

UNA INTERVENCIÓN EFICAZ DE MEJORA DE LAS HABILIDADES FAMILIARES PARA LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD EN HIJOS DE PERSONAS CON ADICCIÓN AL ALCOHOL Y LAS DROGAS

AN EFFECTIVE FAMILY SKILLS-BASED INTERVENTION FOR THE PREVENTION OF HEALTH PROBLEMS IN CHILDREN OF ALCOHOL AND DRUG-ABUSING PARENTS

UMA INTERVENÇÃO COM BASE FAMILIAR EFICIENTE PARA A PREVENÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE EM CRIANÇAS COM PAIS QUE SOFREM DE ABUSO DE ÁLCOOL E ESTUPEFACIENTES

Karol L. Kumpfer, Ph.D.

UNIVERSIDAD DE UTAH (EEUU)

Joaquín Fenollar, Ph.D.

UNIVERSIDAD DE KENTUCKY (EEUU)

Ciara Jubani

BLANCHARDSTOWN LOCAL DRUGS TASK FORCE (IRLANDA/IRELAND)

RESUMEN: Introducción. Hay una gran necesidad de difundir a gran escala programas efectivos que se centren en la capacitación de las competencias familiares para prevenir múltiples problemas de desarrollo en los niños y en el uso de sustancias adictivas en los niños de alto riesgo. Revisiones independientes han concluido que el Programa para Fortalecer a las Familias (SFP), desarrollado por la autora, es el programa más efectivo en la prevención del abuso de sustancias adictivas. Las adaptaciones culturales han dado lugar a resultados exitosos del SFP en muchos países, incluyendo España (como queda recogido en el artículo de la Dra. Carmen Orte). Este artículo revisa 30 años de historia de la implementación y resultados del SFP en diferentes culturas y con las adaptaciones culturales. **Métodos** Se presenta el Modelo Ecológico Social, el cual ha sido probado usando SEM (Modelo de Ecuaciones Estructurales) (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003), y se pone de manifiesto que hay ciertos factores familiares (unión, supervisión y comunicación) que son los más importantes en la protección del consumo de sustancias. Por lo tanto, esta teoría causal sirvió como la teoría etiológica detrás del diseño del SFP de 14 sesiones. La teoría social cognitivo-conductual (Bandura, 1989) es la teoría de la intervención. El Programa para Fortalecer a las Familias (SFP) (Kumpfer y DeMarsh, 1985) fue el primer programa de capacitación de familias que se desarrolló y que en un ensayo controlado aleatorio (ECA), se mostró efectivo en la mejora de los resultados de los niños de pa-

dres que abusan de drogas. Muchos países solicitaron poder implementar el SFP, de ahí que se tuvieran que desarrollar sistemas de formación de personal cualificado y un proceso de adaptación cultural. **Resultados** Después de ocho ensayos controlados aleatorios (ECA), cuatro de estos llevados a cabo por equipos de investigación independientes, y tras cientos de estudios cuasi-experimentales con seguimientos de hasta 10 años, se ha demostrado que el SFP es efectivo en la reducción del consumo de sustancias adictivas entre adolescentes. Las revisiones del meta-análisis de la Colaboración Cochrane en la Universidad de Oxford concluyeron que el SFP era el programa más eficaz en la prevención de drogas y alcohol (Foxcroft, et al., 2003). Un análisis de coste-beneficio de Miller y Hendrie (2008) concluyó que el SFP tenía los mayores porcentajes de eficacia en la prevención del consumo de alcohol y drogas entre jóvenes. La adaptación cultural es un elemento obligatorio en la fidelidad del SFP. En cinco estudios se demostró que se mejora el reclutamiento y la retención de un 40 por ciento. **Conclusión** El SFP se está difundiendo en todo el mundo por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, así como por 27 gobiernos. En este artículo se describen los contenidos y la investigación del Programa para Fortalecer a las Familias en varios países, entre ellos España. Además, se hace alusión al futuro de una nueva versión del programa SFP 8-16, el cual está disponible para ordenador y en DVD para que las familias lo vean en el hogar.

PALABRAS CLAVE: Intervenciones de familia, prevención de drogas, hijos de adictos.

ABSTRACT: Introduction. There is a need for wide-scale dissemination of effective family-focused skills training programs for the prevention of multiple developmental problems and later substance misuse among high-risk children. Independent reviews have found the author's *Strengthening Families Program* (SFP) to be the most effective substance abuse prevention intervention. Cultural adaptations have resulted in successful SFP outcomes in many countries, including in Spain as detailed in the Orte article. This article reviews 30 year history of implementation and outcomes of SFP in different cultures with cultural adaptations. **Methods:** The SEM-tested *Social Ecology Model* (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003) is presented and reveals that family factors (bonding, supervision, and communication) are the most protective of later substance use. Hence, this causal theory served as the etiological theory behind the design of the 14-session SFP. Social cognitive behavior theory (Bandura, 1989) is the intervention theory. The *Strengthening Families Program* (SFP) was the first family skills training program developed and found effective in a randomized control trial (RCT) to improve outcomes for children of drug abusers. Many countries requested to replicate SFP; hence, staff training systems were developed and a cultural adaptation process. **Results:** Eight RCTs, four conducted by independent research teams, and hundreds of quasi-experimental studies in different countries have demonstrated SFP's effectiveness in reducing substance use in adolescents with up to 10-year follow-ups. Comparative effectiveness reviews including ones using statistical meta-analysis by the Oxford University Cochrane Collaboration Reviews, found SFP to be the most effective alcohol and drug prevention program (Foxcroft, et al., 2003). A cost-benefit analysis by Miller and Hendrie (2008) found SFP prevented the highest percentage of youth from using alcohol and drugs. Cultural adaptation is a mandated element of SFP fidelity and was found in five studies to improve recruitment and retention by 40 percent. **Discussion:** SFP is being disseminated worldwide by the UN Office of Drugs and Crime and also by 27 governments. This article describes the contents and the outcomes of the *Strengthening Families Program* in a number of countries including Spain plus future directions in computer delivery with a new Home Use SFP 8-16 DVD.

KEYWORDS: Family interventions, substance abuse prevention, children substance abusers.

RESUMO: Há uma grande necessidade de disseminar, em larga escala, de programas eficazes que se concentram em habilidades de treinamento para evitar múltiplos problemas familiares de desenvolvimento em crianças e o uso de substâncias que causam dependência entre crianças de alto risco. Análises indepen-

dentes concluíram que o Programa de Fortalecimento das Famílias (SFP), desenvolvido pelo autor, é o mais eficaz na prevenção do abuso de substâncias. Adaptações culturais resultaram em bons resultados de SFP em muitos países, incluindo a Espanha (como é detalhado por um artigo da Dra. Camen Orte). Este artigo revisa 30 anos de história da implementação e resultados da SFP em culturas diferentes, com adaptações culturais. MÉTODOS: Relatamos o Modelo Social Ecológico, que foi testado com SEM (modelo de equações estruturais) (Kumpfer, Alvarado e Whiteside, 2003), e torna-se claro que há certos fatores familiares (união, monitoramento e relatórios) que são mais importantes na proteção da substância. Portanto, essa teoria causal serviu como teoria etiológica por trás do projeto de SFP 14 sessões. A teoria cognitivo-comportamental social (Bandura, 1989) é a teoria da intervenção. O Programa de Fortalecimento das Famílias (SFP) (Kumpfer e DeMarsh, 1985) foi o primeiro programa de treinamento de famílias que foi desenvolvido com um ensaio clínico randomizado controlado (RCT) foi encontrado para ser eficaz na melhoria dos resultados para as crianças de pais que abusam de drogas. Muitos países tentaram implementar o SFP, portanto, eles tiveram que desenvolver sistemas de treinamento de pessoal qualificado e um processo de adaptação cultural. RESULTADOS Depois de oito ensaios clínicos randomizados (ECR), quatro deles realizados por equipas de investigação independentes, e depois de centenas de estudos quase-experimentais com follow-up de 10 anos, tem sido mostrado que o SFP é eficaz na redução do consumo de substâncias viciantes entre os adolescentes. Revisões da meta-análise da Cochrane Collaboration na Universidade de Oxford concluiu que o programa SFP foi mais eficaz na prevenção de drogas e álcool (Foxcroft et al., 2003). Uma análise de custo-benefício por Miller e Hendrie (2008) concluiu que a SFP tinha os maiores percentuais de eficácia na prevenção de consumo de álcool e drogas entre os jovens. A adaptação cultural é um elemento obrigatório da fidelidade do SFP. Em cinco estudos mostraram que a melhoria do recrutamento e retenção é de 40 por cento. CONCLUSÃO: O SFP está se espalhando ao redor do mundo pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime e por 27 governos. Este artigo descreve o conteúdo e a pesquisa do Programa de Fortalecimento das famílias em vários países, incluindo a Espanha. Além disso, é feita referência ao futuro de uma nova versão do SFP 8-16, que está disponível para PC e DVD para as famílias para ver em casa.

PALAVRAS-CHAVE: intervenções na família, prevenção de drogas, filhos de viciados.

Introducción

Existe una clara necesidad de programas eficaces de entrenamiento de habilidades, destinados a toda la familia, para la prevención de numerosos problemas evolutivos y de futuro consumo de drogas y alcohol de los hijos de padres drogodependientes y alcohólicos. Las intervenciones familiares son más eficaces que las intervenciones dirigidas únicamente a los hijos o a los padres; sin embargo, sólo cuatro de las intervenciones familiares basadas en evidencias fueron concebidas específicamente para hijos de padres toxicodependientes. El *Programa de Fortalecimiento Familiar* (SFP, en sus siglas en inglés) fue el primer programa de entrenamiento de habilidades familiares que se elaboró y demostró ser eficaz para mejorar los resultados de estos niños de riesgo excepcionalmente alto. El presente artículo

Introduction

There is a need for effective family-focused skills training programs for the prevention of multiple developmental problems and later substance abuse in children of substance abusers. Family interventions are more effective when compared to child-only or parent-only interventions; however, only four of the evidence-based family interventions were designed specifically for children of parents with substance use disorders (SUDs). The *Strengthening Families Program* (SFP) was the first family skills training program developed and found effective in improving the outcomes for these exceptionally high risk children. This article describes the contents and the effectiveness of the *Strengthening Families Program* in a number of countries including Spain (Orte, Touza, & Ballester, 2007).

describe el contenido y la eficacia del *Programa de Fortalecimiento Familiar* en varios países, entre ellos España (Orte, Touza y Ballester, 2007). También se tratan las posibilidades futuras de una difusión económicamente viable del SFP.

Antecedentes y relevancia. Existe una necesidad socioeconómica de incrementar la implantación de programas de fortalecimiento familiar como el SFP para hijos de padres que sufren toxicodependencias. Es un hecho conocido que el abuso de drogas y alcohol tiene importantes repercusiones para la economía mundial, sobre todo en lo que se refiere a costes sanitarios. El bienestar de los niños y las familias se ve negativamente afectado por las toxicodependencias de los padres (Kumpfer y Johnson, 2007; 2010). Cuando la familia falla, la sociedad paga la factura. Esto tiene consecuencias que repercuten en todos los aspectos de la sociedad, desde los individuos afectados, sus familias y los barrios de los que proceden hasta los recursos médicos, sociales y jurídicos del Estado. En cifras mundiales, se estima que alrededor de un 48% de adultos consumen alcohol y un 4,5%, drogas ilegales, si bien sólo un 15% abusan de ellos (Anderson y Baumberg, 2006). Los europeos presentan la mayor tasa de consumo de alcohol por año, cifrada en 2,5 veces más que el promedio mundial. Los países del sur de Europa presentan una mayor incidencia de consumo de alcohol. En España, los jóvenes están empezando a adoptar un patrón de beber en desmedida. Un ejemplo de ello es el fenómeno conocido como el “botellón”, en el que los jóvenes, en su mayoría estudiantes universitarios, compran botellas de licor en las tiendas y beben desmesuradamente en parques u otros espacios públicos. Además, el consumo de “drogas de diseño” en las fiestas denominadas *raves* y en las discotecas también está aumentando en España, en las zonas a las que acuden los jóvenes del norte de Europa para pasar sus vacaciones (Gómez-Fraguela et al., 2008).

Es posible que el consumo de drogas y alcohol entre los adolescentes haya aumentado debido a la recesión económica mundial, aunque también a causa de una mayor desatención a los hijos en todo el mundo por parte de los padres, que se ven obligados a trabajar mucho más para ganarse la vida (Kumpfer, Xie, y Magalhães, 2012). Debido a ello, tienen menos tiempo para vigilar el comportamiento

Future directions in the cost-effective dissemination of the SFP are also discussed.

Background and Significance. There is a social and economic need to increase the implementation of effective family strengthening programs, like the Strengthening Families Program for children of substance abusers. It is well known that substance misuse has a significant impact on the global economy, particularly in health care costs. The overall wellbeing of children and families is negatively impacted by parental substance use disorders (Kumpfer & Johnson, 2007; 2010). When families fail, society pays the price. This has consequences that impact on all facets of society, from the affected individuals, their families and the communities they come from to the medical, social and legal resources of the state. It is estimated that around 48% of adults worldwide use alcohol and 4.5% use illicit drugs though only about 15% misuse alcohol and drugs (Anderson & Baumberg, 2006). Europeans have the highest amount of yearly alcohol consumption at 2.5 times that of the world average. Southern European countries are particularly affected by higher consumption of alcohol. In Spain, youth are picking up a pattern of binge drinking. One example is the new phenomenon of the Spanish called “botellón”, in which youngsters, mostly university students purchase bottles of alcohol from public markets and then drink to excess in public parks or other public settings. Additionally the use of “party designer drugs” used at raves and clubs is also increasing in Spain in areas where many Northern European youth come for holidays (Gómez-Fraguela, et al., 2008).

Adolescent substance use has been increasing possibly because of the worldwide economic recession, but also because of increased neglect of children rapidly increasing world wide as parents work harder to earn a living wage (Kumpfer, Xie, & Magalhães, 2012). Hence, they have less time to monitor their children’s behaviours, which are critical mediators of later problem behaviours. Because of these increasing substance use rates, effective prevention programs are more needed than ever in schools and communities.

de sus hijos, con lo que se pierde un mediador esencial de los futuros comportamientos problemáticos. Estas tasas más altas de consumo de drogas y alcohol hacen que unos programas efectivos de prevención en las escuelas y los barrios sean más necesarios que nunca. Afortunadamente, la ciencia de la prevención ha creado una serie de eficaces programas contra las toxicodependencias que ahora vienen listados en Internet (NIDA, NREPP de CSAP y UNODC).

Prevalencia de hijos de toxicodependientes. Alrededor del 10,5% de niños estadounidenses viven actualmente con un padre o madre a quien se le ha diagnosticado un trastorno de alcoholismo, pero en torno al 25% de niños del mismo país (19 millones) han estado expuestos al alcoholismo parental en algún momento de su crecimiento y alrededor del 12,7%, o 9,2 millones, han estado expuestos al consumo de drogas de los padres (SAMHSA, 2012). Si bien no se conoce ningún estudio epidemiológico a gran escala en España, los índices de prevalencia que se sugieren son similares. Estos niños podrían haberse visto dañados por la exposición al alcohol o a las drogas en el útero, o bien afectados por un entorno familiar caótico y falta de apoyo (Kumpfer y Fowler, 2008). Algunos estudios sobre la perspectiva de los hijos respecto al alcoholismo o drogodependencia de los padres revelaron tres temas comunes: inversión de roles en la familia, mantenimiento del secreto familiar y estrategias de enfrentamiento (Barnard y McKeganey, 2004).

Mayor riesgo de adicciones para los hijos de toxicodependientes. La investigación sugiere que los hijos de padres adictos sufren un riesgo de dos a nueve veces más alto de caer en la toxicodependencia cuando llegan a la adolescencia o a la edad adulta (Chassin, Carle, Nissim-Sabat y Kumpfer, 2004), a pesar de los resultados positivos y de conducta adaptativa de muchos de estos niños. También son más susceptibles de empezar a beber a edades más tempranas y a pasar más rápidamente a las toxicodependencias. El riesgo de adicción posterior depende del grado de factores de riesgo frente a los factores de protección, incluidos los antecedentes familiares de alcoholismo (AF+). Un factor a considerar es si uno o ambos progenitores son adictos y la gravedad y duración de la adicción, así como el tipo de alcoholismo, de tipo I, altamente ge-

Fortunately, prevention science has produced a number of effective substance use programs that are now listed on websites (NIDA, CSAP's NREPP, and UNODC).

Prevalence of Children of Substance Abusers. About 10.5% of U.S. children currently lives with a parent who had a diagnosed alcohol use disorder, but about 25% of U.S. children (19 million) have been exposed to parental alcoholism at some point while growing up and about 12.7%, or 9.2 million have been exposed to parental drug abuse (SAMHSA, 2012). While there is no known large scale epidemiological study in Spain, similar prevalence rates are suggested. These children might have been damaged by alcohol or drug exposure *in utero* or impacted by a chaotic and non-supportive family environment (Kumpfer & Fowler, 2008). Studies of the child's perspective toward their alcohol or drug abusing parents found three common themes: family role reversal, keeping the family secret, and coping strategies (Barnard & McKeganey, 2004).

Children of Parents with Substance Use Disorders Are at Higher Risk for Addictions. Research suggests that children of addicted parents experience two to nine times greater risk of becoming substance abusers as adolescents or adults (Chassin, Carle, Nissim-Sabat, & Kumpfer, 2004) despite positive and adaptive behavioral outcomes of many of these children. They are also more likely to initiate drinking at an earlier age and escalate more quickly to SUDs. The risk for later SUDs depends on the degree of risk factors compared to protective factors including the extent of their family history of alcoholism (FH+). Factor to consider are whether one or both parents are abusers, the addiction severity and duration, and the type of alcoholism that runs in the family, such as the highly genetic Type II alcoholism or lower risk Type I environmentally caused alcoholism as well as the extent of parents' antisocial behavior, and health and mental health problems (Schuckit, 2009).

Family Environmental Impacts: Global Negative Impact of Adverse Childhood Experiences

nético, o de tipo II, de influencia ambiental, además del grado de comportamiento antisocial de los padres y sus problemas de salud física y mental (Schuckit, 2009).

Efectos del entorno familiar: efecto negativo global de las experiencias adversas de infancia (EAI). Un estudio llevado a cabo durante una década por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CCE) de miembros de organizaciones de gestión de la salud (OGS) constató que los costes sanitarios más elevados y los problemas de salud más graves iban asociados a numerosas circunstancias adversas de la primera infancia (Anda et al., 2008) y a las toxicodependencias parentales. Si ambos padres sufrían una toxicodependencia, el riesgo de sufrir alcoholismo en la edad adulta también aumentaba radicalmente. El promedio de EAI de personas sin alcoholismo parental era de sólo 1,4 frente a un promedio de 3,8 de EAI de niños con ambos padres toxicodependientes.

Características de los hijos de toxicodependientes. Se ha escrito mucho sobre el hecho de que los hijos de alcohólicos y toxicómanos (HAT) corran un mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales, conductuales, académicos, delictivos y sociales de otros tipos (Kelly y Fals-Stewart, 2002; Kumpfer y Fowler, 2008), sobre todo si la madre es alcohólica o drogodependiente. Sin embargo, la magnitud de este efecto varía en gran manera según la severidad y la evolución del alcoholismo parental, y según el grado de problemas mentales asociados de los padres. Por otro lado, la mayoría de HAT obtienen resultados que quedan dentro de los márgenes normales gracias a factores de protección y resiliencia que dificultan las predicciones de los resultados. Los factores ambientales de protección más destacados son el apego a la familia, la supervisión y la comunicación positiva según el Modelo de Ecología Social testado (Kumpfer, Alvarado, y Whiteside, 2003).

Epigenética y factores de riesgo y protección del entorno familiar. La investigación epigenética estudia la influencia del ambiente sobre el epigenoma y la expresión genética. Estudios recientes señalan que los buenos cuidados parentales podrían ser una de las variables más cruciales de protección de las personas contra la manifestación de enfermedades genéticas. El mecanismo directo es la reducción de estrés y cortisol que pueden activar los genes he-

(ACEs). A decade long study by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) of members of a health management organization (HMO) found that higher health costs and health problems were associated with multiple adverse early childhood circumstances (Anda et al., 2008) and parental substance abuse. If both parents had SUDs, the risk for later adult alcoholism also increased dramatically. The mean number of ACEs for persons with no parental alcohol abuse was only 1.4 compared to a mean of 3.8 ACEs in children with both parents having SUDs.

Characteristics of COSA. Much has been already written about how children of substance abusers (COSAs) are at higher risk for developing emotional, behavioral, academic, criminal, and other social problems (Kelly & Fals-Stewart, 2002; Kumpfer & Fowler, 2008), particularly if their mother abuses alcohol or drugs. However, the magnitude of this effect varies greatly with the severity and course of parental alcoholism, and with the extent of associated parental mental health problems. Also, the majority of COSAs score within normal ranges because of protective and resilience factors, that make predictions of outcomes difficult. The most salient protective environmental factors are family attachment, supervision and positive communication according to the tested Social Ecology Model (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003).

Epigenetics and Family Environmental Risk and Protective Factors. Epigenetic research studies the influence of the environment on the epigenome and genetic expression. Recent studies suggest that nurturing parenting could be one of the most critical variables in protecting people from manifesting unhealthy genetic diseases. The direct mechanism is reducing stress and cortisol that can turn on inherited genes. Hence another reason to improve parenting skills is to reduce family risk factors that contribute to the high rates of substance abuse in youth today.

This epigenetic research suggests that positive parenting and family functioning that reduces stress can reduce the manifestation of genetic

redados. De ahí que otro motivo para mejorar las habilidades de crianza de los padres sea la reducción de factores de riesgo familiares que contribuyen al alto nivel de consumo de sustancias adictivas entre los jóvenes de hoy.

Los estudios epigenéticos sugieren que una crianza y un funcionamiento familiar positivos que reducen el estrés pueden reducir la manifestación de la predisposición genética. Investigadores de la Universidad McGill (Meany et al., 2007) sugerían que el estrés materno y la mala nutrición fetal intrauterina que provocan un bajo peso en el recién nacido podrían desembocar en deficiencias de nacimiento que pronosticaban una salud precaria de por vida. La falta de un progenitor cuidadoso puede provocar un aumento de reacciones al estrés, que conducen a menos conductas exploratorias, menos desarrollo cognitivo y menos conexiones de oxitocina incluso en generaciones futuras (Champagne y Meaney, 2007; Champagne, 2010). Los hijos de toxicodependientes con mayor riesgo de sufrir adicciones en el futuro son los que manifiestan el fenotipo del “síndrome de joven hiperestresado”. Actúan de manera excesiva cognitivamente (control ejecutivo prefrontal reducido) y emocionalmente (labilidad emocional incrementada e hiperreactividad del sistema nervioso vegetativo). Los buenos cuidados parentales y un sólido apoyo familiar parecen ser los principales mecanismos de protección en la expresión fenotípica de los riesgos de antecedentes genéticos de abuso de sustancias adictivas y otros costosos problemas de salud. De hecho, Brody y asociados (2009 a & b, 2010 2012) han observado que los niños con riesgo genético con un nivel 5-HTTLPR (presencia de 1 o 2 copias del transportador de serotonina alélico corto) son menos susceptibles de volverse adictos, deprimidos o sufrir trastornos de conducta si siguieron el programa del autor de entrenamiento habilidades familiares adaptado a las familias afroamericanas. Sus estudios de seguimiento durante 5 años hallaron un 50% menos de tasa de consumo de alcohol por 30 días.

Sin la protección de parientes cercanos y el apoyo de la familia o de una entidad social, muchos hijos de toxicodependientes viven en entornos familiares perniciosos. Dichos entornos se caracterizan a menudo por el conflicto familiar, la desorganización o los rituales familiares dañinos (como horarios caóti-

predisposition. Researchers at McGill University (Meany, et al., 2007) suggested that maternal stress and fetal under-nutrition *in utero* leading to low birth weight can result in poor birth outcomes that predict poorer health over the lifespan. Lack of a nurturing parent can program increased stress reactions in children resulting in reduced exploratory behaviors, cognitive development, and oxytocin binding even in later generations (Champagne & Meaney, 2007; Champagne, 2010). Children of substance abusers that have highest risk for later addiction are those that manifest the phenotype of the “Over-stressed Youth Syndrome”. They overact cognitively (decreased prefrontal executive control) and emotionally (increased emotional lability and ANS hyperreactivity). Nurturing parenting and family support appears to be a major protective mechanism in the phenotypic expression of genetic family history risks for substance abuse and other costly health conditions. In fact, Brody and associates (2009 a & b, 2010 2012) have found that genetically at-risk children with 5-HTTLPR status (presence of 1 or 2 copies of the short serotonin transporter allele) are less likely to become substance abusers, depressed, or conduct disordered if they attended the author’s family skills training program adapted for African American families. Their 5-year follow-up studies found 50% less 30-day alcohol use rate.

Without extended family protection and family or agency support, many child of substance misusers live in disruptive family environments. These environments are frequently characterized by family conflict, disorganization, or disrupted family rituals (i.e., inconsistent meals together, bed time rituals, holidays, etc.). The environment contributes to an already elevated sense of anxiety and stress in these children.

Because of worldwide economic strains, parents are working more and spending less time parenting and being involved with their children. Few parents in the United States still have a family meal, each day, with all of their children; although two-thirds of children in other countries still have the main meal with their parents. How-

cos de comidas, rituales pésimos de ir a dormir, de vacaciones, etc.). El ambiente de casa contribuye a elevar aún más el grado de ansiedad y estrés de estos niños.

Debido a las dificultades económicas mundiales, los padres trabajan más y dedican menos tiempo a la crianza y a estar con sus hijos. Pocos padres de EE UU comen aún con la familia al menos una vez al día, con todos sus hijos; si bien en otros países dos tercios de los chicos aún toman la comida principal con sus padres. De todas maneras, menos chicos hablan con sus padres de forma habitual. Vivir con progenitores drogodependientes que pasan, de promedio, la mitad del tiempo que antiguamente con sus hijos no hace más que elevar los niveles de estrés de los chicos.

Soluciones: Programas de prevención para los hijos de toxicodependientes. Los estudios de investigación sobre la intervención familiar (Kumpfer y Alvarado, 2003) hallaron que se pueden enseñar habilidades familiares a los padres para reducir los resultados negativos de los hijos. Los programas de prevención centrados en la familia fomentan relaciones saludables entre padres e hijos, con una mejor comunicación, vínculos más fuertes, vigilancia parental, supervisión, disciplina, organización familiar y establecimiento de reglas. Estos programas incorporan los importantes avances logrados en el conocimiento en este campo sobre epidemiología, etiología y teorías del cambio conductual psicosocial respecto a formas eficaces de reducir el abuso de alcohol y drogas en los adolescentes. Las magnitudes de los efectos son pequeños (como el $d=0,10$ de Cohen) en los programas universales de prevención de drogodependencias sólo en los jóvenes, pero se han hallado efectos nueve veces mayores (como el $d=0,96$ de Cohen) en los metaanálisis de las intervenciones de prevención centradas en la familia dirigidas a los jóvenes de alto riesgo.

Se han recomendado una serie de formas de mejorar los resultados positivos de los hijos de toxicodependientes basadas en la reducción de sus factores de riesgo y en la mejora de su resiliencia (Kumpfer y Johnson, 2010). Sin embargo, la mejor forma de conseguir esto mismo es ofrecer una positiva y cuidada atención parental. Las revisiones bibliográficas de expertos nacionales han constatado que una serie de intervenciones familiares resultan

ever, fewer children talk with their parents on a regular basis. Living with drug addicted caretakers who spend an average about half as much time with their children, only increases children's stress levels.

Solutions: Family-based Prevention Programs for Children of Substance Abusers. Research studies on family intervention (Kumpfer & Alvarado 2003) have found that parents can be taught family skills to reduce negative outcomes for their children. Family-focused prevention programs promote healthy parent-child relationships including improved communication, bonding, parental monitoring, supervision, discipline, family organization and rule setting. These programs incorporate the significant advances in the field's knowledge of epidemiology, etiology and psychosocial behaviour change theories regarding effective ways to decrease adolescent substance abuse. Effect sizes are small (Cohen's $d = 0.10$) for universal youth-only substance abuse prevention programs, but nine times greater effect sizes (Cohen's $d = 0.96$) have been found in meta-analyses for family-focused prevention interventions targeting high risk youth.

A number of ways to enhance positive outcomes in children of substance abusers have been recommended based on reducing their risk factors and improving their resilience (Kumpfer & Johnson, 2010). However, this is best accomplished by providing positive and caring parenting and mentoring. Through national expert reviews, a number of family interventions have been found to be effective in strengthening family systems and reducing childhood and adolescent problems.

Searches for EBP Family Interventions. The first review supported by the US government to determine EBP approaches or types of family interventions was co-chaired by the main author and Dr. Jose Szapocznik. It was determined that four family-based approaches demonstrated the highest level of evidence of effectiveness in reducing behavioral and emotional problems in children five years old and up. These evidence-

eficaces para reforzar los sistemas familiares y reducir los problemas en la infancia y adolescencia.

Búsquedas de intervenciones familiares PBE (programas basados en evidencias). La primera revisión realizada con el apoyo del gobierno de EE UU para determinar enfoques de PBE o tipos de intervenciones familiares fue codirigida por la autora principal y el Dr. José Szapocznik. Se determinó que cuatro enfoques familiares demostraron poseer el más alto nivel de evidencia de eficacia en la reducción de problemas emocionales y conductuales en niños a partir de cinco años. Estos enfoques de intervención familiar basados en evidencias, descritos en mayor detalle por Kumpfer y Alvarado (2003), incluyen: (1) entrenamiento conductual de los padres (principalmente de tipo cognitivo/conductual); (2) entrenamiento de habilidades familiares (entre ellas entrenamiento parental, entrenamiento de habilidades de los hijos y tiempo de práctica familiar todos juntos); (3) terapia familiar (estructural, funcional o conductual) y (4) apoyo familiar en el hogar.

Durante los últimos 16 años, la autora y sus colegas han realizado periódicamente revisiones de expertos para identificar intervenciones familiares basadas en evidencias. La primera revisión, realizada para la Oficina Norteamericana de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia (OJJDP) identificó 35 programas de refuerzo familiar y parental con algún grado de evidencia de eficacia. Únicamente siete intervenciones familiares de estos 35 programas, incluido el *Programa de Fortalecimiento Familiar* (SFP) de la autora, alcanzaron el nivel más alto de evidencia de eficacia en la prevención del abuso de sustancias adictivas, o Ejemplar I, que exigía un mínimo de dos ensayos de control aleatorios con resultados positivos, realizados por al menos dos equipos de investigación independientes en distintas poblaciones (Kumpfer y Alvarado, 2003).

Sin embargo, una revisión reciente (UNODC, 2009), llevada a cabo por encargo de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) por la Dra. Kumpfer detectó 60 intervenciones familiares prometedoras después de una búsqueda mundial y reuniones de expertos en Viena. Veinticinco de estas se publicaron en la web de la UNODC para su divulgación. Este grupo de expertos también colaboró en una publicación sobre los contenidos y los pasos principales para la adapta-

based family intervention approaches, described in more detail by Kumpfer and Alvarado (2003), include: (1) behavioral parent training (primarily cognitive/behavioral parent training); (2) family skills training (including parent training, children's skills training, and family practice time together); (3) family therapy (structural, functional, or behavioral family therapy); and (4) in-home family support.

For the past 16 years, the author and her colleagues have conducted periodic expert reviews to identify individual evidence-based family interventions. The first review for the US Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP) revealed 35 parenting and family strengthening programs with some level of evidence of effectiveness. Only seven family interventions of these 35 programs, including the author's *Strengthening Families Program* (SFP) met the highest level of evidence of effectiveness for substance misuse prevention or Exemplary I, which required a minimum of two randomized control trials with positive results implemented by at least two independent research teams with different populations (Kumpfer & Alvarado, 2003).

However, a recent review (UNODC, 2009) conducted for the United Nations Office of Drugs and Crime (UNODC) by Dr. Kumpfer located 60 promising family interventions after a worldwide search and expert meetings in Vienna. Twenty-five were put on the UNODC website for dissemination. This expert group also contributed to a publication on core contents and steps to cultural adaptation of evidence-based prevention programs (UNODC, 2009). Information on these specific family interventions including program descriptions, web sites, and contact information can be found at US OJJDP/CSAP website www.samhsa.gov and the UNODC web site: www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018_Ebook.pdf

These comprehensive, multi-component family skills training interventions that also include children and parent skills training components have been found to impact a great number of

ción cultural de programas de prevención basados en evidencias (UNODC, 2009). Se puede consultar información sobre estas intervenciones familiares, con descripciones de programas, páginas web e información de contacto en la web de US OJJDP/CSAP www.samhsa.gov y en la web de UNODC: www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018_Ebook.pdf

Estas exhaustivas intervenciones de entrenamiento de habilidades familiares de múltiples componentes han demostrado tener un efecto sobre un gran número de factores de riesgo y protección de los jóvenes que reducen el abuso de sustancias adictivas (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003). Además, el SFP presenta índices de eficiencia de coste de hasta 11 a 33 dólares por dólar gastado, según se calculen los beneficios para un solo niño identificado o para toda la familia que participa en el programa (Aos, et al., 2004; Miller y Hendrie, 2008; Spoth, Gyll y Day, 2002).

Componentes centrales o factores que contribuyen a la eficacia de las intervenciones de entrenamiento de habilidades familiares. Las intervenciones de entrenamiento de habilidades familiares de múltiples componentes se centran en mejorar las prácticas de crianza en cuanto a la supervisión y las relaciones interpersonales positivas, la comunicación eficaz y la calidad del tiempo que la familia pasa junta (Kumpfer y Alvarado, 2003). Estos programas a menudo hacen hincapié en las técnicas de enseñanza interactivas, como juegos de roles, debates y proyectos familiares para fomentar los cambios de conducta, en lugar de enfoques didácticos. También ofrecen comidas, transporte y servicio de guardería con el fin de reclutar y retener familias de alto riesgo y permitirles disponer del tiempo suficiente para practicar las habilidades que están aprendiendo.

Kaminski y asociados (2008) del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de EE UU han analizado los *componentes centrales cruciales* de las intervenciones familiares y de crianza de hijos basadas en evidencias de 77 estudios de programas para niños de 0 a 7 años. Su análisis reveló que los *componentes centrales* de unas intervenciones familiares y de crianza eficaces son: 1) Sesiones formales de práctica conjunta para padres e hijos con apoyo de los monitores de grupo; 2) Enseñar a los padres a interactuar de forma más positiva con

youth risk-related and protective factors that reduce substance abuse (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003). Also SFP has cost effective ratios of up to \$11 to \$33 per dollar spent depending on whether the benefits are calculated for only one identified child or the whole family participating receiving the program (Aos, et al., 2004; Miller & Hendrie, 2008; Spoth, Gyll & Day, 2002).

Core Components or Factors Contributing to Effectiveness of Family Skills Training Interventions. Multi-component family skills training interventions focus on improving parenting practices in terms of supervision and positive interpersonal relationships, effective communication, and the quality of time families spend together (Kumpfer & Alvarado, 2003). Such programs often stress interactive teaching techniques such as role-playing, discussions, and family projects to facilitate behavior change rather than didactic approaches. Meals, transportation, and childcare are also provided in order to recruit and retain high risk families and to permit them time to practice the skills they are learning.

Kaminski and associates (2008) at the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) have analyzed the *critical core components* of evidence-based parenting and family interventions from 77 studies of programs for 0-7 year old children. Their analysis revealed that the *core components* of effective parenting and family interventions are: 1) Formal practice sessions for parents and children together with coaching by the group leaders; 2) Teaching parents to interact more positively with children including allowing the child select play activities; 3) Parenting content should include: increasing attention and praise for positive children's behaviors, discussions of children's normal development to improve realistic expectations for children's behaviors, positive family communication including active listening and reducing criticism, and effective and consistent discipline including time-outs; 4) Teaching children social skills; and 5) Assigning home practice assign-

los hijos, lo cual incluye permitir que los hijos escojan las actividades de juego; 3) El contenido de la crianza debería incluir una mayor atención y elogios a las conductas positivas de los hijos, charlas sobre el desarrollo normal de los hijos para mejorar las expectativas realistas respecto a sus conductas, comunicación familiar positiva, incluida la escucha activa y la reducción de la crítica, y la disciplina eficaz y coherente, incluidos los “tiempos fuera”; 4) Enseñar a los hijos habilidades sociales; y 5) Dar deberes de prácticas en casa para favorecer la generalización de las nuevas conductas en el hogar.

1. Métodos

El *Programa de Fortalecimiento Familiar* (SFP) fue seleccionado para ser divulgado por la UNODC, así como por investigadores españoles, entre padres alcohólicos y drogodependientes porque es uno de tan sólo cuatro programas de prevención basados en la familia que ha sido específicamente concebido para hijos de toxicodependientes. Sin embargo, de estos cuatro programas, el SFP es el único que ha producido resultados positivos tanto para los hijos como para los padres (Kumpfer y Johnson, 2007, 2010). Y lo que es más, ha dado resultados positivos con distintos grupos étnicos (Kumpfer, Alvarado, Smith, y Bellamy, 2002a).

Modelo teórico que fundamenta el SFP. El SFP combina la teoría de sistemas familiares y la teoría social cognitiva (Bandura, 1989) con una teoría del marco de la resiliencia que resalta la importancia de tener objetivos en la vida como medio para ofrecer protección contra el consumo de drogas a los jóvenes que se enfrentan a la adversidad y a factores de estrés (Kumpfer, Fenollar y Xie, 2011). Las actividades del programa abordan los factores más destacados de riesgo y protección en torno al consumo de drogas a partir de su modelo causal de mediación (un modelo testado de ecuaciones estructurales, SEM), y el Modelo de Ecología Social de Drogodependencias Adolescentes (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003). Esta teoría etiológica testada constató que los factores de protección de apego familiar, vinculación afectiva, supervisión y disciplina eficaces y comunicación parental de valores familiares positivos eran las principales vías de protección contra el consumo de sustancias adictivas. Este modelo de

ments to improve generalization of new behaviors at home.

1. Methods

The *Strengthening Families Program* (SFP) was selected to be disseminated by the UNODC as well as Spanish researchers with alcohol and drug abusing parents because it is one of only four family-based prevention programs specifically designed for children of substance misusers. However, of these four, the SFP is the only program that has shown positive results for both the children and the parents (Kumpfer & Johnson, 2007, 2010). Additionally, it has shown positive results with diverse ethnic populations (Kumpfer, Alvarado, Smith, & Bellamy, 2002a).

Theoretical Model Underlying SFP. SFP combines family systems theory and social cognitive theory (Bandura, 1989) with a resilience framework theory stressing the importance of purpose in life as the means to provide drug use protection for youth facing adversity and stressors (Kumpfer, Fenollar, & Xie, 2011). Program activities address the most salient risk and protective factors for drug use based on its mediation causal model (a tested structural equations model, SEM), and the Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse (Kumpfer, Alvarado, & Whiteside, 2003). This tested etiological theory found that the family protective factors of family attachment and bonding, effective discipline and supervision, and parental communication of positive family values, were the major pathway to protection of substance misuse. This family pathways model was even more protective for young females (Kumpfer, Smith, & Summerhays,

vías familiares resultaba incluso más protector para las chicas (Kumpfer, Smith y Summerhays, 2008). Como se puede ver en la figura 1, las chicas (F) se benefician ligeramente más que los chicos (M) de los factores de protección familiar.

2008). As can be seen in Figure 1, females (F) are slightly more impacted by family protective factors than males (M).

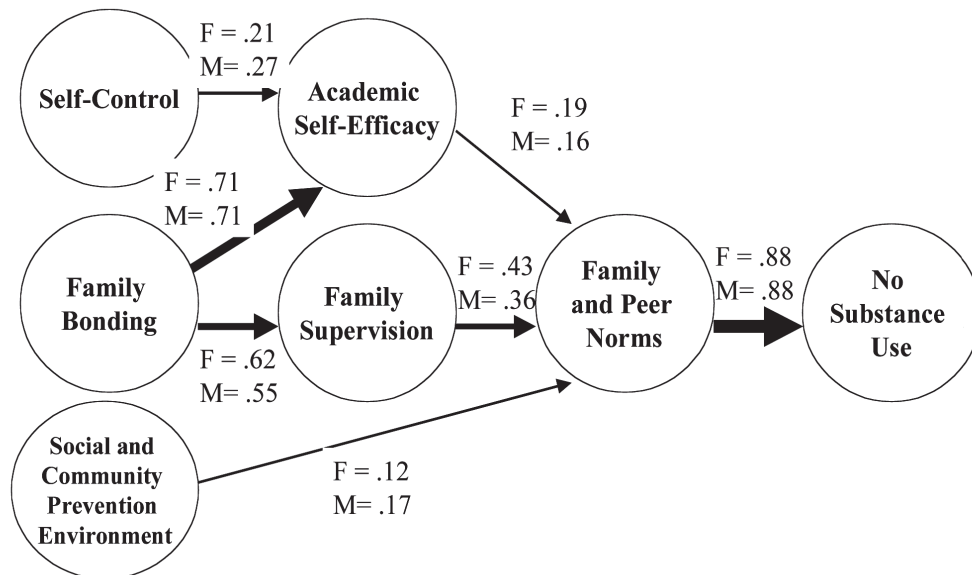


Figura 1. Modelo de Ecología Social del Abuso de Sustancias Adictivas por Sexo (Varones/Mujeres).

Figure 1. Social Ecology Model of Substance Abuse by Gender (Males/Females)

Contenido de las clases del Programa de Fortalecimiento Familiar en grupo. El programa grupal del SFP dura 2 horas por sesión durante 7 sesiones semanales para el SFP universal, o 14 sesiones semanales en el caso del SFP selectivo. En la primera hora, los padres y los hijos asisten a clases por separado y en la segunda hora asisten a sesiones mixtas de práctica familiar, con el fin de aprender habilidades por separado y después practicarlas juntos. El SFP dispone de manuales escritos para los monitores de grupo que detallan el plan de cada clase (Kumpfer y Whiteside, 2004). Además, el Manual de los Padres y el Manual de los Hijos contienen lecturas, deberes para hacer en casa y ejercicios para hacer en clase.

El entrenamiento de habilidades parentales (EP) comprende: cohesión de grupos, enseñar a los miembros de la familia cómo aumentar la resiliencia a través de desarrollar y apoyar sueños y objetivos, gestión del estrés, gestión del enfado, uso de la comunicación alentadora; estimular las conductas deseables a través del humor, consecuencias razonables y atención y respaldo positivos. El pro-

Contents of the Group-based Strengthening Family Program Lessons. The group SFP program lasts for 2 hours per session for 7 weekly sessions for the universal SFP or 14 weekly sessions for the selective SFP. In the first hour, parents and children attend separate classes and in the second hour attend combined family practice sessions in order to learn new skills separately and then practice together new family skills. The SFP includes group leader manuals detailing each lesson plan (Kumpfer & Whiteside, 2004). Furthermore, the Parent's Handbook and Children's Handbook contain readings, homework assignments and in-class exercises.

The Parent Skills Training (PT) includes: group building, teaching family members how to increase resilience through developing and supporting dreams and goals, stress management, anger coping, using supportive communication; encouraging desired behaviors using humor, reasonable consequences, and positive attention and reinforcement. The program also promotes

grama también fomenta la declaración de objetivos conductuales, la atención diferencial y la comunicación positiva. Se incide asimismo en otros aspectos como la disciplina, la resolución de problemas y el mantenimiento y la aplicación de programas conductuales de cambio autónomo.

El programa de entrenamiento de habilidades de los jóvenes (EJ) comprende una explicación de los fundamentos del programa, comunicación de las reglas grupales, gestión del estrés, habilidades sociales de escucha atenta y reflexiva, conducta afirmativa apropiada, resolución de problemas, gestión del enfado, toma de decisiones, reglas y prácticas comunicativas, entender y gestionar los sentimientos y el conflicto, resistencia a la presión de los compañeros, educación sobre medios de comunicación y drogas, relaciones afectivas, cumplimiento de las reglas familiares y escolares, y recursos de ayuda y supervisión.

El entrenamiento de habilidades familiares (EF) ofrece información adicional y un tiempo para que las familias practiquen las habilidades de comunicación (con apoyo y orientación del monitor). Se alienta a las familias a dedicar semanalmente un tiempo de “práctica en casa” positiva con los hijos. Este tiempo positivo se denomina “Nuestros ratos” para los adolescentes y Juego de Niños para los niños. Se entrena a los padres o parientes a interactuar con sus hijos de una forma no punitiva, no controladora, positiva. En las cinco sesiones de encuentros de Juegos de Familia, se enseña a los miembros de la familia a mejorar la comunicación familiar. Cuatro sesiones del Juego de los Padres se centran en juegos de roles en los que los miembros de la familia practican cómo comunicar sus peticiones y una disciplina eficaz con los hijos. La primera sesión se centra en el cohesionamiento del grupo, el contenido del programa, la negociación y el pensar en posibles soluciones para los impedimentos a la asistencia. La decimotercera sesión se centra en la generalización de los beneficios adquiridos y en fomentar el contacto con los servicios de apoyo. La última sesión es una ceremonia de graduación.

2. Resultados

El Programa de Fortalecimiento de Familias (SFP) fue concebido y ensayado específicamente para hijos de toxicodependientes en tratamiento de meta-

behavioral goal statements, differential attention, and positive communication. Additional topics include discipline, problem solving, maintenance, and implementing self-change behavioral programs.

The Youth Skills Training Program (ST) includes a rationale for the program, communication of group rules, stress management, social skills of attending and reflective listening, appropriate assertive behavior, problem solving, coping with anger, decision making, communication rules and practice, understanding and managing feelings and conflict, resisting peer pressure, media and drug education, dating and relationships, compliance with family or school rules, and resources for help and review.

The Family Skills Training (FT) provides additional information and a time for the families to practice communication skills (with facilitator support and feedback). Families are encouraged to spend positive (“home practice”) time with their children weekly. This positive time is called ‘Our Time’ for adolescents and Child’s Game for children. Parents or relatives are trained to interact with their children in a non-punitive, non-controlling, and positive way. In the five sessions of Family Game meetings, family members are trained to improve family communication. Four sessions of Parents’ Game focuses on role plays during which the family members practice communicating requests and effective discipline with their children. The first session focuses on group building, program content, contracting and brainstorming possible solutions for barriers to attendance. Session thirteen focuses on generalization of gains, connecting to support services. The last session, is a graduation celebration.

2. Results

The Strengthening Families Program (SFP) was first designed and tested specifically for children of substance abusers in outpatient methadone

dona en centros de día y de salud mental de drogodependientes, en un ensayo de control aleatorio del Instituto Nacional de Drogodependencias (NIDA) estadounidense. Como no se sabía si los tres componentes del SFP eran necesarios, se llevó a cabo un ensayo experimental verdadero desagregado con 4 grupos, que estudiaba los resultados de cada uno de los tres componentes comparándolos con los que no habían recibido tratamiento. Se descubrió que, como se suponía, cada componente contribuía a lograr mejoras en su propia área de factores de riesgo y protección. El programa de crianza conductual se diseñó para que siguiera los principios parentales tratados por Gerald Patterson en la Universidad de Oregón y adaptados para casos individuales de terapia padres-hijos por Forehand y McMahon (1981). Se constató que este programa de crianza de 14 sesiones mejoraba las habilidades de crianza, la seguridad en sí mismos y la eficacia de la crianza, lo cual llevaba a una reducción de los trastornos de conducta de los hijos gracias a métodos de disciplina más eficaces por parte de los padres. Cuando se añadió el programa de entrenamiento de habilidades de los hijos, estos mejoraron sus habilidades y sus competencias sociales (resolución de problemas, resistencia a los compañeros, toma de decisiones, gestión del enfado y el estrés). Las relaciones familiares (organización, cohesión, comunicación, conflicto) sólo mejoraron sensiblemente tras añadir a la intervención el tercer componente de tiempo de práctica en familia. También se dieron disminuciones de consumo de sustancias adictivas tanto en los padres como en los hijos de más edad. A partir de estos resultados, se concluyó que haría falta el SFP completo de tres componentes para poder mejorar el gran número de factores de riesgo detectados en los niños con padres toxicodependientes.

Desde esta beca inicial del NIDA, el SFP se ha modificado y evaluado para familias rurales y urbanas de origen afroamericano, latino, asiático, de las islas del Pacífico e indio americano con resultados positivos, entre ellos un aumento del 40% de reclutamiento y retención en programas adaptados a la cultura en cuestión (Kumpfer, Alvarado, Smith y Bellamy, 2002a). Otros ensayos de control aleatorios (ECA) financiados por NIDA, NIMH y SAMHSA han arrojado resultados positivos similares en poblaciones de prevención universal de niños rurales en eda-

maintenance and mental health drug treatment centers on a NIDA randomized control trial. Since it was unknown if all three components of the SFP were needed, a 4-group true experimental dismantling design was conducted testing the outcomes of each of the three component compared to no-treatment. It was discovered that each component, as expected, contributed to making improvements in their own area of the risk and protective factors. The behavioral parenting program was designed to follow the parenting principles discussed by Gerald Patterson at the University of Oregon and adapted for individual parent child therapy by Forehand and McMahon (1981). This 14-session parenting program was found to improve parenting skills, confidence, and parenting efficacy, which lead to a reduction in children's conduct disorders because of more effective discipline methods of the parents. When the Children's Skills Training program was added, then the children's social competencies and social skills (problem solving, peer resistance, decision making, anger and stress management) improved. Family relationships (organization, cohesion, communication, conflict) were significantly improved only after the third component of the family practice time was added to the intervention. There were also decreases in substance use in both the parents and older children. Based on these results, it was concluded that the full strength 3-component SFP would be needed to improve the large number of risk factors found in children of parents with substance use disorders (SUDs).

Since this original NIDA grant, SFP has been modified and evaluated for rural and urban African/American, Latino, Asian, Pacific Islanders, and American Indian families with positive program outcomes that included a 40% improvement in recruitment and retention for culturally tailored programs (Kumpfer, Alvarado, Smith, & Bellamy, 2002a). Other NIDA, NIMH and SAMHSA funded randomized control trials (RCTs) have reported similar positive program results in universal prevention populations of elementary school aged rural children (Kumpfer, Alvarado, Tait, & Turner, 2002b), junior high school rural children (Spath, et al., 2006) and inner city 7 to 11 year olds (Got-

des de escuela primaria (Kumpfer, Alvarado, Tait y Turner, 2002b), niños rurales de primer ciclo de ESO (Spoth et al., 2006) y niños de 7 a 11 años de barrios urbanos deprimidos (Gottfredson et al., 2006). Estos resultados sugieren que el SFP es eficaz no sólo en poblaciones selectivas o indicadas para prevención, sino también en la reducción de consumo de sustancias adictivas y factores de riesgo en adolescentes escolares de menor riesgo en general. Un estudio de seguimiento durante diez años de escolares de 10 de ESO y de sus padres en el estudio de prevención universal del SFP 10-14 Años de Iowa constató que cuando los chicos habían alcanzado los 22 años se daba una reducción de dos a tres veces mayor que en los controles sin tratamiento en cuanto a diagnóstico vital de ansiedad, fobia social, depresión y trastornos de personalidad (Spoth et al., 2005).

Además, el SFP se ha ensayado con poblaciones adicionales de prevención selectiva (alto riesgo) en un estudio de control aleatorio de HAT que viven en Canadá y EE UU, financiado por el NIAAA. Los tres resultados de exteriorización de los niños (trastornos de conducta, trastorno de oposición desafiante y una categoría más general de problemas de conducta) y dos de los resultados de los padres (insultos y crianza incongruente) mejoraron sensiblemente en el post-ensayo. Mediante modelado de ecuaciones estructurales (MEE) se constataron mejoras considerables en las habilidades sociales de los chicos, que se daban indirectamente por las reducciones logradas por el SFP en disciplina punitiva y los incrementos en disciplina coherente y apoyo/cariño.

En general, las replicaciones independientes del SFP que se han llevado a cabo en EE UU han producido excelentes resultados con magnitudes de efectos de medias a altas. El SFP ha pasado por al menos siete ensayos de control aleatorios (ECA) de alta calidad con seguimientos longitudinales (de hasta 10 años), incluidos los cuatro ECA de Kumpfer y asociados del SFP 6-11 Años de selección preventiva de 14 sesiones para hijos de drogodependientes, niños rurales (Kumpfer, Alvarado, Tait y Turner, 2002b), niños afroamericanos (Gottfredson, Kumpfer et al. 2006) e hijos de alcohólicos. Al menos dos ECA han sido realizados por Spoth y asociados (Spoth, Redmond, Shin, Azevedo, 2004, Spoth et al., 2006) en la Universidad del Estado de Iowa del SFP 10-14 Años

tfredson et al., 2006). These results suggest that SFP is effective with not just selective or indicated prevention populations, but also effective in reducing substance use and risk factors in universal school-based lower-risk youth. A ten year follow-up study of 6th graders and their parents in the Iowa SFP 10-14 Years universal prevention study found that when the children were 22 years of age there was a two to three times reduction in lifetime diagnosis of anxiety, social phobia, depression, and personality disorders when compared to their no-treatment controls (Spoth, et al., 2005).

In addition, the SFP has been tested with additional selective prevention (high risk) populations in a NIAAA funded randomized control study of COAs living in Canada and the US. All of the three children's externalizing outcomes (conduct disorders, oppositional-defiant disorder, and a more general category of behavior problems) and two of the parenting outcomes (verbal abuse and inconsistent parenting) were significantly improved by the post-test. Using structural equations modeling (SEM) found significant improvements in children's social skills that occurred indirectly through SFP reductions in punitive discipline and increases in consistent discipline and support/warmth.

In general the independent replications of SFP that have been conducted in the United States have produced excellent results with medium to large effect sizes. There have been at least seven high quality randomized control trials (RCT) of SFP with longitudinal follow-ups (of up to 10 years) including the four RCTs by Kumpfer and associates of selective prevention 14-session SFP 6-11 Years, for children of drug abusers, rural children (Kumpfer, Alvarado, Tait, & Turner, 2002b); African American children (Gottfredson, Kumpfer, et al. 2006), and children of alcohol abusers. At least two RCTs have been conducted by Spoth and associates (Spoth, Redmond, Shin, Azevedo, 2004, Spoth, et al., 2006) at Iowa State University of the school-based, universal prevention, 7-session SFP 10-14 Years, for low risk families with excellent results. Another RCT by Brody and associates (2010, 2012) at Uni-

en escuelas, de prevención universal de 7 sesiones para familias de bajo riesgo, con excelentes resultados. Otro ECA de Brody y asociados (2010, 2012), de la Universidad de Georgia, ensayó una adaptación cultural para familias afroamericanas que también replicó los excelentes resultados del SFP 10-14 Años.

Las evaluaciones de resultados de una extensa aplicación en todo el Estado, en la que 75 organismos recibieron ayudas oficiales para más de 1.600 familias revelan magnitudes de efectos ($d = 0,45$ a $0,85$) o cambios positivos en padres e hijos (Kumpfer, Green, Cofrin y Miceli, 2010) mayores que en los ECA de Washington, D.C. o Búfalo/Ontario. Esto podría deberse a que estos estudios realizados por un único organismo no son grandes aplicaciones en múltiples localizaciones. Además, constatamos que los estudios de pequeñas entidades en localizaciones de campo son realizados por personal de la entidad con más experiencia y que conocen mejor las necesidades de las familias, en lugar de los estudiantes de postgrado o los habitantes de los barrios que se suelen contratar para realizar los ECA.

Resultados en distintos países y grupos culturales. Las mayores magnitudes de efectos del SFP se encuentran actualmente en Irlanda, que ha arrojado los mejores resultados hasta la fecha ($d = 0,50$ a $1,11$). Esto se debe seguramente a que el SFP 12-16 Años se está aplicando en la mayoría de condados irlandeses con adolescentes derivados por una colaboración entre los organismos regionales de toxicodependencias y los servicios tutelares de libertad provisional y aún se pueden mejorar considerablemente (Kumpfer, Xie y O'Driscoll, 2012). Tal como se expuso en el artículo de Orte y asociados en esta misma publicación, en España el SFP 6-11 Años se ha adaptado culturalmente y se está ofreciendo a padres toxicodependientes y a sus hijos. Estos jóvenes, padres y familias sufren considerablemente más problemas a su llegada que los promedios del SFP de 18 resultados de crianza, familia y jóvenes. Con todo, mejoran enormemente y consiguen numerosas grandes magnitudes de efecto gracias a la alta calidad de la aplicación, que ahora también cuenta con nuevos videos en español.

Adaptaciones culturales del Programa de Fortalecimiento Familiar. A la vista de estos positivos resultados, el programa se ha adoptado para replicación con adaptaciones culturales y evaluaciones en

versity of Georgia tested a cultural adaptation for African American families that also replicated the excellent results of SFP 10-14 Years.

Outcome evaluations of a large statewide implementation involving 75 agencies receiving state grants and a total of over 1,600 families reveal larger effect sizes ($d = .45$ to $.85$) or positive changes in parents and children (Kumpfer, Greene, Allen, & Miceli, 2010) than in the Washington, D.C. or Buffalo/Ontario RCTs. This may be because these single agency studies are not large multi-site implementations. In addition we found that the small agency studies in field sites are implemented by more experienced agency staff, who know their families' needs better than graduate students or contracted community members frequently employed in the RCTs.

Outcomes across Different Countries and Cultural Groups. The largest effect sizes for SFP are currently found in Ireland, which produced the largest effect sizes ever ($d = .50$ to 1.11). This is probably because SFP 12-16 Years is being implemented in most counties in Ireland with adolescents referred by a collaboration of regional drug task forces and probation services and have considerable room for improvement (Kumpfer, Xie, & O'Driscoll, 2012). As described in the Orte and associates article in this journal, in Spain the SFP 6-11 years has been culturally adapted and is being delivered to drug abusing parents and their children. These youth, parents and family have significantly more problems at intake compared to the SFP norms for 18 parenting, family, and youth outcomes. However, they improve dramatically with many large effect sizes with high quality implementation that also includes new Spanish videos.

Cultural Adaptations of the Strengthening Families Program. Because of these positive results, the *Strengthening Families Program* has been adopted for replication with cultural adaptations and evaluation for 27 countries (see for a review Kumpfer, Pinyuchon, deMelo, & Whiteside, 2008). These 27 countries include thirteen countries in Europe, including four that have one

27 países (véase una revisión del mismo en Kumpfer, Pinyucheon, deMelo, y Whiteside, 2008). De estos 27 países, trece están en Europa, entre ellos cuatro que tienen resultados de uno a dos años de pre y post ensayo evaluados por investigadores independientes: Orte, March, Ballester y Touza (2007) de la Universitat de les Illes Balears, en España; Onrust y Bool (2006) del Instituto Trimbos de Utrecht, Países Bajos; Kimber (2005) del Instituto Karolinski de Estocolmo, Suecia; y Foxcroft, Allen y Coombes (2005; Coombes, Allen y Foxcroft, 2012) de la Universidad Oxford Brooks, Oxford, Reino Unido. Estos estudios eran todos diseños no experimentales o semi experimentales, pero sus positivos resultados sugieren que el SFP se puede adaptar culturalmente y replicar en otros países con resultados positivos. Cada uno de estos estudios con distintos grupos culturales realizados por evaluadores independientes han constatado que el SFP es un programa eficaz para reducir numerosos factores de riesgo de futuro alcoholismo y toxicoddependencia, problemas de salud mental y delincuencia por medio de incrementar la fortaleza de la familia, la competencia social de los hijos y mejorar las habilidades de crianza de los padres (Kumpfer et al. 2002a; Kumpfer y Johnson 2007; Onrust y Bool 2006; Orte et al. 2007). Los resultados obtenidos en España han sido excelentes, con magnitudes de efectos incluso ligeramente por encima del promedio de resultados del SFP.

También en otros países se han obtenido resultados excelentes (Portugal, Irlanda, Irlanda del Norte, Italia, Francia, Eslovenia y Austria) con replicaciones semi-independientes en las que los organismos responsables de la implantación han enviado sus datos a Lutra Group, el equipo de evaluación recomendado por SFP que incluye a la Dra. Kumpfer, la creadora y evaluadora del programa. Todos han sido un diseño semi-experimental con ensayos a priori y a posteriori con una comparación con los promedios de ese país o los promedios internacionales del SFP. Además, los organismos utilizaron los instrumentos de ensayo recomendados por SFP. Portugal y las Azores han aplicado el SFP 6-11 Años y tienen excelentes resultados según los instrumentos normalizados de SFP, que son equivalentes a los mismos promedios internacionales de SFP para 18 variables medidas de resultados. Noruega ha aplicado la versión SFP 10-14 Años, al igual que el Reino Unido. El

to two-years of pre to post test outcome results conducted independently by researchers: Orte, March, Ballester, and Touza (2007) at the University of the Balearic Islands, Spain; Onrust and Bool (2006) at Trimbos Institute in Utrecht, Netherlands; Kimber (2005) at the Karolinski Institute in Stockholm, Sweden; and Foxcroft, Allen, and Coombes (2005; Coombes, Allen & Foxcroft, 2012) at Oxford Brooks University, Oxford, United Kingdom. These studies were all non-experimental or quasi-experimental designs, but their positive results suggest that SFP can be culturally adapted and replicated in other countries with positive results. Each of these studies with different cultural groups by independent evaluators have found SFP to be an effective program in reducing multiple risk factors for later alcohol and drug abuse, mental health problems and delinquency by increasing family strengths, children's social competencies and improving parent's parenting skills (Kumpfer et al. 2002a; Kumpfer & Johnson 2007; Onrust & Bool 2006; Orte et al. 2007). The Spanish results have been excellent with even slightly higher effect sizes for the outcomes than the SFP norms.

Excellent results have also been found in other countries (Portugal, Ireland, Northern Ireland, Italy, France, Slovenia, and Austria) with semi-independent replications where the implementing agencies have sent their data to Lutra Group, the SFP recommended evaluation team that includes Dr. Kumpfer, the program developer and evaluator. These have all been quasi-experimental pre-and post-test design with a comparison to the norms for that country or the SFP international norms. In addition, the agencies used the recommended SFP testing instruments. Portugal and the Azores have implemented SFP 6-11 Years and have excellent outcomes using the standardized SFP instruments that are equivalent to the same SFP international norms for the 18 measured outcome variables. Norway has been implementing the SFP 10-14 Years version as has the United Kingdom. The first Asian country to conduct research on SFP was Thailand. Thai government supported the cultural adaptation and dissemina-

primer país asiático que ha realizado estudios sobre el SFP ha sido Tailandia. El gobierno de este país patrocinó la adaptación cultural y la divulgación del SFP 6-11 Años y los resultados fueron excelentes (Pinyuchon, 2010).

Las adaptaciones culturales se recomiendan para aplicar el SFP en toda cultura nueva. Se recomienda que el equipo de adaptación siga los pasos para la aplicación y adaptación cultural que los creadores y formadores del programa han comprobado que producen los mejores resultados. Estos pasos se detallan en la reciente publicación de UNODC (UNODC, 2009) y en publicaciones especializadas (Kumpfer, Pinyuchon, de Melo y Whiteside, 2008; Kumpfer, Xie y Magalhães, 2012).

Metaanálisis. Un metaanálisis de Cochrane Collaboration y la OMS de los programas de prevención del alcoholismo en las escuelas (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe y Breen, 2003) constató que la versión de siete sesiones del “SFP light” para edades de 10 a 14 años era el doble de eficaz en reducción del consumo de alcohol que cualquier otra intervención en escuelas, a partir de datos de seguimiento durante al menos dos años. Una revisión reciente de los resultados previos al metaanálisis también corroboró que las intervenciones familiares eran las más eficaces (Foxcroft y Tsertsvadze, 2012).

Coste-beneficio. Un análisis del coste-beneficio reveló un rendimiento de 9,60 dólares por cada dólar gastado por la escuela al implantar el SFP 10-14 Años (Spath, Gyll y Day, 2002). Este estudio de coste-beneficio encargado por SAMHSA CSAP indicó asimismo que el SFP prevenía el porcentaje más alto de consumo de alcohol entre los jóvenes, un 18%. El segundo mejor programa de prevención era también un programa familiar llamado Programa de Transiciones Adolescentes, que prevenía el consumo de alcohol en un 11% de los jóvenes. Además, el SFP prevenía el consumo de marihuana en un 15% de jóvenes, un 11% de otras drogas y un 7% de tabaco. Estos porcentajes de prevención de consumo de alcohol y drogas entre los jóvenes eran más elevados que en todos los demás programas de prevención centrados en la familia o sólo en los jóvenes. Por ejemplo, el Entrenamiento de Habilidades para la Vida prevenía un 0% de jóvenes de consumir alcohol y un 3% de marihuana. El programa *All Stars*

tion of SFP 6-11 Years and the outcome results were excellent (Pinyuchon, 2010).

Cultural adaptations are recommended for implementing SFP in any new culture. The cultural adaptation team is recommended to follow the steps to implementation and cultural adaptation that the program developers and trainers have found to produce the most effective outcomes. These steps were detailed in the recent UNODC publication (UNODC, 2009) and in journal publications (Kumpfer, Pinyuchon, de Melo, & Whiteside, 2008; Kumpfer, Xie, & Magalhães, 2012).

Meta-analysis. A Cochrane Collaboration and WHO meta-analysis of universal alcohol prevention programs in schools (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe, & Breen, 2003), found that the seven session “SFP Light” version of SFP for 10 to 14 Year Olds was twice as effective in reducing alcohol use as any other school-based intervention having at least two years of follow-up data. A recent review of prior meta-analytic results also supported that family interventions were the most effective (Foxcroft, & Tsertsvadze, 2012).

Cost-Benefit. A cost-benefit analysis showed a return of \$9.60 for every dollar spent by the school when they implemented the SFP 10-14 Years (Spath, Gyll & Day, 2002). This SAMHSA CSAP commissioned cost benefit study also revealed that SFP prevented the largest percent of youth from using alcohol at 18%. The next best prevention program was also a family program called Adolescent Transitions Program that prevented 11% of youth from using alcohol. In addition, SFP prevented 15% of youth from using marijuana, 11% from using any other drugs and 7% from using tobacco. These percentages of youth prevented from using alcohol and drugs were higher than all other family-focused or youth-only prevention programs. For example, Life Skills Training (LST) prevented 0% of youth from using alcohol and 3% from using marijuana. The All Stars program was the most effective youth only program and prevented 11% of youth from using drugs.

fue el programa más efectivo centrado sólo en los jóvenes, con una prevención de consumo de drogas entre los jóvenes del 11%

La clasificación del SFP en las listas de programas basados en evidencias. En las revisiones de expertos de los organismos federales de EE UU, el SFP se clasifica como un programa basado en evidencias para la prevención de toxicodependencias. Por ejemplo, aparece en el registro Nacional de Programas y Políticas Eficaces (NREPP) del Centro para la Prevención de las Toxicodependencias (CSAP) del SAMHSA como uno de los pocos “programas modelo” ejemplares de nivel 1. Esto significa que se ha replicado de forma independiente en varios ensayos aleatorios de control, algunos por parte de investigadores independientes (Kumpfer & Hansen, en imprenta). La adaptación de edad para alumnos del primer ciclo de ESO en Iowa (SFP 10-14 Años) ha sido considerada por Cochrane Collaboration Reviews de la Universidad de Oxford como el doble de eficaz que cualquier otro programa de prevención de alcohol en las escuelas (Foxcroft, et al. 2003).

3. Direcciones futuras

Existen muchas direcciones futuras para los programas de entrenamiento de habilidades familiares, más allá de la eficacia que ya han demostrado en los programas de prevención de alcoholismo y drogodependencias. Estos nuevos enfoques incluyen la prevención de la delincuencia o el embarazo juvenil, la prevención de malos tratos infantiles (especialmente para padres alcohólicos o drogodependientes), y prevención de la obesidad, pues a menudo incorporan comidas familiares que se pueden aprovechar para impartir educación en nutrición. Además, las nuevas versiones informatizadas se podrían desarrollar para difundir más ampliamente intervenciones basadas en evidencias a un coste inferior. Cada una de estas nuevas direcciones para el SFP se trata a continuación.

Versiones informatizadas del SFP. El siguiente paso interesante es la creación de la nueva versión en DVD para uso doméstico del SFP 8-16 Años y la versión grupal, que ha sido un proyecto conjunto de Madres contra Conducir Bebido (MADD) y Lutra Group. La Dra. Kumpfer ha presentado varios ensayos de

SFP Ranking on EBP Lists. SFP is rated in expert reviews by U.S. federal agencies as an evidence-based program for substance abuse prevention. For example, it is listed on the National Registry of Effective Programs and Policies (NREPP) by the SAMHSA's Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) as one of a few exemplary Level 1 “model programs.” This means that it has been independently replicated in several randomized control trials including some conducted by independent investigators (Kumpfer & Hansen, in press). The age adaptation for junior high school students in Iowa (SFP 10-14 Years) has been found by the Cochrane Collaboration Reviews at Oxford University to be twice as effective as any other school-based alcohol prevention program (Foxcroft, et al., 2003).

3. Future Directions

There are many future directions for family skills training programs beyond the effectiveness already demonstrated in alcohol and drug prevention programs. Such new approaches include delinquency or teen pregnancy prevention, child maltreatment prevention (especially for alcohol or drug abusing parents), and obesity prevention, as these programs frequently include family meals that could provide the perfect setting for nutrition education. In addition, new computerized versions could be developed to more broadly disseminate evidence-based interventions at lower cost. Each of these new directions is currently examined with SFP and they are discussed below.

Computerized SFP Versions. The most exciting development is the creation of the new 10-session Home Use SFP 8 to 16 Year DVD and group version that has been a joint project of Mothers Against Drunk Driving (MADD) and Lutra Group. In quasi-experimental studies it was found to have equivalent improvements in all 10 parenting and

control aleatorios a NIDA y NIAAA para testar estas nuevas versiones de DVD e Internet del SFP, que contienen nuevos videos y una nueva versión universal. En estudios semi-experimentales se vio que ofrecían mejoras equivalentes en los 10 resultados de familia y crianza, pero que era un 20% más eficaz en mejorar ocho de los resultados positivos emocionales y conductuales de los adolescentes frente al SFP 12-16 Años de 14 sesiones, que no iba acompañado de videos en DVD (Kumpfer y Brown, 2012). El coste es significativamente menor a sólo 4 dólares por familia frente a los 1.000 dólares de las versiones grupales de 14 sesiones. Así pues, se da un aumento considerable del ratio coste/beneficio.

Prevención de malos tratos a niños. Dado que no existe un programa de crianza demostrado para prevenir los malos tratos infantiles (Kumpfer y Fowler, 2008), el SFP está siendo ensayado en varios Estados (Kansas, Oklahoma, Maine, Carolina del Norte) para la prevención de dichos malos tratos con ayudas oficiales del Estado o de la Administración Federal de EE UU para la Infancia y las Familias. El SFP 6-11 Años se ensayó recientemente en un estudio de cinco años sobre prevención de malos tratos infantiles con padres toxicodependientes. Brook y colegas (2012) informaron que los días necesarios para la reunificación familiar se redujeron de 258 a 125, con lo que se redujeron considerablemente los costes de familias de acogida u otros tipos de acogida fuera del hogar. Un año después de la participación en el SFP, el 45% de las familias se habían recuperado, frente al 27% obtenido en los controles. Investigadores de la Universidad de Maine han observado resultados positivos del SFP 6-12 Años cuando se aplica en casa. Es el primer Estado que prueba el SFP en los hogares, en combinación con los servicios sociales habituales. En Utah, los organismos contra los malos tratos infantiles están empezando a ensayar el uso del nuevo DVD del SFP en visitas domiciliarias por parte de asistentes sociales o asesores de crianza o familiares.

Prevención de obesidad y diabetes en familias de alto riesgo. Se ha elaborado una nueva versión del SFP, llamada *Programa de Fortalecimiento de la Salud en las Familias* (SFHP), que ha sido evaluada por la Dra. Kumpfer y asociados en la Universidad de Utah. El SFHP añade un componente de ejercicio físico en familia media hora antes de las clases y un componente de educación nutricional que se imparte

family outcomes, but 20% more effective in improving eight of the positive emotional and behavioral outcomes for adolescents compared to the regular 14-session SFP 12 to 16 Years lacking the DVD videos (Kumpfer & Brown, 2012). Cost is dramatically less at only \$4 per family vs. \$1000 for the regular 14-session group versions. Therefore, there is a remarkable increase of the cost/benefit ratio.

Child Maltreatment Prevention. Because there is no proven parenting program to prevent child maltreatment (Kumpfer & Fowler, 2008), SFP is being tested in several states (Kansas, Oklahoma, Maine, North Carolina) for the preventions of child maltreatment on state-funded or federal US Administration for Children and Families' Children's Bureau regional grants. Recently SFP 6-11 Years was tested in a five-year child maltreatment prevention study with substance abusing parents. Brook and colleagues (2012) reported that days to family reunification were reduced from 258 to 125 days; thus, saving considerable costs for foster care or out-of-home placements. One year after participation in SFP, 45% of families were reunified compared to 27% for controls. Researchers at the University of Maine have observed positive results for SFP 6-12 Years when implemented in home. They are the first state to try SFP for in-home delivery combined with services as usual. In Utah, child maltreatment agencies are beginning to test the use of the new SFP DVD in home visits by case managers and also parent peer or family coaches.

Obesity and Diabetes Prevention in High Risk Families. A new version of SFP, called *Strengthening Families Health Program* (SFHP) has been developed and was evaluated by Dr. Kumpfer and associates at the University of Utah. *SFHP* adds a family physical activity component one half hour prior to the classes and nutrition education component conducted during the regular meal to the 14-session SFP. In a four year grant, the generic SFHP family physical activity program had positive results in engaging families to attend with good feasibility outcomes with Pacific Islanders, Hispanics, and also sev-

durante la comida habitual del SFP de 14 sesiones. Durante el periodo de una ayuda estatal de 4 años, el programa genérico de ejercicio físico en familia obtuvo resultados positivos en cuanto a asistencia de las familias, con buenos resultados de viabilidad con isleños del Pacífico, hispanos y varias tribus de indios americanos para la prevención de la diabetes.

4. Conclusiones

Debido a la mayor eficacia que consigue la implicación de toda la familia, incluidos los parientes cercanos, en transformar el sistema familiar, las intervenciones en familia constituyen modelos muy prometedores para mejorar muchos problemas sociales y sanitarios. Dado que uno de los factores o ingredientes centrales del SFP es la adaptación local, prevemos que el SFP crecerá y se desarrollará a medida que las necesidades futuras evolucionen para adaptarse más específicamente y reducir más eficazmente los factores de riesgo e incrementar los de protección y la resiliencia de las familias ante una multitud de problemas sociales y psicológicos. También se constató en un estudio de seguimiento de 10 años del SFP 10-14 Años que este reducía los trastornos mentales crónicos en un 200 a 300% (Spoth et al., 2005). En este sentido, el SFP es una forma excelente de mejorar los resultados de salud mental de niños y adolescentes. Por ello, el SFP u otras intervenciones en familia similares se pueden utilizar para reducir los índices de suicidio en grupos de alto riesgo, como los indios americanos, asiáticos y veteranos de guerra.

Este artículo ha repasado la necesidad de intervenciones familiares para hijos de padres toxicodependientes y los 30 años de estudios sobre el SFP, incluidas las adaptaciones culturales y los resultados del Programa de Fortalecimiento Familiar en distintos países. El principal objetivo de sus creadores es mejorar el bienestar y la calidad de vida de familias de todo el mundo. Como se ha dicho en este artículo, esto se puede lograr utilizando el SFP como un instrumento para fortalecer a las familias. Hasta la fecha, los resultados y los informes de las familias hacen pensar que esto es así. Una futura difusión mundial del SFP y otros programas de entrenamiento de habilidades familiares podría contribuir en gran manera a mejorar los resultados para niños y jóvenes de todo el mundo.

eral American Indians tribes for diabetes prevention.

4. Conclusions

Because of the increased effectiveness of involving the total family, including the extended family, to change the family system, family interventions are very promising models for improving many social and health problems. Since one of the core factors or ingredients in SFP is local adaptation, we expect SFP to grow and develop as future needs evolve to be specifically adapted for effectively reducing risk factors and increasing protective factors and resilience in families to a whole host of psychological and social problems. SFP was also found in the 10 year follow-up of the SFP 10-14 Years to reduce lifetime diagnosed mental disorders by 200 to 300% (Spoth, et al., 2005). As such, SFP is an excellent way to improve the mental health outcomes for children and adolescents. Hence, SFP or other similar family interventions can be used to reduce suicide rates in high risk groups, such as American Indians, Asians, and veterans.

This article has reviewed the need for family interventions for high risk children of substance misusers, the 30 year history of studies on SFP including mandated cultural adaptations and the results of the Strengthening Families Program in different countries. The major goal of the developers is to improve the happiness and quality of life of families worldwide. As it has been reported in this article, this can be achieved when using SFP as a tool for strengthening families. So far the outcomes and family reports suggest this is true. Future dissemination worldwide of SFP and other family skills training programs could contribute greatly to improving outcomes for children and youth worldwide.

Referencias bibliográficas / References:

- Anda, R.F., Brown, D.W., Dube, S.R., Bremner, J. D., Felitti, V. J., & Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5), 396-403.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies
- Aos, S., Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. *Washington State Policy Institute*., Available at <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf>
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Barnard, M. & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction*, 99(5), 552-559.
- Brody, G. H., Beach, S. R. H., Philibert, R. A., Chen, Y.-f., & Murry, V. M. (2009a). Prevention effects moderate the association of 5-HTTLPR and youth risk behavior initiation: Gene · environment hypotheses tested via a randomized prevention design. *Child Development*, 80(3), 645-661.
- Brody, G. H., Beach, S. R. H., Philibert, R. A., Chen, Y.-f., Lei, M.-K., Murry, V. M., & Brown, A. C. (2009b). Parenting moderates a genetic vulnerability factor in longitudinal increases in youths' substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 1-11.
- Brody, G. H., Chen, Y.-f., Kogan, S. M., Murry, V. M., & Brown, A. C. (2010). Long-term effects of the Strong African American Families program on youths' alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 281-285.
- Brody, G. H., Chen, Y.-f., Kogan, S. M., Yu, T., Molgaard, V. K., DiClemente, R. J., & Wingood, G. M. (2012). Family-centered program to prevent substance use, conduct problems, and depressive symptoms in Black adolescents. *Pediatrics*, 129(1), 108-115.
- Brook, J., McDonald, T. P., & Yan, Y. (2012). An analysis of the impact of the Strengthening Families Program on family reunification in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 34, 691-695.
- Champagne, F. (2010). Epigenetic influences of social interaction across the lifespan. *Developmental Psychobiology*. Wiley Interscience, online publication (www.interscience.wiley.com).
- Champagne, F. A., & Meaney, M. J. (2007). Transgenerational effects of social environment on variations in maternal care and behavioral response to novelty. *Behavioral Neuroscience*, 121 (6), 1353-1363.
- Chassin, L., Carle, A., Nissim-Sabat, D., & Kumpfer, K. L., (2004). Fostering resilience in children of alcoholic parents. Maton, K.I. (Ed), In *Investing in Children, Youth, Families, and Communities: Strengths-based Research and Policy*. Washington, D.C.: APA Books. [PMID: 15645706]
- Coombes, L., Allen, D. M. & Foxcroft, D.H. (2012). An exploratory pilot study of the Strengthening Families Programme 10-14 (UK). *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 19 (5), 387-396.
- Forehand, R.L., & McMahon, R.J. (1981). *Helping the noncompliant child. A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Foxcroft, D., Allen, D. & Coombes, L. (2005). Adaptation and Implementation of SFP 10-14 Years for U.K. Abstract submitted to Society for Prevention Research, San Antonio, May 2005. School of Health and Social Care, Oxford Brookes University, Oxford, UK.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G., & Breen, R. (2003). Longer-term Primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review. *Addiction*, 98(4): 397-411.
- Foxcroft, D.R., & Tsertsvadze, A. (2012). Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. *Perspectives in Public Health*. 132: 128-134.
- Gómez-Fraguela, J., Fernández, N., Romero, E., Luengo, Á. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 211-217.
- Gottfredson, D., Kumpfer, K.L., Polizzi-Fox, D., Wilson, D., Puryear, V, Beatty, P., & Vilmenay, M. (2006). Strengthening Washington, D.C. Families Project: A randomized effectiveness trial of family-based prevention, *Prevention Science*, 7(1), 57-74.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness, *Journal of Abnormal Psychology*, 36: 567-589.
- Kelly, M. L., & Fals-Stewart, W. (2002). Couple-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, 417-427.

- Kimber, B. (2005). *Cultural Adaptation and Preliminary Results of the Strengthening Families Program 6-11 in Sweden*. Paper presented at Society for Prevention Research, San Antonio, TX, full report at Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
- Kumpfer, K.L., & Alvarado, R. (2003). Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors, *American Psychologist*, 58,(6/7), 457-465.
- Kumpfer, K. L., & Brown, J. (2011). New Way to Reach Parents: A SFP DVD. Western States Substance Abuse Annual ATOD conference, Boise, ID. Sept. 22, 2011.
- Kumpfer, K.L., & Fowler, M. (2008). Parenting skills and family support programs for drug abusing mothers. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 163, 1 –9.
- Kumpfer, K. L. & Johnson, J. (2007). Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents, *Adicciones*, 11 (1), 1 – 13.
- Kumpfer, K. L., & Johnson, J. L. (2010). Enhancing positive outcomes for children of substance-abusing parents. Chapter 65, In B. Johnson, (Ed.) *Addiction Medicine: Science and Practice*, Springer Verlage Publisher.
- Kumpfer, K. L. & Hansen, W. (in press). Family-based prevention programs. Ch. 8 in L. Scheier & Hansen, W. *Parenting and Teen Drug Use*, Oxford Press.
- Kumpfer, K. L. & Whiteside, H. O. (2004). *Strengthening Families Program 6 - 11 Years: Parent, Child, and Family Skills Training Group Leaders Manuals*. LutraGroup: Salt Lake City, Utah.
- Kumpfer, K.L. Alvarado, R., & Whiteside, H.O. (2003). Family-based interventions for the substance abuse prevention. *Substance Use and Misuse*, 38 (11-13): 1759-1789.
- Kumpfer, K. L., Fenollar, J. & Xie, J. (2011). Ch. 16: Resilience Framework: Resilience and Resourcefulness in the Face of Chronic Family Adversity. In K. M. Gow & M. J. Celinski, (Eds). *Continuity versus Creative Response to Challenge: The Primacy of Resilience and Resourcefulness in Life and Therapy*, (pp.259 -272)
- Kumpfer, K.L., Smith, P. & Franklin Summerhays, J. (2008). A wake -up call to the prevention field: Are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance Use and Misuse*, 43, 1-24.
- Kumpfer, K. L., Xie, J. & Hu, Q. (2011). Engendering resilience in families facing chronic adversity through family strengthening programs. In K. Gow & M. Celinski (Eds) *Wayfinding Through Life's Challenges: Coping And Survival* (pp. 461-483). New York: Nova Science Publishers Inc.
- Kumpfer, K.L., Xie, J. & Magalhães, C. (2012). Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's outcomes. *European Journal of Developmental Psychology*. 9 (1), 104-116.
- Kumpfer, K.L., Xie, J., & O'Driscoll, R. (2012). Effectiveness of a culturally adapted Strengthening Families Program 12-16 Years for high risk Irish families. *Child and Youth Care Forum*, 41, 173-195.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002a). Cultural sensitivity in universal family-based prevention interventions. *Prevention Science*, 3 (3), 241-244.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Tait, C., & Turner, C. (2002b). Effectiveness of school-based family and children's skills training for substance abuse prevention among 6-8 year old rural children. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (4), 65-71.
- Kumpfer, K.L., Greene J. A., Allen, K.C. & Miceli, F. (2010). Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14 (3), 211-229.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., de Melo, A., & Whiteside, H. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program (SFP). *Evaluation and Health Professions*. 33 (2), 226-239.
- Meaney, M. et al. (2007). Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health. *Trends in Molecular Medicine*. 2007, 13, 269-277.
- Miller, T. A., & Hendrie, D. (2008). *Substance Abuse Prevention: Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*; Center for Substance Abuse Prevention (CSAP), SAMHSA. DHHS Pub. No 07-4298, Rockville, MD.
- Onrust, S., & Bool, M. (2006). *Evaluatie van de Cursus Gezin aan Bod: Nederlandse versie van het Strengthening Families Program (SFP)* [Evaluation of Cursus Gezin aan Bod: The Dutch adaptation of the Strengthening Families Program (SFP)]. Utrecht, the Netherlands: Trimbos Institute.
- Orte, C., March, M., Ballester, L., & Touza, C. (2007, May). *Results of a family competence program adapted for Spanish drug abusing parents (2005-2006)*. Poster presented at the 15th Annual Conference of the Society for Prevention Research, Washington, DC.

- Orte, C., Touza, C., Ballester, L. (2007). Análisis del grado de fidelidad en la ejecución de un programa de competencia familiar. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. Marzo-Sin mes, 95-103.
- Pinyuchon, M. (2010). Effectiveness of implementing the Strengthening Families Program for Families of school children in Songkhla Province, Thailand, NIDA International Conference, Scottsdale, AZ.
- SAMHSA (2012). National Survey on Drug Use and Health. Data Spotlight. Feb. 16, 2012 retrieved from <http://www.samhsa.gov/data/spotlight/Spot061ChildrenOfAlcoholics 2012.pdf>
- Schuckit, M. A. (2009). An overview of genetic influences in alcoholism. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 36(1), 5-14.
- Spoth, R., Gyll, M., & Day, S. X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 219-228.
- Spoth, R., Randall, K., Shin, C., & Redmond, C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: Patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychol Addictive Behav*, 19, 372-381.
- Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., & Azevedo, K. (2004). Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 72, 535-542.
- Spoth, R., Shin, C., Gyll, M., Redmond, C., & Azevedo, K. (2006). Universality of effects: An examination of the comparability of long-term family intervention effects on substance use across risk-related subgroups. *Prevention Science*, 7, 209-224.
- Spoth, R., Redmond, C., Mason, A., Kosterman, R., Haggerty, K., & Hawkins, D. (2005, May). Ten-year follow-up assessment of brief, family-focused intervention effects on lifetime conduct and antisocial personality disorders: Preliminary results. Poster presented at 13th annual Society for Prevention Research conference, Washington, D.C.
- UNODC (2009). *Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention*, United Nations, New York.

Dirección de los autores /Authors' addresses

Karol L. Kumpfer, Ph.D., Professor, Department of Health Promotion and Education. Annex 2222, University of Utah, Salt Lake City, Utah, 84112

Correo electrónico / e-mail: kkumpfer@xmission.com

Teléfono / Phone: 801-582-1652

Fecha de recepción del artículo / received date: 10.9.2012

Fecha de revisión del artículo / reviewed date: 2.10.2012

Fecha de aceptación final / accepted date: 10.10.2012

Cómo citar este artículo/How to cite the article

Kumpfer, K.K., Fenollar, J. y Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz basada en las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de padres adictos al alcohol y drogas. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108.

http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2013.21.4

Kumpfer, K.K., Fenollar, J. & Jubani, C. (2013). An Effective Family Skills-based Intervention for the Prevention of Health Problems in Children of Alcohol and Drug-Abusing Parents. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108.

http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2013.21.4