los jóvenes.

También se comprobó que la mayoría consume alcohol cuando sale (85.3%) y que las bebidas más consumidas por parte de estos jóvenes, fueron el ron (40.1%) y el vodka (52.2%).

Respecto a los motivos por los que beben alcohol, éstos son muy variados. Un 79.4% lo hace porque se divierte más, y un 38.4% simplemente porque le gusta. Lo que llama la atención es el escaso porcentaje de personas que admiten que consumen para perder la vergüenza (22.1%), hacer amigos (10.2%), o para ligar (9.8%).

Además, el policonsumo se hacía principalmente con tabaco, con un 39.8%, con porcentajes poco significativos para el consumo de cannabis, éxtasis, cristal y cocaína. El resto, un 68%, afirma no consumir nada más que alcohol.

En la misma línea, el 89.3% de los jóvenes de la muestra acuden a botellones, sin que esto quiera decir que consumen alcohol necesariamente, ya que un 22.3% admitía no consumir alcohol en el botellón; y un 19.3% nos contestaron que consumían alcohol en fiestas y los fines de semana.

El binge-drinking, por otra parte, no es tan común en esta muestra de jóvenes, ya que, de los jóvenes que acudían al botellón, sólo un porcentaje del 38.5% lo había hecho alguna vez en su vida, en contraste con los datos del ESTUDES 2012-2014, que marcan que un 32% lo hicieron en el último mes.

- **Conclusiones sobre el consumo en Alfajar:**

Según lo expuesto anteriormente, es necesario comparar y agrupar la información aportada de las tres fuentes para tener un conocimiento más ajustado y genérico sobre el consumo de drogas en los jóvenes para éste municipio.

En este sentido, puesto que la prevención universal se ha de hacer al menos dos años antes del consumo de la sustancia específica que se pretenda trabajar, será necesario comenzar al menos a los 10 o 11 años a prevenir el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco), y a los 12 de drogas ilegales (cannabis y cocaína), cosa que se corresponde con los datos del ESTUDES, aunque sí que se observa con respecto al cannabis que se comienza más de un año antes a consumirlo en el municipio de Alfajar (13.24 años) que en la población general (1.9 años).

Además, el consumo de tabaco parece constituir, para esta población, una puerta de entrada al consumo de cannabis, ya que resulta muy alarmante que de los consumidores de tabaco un

56.5% consuma cannabis, cosa que supera los índices de policonsumo de tabaco con cannabis del ESTUDES 2014-2015.

El inicio al consumo de alcohol continúa dándose a edades muy tempranas, en un porcentaje casi del total de los jóvenes (98.4%), por lo que en secundaria ya es preciso tratar temas de alcohol para la reducción de riesgo en cuanto al consumo más que para la prevención o el retraso del inicio al mismo.

En cuanto a salir de fiesta, que es el momento en que más se consumen drogas por parte de los jóvenes, más de la mitad afirma hacerlo entre 3 o 4 noches a la semana, lo que indica que se trata de una población en que se sale bastante a edades tempranas.

Por otra parte, aunque la gran mayoría (90%) afirma conocer los diferentes patrones de consumo, el *binge-drinking* no es tan común en esta muestra de jóvenes, ya que, de los jóvenes que acudían al botellón, sólo un porcentaje del 38.5% lo había hecho alguna vez en su vida, en contraste con los datos del ESTUDES 2012-2014, que marcan que un 32% lo hicieron en el último mes.

1.2 LA NECESIDAD DE HACER PREVENCIÓN FAMILIAR

- **Qué es la prevención del consumo de drogas**

Los tratamientos de drogodependencias, debido a que se trata de un aspecto con diferentes causas, muchas veces se quedan más pobres de lo deseado, es por ello que se ha considerado la prevención como una intervención prioritaria y con la mejor relación coste/beneficio (Secades Villa, Fernández Hermida, García Fernández, Al-Halabi Díaz, 2011).

En este sentido, el problema de las drogodependencias no solo tiene consecuencias negativas tiene para la persona, sino para la sociedad en general, incluyendo a la familia, la sanidad, la economía, etcétera. Ante esta problemática, la prevención ha ido evolucionando al mismo tiempo que se iban detectando nuevos problemas relacionados con el consumo de drogas en las diferentes sociedades. Es por ello que actualmente podemos hablar de la ciencia de la prevención, ya que se conocen relativamente bien los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas y se dispone de modelos teóricos adecuados, así como de programas preventivos de buena calidad científica (Becoña, 2012).

La prevención de las drogodependencias podría definirse como un “*proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la*

calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas” (Martín, 1995).

Así, prevenir es educar a los individuos para que sean responsables ante el uso de drogas, retrasar la aparición del mismo, modificar aquellas condiciones del entorno sociocultural que puedan llevar a comportamientos que conduzcan al problema, intervenir en sus causas, bien modificando el entorno, bien ayudando al sujeto a superarlo, ofertando y generando alternativas que puedan ayudar a solucionar el problema e interviniendo en las estructuras legislativas que puedan facilitar los aspectos anteriores (Carcelén, Senabre, Morales, Wenz, I. y Romero, 2009).

En cuanto a los objetivos de la prevención de drogodependencias, no se trata de intentar que nunca nadie consuma drogas, se ya de ser realista, ya que, algunas de las sustancias psicoactivas como por ejemplo el alcohol, la cafeína, etcétera, no vamos a conseguir que no las consuma nunca nadie, puesto que están instauradas y normalizadas en nuestra cultura, pero sí se puede, por ejemplo, reducir el consumo de las mismas, entre otras cosas. En este sentido, se destacan los siguientes objetivos de la prevención según Becoña, (2012):

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Reducir el número y tipo de drogas utilizadas.
3. Evitar la transición del uso de una droga al abuso y dependencia de la misma.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o con problemas de abuso o dependencia de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones sociales y culturales y proporcionar alternativas de vida saludables.

- Los tipos de prevención existentes:

A continuación se exponen los diferentes tipos de prevención de drogodependencias existentes, en función del estilo preventivo que se trabaje, de la población a la que va dirigida y/o de ciertas características de la misma:

La forma de diferenciar la prevención del consumo a la prevención realizada en el tratamiento de la enfermedad de la drogodependencia, que en la actualidad continúa utilizándose, es la propuesta por Caplan, (1980) que identifica tres tipos, primaria, secundaria y terciaria, siendo

ésta última una prevención basada más en las recaídas y la rehabilitación que en el inicio del consumo:

- Primaria:

Se interviene antes de que surja la enfermedad, para impedir la aparición de la misma. Se orienta a tomar medidas para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección

- Secundaria:

El objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, parar el progreso de la enfermedad que se encuentra en los primeros estadios. Se orienta a que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor.

- Terciaria:

Se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

También se pueden distinguir tres tipos de prevención en función de las personas a las que va dirigida (Gordon, 1987), lo que supone una manera de incidir más en los factores de riesgo, siendo la clasificación más aceptada en la actualidad:

- Universal:

Se dirige a la población general, es decir, a todos los niños y niñas, o jóvenes, beneficiando a todos por igual; también a sus familiares y a la comunidad en su conjunto.

- Selectiva:

Se dirige a un subgrupo de jóvenes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de los adolescentes (jóvenes con cierto riesgo).

- Indicada:

Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores (jóvenes con alto riesgo).

Por otra parte, se puede hacer prevención de drogodependencias de manera específica, es decir, orientada de modo concreto a prevenir el problema de las drogas; o inespecífica, orientada a otro tipo de actividades no directamente relacionadas con las drogas, tales como iniciativas para

ocupar el tiempo libre, fomentar actividades deportivas, culturales y artísticas, crear asociaciones juveniles, fomentar el desarrollo y autonomía personal, etcétera, cara a facilitarles las condiciones para que no aparezca el problema (Calafat, 1995).

Además, se puede clasificar la prevención en subgrupos como la escolar, la familiar, la laboral, la comunitaria, etcétera. Pero en esta investigación sólo se toma en consideración la prevención familiar, que es la que se va a estudiar.

- Las Unidades de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA):

En la mayoría de los casos, las intervenciones relacionadas con la prevención de drogodependencias se realizan desde las Unidades de Prevención Comunitaria (UPCCA), que constituyen el servicio público encargado de esta labor y suelen estar ubicadas en los ayuntamientos de las distintas localidades.

Éstas dependen del III Plan Estratégico de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana (2014), que es un recurso del Ayuntamiento de Valencia que pertenece a la Concejalía de Sanidad y Consumo.

Así, la Comunidad Valenciana, para los municipios de más de 20.000 habitantes o mancomunidades, cuenta con Unidades de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA), distribuidas por toda su geografía. Entre las que se encuentra la UPCCA del municipio de Alfajar, coordinada por la Educadora Social Laura Martínez Fernández, desde la que se realiza esta investigación.

La UPCCA del municipio de Alfajar, cuenta, por supuesto, con su III Plan Municipal de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2016-2019, que marca las directrices a seguir, específicas del municipio, en materia de prevención del consumo de drogas y en el que se enmarcan los objetivos a conseguir en cuanto a la prevención familiar y los modos de proceder para conseguirlos, junto con la propuesta de actividades anual que también se elabora desde la misma.

- La prevención familiar

Uno de los ámbitos fundamentales en los que se trabaja desde las Unidades de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA), es el familiar. Más específicamente, en cuanto

a la prevención en este ámbito, desde el III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana (2014) se establece la necesidad de dotar a las familias, desde las UPCCA, de herramientas prácticas para la prevención del consumo de drogas a través del diseño e implantación de programas y actividades sensibilizadoras, informativas, formativas... dirigidas a los progenitores y al fomento de espacios de encuentro y aprendizaje conjunto entre padres e hijos en materia de educación para la salud.

- La familia como uno de los principales agentes educadores:

La educación desde la familia ha tenido diversos enfoques que han evolucionado al mismo tiempo que lo ha hecho la sociedad. Así, por ejemplo, tradicionalmente, la educación desde la familia era de carácter coactivo, prohibitivo y represivo de los instintos y de las conductas contrarias a la moral que había en esa época, de carácter religioso principalmente.

Por contra, Rousseau (1762), instauró el “*optimismo antropológico*”, que defiende una educación exenta de autoritarismo e imposiciones. Con Neill (1971) como uno de sus mayores admiradores: “*Creo que imponer algo, sea lo que fuere, con autoridad es injusto. El niño jamás debería ser forzado a hacer algo antes de haber llegado por sí mismo a la idea –su idea- de que debe hacerlo. La maldición que pesa sobre la humanidad es la coacción exterior, tanto si viene del papa, como del Estado o del profesor. Es fascismo*”.

No obstante, existe un enfoque que busca el equilibrio entre ambas concepciones, se trata del “*realismo pedagógico*”. Este consiste principalmente en la negociación entre padres e hijos, aunque no será una negociación en igualdad de condiciones, ya que la opinión de los padres tendrá más valor, pero siempre ha de estar argumentada lógicamente hacia los hijos (Rivas, 2004).

Por otro lado, existe la concepción bastante asentada en la pedagogía de que “*la familia es, en todas las sociedades, la primera escuela del ser humano*” (Rivas, 2004). Por lo que en ella se adquieren conocimientos básicos sobre la cultura, los primeros hábitos, conductas, etc. Este tipo de enseñanzas pueden ser involuntarias, es decir, mediante la observación e imitación del educando, ya que los padres y madres actúan como referentes o ejemplos a seguir para los hijos; o pueden realizarse con una intencionalidad, siendo el padre o la madre consciente de enseñar a su hijo algo concreto que previamente hayan decidido.

En este sentido, educar y socializar son acciones difícilmente separables ya que ambas se dan al mismo tiempo en la familia. “*La familia es el primer tejido social que enseña al niño las bases de la vida humana en una dinámica de interacciones recíprocas (...) Es el espacio vital donde el*

niño recibe las primeras estimulaciones (...) que le convierten en un miembro activo de su comunidad, e incorporan las pautas culturales de su entorno” (Aguilar Ramos, 2001).

En definitiva, la familia se encarga de la “**socialización primaria**” de la persona, mediante la transmisión de valores, normas, conductas, etcétera, necesarios para vivir en sociedad. Esta primera socialización, a la que Savater (1997) describe críticamente como la “*estandarización social del sujeto*”, servirá de base para el siguiente nivel, la “**socialización secundaria**”, en la que participarán la escuela y el grupo de iguales, más que la familia.

Dicho esto, es evidente que la familia va a influir sobre la vida presente y futura de las niñas y niños. Sin embargo, desde la educación formal existe una crítica muy concreta hacia la familia y es que se le acusa de delegar esta tarea a la escuela, por lo que la familia ha perdido importancia como agente educativo, al contrario de lo que sucede con la escuela (Gil Colomer, 1991).

Pero, no se debe olvidar que la familia se presenta como un ámbito imprescindible para una buena “**Educación para la Salud**” de los jóvenes, ya que, como se señaló anteriormente, en todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del niño. La misma tiene su mayor peso en la infancia, que es cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor, siendo sus padres los referentes más importantes (Maccoby, 1992). De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño o la niña, lo que será determinante para cuando sean adultos.

- El papel de la familia en la prevención del consumo de drogas:

Puesto que las primeras interacciones de los niños ocurren en la familia, a veces la situación familiar aumenta el riesgo de que el niño abuse de las drogas en el futuro (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2004). De manera que existen factores familiares que influyen en la probabilidad de inicio y de mantenimiento del consumo de drogas en los hijos, como por ejemplo las actitudes hacia su consumo por parte de la familia, el estilo educativo, una desorganización familiar, la falta de apego, etcétera. Éstos se dan al mismo tiempo que otro tipo de factores interpersonales y contextuales igual o más importantes, sobre todo en la adolescencia. Por esta razón, puede considerarse conveniente la integración de estrategias preventivas familiares (Secades Villa et al., 2011).

Además, la prevención familiar ha aumentado su relevancia en los últimos años al conocerse cada vez más por los factores de riesgo y protección (Hawkins, Catalano, y Miller, 1992). Así, los programas de prevención pueden fortalecer los factores de protección en los niños y jóvenes enseñándoles a los padres y madres a comunicarse mejor con la familia, la disciplina apropiada,

la implementación consistente y firme de las reglas, entre otros enfoques. Las investigaciones confirman los beneficios cuando los padres proporcionen reglas y disciplina consistentes, hablándoles a los hijos sobre las drogas, vigilando sus actividades, conociendo a sus amigos, comprendiendo sus problemas y preocupaciones e involucrándose en su educación (NIDA, 2004).

Por otra parte, otro hecho que ha facilitado el surgimiento de los programas preventivos familiares es que los programas preventivos escolares suelen tener un apartado dedicado a la familia. A raíz de ahí, se vio que en otros casos era necesario incidir de modo más intensivo en ella, por lo que se empezaron a elaborar programas preventivos con el único objetivo de centrarse en la familia (por ejemplo, García-Rodríguez, 2000).

Como se verá más adelante, lo que hacen estos programas es fomentar habilidades educativas y de comunicación, aumentar las competencias de los padres y madres y su capacidad para la resolver problemas, además de concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos (Plan Nacional sobre Drogas [PNSD] 2000-2008, 2000).

En esta línea, se sabe que las actividades de prevención centradas en las familias tienen mayor repercusión que las estrategias que se centran en los padres y madres solamente o en las hijas e hijos solamente. Por tanto, la necesidad de implicar a la familia en el proceso educativo de los hijos es determinante a la hora de prevenir las drogodependencias (Becoña, 2002).

Por otro lado, una premisa esencial para que esta consideración pueda ser tomada en cuenta seriamente es que la prevención se base en sólidos fundamentos y se encuentre respaldada por la investigación científica (Secades Villa et al., 2011). Es por eso que los programas de prevención familiar se han ido centrado hasta ahora en aspectos como el fortalecimiento de los valores humanos, la comunicación, la resolución de problemas, la autoestima, el establecimiento de normas, etcétera, como factores de protección, al mismo tiempo que se pretenden reducir los factores de riesgo para el consumo de drogas en los jóvenes desde las familias. En este sentido, son varios los autores que han ido demostrando no sólo la importancia de este tipo de programas de prevención, sino también su eficacia (Farrington y Hawkins, 1991, Kumpfer, 1996; Szpocznik's, 1996; Webster-Stratton, 1981, 1982a, 1982b, 1984).

En relación a la efectividad de estos programas, una revisión de Cochrane de 17 estudios controlados aleatorizados (Gates, McCambridge, Smith y Foxcroft, 2006) sobre los efectos de los programas preventivos no escolares, demuestra cómo los más efectivos son los familiares. Entre estos estudios se incluían cuatro tipos de intervenciones: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento en habilidades y programas familiares e intervenciones en la comunidad con componentes múltiples.

También, en cuanto a la relación coste-beneficio de los programas de prevención familiar, algunas investigaciones (Abbott, R. y Hill, 1999; Aos, Phipps, Barnoski y Lieb, 2001; Hawkins, Catalano, Kosterman; Pentz, 1998; Spoth, Guyull y Day, 2002) han mostrado que prevenir el abuso de drogas y otras conductas problemáticas puede producir beneficios para las comunidades que excedan los costos monetarios.

- La importancia del estilo educativo familiar como prevención para el consumo de drogas

Como se ha mencionado anteriormente, las pautas de crianza de la familia en la educación para la salud de los hijos son muy importantes, por lo que también pueden influir en el consumo de drogas de los mismos. Así, los estilos parentales, entendidos como el modo en que los padres educan a sus hijos, aplican normas y el tipo de autoridad que ejercen sobre ellos, y son algunos de los aspectos familiares más ampliamente estudiados. Se sabe que pueden influir de manera indirecta en el consumo de drogas. También en el rendimiento académico, el grupo de iguales, la agresividad y la delincuencia, la ansiedad, la depresión, la impulsividad y el autocontrol, etcétera, que en mayor o menor medida son factores de riesgo para el mismo consumo (Becoña, 2012).

En este sentido, Schaefer (1959) clasificó los estilos educativos, en función del control disciplinario y la calidez afectiva, en cuatro tipos:

- Democrático: alta calidez y alto control
- Sobreprotector: alta calidez y bajo control
- Autoritario: frialdad afectiva y alto control
- Negligente: frialdad afectiva y bajo control

Baumrid (1971), en sus estudios establece la misma relación, construyendo una figura compuesta por cuatro cuadrantes que divide los cuatro estilos parentales en función del nivel en que se dan sus características principales de control y afecto, tal como se muestra en la Figura 1 a continuación:

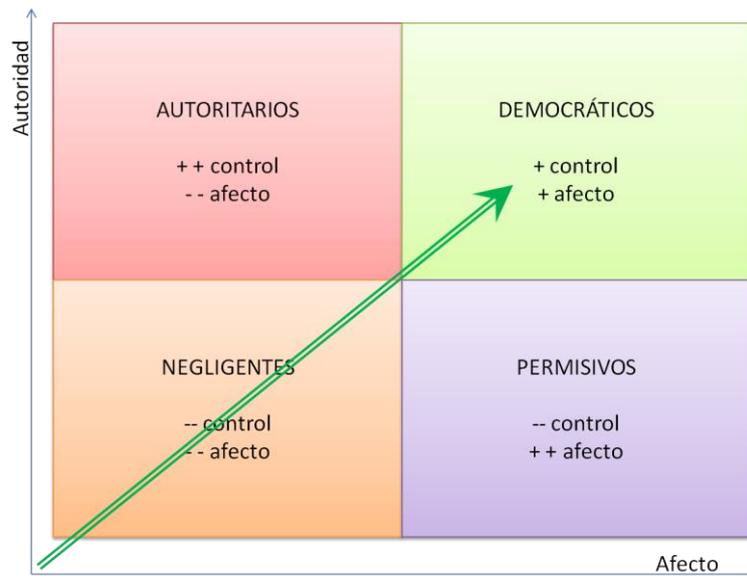


Figura 1: Los estilos parentales

Así, el padre o la madre con autoridad, democrático/a o autoritativo/a, sería sensible y al mismo tiempo exigente; respeta la autonomía de sus hijos, tiene una buena comunicación con ellos y establece reglas flexibles. Además les proporciona afecto. Cuando aplica castigos estos son razonables, aunque también firmes, explicándoselos a sus hijos y argumentándolos con ellos. Sus hijos tienen una gran confianza y autocontrol y son socialmente competentes. Tienen un mejor rendimiento escolar y una elevada autoestima.

El padre o la madre permisivo/a o sobreprotector/a impone casi restricciones a sus hijos, por lo que muestra un amor incondicional, proporcionándoles mucho afecto. Es poco exigente, utiliza poco el castigo y permite que el niño regule su propia conducta. Tiene una confianza total en sus hijos, por lo que les da mucha libertad, ya que espera que tengan un comportamiento maduro. No establece límites a la conducta. Fomenta la independencia y la individualidad.

El padre o la madre autoritario/a establece normas con poca participación del niño. Espera que obedezcan sus órdenes. El incumplimiento de sus normas tiene como consecuencia castigos bastante duros, a menudo físicos. Ejerce una disciplina basada en la afirmación del poder. Sus exigencias con frecuencia son inadecuadas y poco razonables. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles y la independencia escasa. Por ello el niño tiende a ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia mientras que los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

El padre o la madre indiferente o negligente es aquel que ni impone límites, ni tampoco proporciona afecto. Se centra en sus propios problemas y no le queda tiempo para sus hijos. Si

además los padres son hostiles entonces los niños tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conductas delictivas.

Dicho esto, según Becoña, 2012, al buscar una relación entre el estilo parental y el consumo de drogas, la investigación indica que el estilo autoritario o democrático es la mayor protección contra el uso de sustancias, mientras que el estilo negligente o indiferente aumentaría el riesgo de consumo de drogas.

Para el alcohol, el estilo democrático es el que presenta índices de menor consumo de alcohol, mientras que el consumo aumenta ante la presencia de conflictos familiares o relaciones insatisfactorias, el rechazo, la sobreprotección y el bajo calor emocional y el estilo autoritativo o permisivo. Destacando la importancia del ambiente familiar, así como el hecho de que los padres o consuman, ya que esto también incide en los hijos.

También es el estilo democrático el que apunta a un menor consumo de tabaco, aunque no está tan claro como sucede para el consumo de alcohol. Destaca la importancia del control parental, en contra de los estilos permisivos o negligentes que suelen asociarse al consumo de tabaco. Es relevante el consumo de tabaco de los padres y hermanos como factor de riesgo.

Respecto al consumo de cannabis, aunque hay pocos estudios para esta sustancia, parece que a mayor control parental, menor frecuencia de consumo en los padres y madres y mejor apego, menor consumo.

- Evolución histórica de la prevención familiar

Tener en cuenta la evolución histórica de la prevención familiar, es fundamental para poder comprender los avances que se han dado, en no demasiados años, para aprender de los errores y, principalmente para continuar mejorando.

Los programas de prevención familiar son muy recientes en la historia, aparecieron en los años 80 y a partir de entonces se han producido grandes avances en este aspecto, según Martín González, (2005):

- “Configuración del problema de las drogas”. Años 80:

Esta época se caracteriza por la creación de las primeras redes asistenciales de drogodependencias en nuestro país.

La prevención era escasa y centrada principalmente en la institución escolar. Las pocas acciones dirigidas a familias eran puntuales y sin continuidad en el tiempo, con un carácter informativo sobre las drogas, en formato de “charlas”, en muchos casos realizadas por “expertos”, pero alejados del contexto familiar, por ex-adictos o miembros de las fuerzas de seguridad.

Además, una de las principales características de esta época era la inexistencia de evaluación y la no adecuación a las necesidades y exigencias de las familias.

- “Época de los grandes cambios”. Años 90:

Se dan cambios más profundos relacionados con la aparición de nuevas sustancias y de nuevos patrones de consumo relacionados con el uso recreativo de drogas, entre ellos el consumo de alcohol y otras drogas por jóvenes en horarios y espacios de ocio, generalmente durante el fin de semana, consistente en la búsqueda intencionada de la embriaguez.

De ello surge la necesidad de nuevas formas de concebir la prevención y de impulsar nuevas estrategias, en que se implique más a la familia, se introduzcan alternativas de ocio, etcétera.

Los cambios se caracterizan por un pequeño aumento de la prevención con familias; un carácter más formativo, no únicamente informativo; con una visión más amplia de la prevención y programas multicomponentes; con materiales didácticos dirigidos expresamente a familiares. También comienzan a aparecer algunas formas de evaluación de resultados, no solo del proceso.

- Primera década del siglo XXI:

Se producen enormes avances desde las organizaciones públicas y sociales de carácter internacional como el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), que sitúa a España entre los países más avanzados en prevención, aunque, la prevención familiar continúa siendo la más deficitaria, que ni siquiera se contemplaba como objeto de estudio en el Plan Nacional sobre Drogas.

Los principales cambios consisten en la existencia de más programas familiares, mejores metodológicamente, más adaptados a la realidad y con diferentes tipologías realizadas simultáneamente (folletos, programas para familiares, programas para familias con hijos, etcétera); la mayoría de iniciativas son impulsadas por alguna ONG, siendo desigual la implicación de los Planes Autonómicos sobre Drogas; los programas tienen mayor continuidad en el tiempo; mejora la calidad de la evaluación, incluso de resultados, con diseños cuasi-experimentales.

No obstante, los programas continúan siendo de baja calidad, con escasa evaluación, con enormes insuficiencias en la cobertura de familias, con una baja percepción de riesgo, escasa

investigación, necesidad de construir la prevención familiar a partir de otros ámbitos, no sólo las escuelas.

- **La prevención familiar desde la UPCCA de Alfajar**

El municipio de Alfajar se ubica en la comarca de L'Horta Sud, en la provincia de Valencia y pertenece al partido judicial de Catarroja. Se caracteriza por la continuidad y colindancia con otras poblaciones, y con el continuo tránsito de los vecinos de estos municipios.

Tiene una población de derecho de 21.299 habitantes, según datos del Padrón Municipal de Habitantes de Julio 2015, siendo la población más abundante la de entre 30 y 44 años, que coincide con la edad de las familias participantes en el estudio.

Respecto al tipo de familia más extendida en el municipio es la formada por un solo núcleo familiar, si bien se detecta un ligero aumento de las familias monoparentales (separación, divorcio, madres solteras) y las familias donde residen más de un núcleo familiar, preferentemente entre la población inmigrante, tal como se indica en el *III Plan Municipal de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2016-2019* de la UPCCA de Alfajar.

Los objetivos futuros para la prevención familiar que se propone la UPCCA de Alfajar en el *III Plan Municipal de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2016-2019*, son los siguientes:

- Crear espacios de referencia para tratar temas de prevención de drogodependencias. Para ello es necesario apoyar a las familias de manera presencial. Por tanto, se propone como objetivos específicos formar al menos al 20% de familiares, así como resolver el 100% de las demandas de los familiares que acudan a la UPCCA.
- Adaptar un programa preventivo en soporte digital. Para apoyar el papel de las familias, en materia de prevención de drogas, de manera virtual. Para ello, como objetivos específicos se propone hacer llegar la formación al menos al 20% de familias, así como facilitar el acceso de las mismas a los programas de prevención online.

En cuanto a las acciones sobre prevención familiar emprendida desde la UPCCA del municipio de Alfajar, todos los años se lleva a cabo un taller de prevención familiar que se ofrece de forma presencial a los familiares de todos los centros educativos del municipio, tanto públicos, como privados.

Sin embargo, a pesar de ser ofertado a la totalidad de centros, puesto que el hecho de que se lleve a cabo o no depende de la decisión de los equipos directivos de los mismos, la participación es escasa ya que suelen aceptarlo únicamente dos de ellos: el CEIP Orba y el CP La Fila, por lo que la falta de predisposición de los centros escolares se podría considerar como un impedimento para este tipo de prevención.

Por otro lado, la asistencia a los talleres por parte de los familiares también es escasa en comparación con la totalidad de padres y madres que hay para cada centro. Por ello, otro factor a tener en cuenta es la baja participación de los familiares en los talleres, pudiendo deberse a diversos motivos que se desconocen, como podría ser la falta de tiempo de los padres y madres por motivos laborales, una mala difusión de la información sobre el taller por parte de los colegios, una falta de interés por parte de las familias, etcétera.

1.3. CRITERIOS QUE AUMENTAN LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR

En la actualidad, la eficacia de los programas de prevención familiar se ha demostrado en varias investigaciones, por lo que, se dispone de una serie de programas que funcionan eficazmente en la prevención de las drogodependencias ya que han sido sometidos a todo un proceso de investigación y cambio a través de evaluaciones y meta-análisis.

Es de interés, para esta investigación, hacer un repaso de diferentes estudios que han demostrado ciertos criterios que aseguran una mayor eficacia de los programas de prevención familiar.

Para ello, se revisaron los primeros programas de prevención, de décadas anteriores a los años 90, que se basaban en la mera transmisión de información, en la consideración únicamente de causas personales para el inicio al consumo de drogas o únicamente de factores ambientales. Sin embargo, es a partir del 1990, cuando surgen modelos más integrativos multicausales, además de que comienza a verse la necesidad de utilizar programas basados en la evidencia científica, tras el surgimiento del modelo de habilidades generales, que consisten en no sólo entrenar a los destinatarios en habilidades específicas sobre las drogas, sino de ir más allá (Becoña, 2012).

En este sentido, el Plan Nacional sobre Drogas [PNSD] (1996), ya proporcionaba tres premisas básicas que deben tener todos los programas de prevención para que sean eficaces:

1. Deben tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.
2. Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
3. Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas

Del mismo modo, el Center for Substance Abuse Prevention [CSAP], (2001) enumera una serie de principios expresamente para la prevención de drogodependencias en éste ámbito (aunque cabe señalar que éstos sólo son válidos para Estados Unidos, no obstante pueden proporcionar ciertas claves):

1. Incluir a toda la familia.
2. Ayudar a desarrollar el apego entre los iguales en los programas; proporcionarles la comida, el transporte y pequeños obsequios; fomentar las salidas de la familia; ser sensibles culturalmente.
3. Ayudar a las familias de minorías a responder a las cuestiones culturales y raciales.
4. Desarrollar habilidades de crianza de los hijos.
5. Enfatizar en el apego familiar.
6. Ofrecer sesiones en las que los padres y los jóvenes aprendan y practiquen habilidades.
7. Entrenar a los padres para que ambos escuchen e interactúen con sus hijos.
8. Entrenar a los padres a utilizar la disciplina de modo positivo y consistente.
9. Promover nuevas habilidades en la comunicación en la familia a través de técnicas interactivas.

Emplear estrategias para vencer la resistencia parental a los programas basados en la familia.

También, Tobler, Roona, Ochshorn, Marshall, Streke y Stackpole, (2000) demostraron como los programas más eficaces fueron los más interactivos, basados en el cambio del sistema de vida (en muchos casos programas de Educación para la Salud), habilidades comprensivas para la vida y los programas de influencia social. Además, se vio que cuando la muestra es pequeña, la efectividad es mucho mayor y que cuando hay abandono del programa la efectividad es baja.

En la misma línea, Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino y Lemma, (2008), demostraron que los programas basados en habilidades eran efectivos para el consumo de marihuana y otras drogas ilegales, también los que trabajaban la toma de decisiones, la autoestima y la presión de iguales y el conocimiento de las drogas.

Por otro lado, se sabe también que la combinación de la prevención familiar con la escolar, parece dar resultados más efectivos. Esto se ve claramente en varios estudios (Spoth, Clair, Shin y Redmond, 2006; Spoth, Randall, Shin y Redmond, 2005; Spoth, Redmond, Trudeau y Shin, 2002; Spoth, Randall, Trudeau, Shin y Redmond, 2008), que evalúan la combinación de prevención familiar (Strengthening Families Program para chicos entre 10 y 14 años, SFP 10-14) y escolar (Life Skills Training – LST), comparándola con acciones preventivas únicamente escolares, únicamente familiares o ambas por separado.

Además, en una revisión de Kumpfer y Alvarado, (2003), se concluyó que la eficacia de los programas dependía de las variables siguientes:

1. Sean multicomponente y comprensivos.
2. Estén más centrados en la familia que en padres o hijos únicamente.
3. Mejoren la relación familiar, la comunicación y la supervisión parental.
4. Produzcan cambios cognitivos, afectivos y conductuales en la dinámica familiar.
5. Den una intervención más extensa e intensa a las familias de riesgo.
6. Sean evolutivamente apropiados.
7. Se ajusten al momento más receptivo al cambio de los destinatarios.
8. Sean más prematuros en el caso de familias muy disfuncionales.
9. Se ajusten mejor a las tradiciones culturales, mejorando el reclutamiento, la retención y, a veces, los resultados.
10. Usen incentivos para mejorar el reclutamiento.
11. Se apliquen por personal capacitado (con empatía, calidez, humor, autoconfianza, capacidad para estructurar las sesiones y directivo).
12. Utilicen métodos de enseñanza interactivos.
13. Desarrollen procesos colaborativos para que los padres identifiquen sus propias soluciones.

Otro estudio que evalúa la efectividad de los programas familiares de Bühler, y Kröger, (2008), extrae las siguientes conclusiones:

1. Las intervenciones de carácter comprensivo son útiles para reducir o retrasar el consumo de los hijos (especialmente de alcohol).
2. Las intervenciones mono-componente (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 (especialmente en alcohol).
4. Las medidas más efectivas tienen las siguientes características:

- Promocionar la interacción positiva de padres e hijos, formar a los padres en los principios de la aproximación del reforzamiento social y en la aplicación de la disciplina constructiva.
 - Utilizar métodos de formación interactiva.
 - Tener una base teórica confirmada empíricamente.
 - La formación de mediadores.
 - Disponer de evaluación.
 - Ser intervenciones comprensivas que comienzan temprano, siguen a través de la vida, tratan numerosos factores de riesgo y protección y se generalizan a diversos ámbitos.
 - Tienen un material ajustado a los diferentes estadios de desarrollo
 - Atienden al contexto comunitario y cultural
 - 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 principalmente de carácter familiar.

Por otra parte, en relación a la aplicación de los programas, el programa de prevención familiar *Prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito de las familias* (2012), de la Junta de Andalucía, defiende, no sólo una formación académica y teórica, sino una formación que ayude a mejorar los aspectos de la vida cotidiana, es decir, que sea útil, trabaje valores y favorezca la comunicación, ayude a compartir ideas y experiencias, pensar y hacer análisis y buscar soluciones prácticas entre todos, para ello recoge una serie de principios metodológicos para un programa de prevención eficaz que podemos tener en consideración:

1. La importancia del grupo como base del proceso: La formación parte del grupo y favorece la comunicación, intercambio, interacción, confianza, compartir.
2. La experiencia como centro del aprendizaje del grupo: Partimos de nuestra experiencia acumulada para que el aprendizaje tenga sentido. Tomar conciencia y prestar atención a nuestras prácticas cotidianas.
3. La participación como herramienta para la construcción del conocimiento significativo: Crear las condiciones para que todos puedan aportar algo, lo que hace que el aprendizaje sea obra del grupo.

4. La construcción de ideas nuevas: La revisión de nuestra experiencia para identificar y solucionar conflictos y adecuarlos a la realidad. Generar nuevas ideas o hacer significativas aquellas que ya existían pero pasaban desapercibidas.
5. La práctica como objeto: Aprendizaje cooperativo para mejorar y cambiar en la práctica a partir de lo aprendido, aplicando aquello que hemos trabajado.

1.4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN FAMILIARES

Son muchos los factores que pueden influir en que una persona abuse de las drogas. Así, los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona consuma drogas mientras que los factores de protección pueden disminuir este riesgo. Sin embargo, cabe señalar que la mayoría de las personas que tienen algún riesgo para el abuso de las drogas no comienzan a usarlas ni se hacen adictos, únicamente tienen más probabilidad de hacerlo. Además, lo que constituye un factor de riesgo para una persona, puede no serlo para otra (NIDA, 2004).

Los factores de riesgo y de protección son los principales objetivos de los programas de prevención eficaces utilizados en ambientes familiares, escolares y comunitarios. La meta de estos programas es la de crear nuevos factores de protección y fortalecer los existentes mientras revierten o reducen los factores de riesgo en la infancia o juventud. Además, existen diferentes factores de riesgo en función de las diferentes etapas de vida por las que pasan los niños y jóvenes. Éstos se pueden cambiar a través de una intervención preventiva. Por ejemplo, una conducta agresiva, se puede prevenir con intervenciones familiares dirigidas a ayudar a que los niños desarrollen conductas positivas apropiadas. Si no son tratados, los comportamientos negativos pueden llevar a riesgos adicionales, tales como el fracaso académico y las dificultades sociales, que aumentan el riesgo de los niños para el abuso de drogas en el futuro (NIDA, 2004).

Por otra parte, se ha visto como existen ciertas etapas críticas para el inicio al consumo de drogas. Las investigaciones han mostrado que los períodos claves de riesgo para el abuso de drogas son durante las transiciones mayores en la vida de los niños. Cuando se pasa de la primaria a la escuela media, a menudo experimenta nuevas situaciones académicas y sociales, como aprender a llevarse con un grupo más grande de compañeros. Es en esta etapa, la adolescencia temprana, hay más probabilidad de que los niños se enfrenten por primera vez a las drogas, ya que cuando entran a la secundaria, los adolescentes confrontan más desafíos sociales, emocionales y académicos. Al mismo tiempo, pueden estar expuestos a más drogas, a abusadores de éstas, y a actividades sociales que involucran el consumo (NIDA, 2004).

A continuación se exponen los factores de riesgo y protección familiares a considerar:

- 1. Una estructura y composición familiar positiva, sin divorcio por parte de los padres.** Son las familias monoparentales las que tienden a estar más protegidas del consumo de drogas por parte de los hijos. (Perotto y Valdivieso, 1994). Además las familias altamente cohesionadas propician una menor probabilidad de que los hijos reciban ofertas de tabaco y alcohol, prueben o consuman estas sustancias y se embriaguen o tengan intención de fumar o beber en un futuro (Muñoz-Rivas y López, 2001). Cabe señalar que el divorcio no es necesariamente una experiencia negativa para los adolescentes, aunque a veces les pueda ayudar a la liberación de un conflicto constante y les aporte mayor autonomía y responsabilidad en la familia, pues aunque el divorcio siempre es una experiencia estresante, las reacciones adversas son temporales sobre todo si el hijo mantiene contacto con ambas partes.
- 2. Conocimiento de las sustancias de abuso y los riesgos que conlleva su consumo, de la edad de inicio al consumo por parte de los jóvenes, así como las formas en que las obtienen.** La educación en temas de drogas por parte de los familiares también estaría relacionada con las actitudes de los padres hacia el consumo por su parte o por parte de sus hijos y con el estilo educativo que empleen con ellos. (Crespo, Rodríguez, Villa, Hermida, Cueto, Pérez y Díaz, 2004).
- 3. Una actitud más beligerante contra las drogas legales, frente a actitudes positivas hacia el uso de drogas.** Una mayor desaprobación por parte de sus padres para consumir sustancias psicoactivas disminuye la probabilidad de que tales adolescentes consuman drogas (Pérez, Díaz, Villa, Fernández-Hermida, Carballo y García-Rodríguez, 2009), como también que éstos prevean una reacción negativa de ellos en el caso de que supieran que consumen, parecen señalar una menor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias estimadas tanto legales como médicas o ilegales (Díez, Peirats y Pérez 1996) cuanto más favorables al consumo de drogas son las actitudes familiares, mayor es la tendencia al consumo de sustancia (Larrosa y Palomo, 2010).
- 4. No consumir delante de los hijos/as. Una familia de no consumidores, frente a una familia con historia de consumo o algún miembro que abuse de las drogas.** Es un factor de riesgo el consumo habitual dentro de la familia, especialmente por parte de los padres y madres y los hermanos/as mayores, y el consumo habitual por parte de los miembros del grupo de iguales. (Díez et al., 1996). Además, se destaca de nuevo la importancia del consumo de los padres y madres al proporcionar modelos de conducta que los hijos tienden a imitar, utilizando esas mismas sustancias u otras igualmente adictivas.

5. **Estilo educativo adecuado, democrático, frente a un estilo autoritario o permisivo. Una crianza adecuada, hijos bien atendidos y cuidados, frente a una crianza ineficiente o inadecuada.** La presencia de un estilo educativo apropiado propicia un menor consumo de los hijos/as (Díaz, Pérez, Hermida, Crespo, Villa y Rodríguez, 2009). El hecho de que el programa mejore o aumente los lazos afectivos familiares no sólo protege contra el consumo de drogas y reduce la probabilidad de consumo, sino que también supone un importante factor de protección para otros comportamientos problemáticos de la adolescencia (Pérez et al., 2009). A su vez, los padres con mayor formación académica tienen un estilo educativo más apropiado, mejores lazos afectivos con sus hijos y buena comunicación con ellos, mientras que las madres con mayor formación académica tienen mejor estilo educativo, menor conflicto familiar, actitudes desfavorables hacia el uso de drogas y buena comunicación con sus hijos; por lo que se puede afirmar que el nivel académico familiar actúa como factor de protección en el consumo, ya que influye en el estilo educativo que dan a sus hijos.
6. **Una baja disponibilidad de las sustancias.** Cuanto más difícil sea disponer de una sustancia para los jóvenes, más difícil será que éstos la consuman (Larrosa y Palomo, 2010), por lo que, la disponibilidad de cada sustancia concreta será un factor influyente en que se consuma en mayor o menor medida.
7. **Un vínculo de apego fuerte entre los hijos y los padres, frente a una falta de apego, cariño y respaldo por parte de los padres o de los cuidadores.** La existencia de una relación positiva y un estrecho vínculo afectivo entre el adolescente y sus padres (Muñoz-Rivas y López, 2001) es un importante factor de protección frente a un apego inseguro o escaso.
8. **El pacifismo frente a la violencia física y/o verbal hacia los hijos/as.** Una familia pacífica, sin violencia de ningún tipo, con actitudes y modelos de conducta positivos por parte de los padres, (Moncada, S., 1997) frente a una historia familiar de conducta antisocial o con actitudes favorables hacia este tipo de conducta. Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano y Baglioni, 2002). Menos maltrato físico y psíquico percibido hacia los hijos, frente a los padres abusadores o que en cierta medida maltratan física o psíquicamente. Menos maltrato físico y psíquico percibido hacia los hijos (Villa y Hermida, 2002).
9. **Una buena comunicación familiar.** El hecho de que el adolescente busque el apoyo de sus padres a la hora de solucionar problemas personales manteniendo un buen nivel de comunicación familiar Muñoz-Rivas y López (2001), favorece su desarrollo actuando como un factor de protección para el consumo, mientras que una comunicación familiar

más difícil y existiendo un menor grado de apertura, se consideraría un factor de alta vulnerabilidad (Cid-Monckton y Pedrão, 2011). Por ello, entre los factores de protección personales y sociales para el consumo mencionados en la literatura están la existencia de madres o sustitutas que dan apoyo, la comunicación abierta en el interior de la familia, y el mayor apoyo social (emocional, material, informativo, formación de valores) (Ugarte Díaz, R. M., 2001).

- 10. Una baja tasa de conflictos familiares frente a una familia donde los conflictos forman parte de la vida diaria.** La acumulación de tensiones, que derivan de situaciones difíciles, pueden propiciar también el consumo en las personas. Por ejemplo los problemas de dinero, un estatus socioeconómico familiar alto, en que no haya estrés producido por la pobreza, frente a familias con problemas económicos extremos. La muerte de un miembro de la familia, un pariente o un amigo cercano u hogares donde hubo serios conflictos o problemas familiares suponen una alta vulnerabilidad al consumo (Cid-Monckton y Pedrão, 2011).
- 11. Unos límites y normas claros y una disciplina aplicada consistentemente frente a una disciplina pobre.** El hecho de que en las familias no existan normas o éstas no sean claras, es también un riesgo pues “una familia permisiva y sin normas claras puede convertirse en un factor que propicie el consumo. La familia que está cerca y cumple una función de regular a sus miembros en el cumplimiento de normas de vida, aparece como factor protector para el consumo de sustancias (Téllez, Cote, Savogal, Martínez y Cruz, 2003). Otro factor de riesgo señalado es la dificultad para fijar límites, ya que la permisividad acarrea dificultades para interiorizar normas debido a que la ausencia de ellas en el entorno familiar impedirá, la generalización a otros medios. Aunque también, la rigidez genera falta de flexibilidad en el cumplimiento de las normas o una tendencia a la trasgresión de las mismas y la exigencia desmedida favorece la falta de motivación y añade dificultades para aceptar los fracasos (Rojas, 1999).
- 12. Una buena supervisión parental de las actividades y conductas diarias (higiene, alimentación, tareas escolares, etcétera) frente a un pasotismo por parte de los progenitores.** Los jóvenes menos consumidores son aquéllos cuyos padres están más involucrados en su educación (Díaz et al., 2009).
- 13. Que los padres participen en la vida de sus hijos y viceversa.** Que se realicen actividades conjuntas en familia para que los hijos se impliquen en las mismas, incluso se les refuerce por dicha implicación y así propiciar una buena cohesión familiar, frente a una familia poco unida donde se comparten pocas cosas. Además, coincide que la falta de familiaridad con la escuela es uno de los factores implicados en la baja

participación de los padres en los programas de prevención que se realizan en el contexto escolar (Cohen, y Linton, 1995; Díaz et al., 2009). También son factores de protección compartir las comidas, hacer alguna actividad diaria en familia, etcétera (Cid-Monckton y Pedrão, 2011).

14. Altas expectativas de la familia sobre el éxito académico de los hijos en la infancia

El hecho de que los padres y madres creen en las posibilidades de sus hijos, confíen en que tengan éxito académico, propicia que esto se cumpla, frente a los padres y madres con bajas expectativas hacia sus hijos, siendo, al mismo tiempo, un factor de protección para el consumo de drogas, ya que, el buen rendimiento académico es incompatible con éste (Valdés Cuervo y Urías Murrieta, 2011).

1.5. LA NECESIDAD DE AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR

Los programas de prevención familiar tendrían más éxito si se ajustan a las necesidades y preferencias de los familiares, aumentando así su participación en los mismos. Deben, además, fijarse los objetivos y las estrategias, de acuerdo a principios teóricos y metodológicos. Por ello, aumentar la motivación de los padres y madres para que participen en los programas de prevención es un objetivo esencial a conseguir, sobre todo en el caso de los programas dirigidos específicamente a familias de alto riesgo (Secades Villa et al., 2011).

Sin embargo, como ya se ha expuesto anteriormente, el mayor problema que tienen los programas preventivos a nivel familiar es la escasa participación de los padres y madres. Por este motivo, antes de llevarlo a cabo, resulta fundamental conocer el nivel de disposición de las familias sobre las que se quiere intervenir como una guía para dicho trabajo.

En este sentido, se ha creído necesario realizar una revisión, que se expone a continuación, de algunas investigaciones importantes sobre cómo incrementar la participación de los familiares en los programas de prevención de drogodependencias:

Varios estudios analizan las variables que pueden intervenir en el incremento o la disminución de la participación e implicación de las familias en los programas preventivos (Al-Halabí Díaz, Valdés Cuervo y Urías Murrieta, 2006; Bauman, Ennett, Foshee, Pemberton y Hicks, 2001; Cohen y Linton, 1995), de los cuales se concluyen que las siguientes variables propician una mayor participación:

- Familias de raza blanca frente a hispanos
- Alto nivel educativo de los familiares

- Sexo femenino de la hija
- Menor número de hijos
- Convivencia de ambos padres frente a familias monoparentales
- Mayor expectativa de consumo en los hijos
- Creencia de que sus hijos no consumen
- Nulo o bajo consumo de los padres
- Estilo educativo y de crianza positivos
- Mayor vínculo familiar
- Buen patrón de comunicación familiar
- Menor presencia de conflicto familiar
- Mayor familiaridad con la escuela
- Horario de trabajo flexible

También, está relacionado con el aumento de la participación, que exista un buen clima relacional con la comunidad educativa en conjunto, por lo que se debe fomentar. Para ello, según diversos estudios, (Hahn., Simpson y Kidd, 1996; Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer y Johnson, 2007; y Lochman y Van den Steenhoven, 2002), podría ser positivo:

- Fomentar las relaciones entre los padres y la cohesión del grupo.
- Conseguir que los hijos estén interesados en el programa y, por lo tanto, insistan a sus padres para que participen, aunque ello implique recurrir a incentivos para los hijos.
- Fomentar actitudes positivas del equipo directivo y del personal del centro escolar en la decisión de los padres de participar cuando el programa se desarrolla en este contexto.
- Un buen momento para captar a las familias es la transición entre Primaria y Secundaria

Por otro lado, algunas investigaciones como la de Becker, Hogue y Liddle (2002), apuntan a que, la realización de un estudio de necesidades específicas de las familias con las que se pretende trabajar, puede fomentar dicha participación en la medida en que permite adaptar la intervención, este podría consistir en:

- La realización de un cuestionario sobre los intereses y necesidades de las madres y padres.
- Evaluando o calculando los factores de riesgo y de protección dentro del contexto específico de la familia con el objetivo de crear un calendario de trabajo para llevar a cabo una intervención preventiva.
- Adaptando el programa a la realidad que planteen.

Además, según un estudio de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y Dirección General de Drogodependencias de la Junta de Andalucía, (2012), entre otros como los de

Laudeman (1984) o Hahn et al. (1996), se puede conseguir que la información del programa llegue a más personas poniéndose en contacto con los familiares de antemano, concienciándolos de la importancia de asistir, además de informándolos del programa mediante:

- llamadas telefónicas
- invitaciones personalizadas
- contactos personales previos
- notas escritas
- correo electrónico
- redes sociales
- lugares de reunión habituales
- personas clave
- actividades lúdicas
- trípticos en los sobres de matrícula
- circulares informativas al alumnado
- reuniones con los tutores
- AMPAS

En este sentido, según el estudio de Hogue y Liddle (1999), también podría ayudar:

- Transmitir claramente el objetivo del programa.
- Realzar los componentes positivos y los puntos fuertes del programa («nuestro programa ayuda a los padres a seguir ejerciendo una influencia positiva sobre sus hijos») en lugar de los temas encaminados a solucionar los déficit de la familia.
- Recordarles las fechas y horarios de las reuniones mediante diferentes fuentes
- La formación ofertada debe ser estable y tener continuidad.

Por otra parte, algunos autores como Al-Halabí Díaz y Errasti Pérez (2009) coinciden en la utilización de incentivos para el fomento de la asistencia de estos familiares, como:

- pequeños premios y recompensas económicas
- diploma al final de la intervención
- suministro de comidas
- cuidado de los niños, ludoteca y guardería durante la actividad
- pago del transporte
- pago a las familias por su tiempo
- rifas o cupones de descuento en compras
- combinación de las actividades con comidas o meriendas

En cuanto a la aplicación del programa, según St. Pierre y Kaltreider (1997), podría ayudar:

- Planificar cuidadosamente las sesiones para que no coincidieran con momentos que facilitaran las excusas para no asistir (días festivos, acontecimientos deportivos, etc.).
- Utilizar un lugar que sea conocido por las familias como sitio de reunión
- Identificar a la persona adecuada para aplicar el programa.
- Construir una relación basada en la confianza mutua, el respeto y la igualdad.
- Respetar la intimidad de los padres y fomentar, al mismo tiempo, una vinculación positiva entre los miembros del grupo.
- Ser flexible pero persistente.

Otra forma de atraer a los participantes, según las investigaciones de Al-Halabí Díaz et al. (2009) y Betty y Cross, (2006), podría ser utilizando programas que les resulten atractivos, útiles y sencillos:

- que puedan ser aplicados en casa,
- no les pongan en entredicho,
- sean fáciles de leer,
- se puedan realizar en poco tiempo,
- sean fáciles de utilizar,
- divertidos e interactivos,
- traten temas como las habilidades básicas de comunicación con los hijos.

Además, como alternativa a los programas asistenciales, están diversas experiencias con programas que los hijos se llevaban en forma de tareas para casa, para realizar junto con sus padres y madres (Villar Torres, 2003).

Respecto a las preferencias de los padres, un estudio de Pinazo y Pons (2002) reveló que preferían la charla informativa, luego por el método del vídeo y menos de una quinta parte de los padres prefirió que las actividades preventivas consistieran en cursillos (lo que supone un inconveniente teniendo en cuenta que los cambios actitudinales, comportamentales, de conocimientos, etcétera, no se logran con charlas informativas, sino educativas). En relación a esto, quizás las charlas pueden ser una forma de atraer a los familiares y posteriormente proponerles un programa más educativo de prevención.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la intención de los padres de asistir a un programa no es un predictor fiable de su asistencia real al mismo, pues muy pocos de los padres que comunican su disposición a participar en la intervención llegan a hacerlo realmente (Pinazo, et al., 2002).

1.6. MODELOS TEÓRICOS EN QUE SE SUSTENTA ESTA INVESTIGACIÓN

Cuando se plantea cualquier intervención preventiva es esencial partir de un marco teórico de referencia. La ausencia de marcos teóricos en la base de muchos programas afecta al diseño de los mismos, porque si no se conocen los factores relacionados con el consumo de drogas, será complicado analizar la realidad, ya que no se sabrá qué aspectos de la misma hay que valorar, no se podrán establecer las necesidades y difícilmente se podrán determinar los aspectos sobre los que intervenir (Becoña, 1999, Moncada, 1997).

Actualmente se apuesta por los programas cuya eficacia ha sido evaluada científicamente. Por lo que, para ello, es necesario también partir de un modelo teórico adecuado, basado en datos empíricos, que nos permita elaborar un programa preventivo adecuado y coherente (Becoña, 2002).

Los modelos de familia han dado un gran paso en el campo de las drogas de abuso en los últimos años. Este progreso se debe al crecimiento de dos aspectos: el estudio de los sistemas de familia y la aplicación de nuevas técnicas de familia para el consumo de sustancias de abuso (Kauffman, 1994).

Por otro lado, ya que para la intervención familiar se cuenta con diversidad de enfoques e instrumentos flexibles (Vega, 1997), lo ideal sería llevarla a cabo por un equipo transdisciplinar, es decir, compuesto por distintos profesionales que aporten su visión personal en relación a su competencia, mediante un clima de respeto, cooperación, negociación, comunicación y colaboración (Castillo, 1997; Coll, 1996; Lamas, 1997; Mauri, 1996). Estos profesionales relacionados con la educación familiar son: Psicólogos, Pedagogos, Educadores Sociales y Trabajadores Sociales (Chaves y Cabrera, 2001).

En este sentido, existen tres modelos teóricos provenientes de las diversas disciplinas que tratan la Ciencia de la Educación con respecto a la familia, estos son el clínico, el formativo y el comunitario.

- **El modelo clínico**

Las intervenciones se centran en la recuperación de problemas detectados, por ejemplo, tratamientos de estados de estrés o ansiedad o en la rehabilitación de alcoholemias, ludopatías, etc. Se trata mediante intervenciones individualizadas, aunque el tratamiento puede dirigirse a varios miembros del núcleo familiar (De Paul y Arruabarren a, 1996). Parte de un diagnóstico

para determinar el tratamiento correspondiente. Considera los cambios como el resultado de mecanismos individuales (Monereo y Solé, 1996).

El profesional se convierte en un experto que ofrece información y las herramientas necesarias para solucionar el problema, en concreto, tiende a ayudar a la persona a comprender mejor su situación y afrontar de una manera menos dolorosa y patológica sus conflictos. Para seguir este modelo, los conocimientos del profesional deben girar en torno a la psicología del desarrollo, a diferentes teorías sobre la personalidad, al estudio de las diferencias individuales y sobre estrategias de reeducación y psicoterapia (Solé, 1998).

Los enfoques existentes dentro de este modelo son: el conductista, la terapia familiar sistémica, el psicoanalítico, el centrado en el Cliente y el cognitivista (Chaves y Cabrera, 2001).

Para este estudio se va a destacar es el de Terapia Familiar Sistémica, ya que es el que más se puede relacionar con la prevención familiar de las drogodependencias:

- Enfoque de Terapia Familiar Sistémica:

Se caracteriza por entender la familia como un sistema, es decir, que las experiencias y conductas de una persona están asociadas y dependen de la conducta de los otros miembros de la familia. Así, el profesional considera al mismo tiempo, al individuo y a la familia en el diagnóstico y en el tratamiento (Chaves y Cabrera, 2001).

Para la prevención de drogodependencias, este enfoque ha contribuido a que se tengan en cuenta muy diversas variables como: el vínculo del hijo con la madre, en la sobreprotección y exceso de control de la misma hacia sus hijos (Fort, 1954) o la presencia de un padre autoritario (Alexander y Dibb, 1975); el consumo de drogas en la familia como una forma de mantener el equilibrio en la interacción entre los miembros (Noone y Redding, 1976); el carácter característico del miembro familiar consumidor, en función de la droga específica que consume Kaufman (1974); etcétera.

- **El modelo educativo:**

Consiste en la enseñanza de comportamientos y habilidades educativas parentales, aunque también puede ocuparse de la educación de los hijos. Dependiendo de la orientación teórica, las intervenciones pueden tener un carácter preventivo, optimizador (Monereo y Solé, 1996), correctivo y/o compensatorio (Roman y García, 1990).

Tiende a ser un modelo dirigido más a la colectividad, a los grupos más que a un solo individuo, aunque cuando el caso lo requiere se practica individualmente. Por lo que, no solo tiene en cuenta al individuo, sino además considera las características específicas del contexto de intervención.

La tarea del profesional es la de ofrecer los recursos necesarios para la educación del sujeto, por lo que necesita tener conocimiento de índole diverso: sobre teorías de la instrucción, sobre los procesos de enseñanza y aprendizaje, con los factores y variables que en ellos intervienen y sobre las dificultades en el aprendizaje (Solé, 1998). Además se deben manejar diversidad de estrategias educativas.

Cuando se trabaja con familias desde este enfoque, lo más difundido son las modalidades informativa e instructiva (Chaves y Cabrera, 2001):

- Modalidades en la formación a los padres:
 - o Modalidad informativa (teórica):

Como su propio nombre indica, se trata de dar información útil para los padres y madres sobre la educación de sus hijos e hijas (comunicación familiar, alimentación infantil, higiene, etcétera), por lo que se limita a dar consejos y conocimientos teóricos, partiendo de la idea de que, los padres y madres tienden a educar como fueron educados, siguiendo su intuición o por ensayo y error, sin ser profesionales de la tarea educativa.

- o Modalidad instructiva (teórico-práctica):

Desde este enfoque se considera que las lecturas, videos, conferencias, etcétera, no ejercen una acción duradera en los padres, quedándose únicamente en el conocimiento, sin llegar a las actitudes y los comportamientos. Se trata de llevar a cabo acciones educativas que favorezcan la comunicación tratando problemas compartidos, reduciendo así su ansiedad y facilitando el aprendizaje a través de análisis y reflexiones conjuntas que propicien cambios actitudinales.

Existen dos grandes corrientes teóricas dentro de este modelo según Monereo y Solé (1996), estas son la mecanicista y la interaccionista:

- Posturas del modelo educativo:
 - o Postura mecanicista:

Se da importancia a los mecanismos y los procesos, que se pueden corregir o resolver a través de la intervención adecuada para lograr un buen desarrollo. El procedimiento parte del diagnóstico del problema o alteración, analizando, si es necesario, sus causas y posteriormente

se planifica y se lleva a cabo la intervención. En este caso, los padres son aliados a los cuales hay que darles unas pautas para que nos ayuden en la educación de sus hijos (Campanini y Luppi, 1995).

- Postura interaccionista:

Lo importante son las relaciones que se establecen en un contexto concreto, solo ahí cobran sentido las acciones de los participantes, por lo que la intervención se daría en los contextos en los que se desarrollan los sujetos, con el fin de optimizar las interacciones socioeducativas que están viviendo, por lo que se lleva a cabo procesos de construcción, culturización, contextualización, mediación y adquisición de autonomía (Solé, 1998).

Se parte de una idea preventiva y de mejora de los contextos de desarrollo, en que ellos mismos, en comunicación y coordinación, llegan a cambios de actitud mediante el análisis crítico y la reflexión compartida de sus actuaciones y prácticas cotidianas.

Los contextos suelen ser aulas, salones, etcétera.

Uno de los enfoques más utilizados desde este modelo es el constructivismo.

- El enfoque constructivista:

Parte de la idea de que el desarrollo humano es un proceso permanente de culturización. Se considera al aprendizaje como proceso interno de construcción autónoma del conocimiento, tomando en consideración los contextos, los agentes educativos, los instrumentos y el rol del profesional, intentando potenciar al máximo las habilidades y capacidades individuales y evaluando el proceso en su conjunto, no únicamente los resultados.

- El modelo comunitario

Este modelo surge ante la demanda de atención psicosocial, por lo que trata de promover el cambio hacia un mayor bienestar psicológico y social. En este sentido, este modelo se centra en actuar sobre las redes sociales y sobre los contextos de vida antes que sobre los procesos individuales (Du Ranquet, 1996; Vila, 1998), además de dotar a las familias de ayudas y provisiones sociales y emocionales cuando sean necesarias (Gracia, 1997).

Se busca la atención social al individuo actuando con la persona y con su entorno social, analizando la interdependencia que existe entre la persona y los distintos sistemas que

configuran su medio social: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo etcétera.

Para este modelo existen dos enfoques, el psicosocial y el funcional, siendo el primero el trabajo directo entre cliente-individuo o grupo-comunidad y el segundo el trabajo indirecto como la supervisión y administración.

Aunque la teoría más importante es la Teoría de los Sistemas (Campanini y Luppi, 1995; Gracia, 1997; Linares, 1997) que se caracteriza por promover el crecimiento tanto de la familia como del contexto comunitario en que se interrelaciona, enfatizando en los aspectos positivos, no tanto en lo negativo o patológico.

Desde este modelo, los programas de prevención van dirigidos a determinados núcleos de población promocionando los recursos adecuados a las familias para que puedan desenvolverse mejor, especialmente para los grupos de riesgo, partiendo de las necesidades y prioridades de los usuarios, para darles autonomía y autosuficiencia, movilizandolos recursos existentes. Se trata de mediar entre los recursos sociales y la persona que solicita ayuda, proporcionando a los padres información sobre sus opciones y posibilidades para que ellos escojan (Monereo y Solé, 1996).

- **Aportaciones de cada modelo al estudio:**

Para el estudio, se han tenido en consideración los tres modelos, puesto que, como se ha señalado anteriormente, ya se ha demostrado indispensable abordar el tema de la prevención familiar desde un enfoque transdisciplinar.

Por ello, se destaca del modelo clínico el enfoque de Terapia Familiar Sistémica, por considerar la gran influencia que ejerce la familia en la persona, así como por sus numerosas aportaciones sobre variables a considerar para la prevención familiar de las drogodependencias.

Del modelo educativo se resalta el hecho de dotar a la prevención familiar de las estrategias educativas necesarias así como de la correcta utilización de los recursos para el proceso de enseñanza-aprendizaje; la combinación de teoría y práctica para lograr cambios actitudinales y comportamentales; la consideración del contexto concreto en que se desarrolla la intervención preventiva; y la profundización en todo el proceso educativo, no únicamente en los resultados de la intervención.

Por último, el modelo comunitario también es esencial ya que analiza la interdependencia que existe entre la persona y los distintos sistemas, en este caso el familiar, dirigiendo los programas

de prevención al núcleo de intervención concreto al que van destinados, movilizando además la prestación de recursos y ayudas a las familias en el caso necesario.

2) OBJETIVOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

- **General:**

Obtener las claves necesarias y suficientes para fundamentar la elaboración de un programa de prevención familiar específico, adecuado para la población del municipio de Alfafar, concretamente de los familiares de alumnos de Educación Primaria de los centros educativos públicos y concertados del mismo.

- **Específicos:**

1. Obtener información sobre los factores de riesgo y protección familiares asociados al consumo de drogas, sobre los padres y madres de los estudiantes de Primaria del municipio de Alfafar, para tenerlos en cuenta en la elaboración de un programa de prevención específico adecuado a ésta población.
2. Conocer los incentivos y preferencias de las familias de Alfafar para los talleres de prevención con el fin de determinar las variables que puedan hacer que esa participación aumente.
3. Descubrir los intereses, demandas y preferencias de los familiares de los alumnos de Educación Primaria de Alfafar, para el desarrollo de un programa de prevención específico para ellos, que responda a los mismos.
4. Comprobar cuántos de los familiares conocen la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA) de Alfafar, para saber si es necesario focalizar los esfuerzos en una mayor visibilidad de la misma, así como descubrir si existe una correlación positiva entre la probabilidad de que participen y el conocimiento de la institución.

3) VARIABLES

A continuación se exponen las variables a considerar en el estudio, extraídas de la introducción sobre la literatura al respecto:

1. Información esencial sobre su hijo/a:

- Parentesco
- Centro educativo al que pertenece
- Número de hermanos
- Curso
- Sexo

2. Relacionadas con los factores de riesgo y protección familiares:

- Miembros que conviven en casa (relativo al tipo de familia).
- Conocimiento de las sustancias más comunes por parte del familiar (según su percepción).
- Nivel de riesgo que atribuye el familiar a cada una de las sustancias más comunes.
- Edad en que cree el familiar que los jóvenes se inician al consumo de cada una de las sustancias más comunes.
- Probabilidad que considera el familiar que existe de que los jóvenes de entre 14 y 18 años consuma cada una de las sustancias.
- Probabilidad que considera el familiar que existe de que su propio/a hijo/a consuma cada una de las sustancias cuando tenga entre 14 y 18 años.
- Frecuencia de su propio consumo, con respecto a las diferentes sustancias.
- Consumo, por parte del familiar, de alguna de las sustancias delante de su hijo/a.
- Estilo educativo, relativo al nivel de frialdad y calidez, exigencia y permisividad, por parte del familiar hacia su hijo/a (variables que se han reconvertido a “democrático”, “sobreprotector”, “autoritario” y “negligente”, tal como se indica en apartados posteriores).
- Percepción del familiar con respecto a la probabilidad de que los jóvenes dispongan de alcohol y/o tabaco a través de: familiares mayores de 18 años, familiares menores de 18 años, amigos mayores de 18 años, por ellos mismos u otras formas que desee señalar.
- Vínculo afectivo que tiene con su hijo/a (apego, cariño, cercanía).
- Actitud y modelo de conducta ejemplar para su hijo/a.
- Nivel de comunicación familiar.

- Presencia de conflictos familiares.
- Existencia de límites y normas coherentes para su hijo/a.
- Supervisión de las actividades cotidianas de su hijo/a.
- Implicación y participación en las actividades de su hijo/a.
- Expectativas sobre el éxito académico de su hijo/a.

3. Relacionadas con los incentivos para el aumento de la participación familiar:

- Importancia que atribuye al servicio de cuidado del/a hijo/a durante las sesiones.
- Importancia que atribuye a que le den un diploma oficial que acredite la asistencia al taller.
- Importancia que atribuye a que le inviten a una merienda o almuerzo gratuitos durante el taller.
- Importancia que atribuye a que le proporcionen rifas o cupones descuento por asistir.
- Importancia que atribuye a otros incentivos que desee señalar.

4. Relacionadas con las preferencias del familiar con respecto a los talleres de prevención:

- Importancia de que el taller sea presencial
- Importancia de que el taller sea a distancia
- Importancia de que el taller incluya sesiones conjuntas entre padres e hijos/as
- Importancia de que el taller sea solo para madres y padres
- Importancia de que el taller sea educativo (teórico y práctico, que desarrolle habilidades y formas de actuación)
- Importancia de que el taller sea sólo informativo, teórico (video y/o exposición de contenidos)

5. Relacionadas con la probabilidad de participación y el conocimiento de la UPCCA:

- Probabilidad de que el familiar participe en el siguiente taller de prevención que oferte la UPCCA.
- Conocimiento de la UPCCA
- Conocimiento del Facebook, Instagram o Twitter de la UPCCA

6. Otra información que desee aportar sobre sus preferencias y necesidades respecto a los talleres de prevención familiar

4) METODOLOGÍA

4.1. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. Población:

- Las familias de los alumnos de Primaria, de los centros educativos, tanto públicos, como concertados, del municipio de Alfajar.
 - Los Centros Educativos del municipio, que incluyen la etapa Primaria son los siguientes:
 - Públicos:
 - CEIP Orba (311 alumnos matriculados)
 - CP La Fila (274 alumnos matriculados)
 - Concertados:
 - CC Vamar (151 alumnos matriculados)
 - CC M^o Inmaculada (171 alumnos matriculados)
 - CC Guía (144 alumnos matriculados)

2. Muestra:

- Se dispone de un total de 111 cuestionarios, por lo que se recogen datos de los familiares de 111 niños/as de Primaria del municipio de Alfajar.
 - Los centros de los que se recoge mayor muestra (de los cuestionarios en que no indica este dato) son CC M^o Inmaculada (45 cuestionarios), y CC Vamar (42 cuestionarios), se dispone de menor muestra para los centros CP La Fila (14 cuestionarios) y CEIP Orba (10 cuestionarios), siendo nula la muestra para el CC Guía.
 - La muestra, en función del curso del/a hijo/a (para los cuestionarios en que se indica este dato) es superior para Tercero (26 cuestionarios), seguido de Cuarto (24 cuestionarios), luego Sexto (21 cuestionarios), Segundo (15 cuestionarios), Primero (12 cuestionarios) y por último Quinto (7 cuestionarios).
 - El número de niños y niñas cuyo familiar participó en el estudio (de los cuestionarios en que se indica este dato) es equitativo (51 cuestionarios con sexo femenino y 52 cuestionarios con sexo masculino).

4.2. PROCEDIMIENTO

Para la realización del estudio, en primer lugar se detectó la necesidad de adaptar un programa de prevención familiar a las necesidades reales de los padres y madres de los niños y jóvenes del municipio de Alfajar, por lo que se realizó una revisión bibliográfica sobre las diferentes variables que pudieran influir en la calidad de la prevención familiar (factores de riesgo y protección, preferencias, incentivos para la participación, etcétera).

En segundo lugar, se procedió al diseño de un instrumento de medida que incluyera dichas variables, el cual resultó ser un cuestionario, debido a que se consideró adecuado y suficiente para conocer a las familias del municipio, además de ser la manera más viable de conseguir la mayor muestra posible y lo más cómodo para los participantes.

Una vez diseñado el cuestionario, se contactó con el equipo directivo de los centros educativos del municipio que incluyen la Educación Primaria mediante una carta de presentación (**Apéndice A**) que se envió a través del correo electrónico de la UPCCA de Alfajar, como una propuesta más de la institución, ya que ésta es la manera en que habitualmente se comunican las diversas propuestas de prevención desde la misma y funciona adecuadamente.

Se obtuvieron respuestas de todos los centros educativos, a excepción del CC Guía que, según informa la técnica de la UPCCA Laura Martínez Fernández, es un centro cuya participación para las diferentes propuestas de prevención desde ésta institución es nula, sin tan siquiera responder a los correos electrónicos que se les envía.

Para los centros CC M^o Inmaculada y el CC Vamar, puesto que sí respondieron al correo ofreciéndose a colaborar en el estudio de prevención familiar, se concertó una reunión para aclarar los objetivos del mismo y acordar el procedimiento con mayor detalle. Por tanto, al contar con la colaboración de todo el equipo educativo de ambos, se repartieron cartas de presentación a los tutores de Primaria (**Apéndice B**) junto con los cuestionarios, quienes se encargaron de repartir un cuestionario a cada alumno, para que éstos los entregaran a sus madres y padres, dándoles un plazo de una semana aproximadamente (aunque dicho plazo al final tuvo que ser flexible, ya que se recibieron cuestionarios fuera del mismo). De esta forma los alumnos regresaron los cuestionarios a los tutores y éstos los entregaron al jefe de estudios y una vez todos recopilados, se procedió a recogerlos para llevar a cabo el análisis de los mismos.

Por el contrario, el CP La Fila y el CEIP Orba respondieron que, por motivos diversos, no estaban dispuestos a prestar su colaboración para el estudio, por lo que se procedió a reunirse con los jefes de estudio de los mismos para llegar a un entendimiento y negociar alguna alternativa. Sin embargo, esto no fue posible. Posteriormente se envió un correo electrónico (la misma carta de presentación) a las coordinadoras de las AMPAS, ya que en ambos centros,

afortunadamente, esta asociación funciona muy bien. Ambas se mostraron dispuestas a colaborar, por lo que se acordó una cita, durante el horario de reunión de los padres y madres y en la misma se repartieron los cuestionarios, que de forma voluntaria cumplimentaron al momento la mayoría de las madres allí presentes.

Debido a las diferencias entre centros para el número de participantes, se procedió a repartir en la misma puerta de los centros CP La Fila y el CEIP Orba cuestionarios a algunos padres y madres que acudían a recoger a sus hijos/as de Primaria. Se les pidió que, si estaban dispuestos a cumplimentarlo, lo devolvieran al día siguiente a la misma hora. Sin embargo, este método no funcionó, ya que no hubo ningún familiar que lo hiciera, por lo que no hubo más remedio que quedarse con una muestra reducida para los mismos.

Por último, una vez recopilados todos los cuestionarios, se procedió al análisis de datos para la obtención de los resultados del estudio.

4.3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Para la recogida de información se utilizó un cuestionario de evaluación, ya que permite llegar a un número mayor de participantes y facilita el análisis, la cuantificación y universalización de la información. (**Apéndice C**).

El cuestionario, además de servir para el análisis cuantitativo de la información, incluye algunas preguntas abiertas (análisis cualitativo), una de ellas en la que podían describir sus opiniones, realizar aportaciones y propuestas, etcétera.

Éste consta de 84 ítems, que recogen las diferentes variables contempladas en éste trabajo tal como se explica a continuación:

En primer lugar se incluye en el mismo un apartado inicial de información relacionada con el/a hijo/a, en el que se pregunta el parentesco (padre, madre u otro), los miembros que conviven con sus hijos/as, el centro educativo al que acuden, el número total de hijos que tienen, el curso y el sexo de los mismos.

Posteriormente, el primer bloque consiste en una tabla que incluye las variables sobre los factores de riesgo relacionados directamente con las sustancias más comunes (nivel de conocimiento de cada sustancia, percepción de riesgo, edad de inicio al consumo, probabilidad de que consuman sus hijos/as, frecuencia de su propio consumo y si lo hace delante de sus hijos), en que el familiar ha de indicar un valor del 0 al 10 para cada una de ellas.

En el bloque dos se incluyen dos gráficas relacionadas con el estilo de crianza del padre o la madre con respecto a su hijo/a, en las cuales se recodificaron las variables, ya que una de ellas mide la tendencia a la frialdad o calidez y la otra la tendencia a la exigencia o permisividad, de manera que es negligente si tiende a frío y permisivo, autoritario si tiende a frío y exigente, permisivo o sobreprotector si tiende a cálido y permisivo, y autoritativo o democrático si tiende a cálido y exigente. El familiar ha de posicionarse en cada una de ellas.

Con el bloque 3 se pretende averiguar el conocimiento, para una escala del 0 al 10, que tienen los padres y madres sobre las formas de obtener las sustancias legales (alcohol y tabaco) por parte de los jóvenes.

Después, en el apartado cuatro, se incluyen factores de riesgo y protección familiares relacionados con el consumo de drogas, pero esta vez de manera indirecta, como son: el vínculo afectivo con su hijo/a, el ejemplo que le da, el nivel de comunicación familiar, la presencia de conflictos, la existencia de límites y normas coherentes, la supervisión de sus actividades cotidianas, la implicación y participación en las mismas y las expectativas sobre el éxito académico de su hijo/a. El familiar ha de dar una puntuación del 0 al 10 a cada uno de ellos en función de si cree que posee más o menos dicha característica.

El bloque cinco incluye los incentivos más comunes para la participación familiar en los talleres de prevención, pretendiendo averiguar con éste el nivel de motivación del 0 al 10 hacia cada uno de ellos. éstos son: servicio y cuidado de los hijos/as durante las sesiones del taller, entrega de un diploma oficial al terminarlo, merienda o almuerzo gratuito por asistir, rifas o cupones descuento, además de dos apartado abiertos en los que el familiar puede añadir incentivos que le motiven a participar, que no aparezcan en la lista.

En el bloque seis incluye diferentes metodologías de talleres de prevención familiar, que son: presencial o a distancia, con sesiones sólo para padres o sesiones conjuntas entre éstos y sus hijos/as y de carácter teórico y expositivo o con una metodología educativa que trabaje habilidades y formas de actuación con sus hijos/as, en los que el familiar ha de indicar una puntuación del 0 al 10 según prefiera más o menos cada uno de ellos.

Posteriormente se pregunta el número de sesiones que prefieren, así como la frecuencia de las mismas.

También se incluye una pregunta sobre la probabilidad de que participe en el próximo taller de prevención familiar ofertado por la UPCCA, para una escala de 0 al 10.

Además, se les pregunta si conocen la UPCCA, así como las redes sociales de la misma (Facebook, Instagram o Twitter).

Por último, se incluye una pregunta, opcional, en la que pueden expresar libremente algún dato más que ayude a conocer sus necesidades y preferencias con respecto a los talleres de prevención familiar.

5) RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS

El análisis de los datos obtenidos de las encuestas procesadas se ha llevado a cabo a través del programa de estadística SPSS (versión V15), utilizado en Psicología y Ciencias de la Educación.

A continuación se exponen los **resultados** obtenidos del análisis:

En primer lugar, el índice de participación de las madres ha sido significativamente superior al de los padres, siendo un 69.4% de madres, frente a un 30.6% de padres (tabla 1).

Tabla 1
Nivel de participación según el parentesco

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Madre	77	69.4
Padre	34	30.6

En cuanto a los centros educativos, la falta de implicación por parte del equipo educativo de determinados centros ha propiciado que se den diferencias de muestra entre los mismos, siendo el CC M^a Inmaculada el de mayor participación, junto con el CC Vamar, a diferencia de los centros CEIP Orba y CP La Fila, con una menor participación, siendo nula la muestra para el CC Guía (Figura 1).

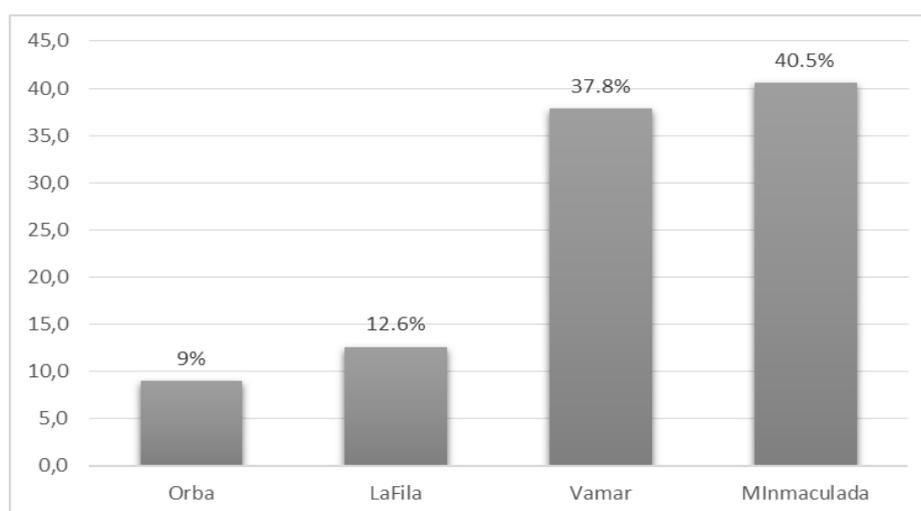


Figura 1: Nivel de participación por centros educativos

Respecto al tipo de familia, de entre los participantes que contestaron a ésta pregunta, es mayoritariamente compuesta de 4 miembros (56.1%) (Tabla 2), siendo 2 la media de hijos por familia (74.4%) (Tabla 3).

Tabla 2
Número de miembros de la unidad familiar

Nº miembros	Frecuencia	Porcentaje
2	6	7.3
3	13	15.9
4	46	56.1
5	16	19.5
7	1	1.2

Tabla 3
Número de hermanos por hijo

Nº Hermanos	Frecuencia	Porcentaje
0	29	26.1
1	61	74.4
2	21	25.6

El sexo de los hijos es equitativo, con un 49.5% de niñas y un 50.5% de niños.

El índice de participación por cursos, de los participantes que indicaron éste dato, es ligeramente superior para tercero (24.8%) y cuarto (22.9%), siendo quinto el curso con menor muestra (6.7%) (Figura 2).

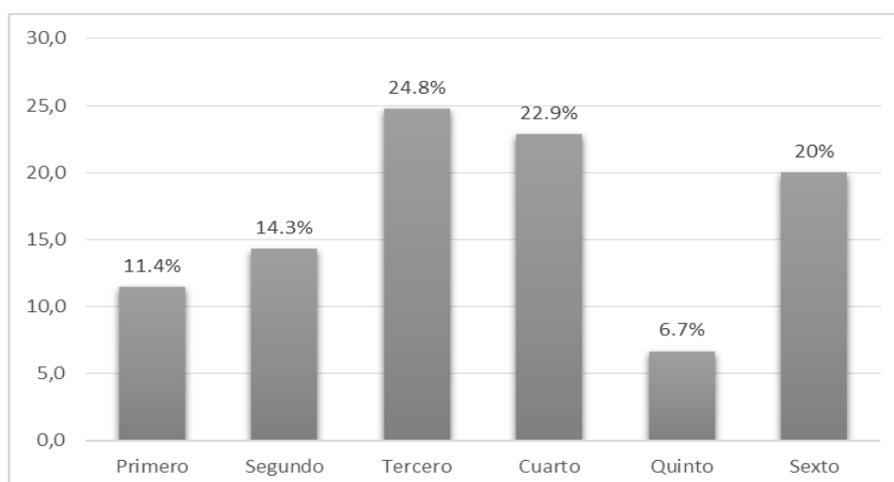


Figura 2: Índice de participación por cursos

El nivel de conocimiento que consideran que tienen los padres y madres de cada una de las sustancias es generalmente elevado para el tabaco y el alcohol (8.71 sobre 10 de media), seguido del cannabis (7.25 sobre 10 de media), siendo algo inferior para el resto de sustancias. Además, los padres tienden a creer que conocen mejor las sustancias que las madres, siendo significativa esa diferencia en el caso de la cocaína ($t_{(72,662)} = -2.953$, $p = .049$), aunque no para el resto de sustancias (alcohol: $t_{(63,742)} = -.760$, $p = .561$; tabaco: $t_{(57,510)} = .196$, $p = .502$; cannabis: $t_{(92,690)} = -.457$, $p = .292$; benzodiazepinas: $t_{(59,689)} = -.989$, $p = .601$; anfetaminas: $t_{(63,993)} = -2.603$, $p = .816$; éxtasis: $t_{(64,184)} = -2.827$, $p = .841$) (Tabla 4).

Tabla 4
Nivel de conocimiento de las sustancias

Sustancias	Media Total	Media Madres	Media Padres	t	p
Alcohol	8.71	8.63	8.88	-.760	.561
Tabaco	8.71	8.74	8.65	.196	.502
Cannabis	7.25	7.07	7.68	-.457	.292
Cocaína	6.12	5.55	7.38	-2.953	.049
Benzodiazepinas	6.05	5.86	6.47	-.989	.601
Anfetaminas	5.25	4.71	6.44	-2.603	.816
Éxtasis	5.27	4.69	6.53	-2.827	.841

Respecto a la percepción de riesgo de las familias sobre las diferentes sustancias, ninguna de ellas tiene una puntuación media inferior al 7.5 sobre 10. Siendo las sustancias ilegales las de mayor riesgo según los participantes, a excepción de las benzodiazepinas, cuya puntuación es inferior a la del alcohol (Figura 3). También, como se puede observar mediante la línea de tendencia ascendente, la percepción de riesgo aumenta en relación a si se da un menor consumo de la sustancia, excepto las benzodiazepinas. Además, existen correlaciones positivas entre la percepción de riesgo y el nivel de conocimiento para el tabaco ($r = .327$, $p = .001$), la cocaína ($r = .231$, $p = .020$), las anfetaminas ($r = .257$, $p = .008$) y el éxtasis ($r = .240$, $p = .000$), por lo que, a medida que aumenta el conocimiento de éstas sustancias en los participantes, aumenta la percepción de riesgo de las mismas, aunque esta correlación no se da para el alcohol ($r = .085$, $p = .386$), el cannabis ($r = .074$, $p = .461$) y las benzodiazepinas ($r = .173$, $p = .084$). Por último, no existen diferencias significativas entre padres y madres para ninguna de las sustancias (alcohol: $t_{(87,884)} = .829$, $p = .083$; tabaco: $t_{(60,468)} = .393$, $p = .572$; cannabis: $t_{(61,507)} = 1.376$, $p = .246$; cocaína: $t_{(66,401)} = -.458$, $p = .627$; benzodiazepinas: $t_{(51,685)} = -.338$, $p = .522$; anfetaminas: $t_{(52,320)} = .460$, $p = .154$; éxtasis: $t_{(58,632)} = -.148$, $p = .872$).

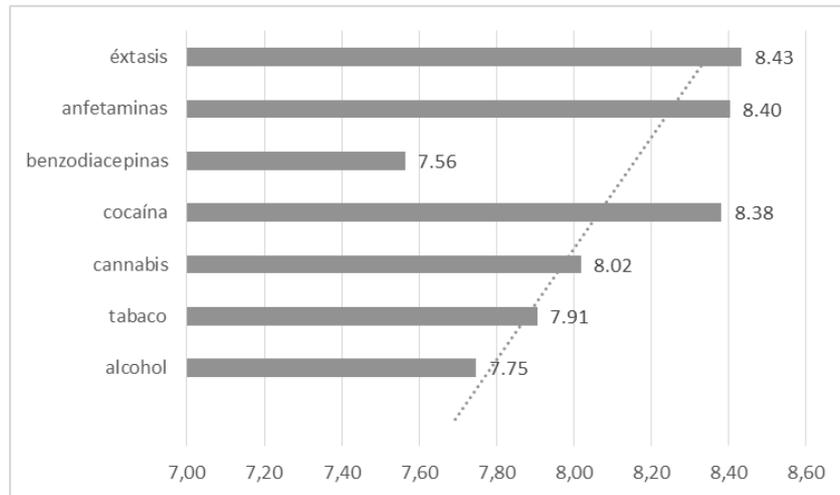


Figura 3: Percepción de riesgo de las sustancias

Por otro lado, se establece una comparación de la edad a la que creen los participantes que los jóvenes empiezan a consumir, con las edades de inicio de los datos del ESTUDES (2014-2015) (Figura 4), donde se puede observar que éstos familiares consideran que los jóvenes empiezan a consumir más tarde para las sustancias ilegales (a excepción del cannabis), al contrario que ocurre con el tabaco, que creen que se empieza antes a consumir de lo que ocurre según los datos oficiales, y coinciden con las edades de inicio de consumo de alcohol y cannabis.

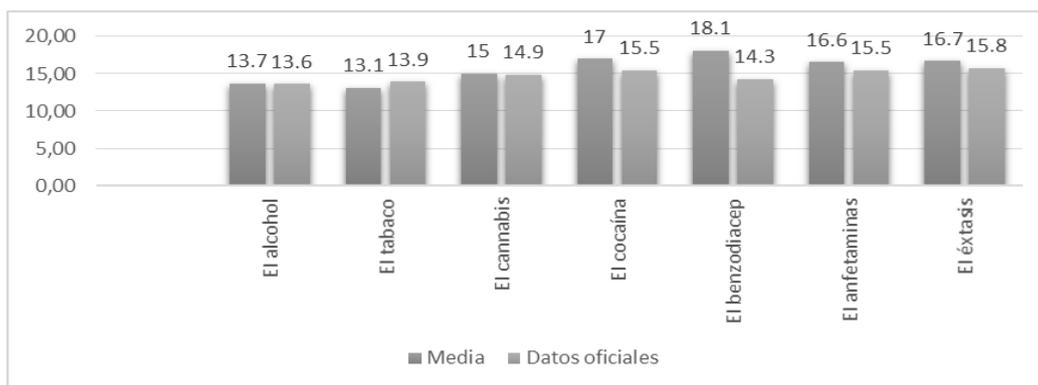


Figura 4: Edad de inicio al consumo según los familiares vs datos ESTUDES

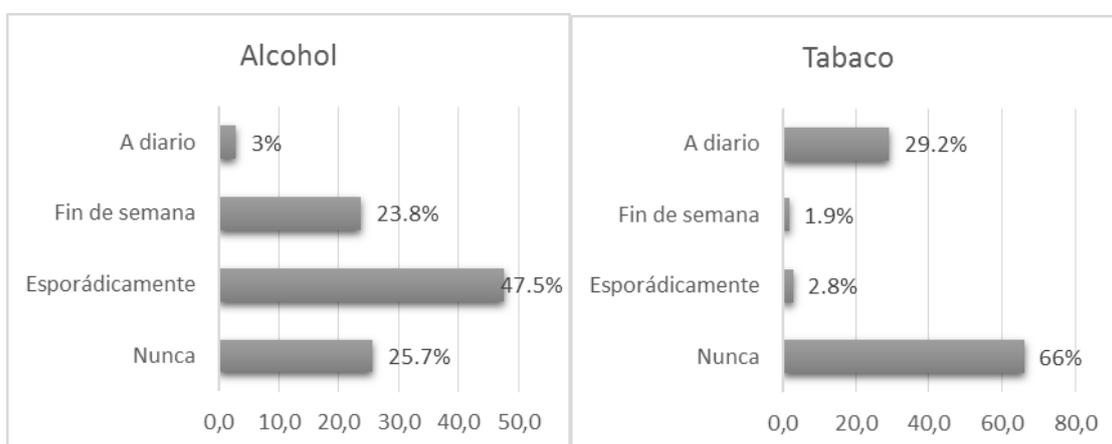
La probabilidad de que los jóvenes de entre 14 y 18 años consuman cada una de las sustancias según los familiares participantes y la probabilidad de que sus propios hijos las consuman cuando tengan esa edad, presentan diferencias notables, ya que, como se puede observar en la

Tabla 5, los participantes creen menos probable que consuman sus propios hijos cualquiera de las sustancias a que las consuman otros jóvenes. Sin embargo, al compararlas con los datos del ESTUDES (2014-2015), se observa como atribuyen una probabilidad mayor de consumo de la que se da según los datos oficiales, a excepción del alcohol. Además, se observa cómo en el municipio de Alfafar, el porcentaje de consumo de las cuatro primeras sustancias que aparecen en la Tabla 5, es superior a los datos del ESTUDES.

Tabla 5
Índice de consumo en los jóvenes / en sus propios hijos / datos ESTUDES /datos del municipio de Alfafar (porcentajes)

Índice consumo	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Cocaína	Benzodicepinas	Anfetaminas	Éxtasis
Los jóvenes	64.9	70.6	57.4	47.6	40.8	46.1	45.9
Sus hij@s	36.4	36.3	24.1	19.7	18.1	19.7	19.7
ESTUDES	76.8	31.4	25.4	2.8	16.1	0.9	0.9
Alfafar	98.4	44.3	26.6	3.6	-	-	-

Los datos recogidos sobre el consumo de las diferentes sustancias por los participantes que nos contestaron a ésta pregunta (Figura 5), apuntan a que la sustancia consumida con mayor frecuencia es el alcohol, que parece ser consumida mayoritariamente de manera esporádica (47.5%) por parte de los participantes, seguido del tabaco, en que nos encontramos 31 casos (29.2%) de consumo diario de ésta sustancia. En el caso de las benzodicepinas se dan consumos con diversas frecuencias, lo que supone un total de 13 casos de consumo en mayor o menor medida, que equivalen a un 13%. Hay algún caso aislado de consumo de cannabis, concretamente 2 de fin de semana, 2 esporádicos y 2 a diario. No hay ningún caso de consumo de cocaína, anfetaminas ni éxtasis según indican los participantes.



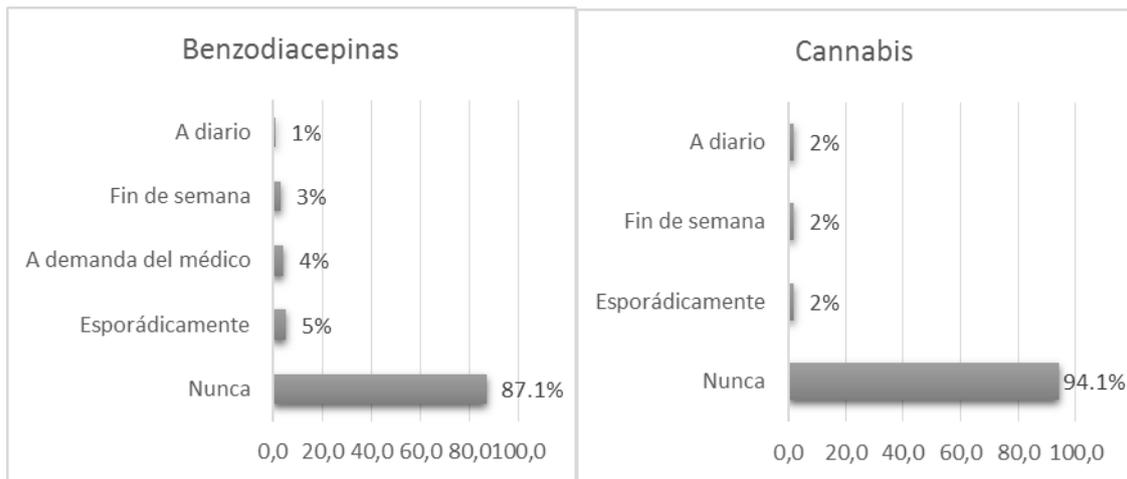


Figura 5: Frecuencia de consumo de las sustancias por parte de los familiares (porcentajes)

En la misma línea, se dan diferencias significativas de parentesco respecto a la frecuencia del consumo de sustancias por parte de los familiares participantes (alcohol: $t_{(69,475)} = 1.949$, $p = .050$; tabaco: $t_{(82,543)} = -2.350$, $p < .001$; cannabis: $t_{(66,000)} = -2.005$, $p = .003$; benzodiazepinas: $t_{(94,090)} = -1.345$, $p = .021$), siendo superior el consumo en los padres que en las madres a excepción del alcohol, en que se da lo contrario (Tabla 6).

Tabla 6
Frecuencia de consumo diferencias madres y padres

Sustancia	Parentesco	Media	t	p
Alcohol	Madre	3.37	1.949	.050
	Padre	2.91		
Tabaco	Madre	3.5	-2.350	.000
	Padre	4.29		
Cannabis	Madre	4.85	-2.005	.003
	Padre	5		
Benzodiazepinas	Madre	4.72	-1.345	.021
	Padre	4.88		

Además, de los familiares que consumen alguna de las sustancias, los resultados muestran que consumen delante de sus hijos/as mayoritariamente alcohol y en algunos casos también tabaco (aunque para esta sustancia no es la opción más señalada) y sólo se da algún caso muy aislado para el consumo de benzodiazepinas y cannabis (Figura 6).

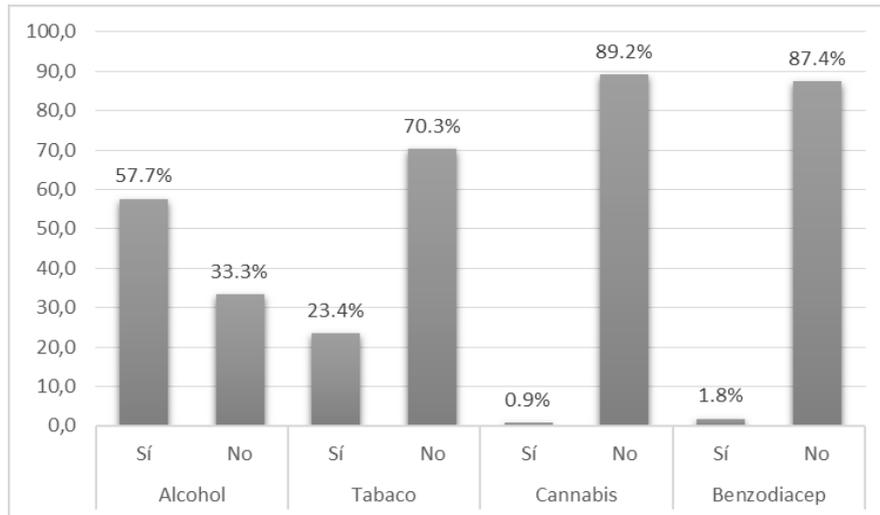


Figura 6: Consumo delante de sus hij@s

En cuanto al estilo de crianza, prima el permisivo o sobreprotector (ya que se da una tendencia a la calidez y a la permisividad en los participantes), seguido del autoritativo o democrático (cálido y exigente), en menor medida el autoritario (frío y exigente) y muy escasamente el negligente (frío y permisivo) (Tabla 7). Por otro lado, no existen diferencias significativas entre padres y madres para éstas variables ($t_{(67,262)} = -2.896$, $p = .364$).

Tabla 7
Estilos de crianza

Estilo crianza	Frecuencia	Porcentaje
Negligente	2	1.9
Permisivo	53	51.5
Autoritario	11	10.7
Autoritativo	37	35.9

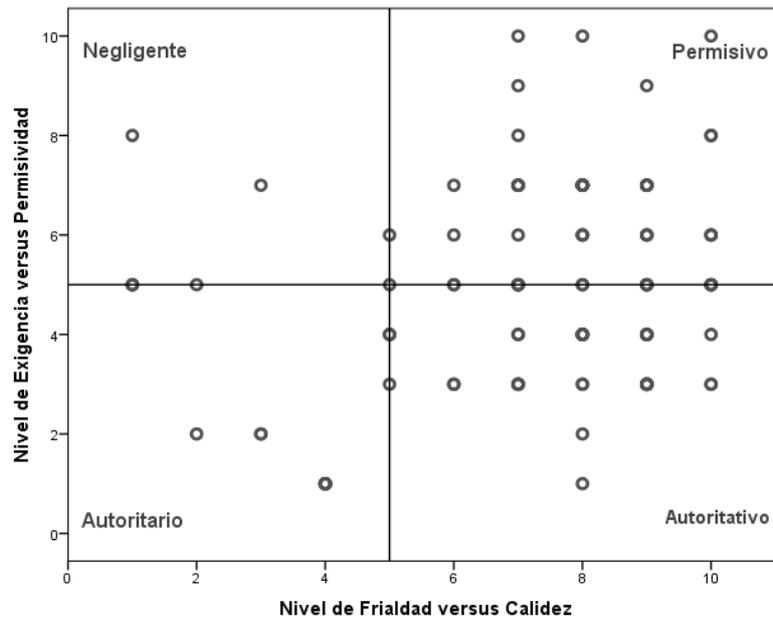


Figura 7: Distribución de la muestra según sus estilos de crianza

Las creencias de los participantes sobre las diferentes formas de disponer de alcohol y tabaco por parte de los jóvenes, apuntan a que consiguen estas sustancias mayoritariamente a través de amigos suyos, mayores de 18 años, tal como se puede observar en las medias de las puntuaciones obtenidas sobre 10 (Figura 8). También se indicó en el apartado de *Otra* que “*lo cogen de su propia casa*”.

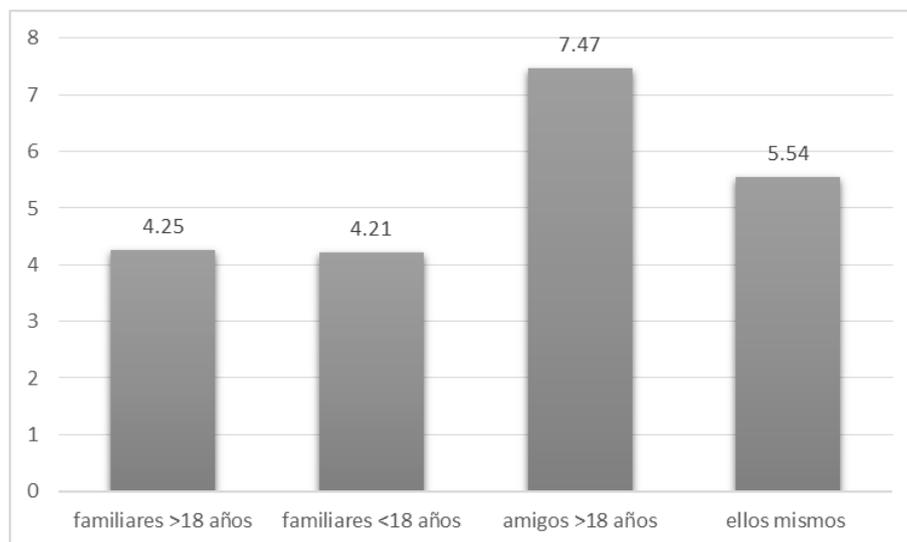


Figura 8: Maneras de disponer de alcohol y tabaco según los participantes

Para los factores de riesgo y protección se dan puntuaciones medias elevadas (sobre 10) en los factores de protección “actitud y modelo de conducta ejemplar”, “nivel de comunicación

familiar”, “existencia de límites y normas”, “supervisión de las actividades cotidianas”, “nivel de implicación y en sus actividades” y “expectativas sobre su éxito académico”; mientras que la puntuación es baja para el factor de riesgo “nivel de conflictos familiares”, según la perspectiva de los participantes con respecto a sí mismos, sin darse diferencias significativas entre padres y madres con respecto a éstas variables (vínculo afectivo: $t_{(103,475)} = -.687$, $p = .408$; actitud modelo conducta: $t_{(63,191)} = -2.451$, $p = .117$; comunicación familiar: $t_{(80,819)} = -.663$, $p = .702$; límites y normas: $t_{(69,438)} = -2.549$, $p = .989$; supervisión actividades: $t_{(52,592)} = -.212$, $p = .568$; implicación actividades: $t_{(102,718)} = -1.071$, $p = .195$; expectativas éxito académico: $t_{(77,775)} = 1.399$, $p = .091$; nivel de conflictos: $t_{(59,727)} = -.727$, $p = .813$) (Tabla 8).

Tabla 8
Factores de protección y riesgo familiares

Vínculo afectivo	Actitud y modelo de conducta ejemplar	Nivel de comunicación familiar	Existencia de límites y normas	Supervisión de las actividades cotidianas	Nivel de implicación y en sus actividades	Expectativas sobre su éxito académico	Presencia de conflictos familiares
9.01	8.33	8.60	8.30	8.71	8.63	8.52	3.74

Respecto a los incentivos para el aumento de la participación de las familias en los talleres de prevención de drogodependencias, destaca el servicio de cuidado de los hijos durante las sesiones, con un 8.07 de media sobre 10, disminuyendo progresivamente la importancia de los otros incentivos, siendo las rifas y los cupones de descuento los menos puntuados por los participantes (Figura 9). Además, no se dan diferencias significativas entre padres y madres para ninguna de estas variables (servicio de cuidado de los hijos: $t_{(79,426)} = -1.664$, $p = .162$; diploma oficial: $t_{(50,442)} = .123$, $p = .142$; merienda o almuerzo: $t_{(61,228)} = -1.738$, $p = .408$; rifas o cupones descuento: $t_{(59,147)} = .430$, $p = .800$). Además, nos encontramos con que varios participantes indicaron como importantes otros incentivo, relacionados con la misma formación recibida y con la claridad de ésta: “*que quede clara la información que se da*”.

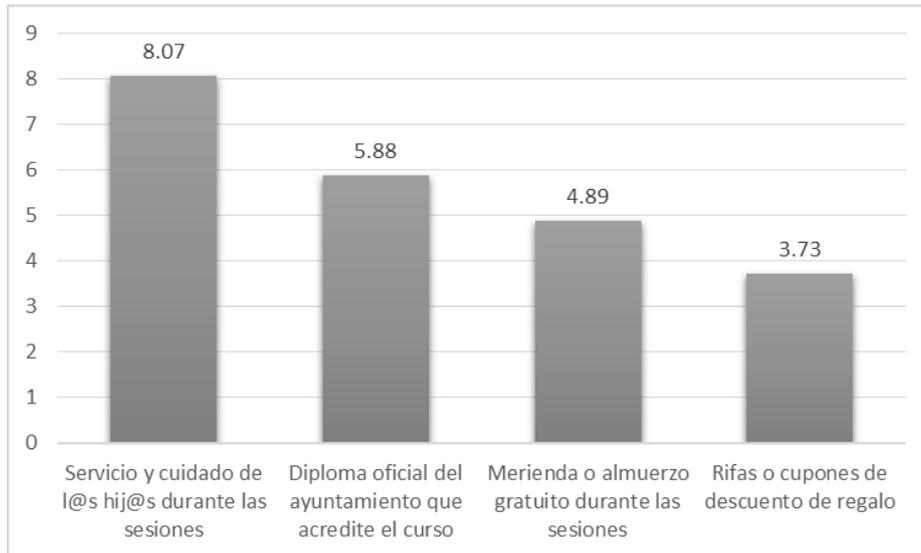


Figura 9: Incentivos para el aumento de la participación

Las preferencias de los familiares participantes apuntan a que sea presencial, mejor que a distancia; educativo (teórico-práctico), mejor que a través de sesiones únicamente teóricas; y con sesiones conjuntas entre padres e hijos, mejor que sólo para los padres y madres (Figura 10). Además, se dan diferencias significativas entre padres y madres para todas estas variables, ya que las madres dieron mayores puntuaciones que los padres para cada una de ellas, excepto para las sesiones solo para padres y madres, que puntuaron bajo ambos progenitores (presencial: $t_{(49,586)} = .951$, $p = .039$; a distancia: $t_{(86,040)} = 2.506$, $p = .009$; sesiones conjuntas padres-hijos: $t_{(45,350)} = 1.938$, $p = .031$; solo para padres y madres: $t_{(58,596)} = 1.707$, $p = .506$; teórico-práctico: $t_{(40,573)} = 2.019$, $p = .006$; teórico: $t_{(50,214)} = 3.664$, $p = .037$).

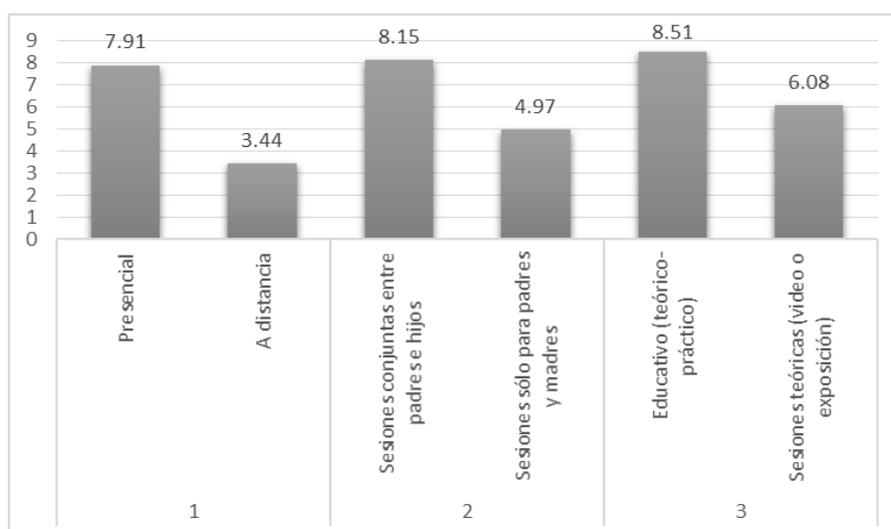


Figura 10: Preferencias de los participantes para los talleres de prevención

En cuanto al número de sesiones que los participantes prefieren para los talleres de prevención familiar, éstas se comprenden entre 0 y 12. Los valores que más se repiten (moda) son el 1 y el 4, siendo 3.70 la media, es decir, unas 4 sesiones por taller (Tabla 19). Existen diferencias entre madre y padres, ya que los padres tienden a demandar un mayor número de sesiones que ellas (Tabla 10). Por otro lado, la frecuencia de las sesiones que más se repite (moda) es semanal (Tabla 9).

Tabla 9
Número de sesiones y frecuencia del taller de prevención familiar

	Nº sesiones	Frecuencia
Moda	1 y 4	Semanal
Media	3.70	-

Tabla 10
Diferencias entre padres y madres sobre el nº de sesiones y la frecuencia

Parentesco	Moda nº sesiones	Moda Frecuencia
Madres	1	Semanal
Padres	4	Semanal

La probabilidad de que participen en los talleres de prevención familiar está en un 6.68 sobre 10 de media, (lo que equivale a un 66.8%) siendo el 8 el valor que más se repite (moda) (Tabla 11). Se observa también como ésta es significativamente mayor para las madres que para los padres ($t_{(52,459)} = 2.755$, $p = .008$). Además, el hecho de que conozcan la UPCCA no implica que la probabilidad de su participación en los talleres preventivos aumente ($t_{(42,341)} = -.264$, $p = .073$), como tampoco se dan variaciones significativas para ésta variable con respecto al curso de sus hijos/as ($r = -.061$, $p = .550$).

Tabla 11
Probabilidad de que participen en los talleres de prevención

	Total	Madres	Padres	t	p
Media	6.68	7.16	5.56	2.755	.008

El conocimiento de la UPCCA es bastante escaso, ya que solo un 26.1% la conoce (Figura 11).

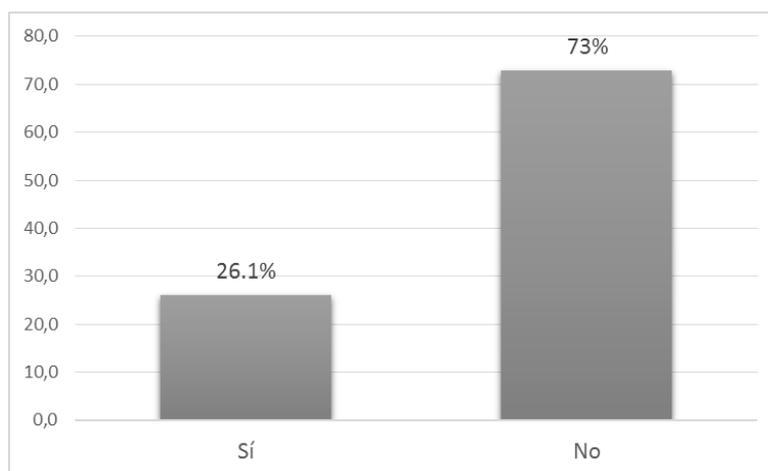


Figura 11: Conocimiento de la UPCCA

Por otra parte, si relacionamos el hecho de que conozcan la UPCCA con el nivel de conocimiento de las diferentes sustancias, se da una correlación positiva ($t_{(52,459)} = 2.755$, $p .030$) únicamente para el conocimiento de la cocaína, que aumenta para los participantes que afirmaron conocer la institución.

Por último, para el último apartado sobre las preferencias y necesidades con respecto a los talleres de prevención, las aportaciones que más se repiten por parte de los participantes son:

- La necesidad de hacer sesiones conjuntas entre padres e hijos
- La importancia de los talleres de prevención en general, de que las familias estén formadas, ya que la educación no solo depende de la escuela, que les enseñen a educar a sus hijos/as, *“nunca se hace demasiado”*.
- Que se hagan talleres de prevención del acoso escolar, de educación en el valor del respeto y la no discriminación, para *“aprender a no ridiculizar”*.

También se repite la demanda de:

- Testimonios reales en primera persona
- Talleres sobre mediación de conflictos entre padres e hijos
- Formación a sus iguales
- La importancia de hablar del alcohol que está tan al alcance de cualquiera y prevenir su consumo a edades tempranas.

Y se señala como dificultad la conciliación entre la vida familiar y laboral.

Las demás aportaciones, aunque no se repiten, son:

- La baja probabilidad de que asista a un taller de prevención debido a la temprana edad de su hijo (2º Primaria)

- La colaboración con ONG especializadas
- La importancia de formar al equipo docente
- El desconocimiento de los talleres de prevención
- Talleres online para dejar el consumo en los familiares.
- Ensayos prácticos, armas dialécticas, para reaccionar del mejor modo cuando tus hijos consumen.
- Que se les repartan hojas o folletos recordatorios
- Un mayor número de talleres
- Tratar el tema de la alimentación
- Una mayor amplitud de horarios

5.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos del estudio permiten obtener las claves necesarias y suficientes para la elaboración de un programa de prevención familiar específico, lo que constituye el objetivo principal de esta investigación, permitiéndonos poderlo adecuar a la población del municipio de Alfajar, concretamente a los familiares de alumnos de Educación Primaria de los centros educativos públicos y concertados.

- En relación a la muestra conseguida para el estudio:

En primer lugar, el hecho de que la participación de las madres con respecto a la de los padres en la cumplimentación del cuestionario haya sido muy superior, fue tal como se esperaba debido a las diferencias que se dan en éste sentido en los talleres de prevención familiar ofertados por la UPCCA. Esto demuestra la necesidad de diseñar medidas para la captación de un mayor número de padres en la participación.

Luego, la participación por parte de los centros educativos, ha limitado enormemente la científicidad con respecto a la muestra del estudio, viéndose muy reflejadas las diferencias en cuanto a la participación en los mismos. En este sentido, uno de los aspectos más destacados del estudio es la importancia del fomento de actitudes positivas del equipo directivo y del personal del centro escolar en la decisión de los padres y madres de participar cuando el programa se desarrolla en este contexto, tal como se indica en los estudios de (Hahn et al., 1996; Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer y Johnson, 2007; y Lochman y Van den Steenhoven, 2002). Este hecho pone de manifiesto una de las grandes dificultades con las que la UPCCA de Alfajar se encuentra, que determinan enormemente el trabajo de la técnica de prevención, ya que éste se ve limitado en función del deseo del equipo directivo de cada institución, pudiendo llevar a cabo únicamente las propuestas que los mismos acepten, siendo determinante también la forma en que son vendidas dichas propuestas para que resulten atractivas y necesarias para ellos. Por todo esto, se ve necesario trabajar con los centros CEIP Orba y CC Vamar, pero principalmente con el CC Guía, para lo que haría falta abrir nuevas líneas de investigación que permitan conocer el motivo de la nula coordinación de éste con la UPCCA del municipio.

En cuanto a la participación por cursos de los/as hijos/as, parece haber cierto orden ascendente de participación de primero (6-7 años), segundo (7-8 años) y tercero (8-9 años), descendiendo ligeramente en cuarto (9 -10 años) y sexto (11-12 años). Sin embargo, llama la atención la poca participación para las familias cuyos hijos van a quinto curso (10- 11 años), por lo que habría que investigar cuales son las causas de dicho salto. De esto se deduce que la participación

aumenta a medida que aumenta la edad hasta tercero, aunque esto no se cumple a partir de cuarto curso.

- En relación al primer objetivo del estudio, consistente en *obtener información sobre los factores de riesgo y protección familiares asociados al consumo de drogas, sobre los padres y madres de los estudiantes de Primaria del municipio de Alfajar*, se puede afirmar lo siguiente:

Respecto a tipo de familia que ha participado en el estudio, los resultados coinciden con los datos demográficos del municipio expuestos en el III Plan Municipal de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2016-2019 de la UPCCA de Alfajar, ya que son mayoritarias las familias de un solo núcleo, compuestas por 4 miembros, siendo 2 la media de hijos entre los participantes. Teniendo en cuenta que la convivencia de ambos padres frente a familias monoparentales propicia a una mayor participación por parte de los padres y madres, tal como se muestra en los estudios de (Al-Halabí Díaz et al., 2006; Bauman et al., 2001; Cohen y Linton, 1995), del mismo modo que ocurre cuanto menor sea el número de hijos, esto podría constituir un factor positivo para que asistan más padres y madres a los talleres. Además, tal como se indica en el estudio de (Perotto y Valdivieso, 1994) son las familias monoparentales las que tienden a estar más protegidas del consumo de drogas por parte de los/as hijos/as, por lo que constituye un factor de protección para el mismo.

Por otra parte, el nivel de conocimiento que consideran que tienen los padres y madres de cada una de las sustancias es elevado para las sustancias legales (tabaco y alcohol), siendo inferior para el resto. Además, hay una tendencia a que los padres crean tener un mayor conocimiento que las madres de todas las sustancias, principalmente de la cocaína. Dicho esto, los datos apuntan a que es necesario profundizar en el conocimiento de las sustancias ilegales en los talleres de prevención familiar, sin embargo, no se debe olvidar que se trata de la opinión que tienen los participantes con respecto a sí mismos, que aunque es fundamental conocerla, no tiene por qué coincidir con el conocimiento que tienen realmente acerca de las sustancias. Además, aunque el conocimiento de las sustancias legales por su parte parece ser elevado según los resultados obtenidos, al tratarse de las sustancias que mayor mortalidad y morbilidad, entre otros problemas, producen en la población (Becoña, 2002), merecen que se haga mayor hincapié en ellas.

La percepción de riesgo presenta un orden ascendente coincidiendo con el nivel de consumo de la misma, es decir, las sustancias de mayor consumo en la población joven en general según el ESTUDES (2014-2015), presentan una menor percepción de riesgo, siendo el orden el siguiente: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas y éxtasis. Esto supone, tal como se

indica en el estudio de Crespo et al., 2004), que a mayor conocimiento sobre el riesgo de las sustancias, más negativa será la actitud de los padres y madres hacia el consumo, siendo a su vez esto un factor de protección con respecto al mismo (Larrosa y Palomo, 2010), por lo que, en los talleres de prevención familiar habría que incidir principalmente sobre los riesgos de las sustancias más consumidas, como son el alcohol, el tabaco y el cannabis. No obstante, la percepción de riesgo del consumo de benzodiazepinas es muy baja, a pesar de que su consumo es más elevado que el de otras sustancias ilegales como la cocaína, las anfetaminas o el éxtasis, quizás esto se deba a que el consumo de las mismas por parte de los participantes es superior aunque, habría que estudiar con mayor profundidad las causas de dicha percepción de riesgo tan baja, sin embargo, podría estar relacionado un mayor consumo de las mismas por parte de los familiares. También, a medida que aumenta el conocimiento de las sustancias en los participantes, aumenta la percepción de riesgo de las mismas, a excepción del alcohol, el cannabis y las benzodiazepinas.

En lo referente a la edad de inicio al consumo en los jóvenes según los participantes, los resultados confirman una problemática evidente, ya que para la mayoría de sustancias, éstos consideran que se empiezan a consumir más tarde de lo que se da en realidad según el ESTUDES (2014-2015), a excepción del alcohol, el tabaco y el cannabis. Por ello, habría que enseñarles a los padres y madres de Alfajar en los talleres de prevención, cuáles son esas edades de inicio al consumo, para que estén más atentos, como un factor de protección para sus hijos.

Una de las críticas que también se puede hacer sobre la percepción errónea de las familias con respecto al consumo de drogas de los jóvenes es que, las mismas consideran que sus hijos/as tienen menos probabilidad de consumirlas que el resto. Esto se refleja claramente en los resultados del estudio, lo cual lleva a considerar la necesidad de concienciar a las familias de Alfajar ante tal aspecto.

En la misma línea, los participantes creen que el alcohol se consume en una proporción menor, por parte de los jóvenes de entre 14 y 18 años, de lo que ocurre en realidad en la población joven en general según el ESTUDES (2014-2015) así como específicamente en el municipio de Alfajar, tal como expone Fernández Rendo (2013). De modo que, tratándose de la sustancia mayoritariamente consumida por la población en general, se hace necesario aclarar los verdaderos índices de consumo de la misma, como forma de alerta a las familias, para una prevención más coherente con la realidad.

Respecto al consumo por parte de los familiares, que supone un factor de riesgo para el consumo de sus hijos/as, tal como se indica en el estudio de Pons et al. (1996), el hecho de que el consumo por parte de los participantes del alcohol y tabaco sean tan elevados puede justificar que lo sea también en los jóvenes, lo que supone un importante factor de riesgo que es necesario

trabajar sensibilizando a ésta población ante el mismo. También es importante resaltar el problema del consumo de las benzodiazepinas, que, aunque muy inferior al de las dos sustancias anteriores, es elevado por parte de los participantes, lo que podría suponer una alarma para el consumo de ésta sustancia por parte de los jóvenes de Alfajar, siendo necesaria la concienciación sobre esto hacia las familias del municipio en los talleres de prevención.

En relación a lo anterior, que los padres consuman significativamente más que las madres (a excepción del alcohol), parece indicar de nuevo en la necesidad de acercar a éstos a los talleres de prevención.

Del mismo modo, que los participantes indiquen que consumen delante de sus hijos/as el alcohol principalmente y también, aunque en proporción menor, el tabaco, supone un factor de riesgo (Pons, Berjano y García, 1996), que también puede influir en que sus hijos/as consuman estas sustancias, por lo que debe ser otro de los aspectos a considerar en los talleres de prevención familiar de Alfajar.

Tal como se ha argumentado en apartados anteriores, uno de los factores de protección importantes es el de un estilo de crianza positivo hacia los/as hijos/as (Díaz et al., 2009). De los cuatro estilos existentes, según los clasificaron Baumrid (1966, 1968, 1971) y Schaefer (1959), prima entre los participantes el estilo permisivo, según su percepción sobre ellos mismos, lo que supone cierto riesgo para el consumo en sus hijos/as, tal como expone Becoña (2012) para el consumo de alcohol. Por tanto, debe ser una tarea esencial para los talleres de prevención familiar de Alfajar, educar a los padres y madres en estrategias para un estilo de crianza y educativo democrático o autoritativo hacia sus hijos/as, por constituir un factor de protección para el consumo en los mismos (Becoña, 2012).

Otro de los factores de riesgo para el consumo es la disponibilidad de las sustancias por parte de los jóvenes (Larrosa y Palomo, 2010). La forma de obtener alcohol y tabaco mayoritaria, según el ESTUDES (2014-2015), es a través de los mismos jóvenes, menores de edad, lo que no coincide con la percepción que tienen los participantes con respecto a las mismas, que creen que lo hacen mayoritariamente a través de amigos mayores de 18 años. Hecho que deriva en la necesidad de informar a los padres y madres sobre la realidad en los talleres de prevención familiar.

En cuanto a los factores de protección, los participantes se atribuyen altas puntuaciones, sobre todo para el apego, siendo baja la puntuación que atribuyen al nivel de conflictos familiares, lo que supone un resultado bastante optimista, sin embargo, de nuevo nos encontramos con la necesidad de contrastar estos, puesto que se trata de la mera opinión de los mismos

participantes, lo que se aleja de la objetividad necesaria, aunque no deja de ser importante conocerla.

- Para el segundo objetivo, consistente en *conocer los incentivos y preferencias de las familias de Alfafar para los talleres de prevención con el fin de determinar las variables que puedan hacer que esa participación aumente*, se deduce que:

El incorporar un servicio de cuidado de los/as hijos/as durante las sesiones, tal como apuntan los resultados, deberá ser uno de los aspectos a incluir en los talleres ofertados por la UPCCA, en coincidencia con los resultados del estudio de Al-Halabí Díaz y Errasti Pérez (2009), siendo menos relevante incluir el resto de incentivos.

- Sobre el tercer objetivo, basado en *descubrir los intereses, demandas y preferencias de los familiares de los alumnos de Educación Primaria de Alfafar*, se dan las siguientes conclusiones:

En relación a las preferencias, será preferible hacer los talleres de forma presencial en lugar de a distancia, que incluyan alguna sesión conjunta entre padres e hijos y, en contraposición a los resultados del estudio de Pinazo, et al. (2002), para las familias de Alfafar será mejor que los talleres mezclen teoría y práctica, trabajen habilidades y formas de actuación que resulten útiles y aplicables para los padres y madres con sus hijos, en concordancia con estudios como el de Al-Halabí Díaz et al., (2009) y Beatty y Cross (2006), y sean educativos, más allá de la mera transmisión de información, más considerando que éste último es el dato que mayor puntuación tiene por parte de los participantes.

En lo relativo al número de sesiones que prefieren estos padres y madres, aunque los valores oscilan entre 1 y 4, la media se acerca más a 4 y la frecuencia semanal, por lo que, lo más adecuado seguramente sea realizar un taller de un mes de duración, siendo la asistencia de un día a la semana, durante 4 sesiones en total.

También, quizás un modo de captar a un mayor número de familias sea atendiendo a otros de sus intereses y demandas no contemplados en el cuestionario, pero que se han obtenido a partir del último apartado del mismo, como por ejemplo: que se hagan talleres de prevención del acoso escolar, de educación en el valor del respeto y la no discriminación, para *“aprender a no ridiculizar”* o los talleres sobre mediación de conflictos entre padres e hijos. Siempre se pueden incluir estos aspectos, que, aunque de forma indirecta, también se pueden relacionar con las

drogodependencias y así aprovechar las sesiones para tratar temas de prevención del consumo de éstas.

Respecto a la probabilidad de que participen en los talleres ofertados, no es demasiado elevada, aunque no debemos olvidar que según (Pinazo et al. (2002), esto no es un predictor fiable para medir su asistencia a los mismos, sin embargo, puede servir para orientar en la necesidad de trabajar para que los talleres resulten más atractivos e interesantes. También podría ser interesante realizar un análisis más completo acerca de ésta variable y sus causas para ésta población concreta.

- Para terminar, el cuarto objetivo, también se ha resuelto al *comprobar cuántos de los familiares conocen la Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA) de Alfajar, para saber si es necesario focalizar los esfuerzos en una mayor visibilidad de la misma, así como descubrir si existe una correlación positiva entre la probabilidad de que participen y el conocimiento de la institución:*

El hecho de que el conocimiento de la UPCCA sea bajo podría ser una de las causas que hagan que las familias no participen más. En este sentido, queda evidente la necesidad de dar una mayor visibilidad a la institución en el municipio, sobretodo porque se trata de un servicio público, del cual todos los ciudadanos tienen derecho a aprovechar.

Por último, el conocimiento de la UPCCA por parte de los participantes ha demostrado tener relación con que crean conocer mejor la cocaína, lo que puede estar relacionado con la asistencia a los talleres de prevención familiar llevados a cabo desde la misma.

6) RESUMEN DE PROPUESTAS

1. Diseñar medidas para la captación de un mayor número de padres en la participación.
2. Trabajar con los centros CEIP Orba y CC Vamar, pero principalmente con el CC Guía, para lo que haría falta abrir nuevas líneas de investigación que permitan conocer el motivo de la nula coordinación de éste con la UPCCA del municipio.
3. Hacer visible la problemática con la que la UPCCA de Alfafar se encuentra, al depender de la decisión de terceros profesionales alejados del campo de la prevención de las drogodependencias para la implementación de sus propuestas de prevención.
4. Profundizar también en el conocimiento de las sustancias ilegales en los talleres de prevención familiar, pero incidiendo principalmente sobre los riesgos de las sustancias más consumidas, como son el alcohol, el tabaco y el cannabis.
5. Estudiar con mayor profundidad las causas de la baja percepción de riesgo de las sustancias legales (alcohol y tabaco) para aumentarla en los talleres de prevención.
6. Enseñar a los padres y madres de Alfafar en los talleres de prevención, cuáles son las edades de inicio al consumo, para que estén más atentos, como un factor de protección para sus hijos, desmintiendo sus creencias erróneas acerca de las mismas.
7. Concienciar a las familias de Alfafar de que sus hijos/as no tienen por qué ser menos consumidores que el resto de los jóvenes.
8. Aclarar los verdaderos índices de consumo de alcohol, como forma de alerta a las familias, para una prevención más coherente con la realidad.
9. Trabajar sensibilizando a ésta población ante el consumo de alcohol y tabaco, como un factor de riesgo para el consumo posterior en sus hijos/as.
10. Concienciar a las familias sobre los peligros del consumo de benzodiazepinas.
11. Concienciar sobre el riesgo que tiene el consumir delante de los/as hijos/as alcohol y tabaco.
12. Educar a los padres y madres en estrategias para que aprendan a desarrollar un estilo de crianza democrático o autoritativo hacia sus hijos/as.
13. Informar a los padres y madres de que la forma de obtener alcohol y tabaco mayoritaria por parte de los jóvenes es a través de ellos mismos, desmintiendo creencia erróneas acerca de las mismas.

14. Diseñar los talleres de forma presencial en lugar de a distancia, que incluyan alguna sesión conjunta entre padres e hijos, que mezclen teoría y práctica, trabajen habilidades y formas de actuación, resulten útiles y aplicables para los padres y madres con sus hijos y sean educativos, más allá de la mera transmisión de información.
15. Incorporar un servicio de cuidado de los/as hijos/as durante las sesiones a los talleres ofertados por la UPCCA, siendo menos relevantes el resto de incentivos.
16. Diseñar un taller de un mes de duración, siendo la asistencia de un día a la semana, durante unas 4 sesiones en total.
17. Incluir temáticas de mayor interés para las familias entre las que destacan: el acoso escolar, el valor del respeto y la no discriminación y la mediación de conflictos entre padres e hijos, para así poder captar a un mayor número de asistentes, ligando estos aspectos con la prevención familiar de las drogodependencias.
18. Dar una mayor visibilidad de la UPCCA en el municipio.

7) LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones que se han presentado a la hora de realizar el estudio, en primer lugar, se destaca la distribución desigual de la muestra con respecto a los centros educativos, a causa de la falta de interés de los mismos en la elaboración del estudio.

Este hecho se puede extrapolar al resto de actividades propuestas desde la UPCCA, cuya implementación depende de la aceptación por parte de los equipos directivos de las instituciones, opinión que se aleja de la profesionalidad dentro del campo de la prevención de las drogodependencias, siendo los técnicos de las UPCCA, entre otros profesionales de las Drogodependencias los más capacitados para considerar cuándo una actividad es necesaria y positiva y cuando no.

En este sentido, se trata de una limitación que, generalmente no depende de la técnico de la UPCCA de Alfafar, pero que, quizás sea interesante continuar investigando acerca de cómo solventarla ideando mecanismos basados en el aumento de la confianza por parte de los equipos directivos de las instituciones hacia la UPCCA.

En segundo lugar, se da la necesidad de contrastar algunos de los resultados basados en la opinión de los padres y madres con respecto a ellos mismos mediante mecanismos que posibiliten la obtención de datos más objetivos, que no se ha llevado a cabo a causa de la complejidad que dicho estudio podría conllevar.

8) BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Ramos, M. C. (2001): *Concepto de sí mismo. Familia y escuela*. Madrid. Dyckinson.

Al-Halabí Díaz, S. y Errasti Pérez, J. M. (2009). Use of small incentives for increasing participation and reducing drop out in a family drug-use prevention programme in a Spanish sample. *Substance Use & Misuse*, 44, 1990-2000.

Al-Halabí Díaz, S., Secades Villa, R., J. M. Errasti Pérez, Fernández-Hermida, J. R., García-Rodríguez, O. y Crespo Crespo, J. L. (2006). Family predictors of parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Drug and Alcohol Review*, 25, 327-331.

Alexander, B. K. y Dibb, G. S. (1975). Opiate addicts and their parents. *Family Process*, 14, 499-514.

Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., y Lieb, R. (2001). *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime*, 4, 1-05-1201. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., y Baglioni, A. J. (2002). Medición del riesgo y los factores protectores para el uso, la delincuencia y otros problemas de los adolescentes los comportamientos de las comunidades que cuidan la juventud encuesta. *Revisión de la evaluación*, 26 (6), 575-601.

Bauman, K. E., Ennett, S. T., Foshee, V. A., Pemberton, M., y Hicks, K. (2001). Correlates of participation in a family-directed tobacco and alcohol prevention program for adolescents. *Health Education y Behavior*, 28, 440-461.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 4, 1-103.

Beatty, S. E., y 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, 333-342.

Becoña, E., (2002). Bases científicas para la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.

Becoña, E. (2012). En J. A. García del Castillo y Carmen López (Eds). *Estrategias de intervención en la prevención de drogodependencias* 51-74, Madrid: Ed. Síntesis.

Becker, D., Hogue, A., y Liddle, H. A. (2002). Methods of engagement in family-based preventive intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, 163-179.

Botvin, G. J, y Griffin, K. W (2004). La vida entrenamiento de habilidades. Los resultados empíricos y futuras direcciones. *Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.

Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds), *Drogodependencias, 4. Prevención*, 75-103. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Campanini, A. y Luppi, F. (1995): *Servicio social y Modelo sistémico*. Barcelona: Paidós.

Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Carcelén, R., Senabre, I., Morales, L., Wenz, I. y Romero, F. J. (2009). La familia en la prevención de las drogodependencias: situación actual de los programas y nuevos retos. Instituto sobre Drogas y Conductas Adictivas (IDYCA) Universidad CEU Cardenal Herrera. *Revista española de drogodependencias*, 3(34).

Castillo, F. (1997). El profesional en las organizaciones de servicios sociales. En M. Coletti y J. L. Linares (Eds.) *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós. Terapia familiar.

Center for Substance Abuse Prevention, CSAP (2001). *Principles of Substance Abuse Prevention. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DHHS Publication (SMA), 01-3507* Center for Substance Abuse Prevention. Division of Knowledge Development and Evaluation..

Chaves, M. L. M., y Cabrera, C. C. (2001). Modelos y enfoques en Intervención Familiar. *Psychosocial Intervention*, 10(2), 185-198.

Cid-Monckton, P., y Pedrão, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 738-745.

Cohen, D. A., y Linton, K. L. (1995). *Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. Journal of Drug Education*, 25, 159-169.

Coll, C. (1996). Psicopedagogía: confluencia disciplinar y espacio profesional. En M. Monereo e I. Solé (Eds.) *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructiva*. Madrid: Alianza Psicología.

Crespo, J. L. C., Rodríguez, O. G., Villa, R. S., Hermida, J. R. F., Cueto, E. G., Pérez, J. M. E., y Díaz, S. A. H. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.

De Paul, J. y Arruabarrena, M. I. (1996). *Manual de protección infantil*. Barcelona.

Diez, J. P., Peirats, E. B., y Pérez, F. G. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8, 177-191.

Díaz, S. A. H., Pérez, J. M. E., Hermida, J. R. F., Crespo, J. L. C., Villa, R. S., y Rodríguez, O. G. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21(1), 39-48.

Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en trabajo social: intervención con personas y familias*. Madrid: S. XXI.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., y Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drugs use. A systematic review. *Preventive medicine*, 46(5), 385-396.

Farrington, D. P. y Hawkins, J. D. (1991). Predicting Participation, Early Onset, and Later Persistence in Officially Recorded Offending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1, 1-33.

Fernández Rendo, S. (2013). *Nuevos instrumentos de evaluación para dar cuenta del consumo de alcohol y cannabis en adolescentes*. TFM del Máster en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas a las Drogodependencias (DITPA). Universidad de Valencia (UV).

García-Rodríguez, J. A. (2000). *Mi hijo, las drogas y yo. Todo lo que padres y educadores necesitan saber sobre la educación y prevención en el consumo de drogas en la adolescencia*. Madrid: EDAF.

Gates S., Mc Cambridge J., Smith L.A., y Foxcroft D. R. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 1.

Gil Colomer, R. (1991): Agentes de la educación. En Altarejos M., F. (Eds.) *Filosofía de la educación hoy*. Madrid. Dyckinson.

Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En Steinberg J. A. y Silverman M., M. (Eds.) *Preventing mental disorders*, 20-26. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Gracia, E. (1997): *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós. Trabajo Social 1.

Hahn, E., Simpson, M. R., y Kidd, P. (1996). Cues to parent involvement in drug prevention and school activities. *Journal of School Health*, 66, 165-170.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. y Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 226-234.

Hogue, A., y Liddle, H. A. (1999). Family-based preventive intervention: an approach to preventing substance use and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 278-293.

Kaufman, E. (1974). La psicodinámica de la dependencia de opiáceos: una nueva mirada. *La revista americana de abuso de drogas y alcohol*, 1(3), 349-370.

Kaufman, E. (1994). *Psicoterapia de las personas adictas*. Norwich, Reino Unido. Guilford Press.

Kumpfer K. L. (1996). Selective Preventive Interventions. The Strengthening Families Program. Paper presented at the National Institute on Drug Abuse. *Technical Review on Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*, Gaithersburg, MD, 25-26.

Kumpfer, K. L., y Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American psychologist*, 58, 457-465.

Kumpfer, K. L., y Johnson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19, 13-25.

Kumpfer, K. L., Molgaard, V. y Spoth, R. (1996). The strengthening families program for the prevention of delinquency and drug use. En: Peters, R. y McMahon, R. (Eds.) *Preventing*

childhood disorders, substance abuse and delinquency. Thousand Oaks, CA.: SAGE Publications.

Lamas, C. (1997): Los primeros contactos. En M. Coletti y J.L. Linares (Eds.) *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

Larrosa, S. L., y Palomo, J. L. R. A. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.

Laudeman, K. A. (1984). Seventeen ways to get parents involved in substance education. *Journal of Drug Education*, 14, 307-314.

Linares, J. L. (1997). Modelo sistémico y familia multiproblema. En M. Coletti y J.L. Linares (Eds.) *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona. Paidós.

De España, J. C. I. R. (2005). Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. (BOE 27/12/2005) actualizada Ley 42/2010, de 30 de diciembre.

Lochman, J. E., y Van den Steenhoven, A. (2002). Family-based approaches to substance abuse prevention. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 49-114.

Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historic overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.

Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds.) *Drogodependencias*, 4, *Prevención*, 51-74.

Martín González, E. (2005). 20 años de prevención familiar en España (1985-2005). *Revista Española de Drogodependencias*, 30(34), 301-321.

Martínez Fernández, L. (2015). *Consumo de drogas entre adolescentes en espacios de ocio: resultados de la intervención en una noche de fiestas*. UPCCA Alfafar. Valencia.

Mauri, T. (1996). La formación de los profesionales asesores: actualización y autoformación. En M. Monereo e I. Solé (Eds.) *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructiva*, 479-500. Madrid: Alianza Psicología.

- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Eds.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*, 85-101. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Monereo, C. y Solé, I. (1996). El modelo de asesoramiento educacional constructivo: dimensiones críticas. En M. Monereo e I. Solé (Eds.) *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructiva*. Madrid: Alianza Psicología.
- Muñoz-Rivas, M. J., y López, J. L. G. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Neill, A.S. (1971): *Hijos en libertad*. Barcelona. Gedisa.
- Noone, R.J. y Redding, R. L. (1976). Case studies on the family treatment of drug abuse. *Family Process*, 15.
- Pentz, M. A (1998). Los costos, beneficios y rentabilidad de la prevención integral del uso indebido de drogas. *Costo-beneficio / costo-eficacia de investigación de la prevención del abuso de drogas: Implicaciones para la programación y la política. NIDA Monografía de Investigación*, (176), 111-129.
- Perotto, C. P., y Valdivieso, F. L. (1994). El riesgo de ser joven. *Investigación Factores Protectores y de Riesgo en el Consumo de Drogas*. La Paz. CESE.
- Pérez, J. M. E., Díaz, S. A. H., Villa, R. S., Fernández-Hermida, J. R., Carballo, J. L., y García-Rodríguez, O. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa "Familias que funcionan". *Psicothema*, 21(1), 45-50.
- Pinazo, S., y Pons, J. (2002). La implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas: un estudio empírico. En J. R. Fernández. Hermida y R. Secades Villa (Eds.) *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Robertson, E., David, S., y Rao, S. (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. *Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. NIDA*, 2.
- Román, J. M., y García, D. A. (1990). *Intervención clínica y educativa en el ámbito escolar*. Valencia: Promolibro.

Generalitat Valenciana (2014). III Plan Estratégico de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana.

UPCCA Alfajar. (2016) III Plan Municipal de Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2016-2019. Alfajar: Ayuntamiento de Alfajar.

Plan Nacional sobre Drogas (1996) *Actuar es posible. Servicios sociales y drogodependencias*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia nacional sobre drogas 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional Sobre Drogas (2016) *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 2012-2013)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Plan Nacional Sobre Drogas (2016) *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 2014-2015)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y Dirección General de Drogodependencias (2012). *Prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito de las familias*. Junta de Andalucía.

Rivas, A. (2004). *Gobernar la educación: estudio comparado sobre el poder y la educación en las provincias argentinas*. Ediciones Granica, S.A.

Rojas, A. (1999) *Hijos de la libertad*. Fondo de Cultura Económica.

Rousseau, J. J. (1762). *Émile, ou De l'éducation*, 2.

Savater, F. (1997): *El valor de educar*. Barcelona. Ariel.

Secades Villa, R, Fernández Hermida, J. R., García Fernández, G; Al-Halabi Díaz. S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Diputación de Barcelona.

Schaefer, E. S (1959). Un modelo para el comportamiento circunplejo maternal. *El Journal of Abnormal Psychology y Social*, 59 (2), 226.

Solé, I. (1998). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. Barcelona: I.C.E. Universitat Barcelona y Ed. Horsori.

- Spoth, R. L., Clair, S., Shin, C., y Redmond, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(9), 876-882.
- Spoth, R., Guyull, M., y Day, S. (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, 219–228.
- Spoth, R., Randall, G. K., Shin, C., y 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, 372-381.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., y Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 57-68.
- Spoth, R. L., Redmond, C., Trudeau, L., y 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
- St. Pierre, T., y Kaltreider, D. L. (1997). Strategies for involving parents of high risk youth in drug prevention: a three year longitudinal study in boys and girls clubs. *Journal of Community Psychology*, 25, 473-485.
- Szapocznik J. (1996). Scientific findings that have emerged from family intervention research at the Spanish Family Guidance Center and the Center for Family Studies. Paper presented at the N.I.D.A. *Technical Review on Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*, Gaithersburg, MD, January 25-26
- Téllez, J., Cote, M., Savogal, F., Martínez, E., y Cruz, U. (2003). Identificación de factores protectores en el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Rev. Fac. Med. (Bogotá)*, 51(1), 15-24.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Ugarte Díaz, R. M. (2001). Familia como factores de riesgo, protección y resiliencia en la prevención del abuso de drogas en adolescentes. In *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*, 129-169. CEDRO.

Valdés Cuervo, Á. A., y Urías Murrieta, M. (2011). Creencias de padres y madres acerca de la participación en la educación de sus hijos. *Perfiles educativos*, 33(134), 99-114.

Vega, S. (1997). Instrumentos de trabajo. En M. Coletti y J. L. Linares (Eds.): *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós. Terapia familiar.

Vila, I. (1998). *Familia, escuela y comunidad*. Barcelona: I.C.E. Universitat Barcelona y Ed. Horsori.

Villa, R. S., y Hermida, J. R. F. (2002). Factores de riesgo familiares para el uso de las drogas: un estudio empírico español. En *Intervención familiar en la prevención de drogodependencias*, 57-111. Plan Nacional sobre Drogas.

Villar Torres, P. (2003). *Un modelo de intervención familiar para la prevención de la conducta problema en la adolescencia*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Webster-Stratton, C. (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12, 634-642.

Webster-Stratton, C. (1982a). The long term effects of a videotape modeling parent training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13, 702-714.

Webster-Stratton, C. (1982b). Teaching mothers through videotape modeling to change their children's behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 7(3), 279-294.

Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 666-678.

9) APÉNDICES

Apéndice A

Carta de presentación al equipo directivo de los centros educativos (e-mail)

Buenos días:

Les informamos de que desde la Universidad de Valencia, con la colaboración de la Unidad de Prevención de Conductas Adictivas (UPCCA) de Alfafar, estamos realizando una investigación consistente en un análisis de las necesidades reales de las familias de Alfafar en cuanto a prevención familiar de drogodependencias.

Sabemos que la familia juega un papel fundamental en la Educación de los hijos e hijas, por lo que pueden ser uno de los principales agentes de prevención del consumo de drogas en ellos. Por eso es fundamental llevar a cabo intervenciones con los familiares. Pero para que la prevención familiar de las drogodependencias sea eficaz, es necesario que conozcamos las necesidades reales de los familiares de los niños y niñas del municipio de Alfafar y una buena forma de hacerlo es preguntándoles a ellos mismos a través de nuestro cuestionario.

Esta investigación tiene como muestra a un familiar o tutor por cada alumno de Educación Primaria de todos los centros educativos del municipio de Alfafar.

Para ello, pasaremos un cuestionario por alumno, a través de los tutores del centro, para que lo entreguen en casa a su madre, padre o tutor, quien puede rellenarlo voluntariamente y de forma anónima. Posteriormente el alumno lo regresará de nuevo al centro escolar, donde el tutor o la tutora de su clase los recogerán y los entregarán todos juntos al jefe o la jefa de estudios.

En este sentido, la labor motivadora desde la jefatura de estudios hacia el profesorado es fundamental para que el procedimiento se lleve a cabo eficazmente.

En conclusión, tras su consentimiento, llevaríamos los cuestionarios al centro educativo, separados ya por aulas y tutores, junto con una carta de presentación para cada tutor o tutora, puesto que creemos conveniente que también entiendan de qué trata nuestra investigación, y fijaríamos una fecha de recogida.

Con todo esto, agradecemos de antemano su colaboración.

En espera de respuesta por su parte.

Reciban un cordial saludo.

Apéndice B

Carta de presentación a los tutores



A los profesores y profesoras:

Por medio de la presente carta, les informamos de que desde la Universidad de Valencia, con la colaboración de la Unidad de Prevención de Conductas Adictivas (UPCCA) de Alfafar, estamos realizando una investigación consistente en un análisis de las necesidades reales de las familias de Alfafar en cuanto a prevención familiar de drogodependencias.

Como sabemos, la familia juega un papel fundamental en la Educación de los hijos e hijas, por lo que pueden ser uno de los principales agentes de prevención del consumo de drogas en ellos. Por eso es fundamental llevar a cabo intervenciones con los familiares. Pero para que la prevención familiar de las drogodependencias sea eficaz, es necesario que conozcamos las necesidades reales de los familiares de los niños y niñas del municipio de Alfafar y una buena forma de hacerlo es preguntándoles a ellos mismos a través de nuestro cuestionario.

De manera que, os adjuntamos los cuestionarios sobre el *Análisis de Necesidades de Prevención Familiar en el Municipio de Alfafar*, que se llevará a cabo en todos los centros educativos públicos y concertados de Alfafar de Educación Primaria, con el motivo de mejorar la calidad de las intervenciones con los padres y madres sobre prevención familiar de drogodependencias, desde la UPCCA, como organismo público responsable de esta labor. Así, esta investigación tiene como muestra a un familiar o tutor por cada alumno de Educación Primaria de todos los centros educativos del municipio de Alfafar.

Para ello, entregaremos un cuestionario por alumno, a través de vosotros y vosotras, los tutores y tutoras de las aulas, para que lo entreguen en casa a su madre, padre o tutor, quien puede rellenarlo voluntariamente y de forma anónima. Posteriormente el alumno os lo regresará de nuevo a vosotros y vosotras, que os encargareis de entregarlos todos juntos a la jefatura de estudios en la fecha acordada.

En este sentido, la labor motivadora de los tutores a los alumnos es fundamental para que el procedimiento se lleve a cabo eficazmente, por lo que os damos las gracias de antemano.

Gracias y un saludo.

Atentamente:

■ Plaça de l'Ajuntament, núm. 1 • 46910 Alfafar (València) • Tel. 96 318 21 26 • Fax. 96 318 21 57
■ C/I: P-4602200 J • Apt. Cor. 204 • www.alfafar.com • alfafar@alfafar.com



Apéndice C

Cuestionario dirigido a las familias

ANÁLISIS DE NECESIDADES DE PREVENCIÓN FAMILIAR EN EL MUNICIPIO DE ALFAFAR

Para que la prevención sea realmente eficaz, debe acercarse lo más posible a las necesidades de la población a la que va dirigida. Y aquí es donde vosotros/os tenéis un importante papel para prevenir el consumo de drogas en vuestros hijos. Necesitamos conocer algunos aspectos de vuestro día a día como madres y padres, de vuestras necesidades, de vuestros problemas, para buscar la mejor manera de ayudarlos. Por eso te agradeceríamos mucho que contestes este cuestionario TOTALMENTE ANÓNIMO y que lo entregues en el centro educativo al que acude tu hijo/a. Gracias por tu colaboración.

- Parentesco con tu/s hij@/s: _____
- Centro educativo: _____
- Miembros que conviven con tu/s hij@/s: _____
- Número de hij@s, curso y sexo: _____

1. Valora del 0 al 10 tu nivel de conocimiento sobre las siguientes drogas, el riesgo que crees que tiene consumirías; anota la edad en que crees que los jóvenes las consumen por primera vez, la probabilidad de que consuman los jóvenes de entre 14 y 18 años y tu/s hij@/s cuando tengan esa edad; anota la frecuencia aproximada en que tú la consumes y si lo haces delante de tu/s hij@/s; tal como se ha hecho con la cafeína:

SUSTANCIA	Conocimiento	Riesgo	Edad inicio	Consumo	C. mi/s hij@/s	Frecuencia c. familiar	Delante hij@/s
Cafeína (Ejemplo)	9	3	12 años	7	6	A diario	Sí
Alcohol							
Tabaco							
Cannabis (marihuana, hachís)							
Cocaína							
Benzodiacepinas (Valium, Diacepam...)							
Anfetaminas (speed)							
Extasis (pastis, tripi)							

2. Sitúate (con una x) en cada una de las gráficas siguientes según seas más o menos frío o cálido, exigente o permisivo con tu/s hij@/s:



3. Puntúa del 0 al 10 las siguientes formas de obtener tabaco y alcohol en los jóvenes, siendo 0 nada probable y 10 lo más probable:

- A través de familiares mayores de 18 años
- A través de familiares menores de 18 años
- A través de amigos mayores de 18 años

- Por ellos mismos
- Otra: _____
- Otra: _____

4. Puntúa del 0 al 10 cuánto te identificas con los siguientes aspectos, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo:
- Vínculo afectivo entre tú y tus hij@s (apego, cariño, cercanía)
 - Existencia de límites y normas coherentes para tus hij@s
 - Supervisión de las actividades cotidianas de tus hij@s
 - Implicación y participación en las actividades de tus hij@s
 - Expectativas sobre el éxito académico de tus hij@s
5. Puntúa del 0 al 10 la importancia de los siguientes incentivos al participar en un taller de prevención, siendo 0 el mínimo y 10 el máximo:
- Servicio de cuidado de l@s hij@s durante las sesiones
 - Rifas o cupones descuento
 - Diploma oficial del ayuntamiento que acredite el curso
 - Merienda o almuerzo gratuito durante el curso
 - Otro: _____
 - Otro: _____
6. Puntúa del 0 al 10 las preferencias que crees que las familias de Alfafar tendrían sobre los talleres de prevención familiar de drogas:
- Presencial
 - Que incluya sesiones conjuntas entre padres e hijos
 - Que sea educativa, trabaje habilidades y formas de actuación con l@s hij@s (talleres prácticos)
 - A distancia
 - Sesiones sólo para padres y madres
 - Sesiones teóricas (vídeo y/o exposición teórica)
7. Indica el total de sesiones del taller de prevención y la frecuencia de las mismas, que crees que los familiares de Alfafar preferirían:
- Número de sesiones: _____
 - Frecuencia (diaria, semanal, mensual, anual): _____
8. Si el siguiente curso ofertado cumple con tus preferencias, ¿qué probabilidad, del 0 al 10, hay de que participes en el mismo? _____
9. Responde sí o no:
- ¿Conoces la Unidad de Prevención de Conductas Adictivas (UPCCA) de Alfafar? Sí No
 - ¿Has entrado alguna vez a la página de Facebook, Instagram o Twitter de la UPCCA? Sí No
10. Indica, si lo deseas, algún dato más que nos ayude a conocer tus necesidades y preferencias con respecto a los talleres de prevención familiar:
-