



**PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN BREVE EN
PREVENCIÓN DE ADICCIONES
EN EL ÁMBITO FAMILIAR
(IBAF)**

IBAF

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BREVE EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Un programa de
INSTITUTO DE ADICCIONES



Con financiación:



Este trabajo está protegido por licencia Creative Commons 4.0.
No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de
obras derivadas.
Vínculo a la obra original: Programa intervención breve adicciones
Más información en <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Autores

Inés Rocío González Galnares.

Psicóloga Clínica. Departamento de Prevención. Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud.

Colaboradores

Daniel Lloret Irles.

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.

Juan Antonio Moriano León.

Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, UNED.

Victor Cabrera Perona.

Departamento de Psicología, Universidad Miguel Hernández.

Agradecimientos:

A la Subdirección general de Adicciones, Jefatura de Servicio y Departamento de Prevención, por su apoyo en esta tarea que ha supuesto el diseño, implementación y evaluación de un nuevo programa en el ámbito de la prevención de adicciones dirigida a la familia.

Al equipo investigador, que llevó a cabo todo el proceso de Evaluación, por sus inestimables aportaciones y correcciones en la elaboración de este documento.

A la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, cuyo apoyo y subvención ha permitido la evaluación del programa.

A todas y todos los profesionales que forman o han formado parte del Servicio de Orientación Familiar, que día a día dan vida a este proyecto.



Índice

Presentación del manual	Pág. 6
Prólogo	Pág. 7
1-Introducción	Pág. 10
1.1. Prevalencia de las conductas adictivas.	Pág. 12
1.2. Prevención Selectiva e Indicada.	Pág. 15
1.3. Encuadre del Programa.	Pág. 16
1.4. Justificación del Programa.	Pág. 18
2-Características del programa	Pág. 20
2.1. Descripción del Programa.	Pág. 22
2.2. Marco Teórico.	Pág. 22
2.3. Principios Rectores.	Pág. 29
2.4. Objetivos.	Pág. 30
2.5. Características:	Pág. 32
2.5.1. Población Destinataria.	Pág. 32
2.5.2. Vías de acceso.	Pág. 32
2.5.3. Duración.	Pág. 32
2.5.4. Recursos necesarios.	Pág. 33
3-Desarrollo del programa y pautas para su aplicación	Pág. 36
3.1. Pautas para su aplicación.	Pág. 38
3.2. Itinerario, fases, contenido y metodología de la intervención individual:	Pág. 38
3.2.1- Itinerario.	Pág. 38
3.2.2-Fases.	Pág. 40
A-Recepción de la Demanda.	Pág. 40
B-Acogida/ Valoración/Diseño.	Pág. 42
C-Implementación.	Pág. 47
C.1- Estructura.	Pág. 47
C.2- Temáticas:	Pág. 48

1.	Conductas adictivas y Adolescencia.	Pág. 48
2.	Dimensión percibida del problema.	Pág. 49
3.	Consenso parental.	Pág. 50
4.	Ajuste emocional.	Pág. 52
5.	Motivación a la intervención adolescente.	Pág. 54
6.	Capacidad de afrontamiento.	Pág. 54
	6.1- Conocimiento pautas adecuadas.	Pág. 55
	6.2-Conciencia pautas inadecuadas.	Pág. 56
	6.3- Seguridad y nivel de afrontamiento activo.	Pág. 56
7.	Clima familiar.	Pág. 57
	7.1- Convivencia.	Pág. 57
	7.2-Comunicación.	Pág. 59
	7.3-Vinculos Afectivos.	Pág. 62
8.	Normas y Límites.	Pág. 64
	D-Cierre.	Pág. 66
3.3.	Formato metodología y contenidos de las sesiones grupales de Apoyo.	Pág. 69
4-Evaluación		Pág. 72
4.1.	Relevancia de la evaluación de un Servicio o Programa municipal.	Pág. 74
4.2.	Evaluación de proceso.	Pág. 75
	4.2.1. Diseño.	Pág. 75
	4.2.2. Metodología y procedimiento.	Pág. 76
	4.2.3. Variables e Instrumentos.	Pág. 78
	4.2.4. Análisis de datos.	Pág. 81
4.3.	Evaluación de resultados.	Pág. 81
	4.3.1. Diseño.	Pág. 81
	4.3.2. Metodología.	Pág. 82
	4.3.3. Variables e Instrumentos.	Pág. 82
	4.3.4-Analisis de Datos.	Pág. 84
4.4.	Resultados de Evaluación.	Pág. 85
	4.4.1. Evaluación de Proceso.	Pág. 85
	4.4.2. Evaluación de Resultado.	Pág. 86

Presentación del manual

Este documento detalla los objetivos, características, metodología, desarrollo y evaluación del “Programa de Intervención Breve en Prevención de Adicciones en el Ámbito Familiar” (IBAF), diseñado y gestionado por el Departamento de Prevención de la Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, a través del Servicio de Orientación Familiar (SOF). Así, el objeto principal de este manual es servir de guía para su implementación, pudiendo ser de utilidad a otros servicios que desarrollan o quieran desarrollar programas preventivos en el campo de las adicciones desde el enfoque de la intervención familiar.

El Manual se divide en 4 secciones:

- La primera con referencias a la prevalencia de las conductas adictivas y la prevención indicada, así como antecedentes y justificación del programa.
- La segunda detalla características, en cuanto a descripción, marco teórico, objetivos, población destinataria, duración y recursos necesarios para la implementación del programa
- La tercera sección se centra en las pautas de implementación, itinerario, metodología y contenidos.
- La cuarta hace referencia a la evaluación: descripción del proceso, de la escala EFFAM y resultados obtenidos.



Prólogo



Prólogo

El nuevo Plan de Adicciones 2022/26 supone la renovación de los compromisos del Ayuntamiento de Madrid, que se llevan realizando desde hace más de 30 años, con las personas con adicciones o en riesgo de tenerlas. Este Plan se ajusta a la nueva realidad de las adicciones y a las necesidades de las personas, mostrando especial atención en las que tienen mayor riesgo de vulnerabilidad y ofreciendo a la ciudadanía servicios de calidad, evaluados y basados en la evidencia. Uno de los objetivos es el de "Promover acciones de prevención selectiva dirigidas a adolescentes y jóvenes, familiares y otras personas adultas de referencia para aumentar la percepción de riesgo y retrasar la edad de inicio en la experimentación con sustancias o con diversos objetos de adicción".

Hay múltiples evidencias de que el abordaje familiar es primordial como principal agente preventivo al ser el núcleo natural de convivencia de la población adolescente y joven, y por tanto ejerce, al menos, tres funciones en este sentido. En primer lugar, como fuente de transmisión de contenidos educativos y aprendizajes saludables, que fomenten el desarrollo madurativo, disminuyendo así los factores de riesgo y aumentando los de protección. En segundo lugar, desde sus competencias de supervisión y observación, como elemento fundamental para la detección precoz de conductas de riesgo y así facilitar su abordaje. Y, por último, como catalizador eficaz del cambio, a través del vínculo afectivo y las competencias parentales, para inhibir comportamientos inadecuados y con ello revertir la evolución hacia la gravedad.

Todas estas potencialidades han sido demostradas en estudios e investigaciones científicas, lo que ha llevado, en los últimos años a que la prevención familiar tome un protagonismo relevante, no como una acción complementaria, como ocurría con anterioridad, sino a través de programas específicos con contenidos, objetivos y entidad propia. Estas son recomendaciones que además se establecen en la Estrategia sobre adicciones 2017/24 del Plan Nacional sobre Drogas y en la Estrategia 2021/25 de la UE.

El Instituto de Adicciones (Subdirección general de Adicciones de Madrid Salud), implementa este tipo de intervención, desde hace casi una década, con el Servicio de Orientación Familiar (SOF) que tiene como objetivo aumentar la conciencia y la capacitación de las figuras parentales en su papel como promotores de la salud, fomentando y potenciando a su vez sus competencias para el correcto cuidado, crianza y gestión familiar, como mejor herramienta preventiva y de cambio. Esto responde no solo al derecho de las familias a ser atendidas y asesoradas, sino al derecho de las personas más jóvenes a ser protegidas por sus familias y su entorno, todo ello dentro del contexto del Programa específico y

especializado de atención Integral a adolescentes y Jóvenes, que se implementa en los Centros de Atención a las Adicciones (CAD) de la red municipal.

Atendiendo a los estándares de calidad y a las recomendaciones que se deben tener en cuenta en el diseño e implementación de los programas de prevención familiar, la metodología que se emplea en el SOF es un Programa de Intervención Breve en el Ámbito Familiar "Programa IBAF". Este programa cumple con los siguientes requisitos: está basado en modelos teóricos y evidencia científica; se implementa a través de profesionales de la psicología, con la formación y la experiencia necesaria para abordar la intervención preventiva de carácter individual que aporte herramientas y competencias; tiene en cuenta las desigualdades, la diversidad de los modelos familiares y la idiosincrasia de las personas que viven en los diferentes barrios y distritos; cuenta con su propio modelo y herramientas de evaluación; y se ha sometido a un profundo análisis de carácter externo que ha durado varios años, para determinar y ajustar su eficacia.

La descripción de este programa, procedimiento, itinerario y proceso de evaluación se describen a lo largo de este documento, cuya finalidad es servir de soporte a la implementación y replicación en otros modelos o programas de interés.

Por último, hay que añadir que Madrid Salud persigue con acciones como esta adaptar y actualizar cada vez más su actividad a la ciudadanía, dotar de mayor transparencia sus acciones, rendir cuentas de su actividad con documentos como el presente, en definitiva, mantener firme su vocación de servicio público, prestando servicios de calidad y esforzándose por su mejora.

Beatriz Mesías Pérez

Subdirectora General de Adicciones



1.

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

- 1.1. Prevalencia de las conductas adictivas.
- 1.2. Prevención Selectiva e Indicada.
- 1.3. Encuadre del Programa.
- 1.4. Justificación del Programa.

1.1. Prevalencia de las conductas adictivas

La prevalencia del consumo de drogas y otras conductas potencialmente adictivas se mide regularmente con varias series de encuestas que siguen metodologías similares. En este apartado se revisarán los resultados de dos encuestas que miden el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, el juego de apuestas y el uso de TICS en adolescentes: la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES,) y la European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD).

Se ha tenido en cuenta la edición 2018 para ESTUDES y 2019 para ESPAD por aproximación a la generalidad histórica del servicio.

Estas encuestas cubren a adolescentes escolarizados entre 14 y 18 años. Si bien otro tipo de poblaciones no escolarizadas son más difícilmente accesibles, estas encuestas permiten conocer una estimación poblacional que sirve de base para la detección de necesidades.

Respecto a **alcohol**, en España, según la encuesta ESTUDES, casi ocho de cada diez adolescentes de 14 a 18 años (75,9%) reconoce haber consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en los últimos 12 meses. Aproximadamente 6 de cada 10 estudiantes ha bebido alcohol en los últimos 30 días. En este periodo, un tercio de los adolescentes (32,3%) informa haber tenido al menos una ocasión de bebida en atracón (*binge-drinking*), es decir, ha tomado cinco o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas. Y uno de cada cuatro (24,3%) ha experimentado alguna borrachera en el último mes.

Estos porcentajes aumentan significativamente a partir de los 16 años. Ninguno de los anteriores indicadores de consumo de alcohol presenta importantes diferencias entre sexos.

La serie temporal indica que el consumo de alcohol en los últimos 30 días ha fluctuado entre el 60-70% desde que se iniciara en 1994, situándose actualmente en el 58,5%. Sin embargo, las borracheras han aumentado seis puntos porcentuales desde 1994. Si bien el punto más alto (35,6%) se alcanzó en 2010, y desde entonces se ha reducido hasta el 24,3% actual.

Los españoles se sitúan en la media según datos del ESPAD. En relación con las borracheras, de promedio el 13% de los estudiantes europeos que respondieron ESPAD informó haberse emborrachado en los últimos 30 días, mientras que en España lo hizo el 17%. En cuanto a la edad de inicio en el consumo, aquellos que han tomado bebidas

alcohólicas alguna vez sitúan el primer consumo en los 14 años de media, dato similar al obtenido en 2016. El consumo semanal de alcohol comienza por término medio alrededor de los 15 años.

Respecto a **cannabis**, en España uno de cada cuatro estudiantes de secundaria de 15 años había consumido cannabis alguna vez en la vida (26,4% en chicos y 24,6% en chicas), un 21,75% lo había consumido en los últimos 12 meses (22,5% en chicos y 21% en chicas), y un 15,35% en los últimos 30 días (16,6% en chicos y 14,1% en chicas) (Observatorio Español de Drogas y Adicciones, Informe ESTUDES 2020).

En relación con la edad, la frecuencia de consumo de cannabis en los tres indicadores de tiempo aumenta desde los 14 a los 18 años, produciéndose el mayor aumento de los 14 a los 15 años. Un cuarto de los estudiantes de 18 años ha consumido cannabis los 30 días precedentes (el 32,1% de los chicos y el 23% de las chicas).

El consumo está más extendido en los chicos en todos los indicadores temporales, sin bien esta diferencia no es tan acusada como en otras sustancias ilegales. La continuidad de consumo, porcentaje de jóvenes que han consumido en los últimos 30 días en relación con los que lo han probado alguna vez, es del 50%. En cuanto al consumo en los últimos 30 días, la probabilidad aumenta en torno a un 25% por cada año desde los 15 a los 18 años.

El mayor incremento se registra a los 15 años, cuando se duplica el porcentaje de adolescentes que declaran haber fumado en los últimos 30 días. Esta progresión se da en ambos sexos. Desde una perspectiva temporal, el porcentaje de adolescentes que declara haber consumido en los últimos 30 días en toda la muestra analizada (14-18 años) ha aumentado un 50%, del 12,4% al 18,3%, en la serie histórica 1994-2016.

El cannabis es también la droga ilegal cuyo consumo se inicia a una edad más temprana. Según la encuesta ESTUDES, la edad media de inicio en el consumo en los estudiantes españoles de Enseñanzas Secundarias se sitúa en torno a los 14,8 años, siendo similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas con respecto a años anteriores (OEDA, 2018). Respecto a consumo problemático, en España (OEDA, 2020) se estima que el 3,4% de los estudiantes de 14 a 18 años de Enseñanzas Secundarias, alcanzan los 4 puntos en CAST, y por tanto son considerados consumidores problemáticos de cannabis. En la última década ha registrado fluctuaciones, sin embargo, la prevalencia en 2018 es similar al 2008.

En cuanto a los **juegos de apuestas**, a pesar de que las leyes prohíben que los menores apuesten, la presión mediática que ejercen las casas de apuestas y la fácil accesibilidad elevan la prevalencia entre menores de 18 años hasta cotas preocupantes.

En Europa, el 22% de los jóvenes de 15 años apostaron dinero en los últimos 12 meses, el 15% lo hizo de forma excesiva y el 5% cumple criterio de juego problemático (ESPAD, 2019).

Un metaanálisis que revisa estudios realizados en 23 países desde el año 2000 sitúan entre el 0.2% y el 12.3% de los adolescentes europeos que cumpliría criterios de juego problemático (Calado, Alexandre y Griffiths, 2016). En España, uno de cada tres menores ha accedido a juegos de apuestas (DGOJ, 2015; González-Roz, Fernández-Hermida, Weidberg, Martínez-Loredo, y Secades-Villa, 2016), entre el 4%-5.6% de los adolescentes cumplen criterios de juego de riesgo y en torno al 1% de juego problemático (Caselles-Cámara, Cabrera-Perona, y Lloret-Irles, 2018; Cholz, 2017; González-Roz et al., 2016).

El juego problemático está más relacionado con el juego online que con el presencial, según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). Entre los estudiantes que han jugado online, el 26,4% podrían tener un problema de juego problemático, porcentaje que desciende entre los estudiantes de 14 a 18 años que han jugado con dinero de manera presencial hasta el 19,8%. Así, la encuesta ESTUDES sitúa en el 3,7 el porcentaje de adolescentes de 15 años con posible juego problemático. ESPAD informa que el 10% y el 3,2% de los adolescentes españoles, cumple criterios de juego excesivo y problemático, respectivamente.

Por último, respecto a internet, videojuegos y otras TIC, el uso de Internet y redes sociales tiene una presencia superior al 95% entre los adolescentes españoles (OEDA, 2021). Para evaluar el riesgo del uso compulsivo el OEDA utiliza la escala CIUS (The Compulsive internet Use Scale. Meerkerk, et al, 2009). Se trata de una escala validada para la detección precoz de posibles casos de riesgo y que consta de un total de 56 puntos, en la que una puntuación mayor o igual a 28 indica un riesgo para un posible uso compulsivo de internet. En 2018, un 20% de los estudiantes de 14 a 18 años presentan un riesgo elevado de estar realizando un uso compulsivo de internet. Las chicas registran prevalencias superiores a los chicos (23,4% y 16,4%, respectivamente).

En Europa, alrededor del 94 % de los adolescentes de 15 años declararon haber utilizado las redes sociales en los últimos siete días, con un tiempo medio de 2-3 horas los días escolares, aunque un 10% supera las seis horas diarias. En los días sin escuela la media diaria se sitúa por encima de las cinco horas. Las chicas informan de un consumo de redes sociales significativamente superior al de los chicos.

Otros estudios europeos muestran tasas preocupantes de uso problemático de Internet, la mayor prevalencia encontrada fue en Inglaterra con un 54,9%, seguido de Grecia con el 37,7% y Turquía con un 32,9%. Además, los resultados concluyen que los países como

Italia, Francia, Polonia, España y Hungría presentan una prevalencia parecida entre sí, es decir 26.4%, 24.8%, 24.5%, 23.7% y el 21.6% respectivamente. El país con menor prevalencia, según estos datos, es Alemania con 14.3% (Laconi, y otros, 2018).

Respecto a videojuegos, el estudio Game Track, realizado en cinco países europeos, concluye que la mitad de los ciudadanos ha jugado a videojuegos. Por edades, el 68% de los niños de 6 a 11 años y el 79% de los de 11 a 14 años. El tiempo medio dedicado a jugar a la semana son 9,5 horas (ISFE, 2021). El 60% de los quinceañeros europeos juegan en días escolares una hora o menos de media, y el 68% lo hace en días no escolares con una dedicación media de 2 o 3 horas. Al contrario de lo que ocurre con las redes sociales, en videojuegos los chicos juegan con más frecuencia e intensidad (ESPAD, 2019).

En España, el 82,2% de los estudiantes declaran haber jugado a videojuegos en el último año. Mientras que el 31% de los chicos y el 5% de las chicas de 14 a 18 años juega todos los días (ESTUDES, 2019). Los resultados de ESTUDES (2018) indican que el 6,1% (1,9% chicas y 10,4% chicos) cumple criterios de juego problemático con videojuegos.

La encuesta europea ESPAD (2019) detecta que el 21% de los adolescentes europeos de 15 años reconocen tener problemas relacionados con los videojuegos, con una prevalencia superior en chicos. La prevalencia de juego problemático en España, según ESPAD, está en el 16% (5% chicas y 29% chicos).

Como ocurre con otras conductas, los distintos estudios arrojan resultados diferentes debido a variaciones en las edades y al empleo de distintos instrumentos y puntos de corte.

1.2. Prevención selectiva e indicada

En contexto de prevención selectiva e indicada, las acciones más estructuradas se realizan generalmente a través del ámbito comunitario y los servicios municipales (Griffin y Botvin, 2010).

En este marco, los programas de prevención selectiva se implementan de forma intensiva sobre subpoblaciones, previamente identificadas, que presentan mayor riesgo o vulnerabilidad (EMCDDA, 2009).

Por su parte, los programas de prevención indicada describen una intervención individualizada enfocada a familias que presentan en alguno de sus miembros indicios tempranos de conductas de riesgo, acompañados de factores predictores, pero que todavía no cumple criterios diagnósticos de dependencia (EMCDDA, 2009; Guitart et al., 2012).

Estas intervenciones, llevadas a cabo por personal especializado y adaptadas a las dificultades de cada unidad familiar, tratan de disminuir el consumo o conducta de riesgo, evitando sobre todo el progreso hacia la dependencia (Arbex, 2013; EMCDDA, 2009).

1.3. Encuadre del programa

La subdirección general de Adicciones de Madrid Salud (o Instituto de Adicciones, IAMS) del Ayuntamiento de Madrid, es la Entidad quien tiene las competencias municipales en materia de adicciones. Sus líneas estratégicas, objetivos, programas y recursos se reflejan en el Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, que se renueva cada 4 años.

El IAMS desarrolla diversos programas, entre ellos el "Programa de Atención Integral a adolescentes y Jóvenes", desde el que se aborda la prevención, el tratamiento y la reinserción.

Dentro del ámbito de la prevención, el marco de referencia es la prevención selectiva e indicada, a través de diferentes acciones en el contexto comunitario, educativo, familiar e individual, a cargo del "tándem" de prevención, que forma parte del equipo de profesionales del programa de adolescentes y jóvenes, cuyos centros de referencia son los CAD (Centros de Atención a las adicciones).

Este tándem que trabajan coordinadamente está formado por al menos una figura de Educación Social y otra de Orientación Familiar.

Todas las actuaciones que implementa Orientación Familiar se engloban dentro de lo que se llama Servicio de Orientación Familiar (SOF). En cuanto a la atención individual, que es el contexto que nos ocupa en este documento, se encarga exclusivamente de las acciones preventivas dirigidas a la familia. Aquí es donde se encuadra el Programa IBAF.

Se ilustra a través de la siguiente figura:

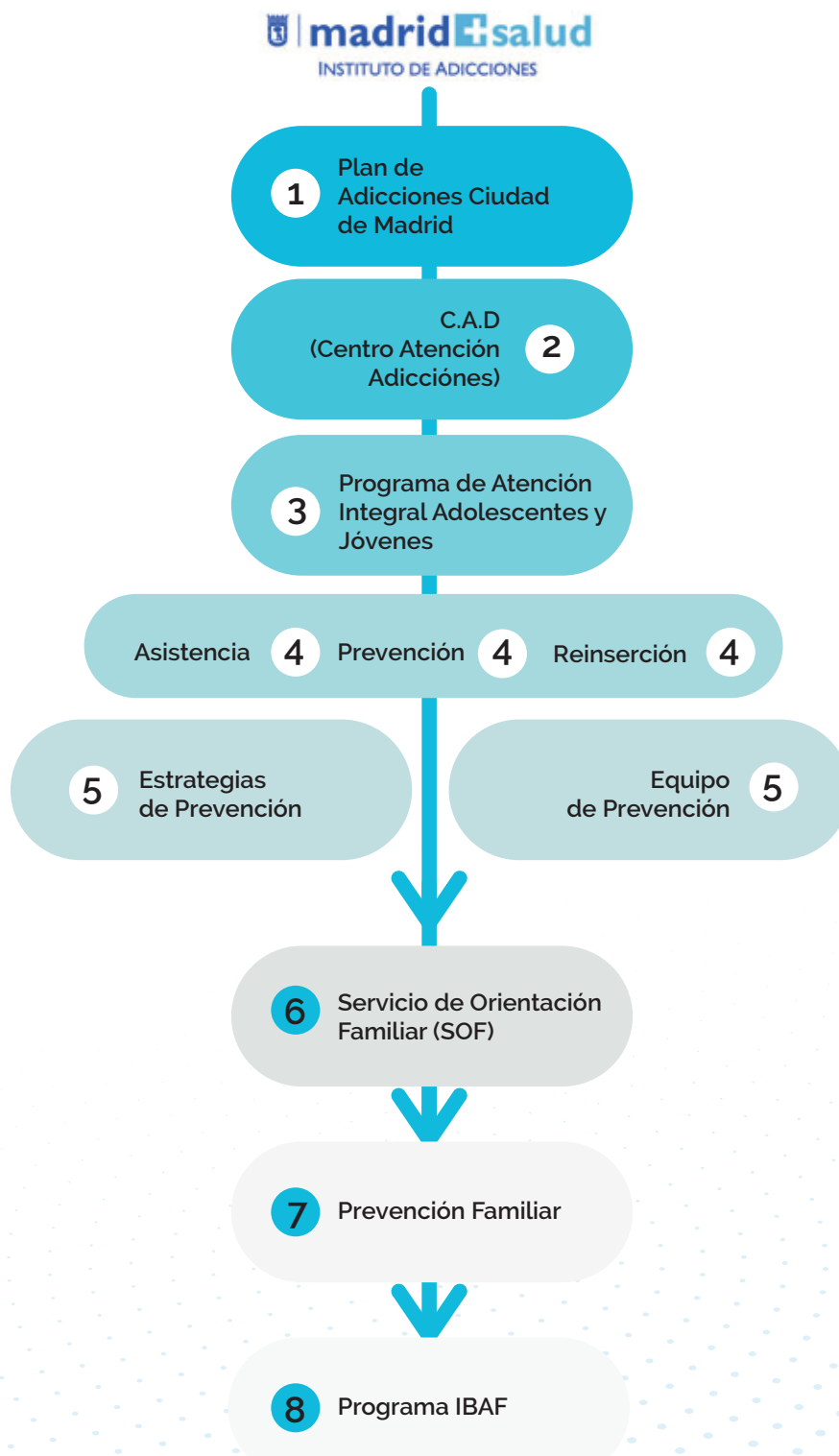


Figura 1. Encuadre Institucional del Programa

1.4. Justificación del programa

En el 2013 la prevención del IAMS vive una transformación y un cambio de paradigma (desde la prevención universal a la selectiva e indicada, desde un abordaje externo a los CAD a un programa integral etc.) y entre las diferentes estrategias surge un nuevo SOF y el programa IBAF, que se ponen en marcha en 2015.

Se tuvo en cuenta para su impulso y diseño, por un lado, la amplia prevalencia, edades tempranas y factores de vulnerabilidad, así como una creciente demanda de atención a adolescentes y jóvenes y sus familias, no solo en lo relacionado con el consumo de sustancias, sino sobre el uso abusivo de tecnologías. Esta era una preocupación de la ciudadanía en general que nos fue transmitida también desde el ámbito comunitario a través de profesionales, comunidad educativa y tercer sector, que manifestaron la necesidad de dar respuesta a estas realidades cambiantes. (Incorporándose con posterioridad también las demandas relacionadas con apuestas deportivas y otros juegos de azar).

Por otra parte, el nuevo impulso que recibe el Programa de Atención Integral de Adolescentes y jóvenes, de la Subdirección General de adicciones de Madrid Salud que toma protagonismo materializándose en una entidad de carácter propio, lleva a un proceso de remodelación y reestructuración, entre otras cuestiones del modelo de prevención que establece su prioridad en la prevención selectiva e indicada.

Se plantea entonces también la necesidad de una mayor accesibilidad y visibilizarían de las acciones preventivas, una mejora de la captación proactiva y se pone el punto de mira en el abordaje específico en prevención desde el ámbito familiar, aspecto deficitario en aquel momento.

El abordaje familiar, se considera de obligado cumplimiento en menores y adolescentes y absolutamente recomendable a cualquier edad. Entendido además como un aspecto fundamental en cualquier programa preventivo, como así lo establecen los estándares de calidad en prevención y la evidencia científica.

Ya que la familia es el medio natural en el que se llevan a cabo gran parte de los aprendizajes y el entorno más cercano donde detectar precozmente una conducta de riesgo o adictiva y donde poner en marcha el tutelaje necesario para evitar su inicio, frenar su avance y las posibles consecuencias asociadas o facilitar su extinción, reconduciendo la conducta hacia aspectos más positivos.

Lo expuesto con anterioridad llevó en 2015 a la reedición del programa, con un nuevo diseño de intervención, que aportara un plus de cercanía y accesibilidad y enfoque centrado en la familia. Y con un equipo de profesionales con la sensibilidad y la formación necesaria para abordar la intervención preventiva, el asesoramiento y la orientación a las familias preocupadas o afectadas por conductas de riesgo o adictivas entre sus adolescentes y jóvenes.

Se busca así un formato ágil que permitiera realmente realizar una abordaje preventivo y reeducativo, previo o paralelo a la intervención del caso y bien diferenciado del modelo de acompañamiento familiar, ligado al proceso terapéutico. Lo que dio lugar a la creación del IBAF. Por el programa han pasado desde su inicio al momento actual (última memoria 2022) unos 7.200 familiares.



2. **CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA**

2. Características del programa

2.1. Descripción del Programa.

2.2. Marco Teórico.

2.3. Principios Rectores.

2.4. Objetivos.

2.5. Características:

2.5.1. Población Destinataria.

2.5.2. Vías de acceso.

2.5.3. Duración.

2.5.4. Recursos necesarios.

2.1. Descripción del Programa

El Programa IBAF es una intervención de tipo selectivo-indicado, estandarizada, fundamentada en la evidencia y evaluada de forma externa. Está basado en el derecho de toda familia a ser atendida y asesorada y a recibir un apoyo especializado y de calidad.

Esta implementado por profesionales de la Psicología integrantes del SOF. Dicho personal cuenta con experiencia en la prevención de las adicciones y el contexto familiar, y forma parte del equipo multidisciplinar del Programa de Atención integral a adolescentes y jóvenes de cada CAD (Centro de Atención a las Adicciones). Estas figuras (OF) son, de forma mayoritaria, la puerta de entrada para las familias y quienes se encargan de su abordaje desde el punto de vista preventivo.

El programa cuenta con las siguientes características:

- Abordaje de carácter psico-educativo y de aprendizaje experiencial.
- Formato individual y personalizado, centrando fundamentalmente en las figuras parentales o aquellas que ejercen estas funciones, independientemente de si son convivientes o no.
- Con citas presenciales programadas, con el posible apoyo de sesiones grupales.
- Con Modalidad presencial u online (si se dan las circunstancias necesarias).

Así, el Programa IBAF pretende brindar a los/las familiares un espacio propio y el apoyo necesario para desarrollar o reajustar sus herramientas parentales y explotar sus potencialidades. Entrenando habilidades y aportando estrategias educativas que ayuden a evitar, reconducir o neutralizar las conductas de riesgo o adictivas y sus posibles consecuencias, favoreciendo un clima familiar que promueva el crecimiento, ayude a inhibir la conducta problema y a evolucionar hacia el cambio a sus adolescentes y Jóvenes.

2.2. Marco Teórico

El consumo de drogas, así como el abuso de nuevas tecnologías o juego de apuestas, son fenómenos complejos producto de la interacción de diversos factores de naturaleza bio-psico-social. Desde este enfoque, varios son los modelos teóricos que explican su etiología y desarrollo, así como su prevención y el fundamento de posibles tratamientos. En este sentido, y dentro del ámbito familiar, estos modelos teóricos se complementan, dando lugar a una estructura comunicada de variables de trabajo para un Servicio de Orientación Familiar.

El programa IBAF del Servicio de Orientación Familiar de Madrid Salud se sustenta en varios modelos teóricos coherentes con los objetivos que la intervención persigue. Concretamente, y dentro de las teorías integradoras (Becoña, 1999), destacamos: La Teoría del Aprendizaje Social (Akers et al, 1979; Bandura, 1986), La Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977), El Modelo del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985) y el Modelo de Ecología Social de (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003), que aportan la importancia del ámbito familiar, los factores interpersonales y los constructos cognitivo-afectivos en el desarrollo de la persona adolescente.

Así, por ejemplo, el **Modelo del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985)**, propone la búsqueda de satisfacción de la persona adolescente en sus conductas y su proceso de socialización, enmarcado éste en un marco normativo social y familiar. Este enfoque es dinámico y tiene en cuenta el propio proceso de una conducta: comienzo, escalada, mantenimiento, desescalada y abandono, así como la implicación desde la perspectiva del desarrollo de la persona y sus distintas etapas evolutivas.

Así este modelo presta atención a factores de riesgo/protección moderadores de la conducta como serían el clima familiar, la actitud parental hacia la conducta problemática, los estilos parentales y la supervisión y monitorización. En este sentido, el o la menor aprendería conductas normativas o no normativas (antisociales) en función del vínculo establecido con el agente de socialización (e.g. familia), el grado de implicación, las oportunidades de socialización, etc. (Catalano y Hawkins, 1996).

Con varios puntos en común, la **Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977)** incluye en su formulación la relevancia del modelo familiar en el proceso de socialización y en la realización de conductas normativas o no normativas. Entre las variables contempladas, y dentro del nivel familiar, se encuentran el grado de conflicto, clima familiar, el apoyo familiar, las actitudes parentales, o el control parental.

De esta manera, estas teorías aportan premisas trasladables a la intervención familiar. Entre ellas que:

La conducta no es estática y que está determinada por contextos familiares y sociales que pueden promover el cambio.

El proceso de aprendizaje y cambio se ve influido por el grado de implicación familiar, las habilidades con las que cuente el sistema familiar y el refuerzo percibido o esperado.

Cuando hay un vínculo social fuertemente establecido entre la persona y el agente de socialización, este vínculo tiene el poder de afectar a la conducta, creando un control informal sobre la conducta futura, que favorece la inhibición de las conductas inadecuadas.

Estos modelos y teorías recogen implícita o explícitamente la **Teoría de Aprendizaje Social (Bandura, 1986)** en sus postulados y se complementan con el **Modelo de Ecología Social (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003)**, que amplía en su formulación la relevancia de otros sistemas sociales estructurados en niveles (e.g. microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) y que tienen influencia sobre las dinámicas familiares y el desarrollo menor y adolescente (Ej. contextos educativos, relaciones sociales estrechas, cultura, medios de comunicación, publicidad, normativas, etc.). Respecto al microsistema familiar esta teoría etiológica, formula que los factores de protección de apego familiar, vinculación afectiva, supervisión y disciplina eficaces y comunicación parental de valores familiares positivos son vías de protección contra el consumo de sustancias adictivas. (Kumpfer, Alvarado y Whiteside, 2003).

Por su parte, un segundo bloque de modelos teóricos en el que se apoya el diseño de las actividades del programa fundamenta su análisis de factores de riesgo y protectores durante la adolescencia específicamente en el sistema y funcionalidad familiar como elemento clave (Musitu y Callejas, 2017).

Entre ellos, destaca el **Modelo Circumplejo del Sistema Marital y Familiar (Olson, 2000a; Olson, Waldvogel & Schlieff, 2019)**, utilizado ampliamente y que cuenta con sólidas evidencias de su capacidad de diagnóstico y evaluación de la funcionalidad (Martínez-Pampliega, Castillo y Sanz, 2010).

Este modelo incorpora tres dimensiones relacionadas entre sí:

1. **Cohesión familiar.** La cohesión se definiría como el grado de vinculación emocional percibido por los miembros de la familia e incluiría aspectos como la implicación familiar, la toma de decisiones conjunta, los intereses mutuos, el tiempo en familia y las fronteras internas y externas de la familia.
2. **Flexibilidad/adaptabilidad.** La adaptabilidad, flexibilidad se correspondería con la capacidad de adaptación o equilibrio de la familia ante los cambios. Así, la capacidad de adaptación sería una característica que distinguiría a las familias funcionales. Componentes de esta dimensión serían la disciplina, el liderazgo, las normas y los estilos de negociación.
3. **Comunicación.** Por su parte, la comunicación familiar permitiría a las familias alterar sus niveles de cohesión y flexibilidad para satisfacer las demandas evolutivas de cambio. En esta dimensión se encontrarían la claridad de expresión, el respeto o la escucha activa (Martínez-Pampliega et al., 2010).

Otros modelos ahondan en el compromiso entre demandas de cambio y recursos de adaptación en el que se encuentran los miembros de la familia incluyendo en sus planteamientos el factor de estrés familiar producido por las problemáticas y los cambios

a afrontar. En este sentido, se describiría el estrés no tanto como un resultado de salud, sino como otro componente del sistema dinámico familiar. Así, por ejemplo, el **Modelo de Estrés Familiar en la Adolescencia (Modelo MEFAD, Musitu y Callejas, 2017)** propone que las familias se ven expuestas a exigencias que las colocan en situaciones de continua adaptación.

El modelo MEFAD incluye 6 factores entre los que se encuentra:

1. el sistema familiar y su capacidad para potenciar u obstruir el desarrollo de sus miembros
2. la posible presencia en la familia de estresores acumulados
3. la propia adolescencia como un estresor que obliga a cambios en la organización del sistema familiar
4. la percepción de estrés que tienen los integrantes de la familia
5. los recursos personales y sociales de los miembros de la familia
6. su ajuste y adaptación psicosocial (Musitu y Callejas, 2017).

Portanto, distintas teorías y modelos han relacionado el sistema familiar con la funcionalidad y el estrés familiar (Lima-Rodríguez, Lima-Serrano, Jiménez & Domínguez, 2012; Musitu y Callejas, 2017), asumiendo una relación lineal directa entre sistema y funcionalidad e inversa entre sistema/funcionalidad y estrés familiar (o la respuesta familiar al estresor, como medida de la funcionalidad familiar) (Olson, 2000b). De esta manera, la familia realizaría esfuerzos continuos de adaptación para obtener un equilibrio individual y familiar. Estos esfuerzos estarían modulados por la percepción acerca de recursos y estrategias a su alcance, así como el grado de funcionalidad percibido (Musitu y Callejas, 2017). Así, los estresores familiares (por ejemplo, consumos iniciales, uso abusivo de las nuevas tecnologías), pondrían a prueba la flexibilidad/adaptabilidad de las figuras progenitoras, el grado de acuerdo sobre la severidad de la situación y la forma de afrontarla y/o la capacidad para el establecimiento y cambios de las normas existentes en la familia (Martínez-Ferrer, Moreno-Ruiz, Musitu, 2012).

En este sentido, se ha evidenciado consistentemente la relación de las fortalezas familiares componentes del modelo circunplejo (cohesión, adaptabilidad/flexibilidad, comunicación familiar), el grado de consenso o acuerdo familiar y una buena funcionalidad con resultados de salud como un menor estrés familiar (Dunst, 2021).

Así, desde los marcos teóricos descritos, numerosos trabajos han mostrado la relevancia del sistema familiar como factor de riesgo y/o de protección respecto a estas conductas desadaptativas. Sobre la base de que la familia, como sistema dinámico y agente

socializador primario, juega un papel fundamental en el desarrollo psicosocial y en el ajuste psicológico del menor o la menor, propiciando los primeros contactos sociales y modulando comportamientos, actitudes o expectativas. Estos estudios proponen que déficits en el funcionamiento familiar podrían relacionarse con peor ajuste emocional del adolescente y mayor probabilidad de desarrollar usos y conductas problema, mientras que un clima familiar favorable y una mayor funcionalidad se mostrarían como factores protectores (Estévez y Musitu, 2016; Fernández-Hermida et al., 2010; Kumpfer & Alvarado, 2003; Musitu, Estévez & Jiménez, 2010; Schneider, King & Delfabbro, 2017).

En resumen, la funcionalidad familiar, entendida como el proceso y resultado en el que los componentes de la familia interactúan entre sí para satisfacer necesidades básicas, tomar decisiones, establecer reglas y definir metas, contribuye simultáneamente al desarrollo individual de la persona adolescente y refleja cambios en las dinámicas familiares (Delage, 2008).

Así pues, la intervención familiar realizada en el Servicio de Orientación Familiar (SOF) centra sus esfuerzos en la mejora del clima y funcionalidad familiar, partiendo de las propias competencias y capacidades de la familia a través del aumento de competencias educativas y parentales, el fortalecimiento de los vínculos afectivos, el incremento de las interacciones familiares positivas, la mejora de la flexibilidad y comunicación familiar, la transmisión de pautas de afrontamiento, el establecimiento de normas familiares o la promoción de estilos educativos que refuercen el sistema familiar (Cánovas, Sahuquillo, Císcar y Martínez, 2014; Estévez y Musitu, 2016).

Hipótesis del programa

De esta manera, en el ámbito familiar, las variables más estudiadas y relacionadas de forma consistente con conductas de riesgo adolescente como el consumo de drogas o el uso problemático de internet, videojuegos o juego de apuestas, han sido (Becoña et al., 2012; Dowling et al., 2017; Nielsen, Favez y Rigter, 2020):

1. inadecuado clima o cohesión familiar.
2. mayor grado de disfuncionalidad.
3. baja flexibilidad o adaptabilidad familiar.
4. escasa supervisión o monitorización de la conducta.

En cuanto al clima familiar, mayor cohesión familiar, vínculo afectivo, y bajo grado de conflicto, junto a una mayor comunicación familiar se han relacionado con menor riesgo de consumo de drogas o uso problemático de internet y videojuegos (Dowling et al.,

2017; Fleming et al., 2016; Rehbein y Baier, 2013), frente a familias con menor vínculo o mayor grado de conflicto, relacionado con mayor probabilidad de consumo adolescente (Cordova et al., 2014).

Respecto al consenso familiar o consistencia educativa, varios trabajos la señalan como un factor protector (Nikken & Schols, 2014; Liu, Fang, Deng & Zhang, 2012), frente a la inconsistencia entre progenitores/as o tutores/as, que se relaciona con mayor presencia de conductas problema (Dowling et al., 2017; Nikken & Schols, 2014).

De forma relacionada, una efectiva supervisión y monitorización parental, incluyendo un claro establecimiento de normas y límites también se ha sugerido como un factor de protección, retrasando edades de inicio o la probabilidad de desarrollar conducta problemática (Fosco, Stormshak, Dishion & Winter, 2012), frente a un sistema defectuoso de normas o niveles más bajos de supervisión parental (Fleming et al., 2016; Molinaro et al., 2014).

Como respuesta a estas situaciones de riesgo, también se ha observado como factor protector la capacidad de adaptación o percepción de capacidad de los progenitores para afrontar estas situaciones (Musitu & Callejas, 2017).

En definitiva, todos estos trabajos sugieren que déficits en el clima y funcionalidad familiar podrían relacionarse con peor ajuste emocional del adolescente y mayor probabilidad de desarrollar consumos y conductas problema, mientras que un clima familiar favorable y una mayor funcionalidad se mostrarían como factores protectores (Estévez y Musitu, 2016; Kumpfer & Alvarado, 2003), relacionándose asimismo con menor estrés familiar ante situaciones problemáticas (Dunst, 2021). Por ello, se han desarrollado numerosos programas de prevención enfocados a la familia cuyos objetivos y componentes tratan de modificar y mejorar el clima y funcionalidad familiar (Kumpfer y Alvarado, 2003; Irefrea, 2010).

Por todo lo expuesto, teniendo en cuenta los objetivos del programa descritos con anterioridad, y la justificación teórica de este mismo apartado, **las hipótesis del programa son:**

Hipótesis 1: Se espera que, tras la finalización de la intervención, los/las familiares asistentes, mejoren su *clima familiar* (i.e. tiempo de convivencia, afectividad, mejora de la comunicación).

Hipótesis 2: Se espera que, tras la finalización de la intervención, los/las familiares asistentes, aumenten su *grado de consenso* de actuación sobre la problemática

Hipótesis 3: Se espera que, tras la finalización de la intervención, los/las familiares asistentes, aumenten su capacidad para el establecimiento de *normas y límites* en el sistema familiar

Hipótesis 4: Se espera que, tras la finalización de la intervención, los/las familiares asistentes, aumenten su conocimiento de *pautas de actuación y afrontamiento* ante la problemática.

Hipótesis 5: Se espera que, tras la finalización de la intervención, los/las familiares asistentes, mejoren su grado de *estrés familiar* referido a la problemática, al reducirlo.

HIPÓTESIS PROGRAMA IBAF

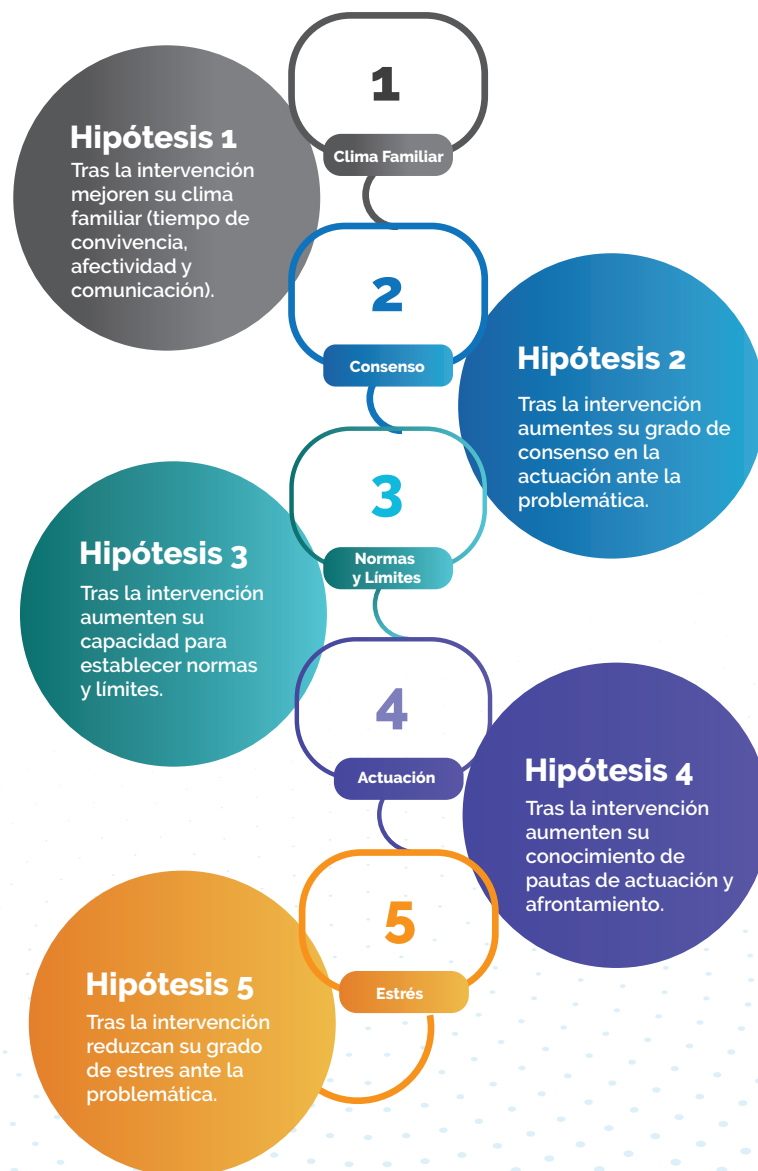


Figura 2. Hipótesis del Programa

2.3. Principios Rectores

El programa IBAF se ajusta a los principios rectores de la función pública municipal, a las líneas estratégicas y estándares de calidad Internacionales y al Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid, así como a las recomendaciones que se desprenden de las políticas locales de apoyo a la familia.

Se destacan por su importancia los siguientes:

1. Cercanía y accesibilidad.

2. Respeto por la diversidad familiar y la multiculturalidad

Según indica la evidencia, los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, pero es posible que estos factores tengan un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y entorno de cada persona (Beauvais y cols., 1996; Moon y cols., 1999). Por lo que es importante hacer un esfuerzo de conocimiento y adaptación. Teniendo en cuenta que estos ajustes deben mantener los elementos básicos de la intervención original con base científica (Spoth y cols., 2002b; Hawkins y cols., 2009).

3. Atención a la perspectiva e igualdad de género.

La igualdad entre mujeres y hombres es un derecho recogido en el marco normativo vigente y de obligado cumplimiento en el abordaje de las adicciones.

Identificar, sensibilizar y visibilizar las necesidades y características de la población femenina frente a las adicciones, es un aspecto imprescindible a tener en cuenta en el diseño de programas de prevención (Ait-Daoud et al., 2019; Lee et al., 2019). Así como la mayor incorporación paulatina de las figuras parentales masculinas a la intervención preventiva entendiendo la responsabilidad y la necesidad de implicación como un aspecto a compartir a partes iguales, por lo que siempre se solicita que acudan ambas figuras parentales, cuando estas existan, sean o no convivientes.

4. Principios de la Parentalidad positiva.

Este enfoque promueve una forma de educación y crianza basada en la evidencia que comulga con muchos de los principios que rigen los modelos teóricos y la filosofía del programa que desarrolla el SOF. Por una parte, el objetivo primordial es proveer de bienestar y desarrollo saludable a menores y adolescentes, promoviendo comportamientos positivos y erradicando los negativos, desde un control parental basado en el afecto, el apoyo, la comunicación, el acompañamiento y la implicación en la vida cotidiana de sus hijos e hijas.



Todo ello a través de: (Rodrigo y Palacios, 1998):

- **Vínculos afectivos cálidos**, protectores y estables para que sientan aceptación y cariño.
- **Entorno estructurado**, que proporciona modelo, guía y supervisión para que aprendan las normas y valores.
- **Estimulación y apoyo** al aprendizaje cotidiano y escolar para el fomento de la motivación y de sus capacidades.
- **Reconocimiento de** su valía, mostrando interés por su mundo, validando sus experiencias, implicándose en sus preocupaciones y respondiendo a sus necesidades.
- **Capacitación** de los hijos e hijas, potenciando su percepción como agentes activos, competentes y capaces de cambiar las cosas e influir sobre las demás personas.
- **Educación sin violencia**, excluyendo toda forma de castigo físico o psicológico degradante.

Este modelo implica además abordar a los y las familiares que ejercen la parentalidad (a partir de ahora se simplifica con el término familia), desde el respeto, entendiendo esta responsabilidad como una tarea difícil, que requiere apoyo por su complejidad, no por la ineficacia de quienes la llevan a cabo.

Y en la que es necesario fomentar la resiliencia y las habilidades positivas de padres y madres, así como detectar las necesidades de cambio y apoyarles en su entrenamiento, cuyo desempeño recae sobre las instituciones.

2.4. Objetivos

1. Aumentar el conocimiento sobre las conductas adictivas, sus consecuencias y evolución en población adolescente.
2. Concienciar sobre el grado de responsabilidad y el papel de la familia en la evolución favorable de la problemática.
3. Mejorar el grado de comprensión del problema, aportando la dimensión ajustada al mismo.
4. Detectar habilidades parentales deficitarias y reforzar las potencialidades.

5. Motivar al cambio, dar pautas y entrenar, para:
 - Mejorar el clima familiar (tiempo de convivencia, afectividad, mejora de la comunicación).
 - Aumentar el grado de consenso de actuación sobre la problemática.
 - Aumentar la capacidad para el establecimiento de normas y límites en el sistema familiar.
 - Aumentar su conocimiento en cuanto a pautas de actuación y afrontamiento ante la problemática.
 - Mejorar el grado de estrés familiar referido a la problemática.
6. Aportar pautas a la familia para dialogar y motivar a la persona adolescente a la evaluación o intervención, si procede.
7. Derivar el caso adecuadamente, cuando exceda de las competencias del programa.

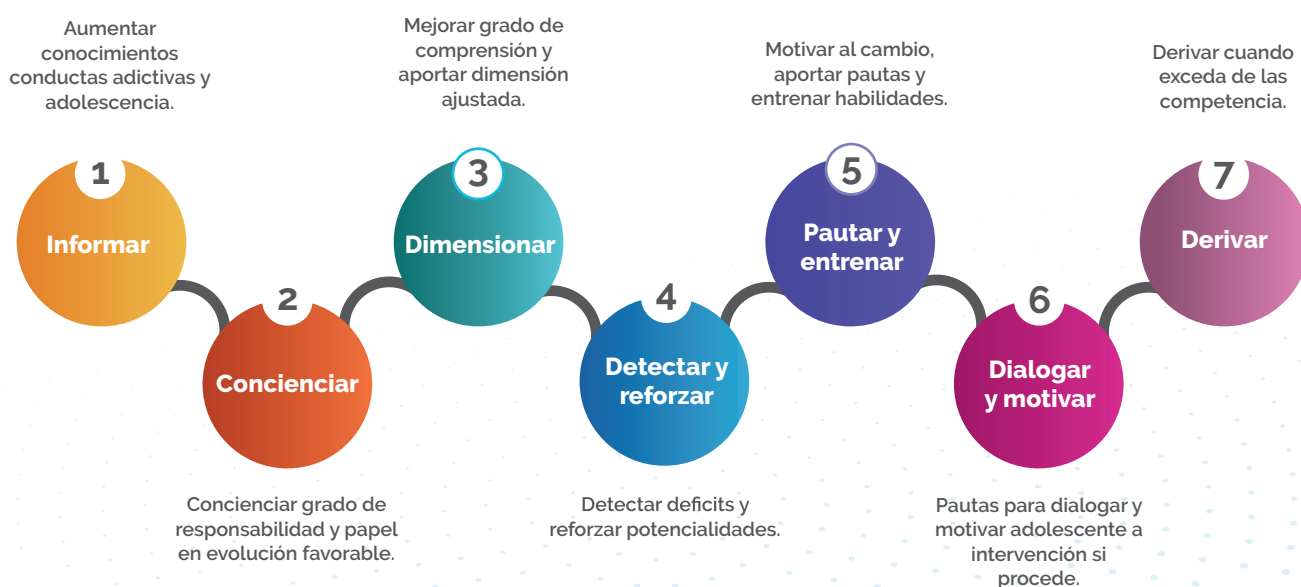


Figura 3. Objetivos del Programa

2.5. Características

2.5.1. Población Destinataria

La población destinataria del programa IBAF son familiares o tutores legales, de adolescentes y jóvenes de entre 12 y 24 años, que tengan interés en la prevención, dudas, sospechas o que hayan detectado conductas de riesgo, o adictivas con mayor o menor evolución, pero sin indicios de severidad, relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas, usos abusivos de TIC (pantallas, redes sociales o videojuegos) o trastornos derivados de las apuestas deportivas u otros juegos de azar.

Dentro de estos parámetros, se recibe la demanda de cualquier familiar sin distinción en cuanto a tipología familiar, características sociodemográficas, nivel de motivación, etc.

Una vez recibida la demanda, para su inclusión en el Programa IBAF se tienen en cuenta los siguientes criterios:

1. Criterios de inclusión:

- Compromiso de participación en la intervención
- Ausencia de sintomatología compatible con trastornos de atención y/o cognitivos

2. Criterios de exclusión o salida del programa:

- No presenta adecuada comprensión de los contenidos a tratar en las sesiones.
- Empeoramiento o conclusiones diagnósticas que justifiquen la derivación
- No hay adherencia

2.5.2. Vías de Acceso

Las demandas pueden acceder de forma directa tras contactar de forma telefónica o cualquier vía digital (web, redes sociales, correo electrónico) o ser derivadas de entidades y recursos del tejido comunitario: centros educativos, agentes tutores, recursos sanitarios, recursos del ámbito social o del tercer sector.

2.5.3. Duración del Programa

La duración del programa se encuadra entre 1 y 10 sesiones como máximo, que se pueden prolongar entre 1 y 9 meses aproximadamente (salvo situaciones excepcionales).

El número de sesiones específico en cada caso, viene marcado por las necesidades detectadas y los objetivos de la intervención previstos (seleccionados a través de entrevistas semiestructuradas iniciales con el apoyo de escalas de valoración, ver capítulo 4. Evaluación). Así como de la propia evolución del cambio y/o de los condicionantes que la incorporación de más de una figura parental pueda suponer en cuanto a conciliación de agenda, horarios, relación conflictiva, etc. O cualquier otro incidente o imprevisto que retrase o interfiera en la intervención.

La frecuencia de las sesiones las determina la OF en base a los objetivos y disponibilidad de la familia. En términos generales el intervalo entre citas no debe ser menor de 1 semana ni mayor de 4.

2.5.4. Recursos necesarios

2.5.4.1. Recursos humanos.

Se precisa como mínimo de una figura de orientación familiar (OF) por dispositivo (dependiendo del volumen de la demanda o del rango de población a la que se dé cobertura) para poder recibir las demandas familiares e implementar el programa IBAF.

Son profesionales de la psicología con habilitación sanitaria, formación y experiencia en la prevención de las adicciones y el abordaje familiar, así como conocimiento de las peculiaridades de la población adolescente.

Puede ser útil una figura de coordinación del servicio si hay más de un dispositivo, con las siguientes funciones:

- Garantizar la correcta y homogénea prestación del programa, en cuanto a criterios, secuencia, materiales, etc., en los distintos dispositivos.
- Gestionar la recepción y el adecuado procesamiento de los datos.
- Coordinar al equipo en cuanto a pautas de actuación, resolución de dudas, supervisión de casos, contenidos, publicaciones en redes, etc.
- Garantizar la cobertura del servicio en relación con plazas vacantes, selección y formación de nuevas incorporaciones, etc.
- Elaborar informes y memorias.
- Coordinar con responsables de los recursos donde se presta el servicio.

2.5.4.2. Condiciones y Materiales.

Las condiciones y materiales básicos son:

- 1. Modalidad de las citas:** Las citas se establecen de forma programada. Mayoritariamente en modalidad presencial, si bien la intervención puede realizarse en formato online, cuando el desplazamiento no sea posible por:
 - Causas de fuerza mayor (situaciones climatológicas, sanitarias, etc.)
 - Limitaciones de movilidad (accidente, enfermedad, etc.).
 - Condiciones de salud o de otra índole que no son motivo de baja laboral pero que requieren de teletrabajo por parte de OF.
 - Imposibilidad de conciliación de agendas (cargas familiares, horarios laborales muy extensos, excesivo tiempo de desplazamiento, etc.)
 - Cuando sea adecuado contactar o incorporar a una figura parental, que no viva en la misma ciudad, o que no pueda acudir a las citas.

En definitiva, siempre y cuando las circunstancias pudieran suponer la imposibilidad de realizar la intervención o interrumpirla.

- 2. Confidencialidad y protección de datos.** Los documentos como el consentimiento, historia, cuestionarios, etc., se tratan según la normativa vigente en protección de datos (asignación de claves no identificatorias, custodia de información sensible, etc.).
- 3. Agilidad y accesibilidad.** Las demandas se deben de atender a la mayor brevedad posible, teniendo en cuenta el ajuste en días hábiles, disponibilidad familiar y conciliación de agendas. Sobre todo, el primer contacto es deseable que se realice dentro de las primeras 24/48h.
4. Es útil también que el **horario** sea **amplio**, y con turnos de tarde con el fin de facilitar a las familias el acceso a las citas y el cumplimiento del programa
- 5. Espacios y Tiempos disponibles.** La atención presencial se realiza en despacho en el CAD de referencia del distrito.
 - Es importante cuidar que el espacio no sea improvisado, mal ubicado, que dé lugar a confusión o no cumpla con las condiciones óptimas de privacidad y que esté disponible.
 - El tiempo previsto para dedicar a la familia debe ser prudencial y sin interferencias. El ideal se estima entre 45 y 60 minutos.

6. **Materiales.** Los cuestionarios EFFAM (pre y post) y los cuestionarios de satisfacción con el servicio (ver capítulo 4 evaluación). Es útil que estén disponibles en varios formatos: papel y digital (a través de *link* y código QR) para facilitar su cumplimentación.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA



Figura 4 Características del Programa



3. DESARROLLO DEL PROGRAMA Y PAUTAS PARA SU APLICACIÓN

3. Desarrollo del programa y pautas para su aplicación

3.1. Pautas para su aplicación.

3.2. Itinerario, fases, contenido y metodología de la intervención individual:

3.2.1- Itinerario.

3.2.2-Fases.

A-Recepción de la Demanda.

B-Acogida/ Valoración/Diseño.

C-Implementación.

C.1- Estructura.

C.2- Temáticas:

1. Conductas adictivas y Adolescencia.
2. Dimensión percibida del problema.
3. Consenso parental.
4. Ajuste emocional.
5. Motivación a la intervención adolescente.
6. Capacidad de afrontamiento.
 - 6.1 - Conocimiento pautas adecuada.
 - 6.2 - Conciencia pautas inadecuadas.
 - 6.3 - Seguridad y nivel de afrontamiento activo. Afrontamiento activo.
7. Clima familiar.
 - 7.1 - Convivencia.
 - 7.2 - Comunicación.
 - 7.3 - Vinculos Afectivos.
8. Normas y Límites.

D-Cierre.

3.3. Formato metodología y contenidos de las sesiones grupales de Apoyo.

3.1. Pautas para su aplicación

Para el desarrollo del Programa IBAF puede ser interesante tener en cuenta los siguientes parámetros:

1. El objetivo de la intervención debe estar claro y no desdibujarse en ningún momento de la intervención, ni para la familia ni para OF:
 - a. Clarificar en todo momento los objetivos y desarrollo del programa.
 - b. Evitar mantener expectativas falsas.
 - c. Mantener la planificación y no improvisar actuaciones fuera del programa.
2. En algunos casos puede ser necesario redefinir los objetivos iniciales y redirigirlos a cambios menos ambiciosos, así como reconducir la demanda. Por lo que se necesita agilidad y flexibilidad.
3. Establecer un clima formal pero distendido y un contexto de confianza, que garantice la confidencialidad.
4. Mantener objetividad, respeto y empatía.
5. Escoger el momento y el lenguaje adecuado, sobre todo cuando sea necesario señalar conductas o actitudes poco eficaces o inadecuadas.
6. No confundir orientar con dirigir, se trata de aportar la información necesaria y/o sugerir alternativas o acciones posibles y que sea la persona la que llegue a sus propias conclusiones, sin imposiciones.
7. Preguntar sin interrogar: lenguaje sencillo, claro y conciso, sin cuestionamientos, formular una pregunta cada vez y dar tiempo para pensar y responder.

3.2. Itinerario, fases, contenido y metodología de la intervención individual

3.2.1. Itinerario

Se tienen en cuenta y se describirán solamente las fases del desarrollo concreto de la intervención con la familia que pueda ser generalizables, obviando aquellos aspectos de funcionamiento específicos que corresponden a una guía de carácter interno.

Se muestra un gráfico con las distintas fases de la intervención:

FASES DE LA INTERVENCIÓN

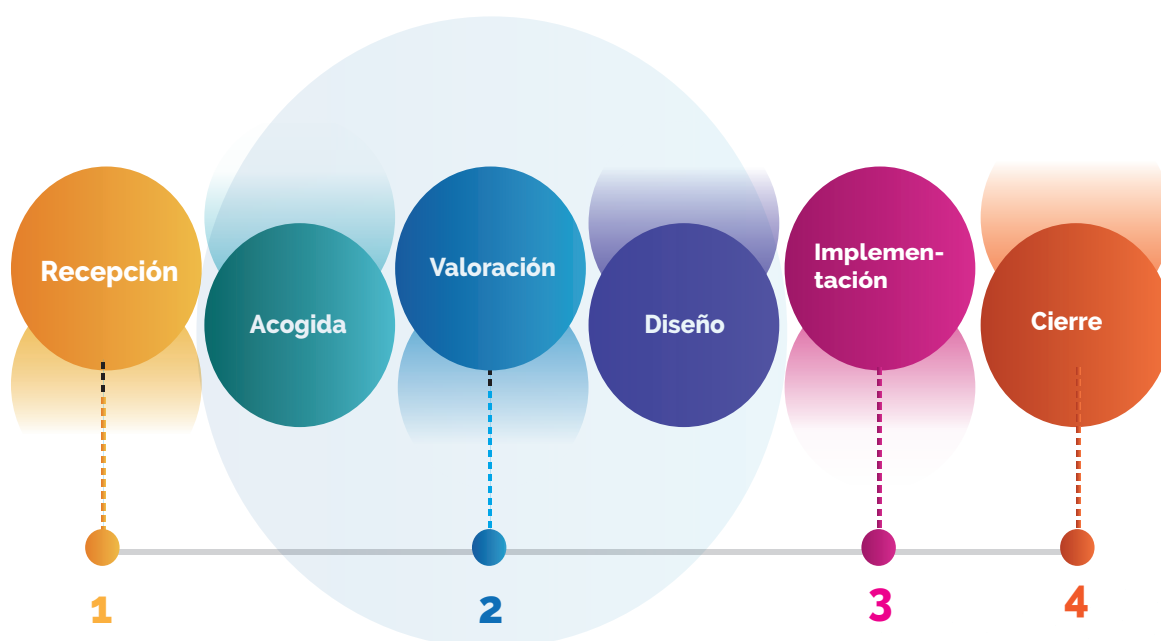


Figura 5. Fases de la Intervención

Vemos seis acciones y cuatro fases. Algunas fases se resuelven en una cita como la recepción y el cierre. La acogida/valoración/diseño se puede cumplimentar en una o como máximo dos y la implementación por su parte puede necesitar más citas.

Se detalla cada una de estas fases en su apartado correspondiente, que contará con:

- Descripción de las actuaciones.
- Diagrama de flujo.
- Tabla resumen con objetivos, contenidos, técnicas y documentación utilizada (si la hubiera).

3.2.2. Fases

A-Fase 1: Recepción de la demanda

Se denomina recepción cuando a OF le llega la demanda de una familia que podría beneficiarse del servicio, derivada de algún recurso o por iniciativa propia.

Cuando la demanda no llega de forma directa, se recomienda que ese contacto no se demore más allá de las primeras 24/48 horas (días hábiles).

Esa primera actuación es telefónica y debe ser breve (no más de unos minutos) para escuchar la demanda, presentar, explicar y clarificar el servicio, recabar la información básica que nos permita discriminar si cumple los parámetros de población destinataria o no.

Los datos para recoger son principalmente:

- Quien hace la demanda.
- Motivo de la demanda.
- Cuál es la conducta problema.
- Edad de la persona con la conducta problema.
- Distrito o Lugar de residencia.
- Como conoce el recurso (derivación, otras personas, web, etc.).

Para la recogida de información, se cumplimenta la Ficha de primera Atención, que se envía para su registro y el procesamiento de los datos.

Cuando es una consulta puntual, el caso tiene menos de 12 o más de 24 años, no está relacionado con conductas adictivas o estas, presentan indicios de gravedad, que no son objeto de prevención, se llevará a cabo un asesoramiento breve, emplazando a la persona al recurso adecuado del que se le facilita información de acceso. En este caso la duración de la cita será mayor, pero no debe exceder de los 10-15 minutos.

Descartando esta atención puntual, en el resto de las demandas (cumple los parámetros del servicio, no ha sido posible clarificar bien la información por ansiedad elevada, brevedad del contacto, etc.) el objetivo será redirigir y motivar hacia una cita presencial. En la que se dispondrá del tiempo y las condiciones de confidencialidad necesarias para hacer una adecuada escucha y valoración del caso.

Se solicita que a las citas acudan las figuras parentales vinculadas, sean o no convivientes (en el caso de que haya más de una). Siempre que se considere adecuado pueden participar

también otras personas, (parejas posteriores de madre o padre, u otros referentes) aunque los objetivos se dirigen especialmente a las figuras parentales. Por último, se programa y agenda la cita.

En cuanto a la coordinación es necesaria en dos supuestos: Si la demanda procede de una derivación, se realiza coordinación con el recurso correspondiente. Tanto si la hubo previamente (para confirmar contacto), como si no. En este último caso puede ser útil para recabar información adicional. Esta coordinación podría ser puntual o periódica.

El segundo supuesto es, que paralelamente a la intervención con la familia se vaya a producir intervención con la persona adolescente, por lo que se traslada información y se facilita esa transición (a la otra figura del tándem, y puerta de entrada para adolescentes y jóvenes: Educación Social). La coordinación entre ambas intervenciones se mantendrá a lo largo del proceso.

Esta etapa se resume en el siguiente gráfico:

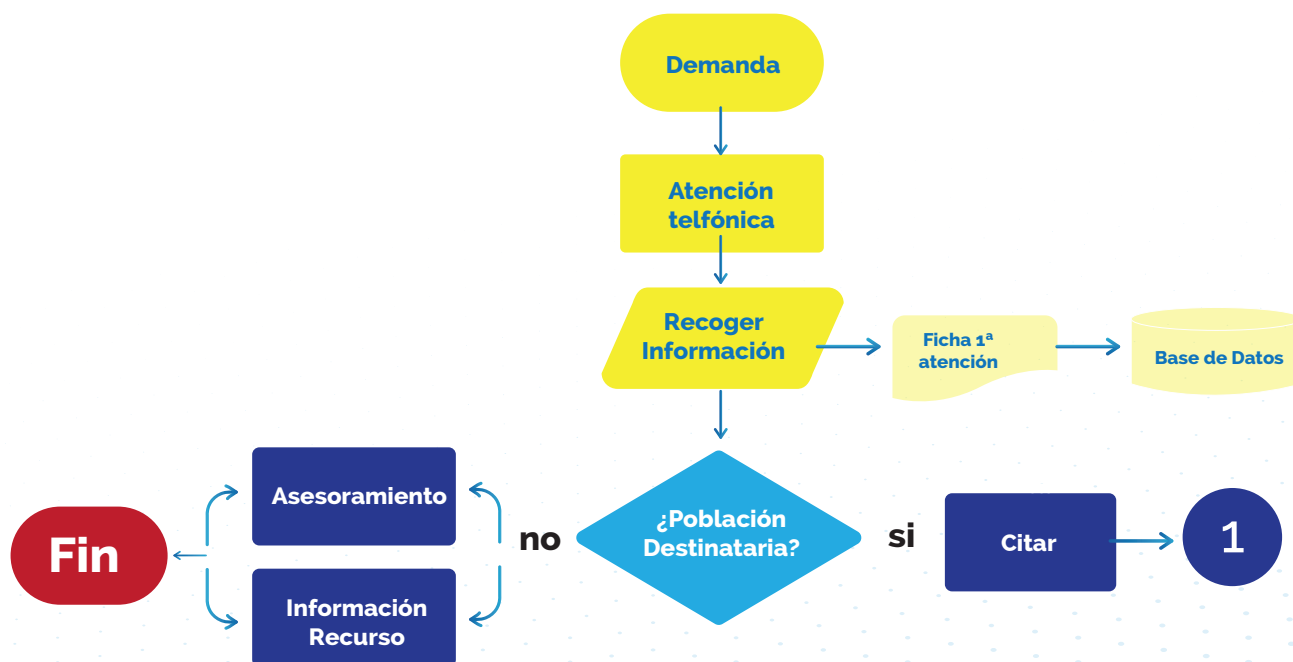


Figura 6. Recepción de la Demanda

Se describen los objetivos, contenidos, técnicas y documentación correspondientes a esta fase:

Tabla 1. Fase 1 Recepción de la demanda	
Objetivos	Presentar y explicar el servicio Recabar Información básica Motivar y citar Asesorar e informar si no cumple criterios
Contenidos	Breve explicación del servicio Resolución de dudas Motivación a la implicación en el programa
Técnicas	Escucha Empatía
Documentación	Ficha de primera Atención

B- Fase 2: Acogida/Valoración/Diseño

Esta fase se desarrolla en la primera cita programada y sería deseable que se pudieran llevar a cabo las tres acciones que la componen, sino fuera así no debería extenderse más allá de la segunda cita, dada la brevedad de programa.

B.1- Acogida

La acogida, en la primera cita programada, es un momento primordial, ya que de este primer contacto va a depender en gran medida la continuidad en el proceso. Para ello se debe abordar con paciencia, dejando espacio a la familia y actuando con empatía y escucha activa. Lo que permitirá crear el ambiente de confianza necesario para que puedan exponer sus preocupaciones y expresar sus emociones.

Por otra parte, es importante explicar y clarificar las características, el funcionamiento y la utilidad del programa IBAF, así como recabar las autorizaciones necesarias.

Haciendo hincapié en que el diseño, pone el foco en el papel que juega la familia, aportando un espacio propio en el que son los y las protagonistas de la intervención, con el objetivo

de poder equiparse con los conocimientos y las habilidades necesarias que favorezcan la mejora del clima y funcionamiento familiar. Este será a su vez, el punto de partida que promueva el cambio en su adolescente y joven.

Este aspecto va más allá de la mera información y contribuye a detectar y trabajar en la motivación e implicación en el programa y a establecer el compromiso de participación. A través de técnicas de motivación que despejen dudas y ambivalencias y permita poner el enfoque en la oportunidad y la posibilidad de mejora en vez de, en el cuestionamiento de sus capacidades, (por ejemplo, si no ha llegado al programa por iniciativa propia), la imposición, la culpabilidad o cualquier otra percepción negativa.

Si la persona presenta un elevado nivel de ansiedad, se realizará la contención necesaria, permitiendo el desahogo de forma empática, transmitiendo tranquilidad, reforzando su interés y preocupación, señalando la importancia de este primer paso y redirigiendo hacia la acción.

B.2- Valoración

Otro objetivo fundamental es la recogida de información. Esta se establece de forma fluida, permitiendo la expresión espontánea y recabando o aclarando aquellos aspectos que se consideren necesarios. Con el fin de llegar a una comprensión detallada de la situación: tanto de la definición del problema, como de la perspectiva, características y necesidades de la familia.

Para ello se utiliza la ficha de Historia Familiar, que es un registro de fácil cumplimentación que sistematiza y estandariza la recogida de información y sirve de guía sobre los indicadores y factores a tener en cuenta para llevar a cabo la valoración. Una vez cumplimentada se envía para su registro y explotación de los datos.

Los aspectos para explorar son:

Relacionados con el problema: características, duración, conocimiento que tiene la familia de este, áreas afectadas, etc. También se recogen datos sobre la evolución y actuaciones llevadas a cabo y el resultado de estas.

Relacionados con la persona adolescente: motivación, conciencia de problema, accesibilidad, rasgos de personalidad, etc.

Relacionados con el abordaje del problema: dimensión (la gravedad o importancia que atribuyen al problema), si hay consenso tanto en la visión del problema como en su abordaje, si aparece impacto emocional o preocupación excesiva o todo lo contrario

despreocupación, minimización de la situación, etc.

Relacionados con la funcionalidad familiar y las herramientas parentales: Qué carencias y potencialidades se detectan en cuanto comunicación, manejo de normas y límites, vínculos afectivos, pautas de actuación, etc.

Disponer de esta información permitirá, por un lado, verificar si cumple criterios de inclusión en el programa IBAF (tal y como estaba previsto). En segundo lugar, determinar cuál es el punto de partida, tratando de hacer una foto fija de inicio, partiendo de 11 dimensiones (ver apartado 4 evaluación), enfocadas en las personas que atendemos (y que se volverán a ponderar al finalizar la intervención permitiendo así cuantificar el cambio) y que en este momento permiten determinar los objetivos de trabajo a seleccionar.

Al tratarse de un formato de intervención breve, es necesario limitar el número de objetivos. Se recomienda que no excedan de 4, que son los que se implementarán de forma específica. Aunque dada la interconexión entre varias de las dimensiones a trabajar, los cambios en un ámbito podrían generalizarse o mejorar otras áreas que no hayan sido objeto de intervención directa.

B.3- Diseño

La valoración finaliza con la concreción tanto de la definición del problema desde el punto de vista técnico, como de los **objetivos** de trabajo seleccionados, frecuencia de las citas, etc.

Es decir, con **el diseño de la intervención**, la aceptación de la familia y su incorporación al programa.

Al final de la primera cita, se programa la siguiente (esto será así en el resto de la intervención).

Es en este momento, cuando se facilita el cuestionario EFFAM de inicio (pretest) explicándoles tanto las instrucciones de su cumplimentación como la utilidad de la herramienta. Instando a que cada persona rellene su propio cuestionario con la mayor objetividad posible, ya que esta información será de gran utilidad para ajustar la intervención y medir el cambio conseguido, tras la implementación del programa. Si se requiere, la cumplimentación podrá contar con la ayuda del personal técnico. Sería también el momento de convocar a grupo si es posible y procede.

Si se considera que el caso no cumple criterios de inclusión en el programa se cierra la intervención y se le informa del recurso adecuado.

Se describen los objetivos, contenidos, técnicas y documentación correspondiente a esta fase:

Tabla 2. Fase 2 Acogida/Valoración/Diseño	
Objetivos	<p>Conseguir que la familia:</p> <p>Se sienta acogida y escuchada.</p> <p>Defina su demanda y aporte la información necesaria.</p> <p>Comprenda el funcionamiento y utilidad del programa.</p> <p>Se motive y comprometa.</p> <p>Rebaje su nivel de ansiedad.</p> <p>Valorar y definir objetivos.</p>
Contenidos	<p>Breve explicación del servicio y su utilidad.</p> <p>Valoración de la Demanda.</p> <p>Motivación a la implicación en el programa.</p> <p>Consenso de objetivos de trabajo.</p>
Técnicas	<p>Técnicas de entrevista motivacional (Empatía, Escucha activa)</p> <p><i>Screening.</i></p>
Documentación	<p>Autorización.</p> <p>Ficha Historia Familiar.</p> <p>EFFAM inicio (pretest).</p>

Esta etapa se resume en el siguiente gráfico:

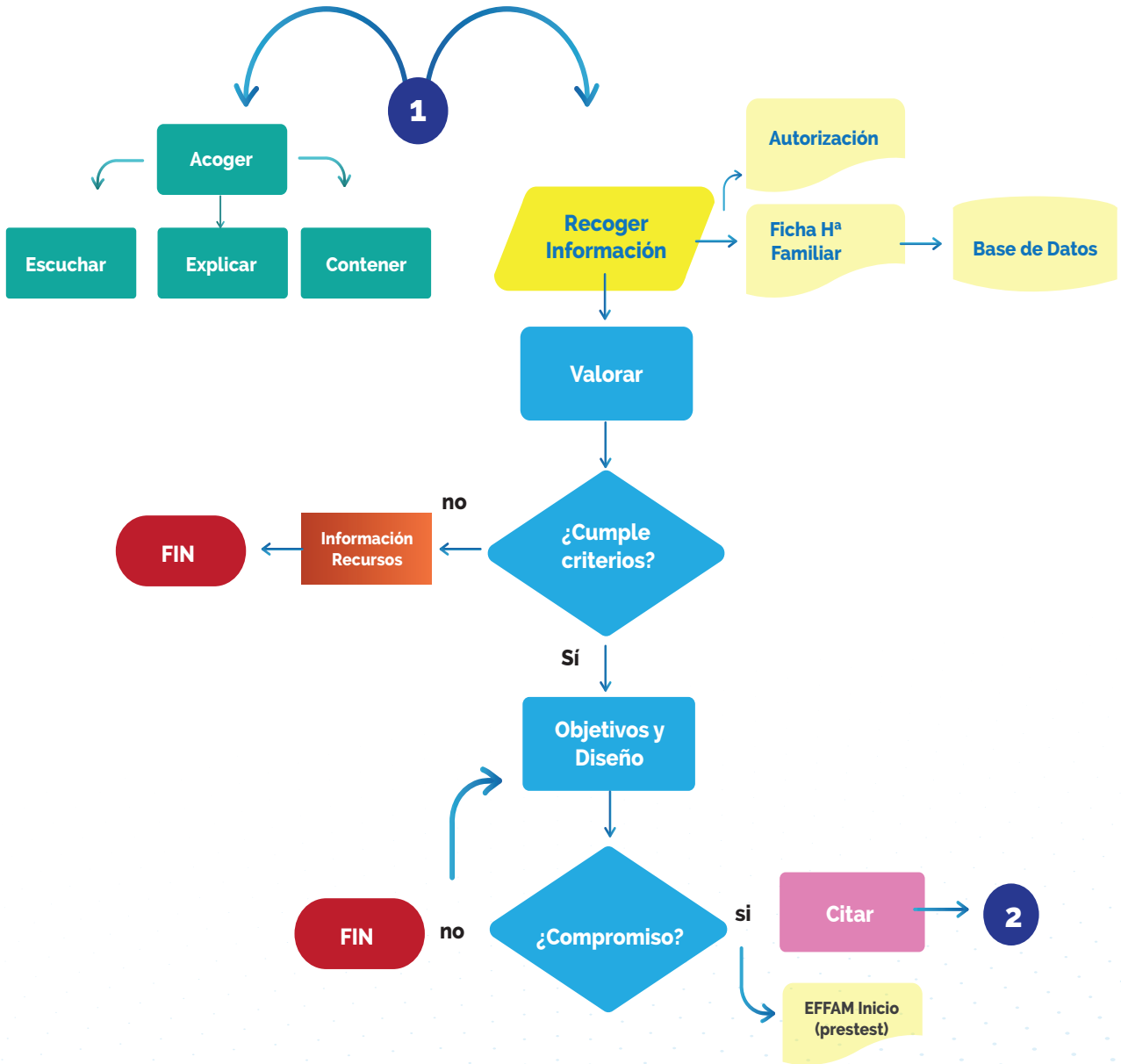


Figura 7. Acogida/Valoración/Diseño

C- Fase 3: Implementación

C.1-Estructura

La implementación se desarrolla a través de una o varias citas, que no deben extenderse más allá de 10 como máximo.

El número de sesiones y la duración del proceso particular de cada familia depende principalmente de la cantidad de objetivos programados y de la complejidad de estos, así como del cumplimiento de las indicaciones y de la progresión de los cambios.

También pueden influir otros factores como que se incorpore a las citas otra figura familiar, lo que puede suponer nuevas características y necesidades. (Lo deseable es que las figuras parentales participen en el programa desde el principio y en su defecto en cualquier momento del proceso).

La intervención individual puede complementarse, si se considera adecuado con las sesiones grupales de apoyo (ver apartado 3.3. de este documento)

Esta fase se representa en el siguiente gráfico:

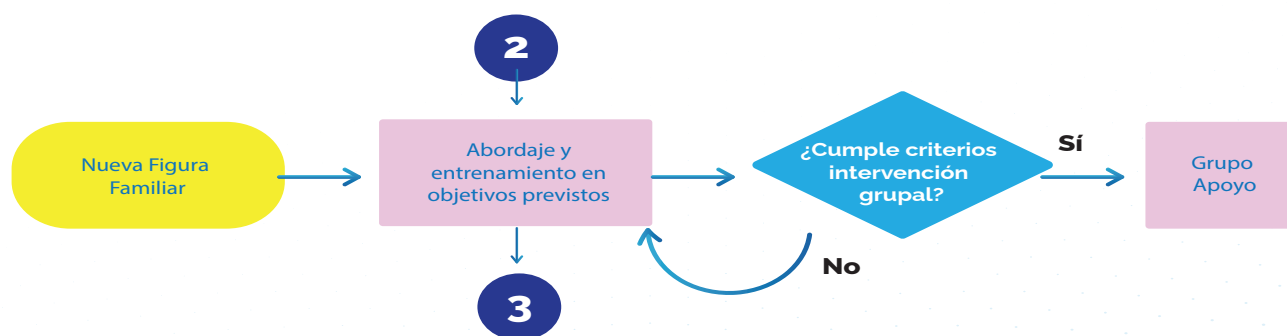


Figura 8. Implementación

El enfoque de la intervención es de carácter psicoeducativo y de entrenamiento en habilidades parentales que promuevan una mejora de la dinámica y la funcionalidad familiar.

En las sesiones se abordan una serie de temáticas o contenidos que conforman la **estructura del programa**. Y que están vinculadas a los objetivos de trabajo seleccionados.

Se desarrolla a continuación cada temática o dimensión y se detallan los objetivos, contenidos y técnicas a implementar. Aquellas dimensiones que se evalúan a través del EFFAM se ha agrupado según sus criterios (ver capítulo 4 evaluación).

Cada uno de estos bloques temáticos, no se abordan necesariamente de forma secuenciada (aunque se presentan aquí en un cierto orden lógico), ya que, dependerá del curso de las citas y de las necesidades de cada figura parental.

Un mismo contenido, se puede abordar en varias citas y una cita puede contener varias temáticas o puede ser necesario volver a incidir en otras sesiones en contenidos que ya se trabajaron con anterioridad.

Por otra parte, muchas de estas cuestiones están interrelacionadas y son necesarias unas para poder abordar otras, por lo que su división y orden de presentación es orientativo.

C.2-Temáticas

1. Conductas adictivas y Adolescencia

Este tema se trabaja en todos los casos, aunque con mayor o menor profundidad en función de las necesidades que se detecten.

Se pretende que las familias aumenten su conocimiento por un lado de los elementos que fomentan el desarrollo cognitivo, emocional y social saludable y por otro sobre las características y el funcionamiento tanto de las conductas adictivas, como del proceso adolescente. Así como la influencia recíproca de ambos.

Se trata también, de que den importancia a todas las conductas, alejándose de la tendencia general de minimizar los efectos y consecuencias del alcohol y las TIC (uso abusivo de pantallas), por ejemplo. Se intenta movilizar a las familias hacia una actitud y postura de oposición clara respecto a ello.

También que los y las familiares observen y presten atención al proceso de su adolescente, a las conductas adictivas secundarias, a la sustitución de unas por otras y a los indicadores y fases del proceso adictivo, especificándoles que deben tener en cuenta el género, ya que las necesidades y las manifestaciones tienen características diferenciales.

El segundo objetivo es la toma de conciencia de la responsabilidad y de la importancia del papel de la familia en la prevención tanto del avance de la conducta como de sus consecuencias. Así como en su potencialidad para motivar y promover cambios en su adolescente o joven. Todo ello a través de sus propios cambios.

Este último aspecto es clave y es el motor y la seña de identidad del programa IBAF

Esta dimensión se resume en la siguiente tabla:

Tabla 3. Contenido 1 Conductas adictivas y adolescencia	
Objetivos	<p>Aportar a las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora de sus conocimientos. • La toma de conciencia de su papel. • Pautas de actuación que les capaciten y aumenten sus competencias.
Contenidos	<p>Breve explicación sobre conductas adictivas y adolescencia.</p> <p>Toma de conciencia sobre la responsabilidad y papel de la familia.</p> <p>Observación y atención a su adolescente.</p>
Técnicas	<p>Técnicas Expositivas (información, reflexión).</p> <p>Técnicas motivacionales (empatía, escucha...).</p> <p>Asesoramiento o resolución de dudas.</p>

2. Dimensión percibida del problema

Este aspecto u objetivo se trabaja cuando la percepción familiar acerca de

la gravedad de la problemática esta desajustada, bien por minimización o por exceso. Se redefine a partir del análisis del origen de dicho desajuste, ya tenga que ver con la edad o género de la persona adolescente o con la problemática tratada (Ej. normalización del uso abusivo de TICS, alcohol, juego, etc.) o cualquier otra circunstancia.

Por ello es importante ayudar a la familia a la toma de conciencia de esta situación, a la vez que se les aporta el encuadre y la dimensión real del problema, favoreciendo la comprensión de este.

Se persigue también aumentar su capacidad para evitar o reconducir actitudes que contribuyen a seguir minimizando o sobredimensionando la situación.

El ajuste permite, además, rebajar los niveles de tensión si el problema se había dimensionado demasiado y motivar a la acción si se había percibido como poco importante, facilitando, por tanto, la definición de las actuaciones a llevar a cabo.

Esta dimensión se resume en la siguiente tabla:

Tabla 4 Contenido 2 Dimensión percibida del problema	
Objetivos	Facilitar a la familia: <ul style="list-style-type: none"> • La comprensión de la dimensión real. • La toma de conciencia. • La capacitación para reconducir actitudes que favorecen la distorsión.
Contenidos	Información y argumentación. Reflexión e Indicaciones.
Técnicas	Técnicas expositivas (información, reflexión). Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones). Técnicas motivacionales (empatía, escucha...). Asesoramiento y resolución de dudas.

3. Consenso parental

El consenso entre progenitores o figuras parentales (cuando haya más de una), que se entiende como el grado de acuerdo en la toma de decisiones sobre las acciones a llevar a cabo para afrontar la problemática, es un factor primordial para la generación del cambio adolescente y así se le transmite a la familia. Para ello es imprescindible y por eso se fomenta, la participación de las personas de referencia siempre que sea posible.

Dentro del consenso parental lo que se puede trabajar es limitado, dada la brevedad del programa y su enfoque preventivo, por lo que nos centramos en la consistencia y la coherencia en la percepción del problema y su enfoque.

El objetivo se dirige a conseguir capacitarles para llegar a acuerdos, centrados en la interpretación y dimensión del problema y en las pautas de actuación.

Para llegar a estos acuerdos es importante que se tome conciencia, por un lado, de las discrepancias, entendidas no como posturas enfrentadas, sino como diferentes estilos educativos y de crianza que conllevan a su vez a determinadas actuaciones. Y por otro lado que se entienda la necesidad de unificar estas pautas, que se asignen de forma igualitaria y que se asuman los mismos roles y mensajes. Abordando también este aspecto si fuera necesario.

Dentro de este objetivo se le explica a la familia, que estas discrepancias favorecen la dispersión, dificultan la interiorización de las normas, el autocontrol y la motivación al cambio. Así como la promoción de alianzas filio-parentales inadecuadas que llevan a conflictos en la pareja o en la unidad familiar.

Se busca aumentar con todo lo señalado, la comprensión de los diferentes puntos de vista, y favorecer la consecución de acuerdos que permitan actuaciones conjuntas. Este cambio no solo mejorará la convivencia y evitará situaciones conflictivas, sino que supondrá un apoyo emocional mutuo y un ejemplo (a través del modelaje) para la persona adolescente, de cómo gestionar diferencias en las relaciones sociales.

Hay casos en los que este objetivo no es alcanzable y se requiere de la derivación a otros recursos específicos de abordaje familiar, que puedan trabajar los cambios desde un enfoque más estructural.

Es adecuada la derivación, en aquellos casos en los que:

- los conflictos ya existen y son planteados como irreconciliables por parte de la familia.
- no se consiguen acuerdos mínimos o por lo menos compromiso de no interferencia.
- se trata de procesos de separación complejos o recientes, que imposibilitan el abordaje.

Esta dimensión se resume en la siguiente tabla:

Tabla 5. Contenido 3: Consenso Parental	
Objetivos	<p>Aumentar el conocimiento en cada figura parental sobre su propio posicionamiento.</p> <p>Ayudar a la toma de conciencia sobre las posibles discrepancias y la importancia de unificar criterios.</p> <p>Favorecer la comprensión mutua y el apoyo emocional.</p>
Contenidos	<p>Consenso, discrepancia e implicaciones.</p> <p>Aclarar ideas erróneas.</p> <p>Mostrar beneficios del modelaje.</p>
Técnicas	<p>Técnicas expositivas (información, reflexión).</p> <p>Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones).</p> <p>Técnicas motivacionales (empatía, escucha...).</p> <p>Asesoramiento y resolución de dudas.</p> <p>Refuerzo positivo.</p>

4. Ajuste emocional

Normalmente los niveles de ansiedad o preocupación sobrevenidos por el problema se rebajan tras la primera cita, cuando las figuras parentales sienten que tienen información, orientación y apoyo para abordar la situación.

Cuando no es así, se establece como objetivo de trabajo, siendo uno de los factores en el que se observa un mayor nivel de cambio en un periodo de tiempo breve.

En primer lugar, se ha de comprobar si es necesario redefinir y ajustar la percepción del problema por si la sobredimensión del mismo es la causa de esta ansiedad, así como las discrepancias o falta de consenso parental (ambos son contenidos de intervención). Si no fuera así habría que determinar que sustenta esta ansiedad y si su abordaje entra dentro de las competencias del programa.

Factores a tener en cuenta y analizar como promotores de una ansiedad o preocupación excesiva temporal:

- Miedos.
- expectativas incumplidas.
- antecedentes adictivos en la familia.
- auto o hetero-reproches.
- sentimientos de culpabilidad, etc.

A priori estos componentes, se pueden trabajar desde el programa a través de la información, clarificación de ideas, racionalización y pautas de control emocional.

Sería adecuado derivar al recurso correspondiente cuando:

- No se observan cambios y la ansiedad no remite.
- Responde a un estado de ánimo basal.
- Se detectan situaciones que dificultan o limitan la capacidad de afrontamiento como vivencias conflictivas o cualquier otra situación traumática.

En estos casos el abordaje excede de las competencias y posibilidades del programa IBAF.

Esta dimensión se resume en la siguiente tabla:

Tabla 6. Contenido 4 Ajuste emocional	
Objetivos	Ayudar a la persona: <ul style="list-style-type: none"> • En la comprensión de los mecanismos que sostienen esta ansiedad. • A mejorar el control emocional.
Contenidos	Análisis situación. Control emocional.
Técnicas	Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones). Técnicas motivacionales (empatía, escucha...). Técnicas de regulación emocional.

5. Motivación a la intervención adolescente

Aportar estrategias para motivar a la persona adolescente a la valoración o incorporación a un programa de intervención, cuando sea necesaria, es otro de los objetivos posibles. Y se escoge cuando la familia duda o no sabe cómo llevar esto a cabo.

El contenido de la intervención partirá de la base de identificar cual es la dificultad o las dificultades, tanto las que percibe la familia como las que detecta OF.

Podría tratarse simplemente de necesidad de información o de dimensionar el problema o puede ser el resultado de dificultades de comunicación, autoridad o vínculo afectivo. Todas estas cuestiones se trabajan en sus respectivos bloques.

En lo que respecta exclusivamente a la estrategia de motivación, se determina según la percepción de la familia, cual es el momento del cambio en el que se encuentra su adolescente y se diseña y entrena con la familia su abordaje. Eligiendo el momento y el discurso y aportándoles pautas y estratégicas motivacionales sencillas que puedan implementar en casa.

Se usan también estrategias motivadoras y de análisis con la familia cuando se detecta miedo al conflicto, inseguridades o cierta ambivalencia.

Esta dimensión se resume en la siguiente tabla:

Tabla 7. Contenido 5 Motivación a la Intervención	
Objetivos	Identificar dificultades. Aumentar en la familia conocimientos y capacitación.
Contenidos	Analizar Dificultades. Pautas motivacionales.
Técnicas	Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones). Técnicas de desarrollo de habilidades (simulación...). Técnicas motivacionales (escucha, empatía...).

6. Capacidad de afrontamiento

Más que una temática es el hilo conductor de la intervención. Y se podría definir como la capacidad de la figura familiar que estamos atendiendo de entender, abordar y manejar el problema. No solo desde el punto de vista de los conocimientos, sino de las herramientas

parentales que posee y la funcionalidad de estas. Así como del grado de conciencia que tiene de todo ello, la seguridad que presenta y su nivel de implicación y operatividad.

El contenido de la intervención partirá de la necesidad de mejorar esa capacitación en todas sus dimensiones. Este es un aspecto que también se aborda en todos los casos junto con las conductas adictivas y la conciencia de la importancia del papel de la familia.

Precisamente esta importancia se materializa ahora con el análisis y la mejora de su funcionalidad.

Este apartado tiene 3 subapartados absolutamente interconectados, que se describen por separado, aunque los objetivos, contenidos y técnicas se definen desde una única dimensión.

6.1- Conocimiento de las pautas de actuación adecuadas

El objetivo aquí consiste en identificar que conocimientos, ideas, creencias, expectativas, actitudes, pautas educativas y habilidades parentales tiene la persona en su manejo en general y en el abordaje del problema en particular, sobre todo en cuestiones concretas y básicas como el desempeño en comunicación, aplicación de normas y límites etc., e identificar las que requieren ajustes y las que hay que potenciar por su adecuación.

Es importante detectar también:

- Grado de conciencia sobre:
 - su propio funcionamiento
 - de las consecuencias de este
 - de la importancia de un correcto desempeño parental
- Grado de satisfacción sobre:
 - capacitación actual
- Grado de predisposición hacia el cambio: Si cree que sus estrategias son suficientes o identifica áreas de mejora.

Esta información se extrae tanto de la expresión espontánea de situaciones concretas, como de las preguntas explícitas que realiza OF.

6.2- Conciencia de manejo de pautas inadecuadas

Como mínimo es fácil que encontremos áreas de mejora, aunque en muchas ocasiones se detectan habilidades deficitarias o pautas de actuación inadecuadas por poco eficaces o por que favorecen actitudes contrarias a las deseables en sus adolescentes o jóvenes.

El contenido de la intervención se centra en:

- Ayudar a la familia a Identificar estas pautas inadecuadas.
- Aportarles información que aumente el conocimiento de la familia sobre la importancia de los estilos educativos y determinadas actitudes en la crianza, entre ellos los estereotipos sexistas.
- Promover con ello la reflexión y la toma de conciencia de la necesidad de mejora o cambio.
- Motivar hacia otras alternativas más adecuadas.
- Mostrar, tutorizar y entrenar estas otras alternativas para que las apliquen en situaciones cotidianas.
- Promover la evitación o la extinción de las estrategias disfuncionales, aportando las pautas necesarias.
- Potenciar y reforzar sus capacidades de afrontamiento

Todo ello en cada una de las dimensiones que suponen herramientas parentales específicas, que son 4: convivencia, comunicación, vínculos afectivos y el manejo de normas y límites.

6.3- Seguridad y nivel de afrontamiento activo

Una vez que se han detectado las áreas a mejorar y las áreas a potenciar, se han visibilizado, se han buscado alternativas, y se han entrenado, el tercer paso lógico es afianzar la confianza de la persona en sus nuevas herramientas y potenciar y reforzar esos cambios. Así como guiar y motivar hacia su implementación.

Como resultado de todo ello la persona habrá mejorado su capacitación y tendrá un nuevo o mejorado pack de herramientas para afrontar de manera activa y eficaz el problema. De lo que es importante que tome conciencia, que valore y sostenga.

Esta dimensión completa se resume en la siguiente tabla:

Tabla 8. Contenido 6 Capacidad de afrontamiento	
Objetivos	<p>Ayudar a la familia a tomar conciencia:</p> <p>Pautas disfuncionales.</p> <p>Pautas adaptadas.</p> <p>Aportar reflexión, alternativas y entrenamiento.</p>
Contenidos	<p>Importancia estilos educativos y pautas de actuación y sus consecuencias.</p> <p>Identificar áreas de mejora y de potenciación.</p> <p>Entrenar alternativas y motivar hacia ellas.</p>
Técnicas	<p>Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones).</p> <p>Técnicas de desarrollo de habilidades (Simulación...).</p> <p>Refuerzo positivo.</p>

7. Clima familiar

Aportar las pautas necesarias para mejorar o restablecer el clima y la cohesión familiar, es otro de los objetivos importantes a abordar a través del programa IBAF. Esta dimensión tal y como la hemos establecido incluye tres aspectos que por su importancia se describen por separado.

7.1-Convivencia

Este aspecto se escoge como objetivo cuando se detecta la necesidad de reestablecer una convivencia armónica: porque se ha perdido la armonía, se ha perdido la convivencia o se han perdido o deteriorado ambas cosas.

La cohesión familiar es otro de los factores vertebrales para la generación del cambio y su ausencia, es en sí mismo un factor de riesgo y de mantenimiento de la conducta adictiva.

El contenido de la intervención se dirige principalmente a la toma de conciencia por parte de la familia de la importancia de reequilibrar este aspecto. Del análisis de la situación y de la identificación por parte de las figuras parentales de la situación actual, de su propio

desempeño y de visibilizar los aspectos a modificar y los que será necesario potenciar.

Se trabaja no solo en la toma de conciencia y análisis sino en el cambio de paradigma y sus beneficios en la reducción de la ansiedad, estrés y tensión, así como en una convivencia más agradable, que será el punto de partida para nuevas oportunidades para la reflexión, el dialogo y el cambio.

Es difícil desligar la convivencia y la cohesión familiar de otras dimensiones como la comunicación, el manejo de las normas y límites y los lazos afectivos, (que se trabajan también como objetivos de intervención y que se definen más adelante), ya que todos estos aspectos interrelacionan y se retroalimentan conformando gran parte de la dinámica familiar.

Entendiendo entonces que hablamos de parte de un todo, se le puede poner el punto de mira en cuestiones específicas a trabajar con las familias, como:

- La necesidad de desviar el foco de atención sobre la conducta adictiva y la persona con el problema, como único aspecto sobre el que pivota la familia y se configura la convivencia. Prestando atención a otras cuestiones también importantes relacionadas con otras personas de la unidad familiar, o de otras necesidades o vivencias, o momentos vitales de la familia.
- La imprescindible recuperación de espacios y momentos familiares para relajarse, disfrutar, compartir o realizar actividades, que suponga un disfrute, permitan otras vivencias, que no solo mejore la convivencia y las tensiones, sino que favorezca "el camino de vuelta" a la persona con el problema adictivo.
- El escoger las batallas y huir de las críticas constantes, entendiendo que los cambios llevan tiempo y deben ser escalonados, etc.

Se aportan como siempre más allá de las reflexiones las herramientas que se diseñan entrenan y tutorizan, capacitando a las familias para mejorar la calidad de las relaciones familiares.

Este tema se resume en la siguiente tabla:

Tabla 9. Contenido 7.1-Convivencia	
Objetivos	Ayudar a la familia: a tomar conciencia de la importancia del cambio capacitarse para mejorar la calidad de las relaciones familiares Aportar reflexión, alternativas y entrenamiento
Contenidos	Elementos a tener en cuenta para la mejora de la convivencia Pautas y entrenamiento
Técnicas	Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones) Técnicas de desarrollo de habilidades (simulación...) Refuerzo positivo

7.2-Comunicación

La comunicación es un factor indispensable no solamente por la importancia que tiene en sí misma sino por ser la vía para la implementación de otras dimensiones que no pueden desarrollarse adecuadamente sin una buena comunicación.

Espacios de dialogo y comunicación fluida son el punto de partida para elementos tan importantes como la supervisión, el aprendizaje, la transmisión de conocimientos, la expresión afectiva, las muestras de preocupación y apoyo. Así como para compartir experiencias o vivencias, poner límites, hacer críticas o cualquier otra dimensión de las relaciones sociales.

El contenido de la intervención parte de aportar esta información a la familia y ayudarles en la toma de conciencia de la importancia de un correcto manejo de las herramientas de comunicación.

Igual que en otros temas, una vez que está clara su importancia hay que pasar a identificar como se desarrolla este aspecto en la familia. Teniendo en cuenta que tan importante es el mensaje en sí mismo como el contexto y que ambos dependiendo de cómo se planteen pueden ser facilitadores o inhibidores del cambio.

Una vez que se guía a la familia en el análisis de la situación actual y se concluye cuáles son los puntos fuertes y débiles a tener en cuenta, se comparan con las pautas a seguir en

una buena estrategia de comunicación. Esto permite identificar cuáles son las principales dificultades y por tanto los elementos clave a trabajar.

Teniendo en cuenta distintas dimensiones de la comunicación:

- La comunicación más normativa y de convivencia, a que tiene que ver con el desarrollo de acciones, la negociación, la implementación de pautas o normas, cuestionar acciones o hacer críticas, etc.
- La comunicación más afectiva y de cohesión familiar, que tiene que ver con espacios informales de diálogo, más relacionados con compartir, convivir, transmitir experiencias y valores, pasar tiempo en familia, crear y mantener vínculos afectivos, apoyar y valorar, etc.

Interesa identificar:

- Como se entiende la comunicación:
 - ¿se considera importante?
 - ¿cómo se lleva a cabo?
 - ¿nivel de satisfacción con la comunicación familiar?
 - ¿identifican áreas de mejora y áreas adaptadas?
- Balance entre ambos contextos de comunicación:
 - ¿entienden la importancia de ese equilibrio?
 - ¿creen que existe actualmente?
 - ¿Hay espacios compartidos?
 - ¿Se favorece el diálogo?
 - ¿Se favorece la escucha?
- Como se establece la comunicación normativa:
 - ¿Esta planificada?
 - ¿Se cuida el espacio, tiempo, discurso, lenguaje no verbal, etc.?
 - ¿Cómo se establecen y manejan las críticas?

Se analiza con la familia estos aspectos, de forma que se puedan identificar las principales dificultades y aspectos a reforzar y potenciar por su adecuación. Esto permite determinar los aspectos a trabajar que pueden estar relacionados con:

- Equilibrio entre los dos ámbitos de comunicación.
- Manejo de la comunicación normativa (deben estar planificada, en cuanto a discurso, lenguaje verbal y no verbal, escucha, etc.).
- Manejo de la comunicación afectiva (diseño o recuperación de espacios de dialogo, contenidos no contaminados por la comunicación normativa.
- Promoción de la comunicación en el contexto familiar.

Se exploran y trabajan las dudas, los miedos al conflicto, inseguridades, ambivalencias, etc. Y se aportan las pautas concretas, que se tutorizan y entrenan para su aplicación a la vida cotidiana. En definitiva, se busca una mayor capacitación para mejorar la cantidad y la calidad de la comunicación en la familia, reforzando su cumplimiento y reajustando lo que sea necesario en función de los resultados.

Este tema se resume en la siguiente tabla:

Tabla 10. Contenido 7.2-Comunicación	
Objetivos	<p>Ayudar a la familia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar de conciencia de necesidad de una buena comunicación y su influencia en otras áreas. • Reflexionar e identificar situación actual. • Identificar áreas de mejora y áreas a potenciar. <p>Mejorar su capacitación para mejorar la cantidad y la calidad de la comunicación.</p>
Contenidos	<p>Herramientas para una buena comunicación.</p> <p>Identificar áreas de mejora y de potenciación.</p> <p>Entrenar alternativas y motivar hacia ellas.</p>
Técnicas	<p>Técnicas expositivas (información, etc.).</p> <p>Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones).</p> <p>Técnicas de desarrollo de habilidades (simulación...).</p> <p>Técnicas motivacionales.</p> <p>Refuerzo positivo.</p>

7.3-Vínculos afectivos

Este aspecto se escoge como objetivo de trabajo cuando se detectan dificultades en el manejo afectivo, por exceso o por defecto en determinados parámetros.

Los contenidos se trabajan aportando información que permita la reflexión y la toma de conciencia sobre la importancia del afecto, sobre su potencial como catalizador del cambio y sobre el impacto que tiene tanto en la convivencia familiar como en el desarrollo madurativo, afectando a:

- aspectos personales como la autoestima, el autoconcepto, la motivación y la resiliencia, por ejemplo.
- la interiorización de unos valores prosociales como la autonomía, el respeto y la tolerancia.
- como elemento socializador, en contraposición del aislamiento, el estrés social o la agresividad, entre otras cuestiones.

Es importante tras esta primera parte más informativa y de toma de conciencia, pasar a la fase de análisis e identificación de las pautas de actuación y manejo por parte de las figuras parentales. Prestando atención tanto al contenido de las relaciones, como a la manera de establecerlas.

Analizando los siguientes aspectos:

- Cómo se entiende la transmisión del afecto:
 - ¿se considera importante?
 - ¿cómo se lleva a cabo?
 - ¿creen que el método es eficaz y le llega a la persona?
- Balance entre normativa y afectividad:
 - ¿entienden la importancia de ese equilibrio?
 - ¿creen que existe actualmente?
 - ¿Conocen el posible impacto del desequilibrio?
- Cómo se establecen los premios o los castigos:
 - ¿Son proporcionados a la conducta?

- ¿Cuáles son los criterios? ¿qué aspectos se valoran?
- ¿Son igualitarios o hay diferencias en momentos, personas, etc.? ¿A qué se deben las diferencias? ¿Tiene influencia el género?
- Cómo se trasmite el apoyo y la valoración positiva.
- Cuáles son las expectativas.
- ¿Cómo se establece la Expresión emocional? ¿se potencia o se inhibe?, etc.

Una vez que se analiza con la familia estos aspectos, se identifican las principales dificultades y los puntos a potenciar por su adecuación. Y se determinan los aspectos a trabajar que pueden estar relacionados con:

- Formas de expresión afectiva (deben ser evidentes, llegar a la persona, manifestar valoración y apoyo).
- Equilibrio entre normativa y afectividad.
- Manejo de expectativas (inadecuadas, impositivas, sobre exigencia, etc.).
- Promoción de la afectividad en el contexto familiar.

Se abordan, explorando y trabajando previamente las dudas, las inseguridades, ambivalencias, etc. Aportando las pautas concretas, que se tutorizan y entrenan para su aplicación a la vida cotidiana.

En definitiva, se busca mejorar la calidad de las relaciones familiares. Reforzando su capacitación y su cumplimiento y reajustando en próximas citas lo que sea necesario en función de los resultados.

Este tema se resume en la siguiente tabla:

Tabla 11. Contenido 7.3-Vínculos afectivos	
Objetivos	<p>Ayudar a la familia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar de conciencia de la importancia y sus implicaciones. • Reflexionar e identificar situación actual. • Identificar áreas de mejora y áreas a potenciar. <p>Ampliar su capacitación para mejorar la calidad de las relaciones.</p>
Contenidos	<p>Importancia correcto abordaje de la afectividad y del desarrollo de vínculos afectivos.</p> <p>Identificar áreas de mejora y de potenciación.</p> <p>Entrenar alternativas y motivar hacia ellas.</p>
Técnicas	<p>Técnicas expositivas (información, etc.).</p> <p>Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones).</p> <p>Técnicas de desarrollo de habilidades (simulación...).</p> <p>Técnicas motivacionales.</p> <p>Refuerzo positivo.</p>

8. Manejo de Normas y Límites

El correcto manejo de las normas y los límites dentro del contexto familiar es imprescindible para una convivencia adecuada y sin grandes conflictos, pero también para el crecimiento personal y para el desarrollo de una habilidad fundamental como es el autocontrol, en sus adolescentes y jóvenes.

Este elemento es de vital importancia en el abordaje de las conductas adictivas, más necesario cuanto más impulsiva sea la persona y más dificultades tenga para poner sus propios límites.

El contenido de la intervención, parte como en otras herramientas de la toma de conciencia de la importancia de un correcto abordaje de las normas y los límites, tanto dentro de la

convivencia familiar como del funcionamiento individual de cada persona y su papel como factor clave en el manejo de las conductas adictivas.

Una vez que está clara su importancia hay que pasar a identificar como se desarrolla este manejo en la familia:

- Cómo se entiende el manejo de normas:
 - ¿se considera importante?
 - ¿qué grado de satisfacción existe con el manejo actual?
 - ¿detectan áreas de mejora?
 - ¿detectan áreas adecuadas?
- Cómo se establece:
 - ¿Disponen de un diseño normativo?
 - ¿Existen discrepancias o consenso entre las figuras parentales?
 - ¿Sostienen las normas y su aplicación o es arbitrario?
 - ¿Se realizan negociaciones? ¿cómo son?
 - ¿Confían en su manejo y mantienen ciertas cotas de autoridad?
 - ¿Intenta la persona adolescente imponer sus criterios?
 - ¿Lo consigue?

Cuando se ha guiado a la familia en el análisis de la situación actual, se concluye con la identificación de los puntos clave a tener en cuenta, que se comparan con las pautas a seguir en una buena estrategia de implementación de normas y límites. Esto permite visibilizar las pautas a reforzar por su utilidad y determinar cuáles son las principales dificultades y por tanto los elementos para trabajar. Que pueden estar relacionados con:

- Elección de normas (deben ser básicas, definibles, alcanzables y pocas).
- Consenso (primero entre figuras parentales y luego con la persona o el núcleo de convivencia según la norma).
- Exposición de forma clara, sencilla tanto la norma como sus consecuencias y coherente.
- Mantenimiento: de su cumplimiento de forma estable.
- Estrategias de manejo en el incumplimiento por parte de la persona adolescente.

Se exploran y trabajan las dudas, los miedos al conflicto, inseguridades, ambivalencias, etc., se aportan las pautas concretas, que se tutorizan y entrenan para su aplicación a la vida cotidiana, reforzando su capacitación y su cumplimiento. El entrenamiento irá guiado por los reajustes que sean necesarios en las sucesivas citas en función de las necesidades y los resultados.

Esta dimensión se resume en la siguiente tabla:

Tabla 12. Contenido 8. Manejo de Normas y Límites	
Objetivos	<p>Ayudar a la familia a:</p> <p>Tomar de conciencia de la importancia y sus implicaciones.</p> <p>Reflexionar e identificar situación actual.</p> <p>Identificar áreas de mejora y áreas a potenciar.</p> <p>Mejorar su capacitación</p>
Contenidos	<p>Importancia correcto abordaje de normas y límites y sus implicaciones.</p> <p>Identificar áreas de mejora y de potenciación.</p> <p>Entrenar alternativas y motivar hacia ellas.</p>
Técnicas	<p>Técnicas expositivas (información, etc.)</p> <p>Técnicas de análisis (analizar y buscar soluciones).</p> <p>Técnicas de desarrollo de habilidades (simulación...).</p> <p>Técnicas motivacionales.</p> <p>Refuerzo positivo.</p>

D- Cierre

Se contemplan tres tipos de cierre: abandono, alta voluntaria o finalización de la intervención a criterio profesional, que tienen que ver con el cumplimiento de los objetivos previstos y los niveles de cambio observados por OF.

Esto se lleva a cabo comparando el momento inicial y final. Como ya se mencionó al hablar de la valoración de la demanda, a través de la Historia Familiar y de una serie de 11 dimensiones (ver en detalle en el apartado 4 evaluación)

D.1-Abandono

Para valorar el cierre como abandono deben darse dos circunstancias. En primer lugar, tiene que ver con la falta de asistencia, en algún momento de la intervención la familia no acude y no contacta con OF, en un periodo de un mes. En segundo lugar, la valoración final determina que el cambio alcanzado es inferior al 50%. En este caso se da por finalizada la intervención por abandono.

Por lo general ocurre en las primeras citas o cuando hay poco compromiso, faltas reiteradas, dificultad para cumplir con las indicaciones, etc.

D.2- Alta voluntaria

Para considerar un cierre como alta voluntaria en la valoración final el cambio se debe de estimar en un porcentaje superior al 50% y menor de 80%. Tanto si la familia expresó abiertamente que daba por terminado el proceso, como si deja directamente la intervención.

En el primer caso se le pide al cierre que cumplimente el EFFAM final y el cuestionario de satisfacción con el servicio y se cierra la intervención con las recomendaciones que OF considere oportunas.

En el segundo supuesto se contacta con la familia para confirmar que dan por finalizada la intervención o ha ocurrido alguna otra situación. Y se actúa igual que en el primer caso, recomendaciones, EFFAM y cuestionario de satisfacción.

Normalmente esta situación se da en aquellos casos en los que la familia tiene dificultades de asistencia, los cambios en su adolescente y joven han sido más rápidos o mejores de los que esperaban y se conforman con los resultados obtenidos o sienten que han adquirido conocimientos y herramientas que consideran suficientes para continuar por su cuenta, aunque la visión técnica considera necesario trabajar más al respecto.

En ambos casos se les recuerda que pueden retomar la intervención si lo consideran oportuno en cualquier otro momento.

D.3-Finalización de la Intervención

Este cierre se corresponde a un cambio superior al 80% de los objetivos seleccionados en la segunda fase. Normalmente este cierre es pactado y se prepara adecuadamente. Se solicita que hayan cumplimentado el EFFAM, antes de esta última cita para incorporar su percepción, comparándola con el criterio técnico en las recomendaciones finales. Y por último cumplimentan el cuestionario de satisfacción.

Puede ocurrir que la intervención empiece y termine en OF y el programa IBAF o que los objetivos de trabajo contemplen la continuidad de la intervención en otro recurso y se hayan cumplido también.

En todos los casos se rellena nuevamente la ficha de Historia Familiar con la valoración final, el motivo de cierre y el número de sesiones totales. Y se envía para su registro y explotación de datos, junto con EFFAM y C. Satisfacción.

En el siguiente gráfico se muestra la secuencia de esta fase:

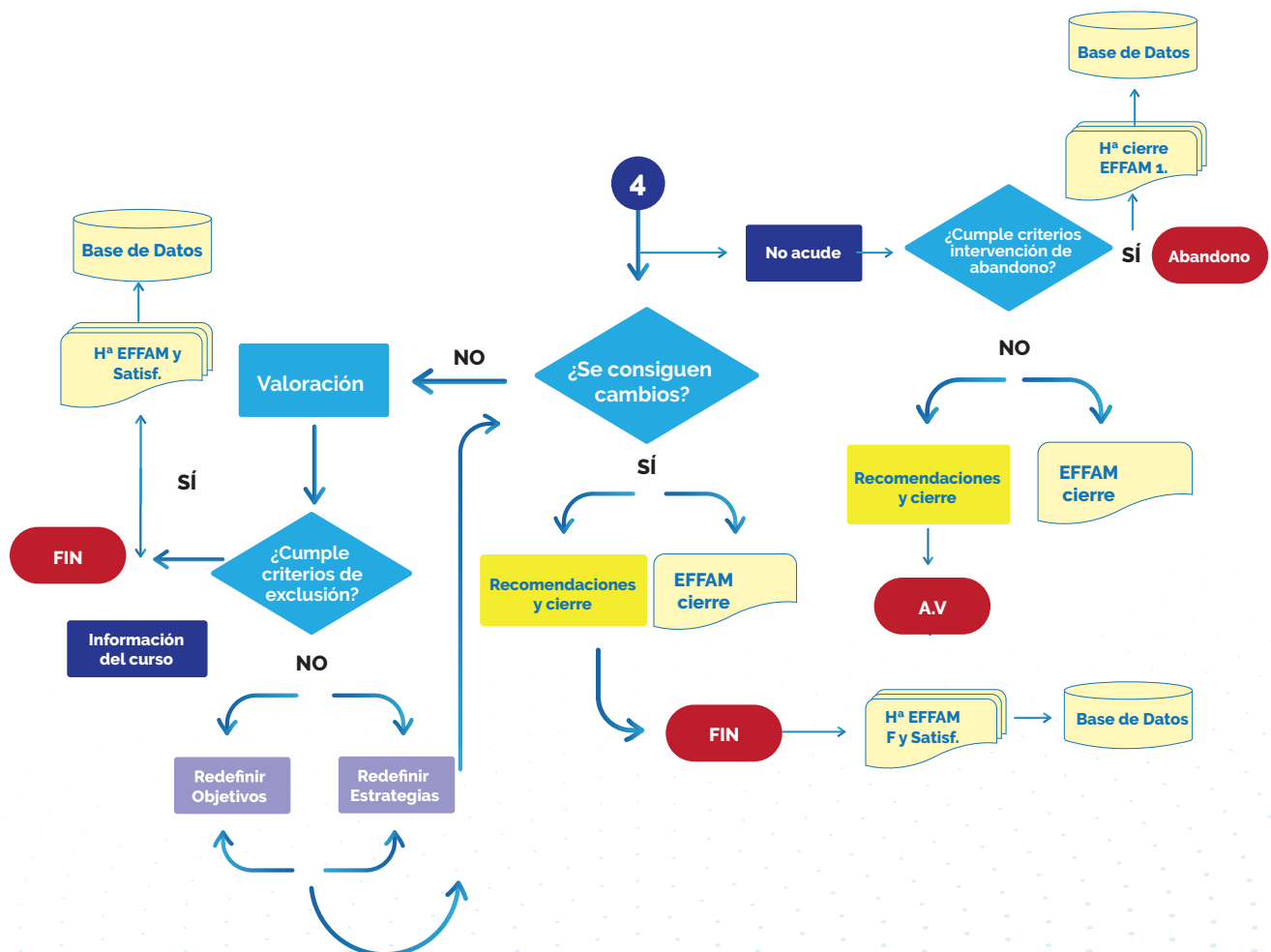


Figura 9. Cierre

3.3. Formato, metodología y contenidos de las sesiones grupales de apoyo

Los grupos son un complemento de la intervención individual y una prolongación de los contenidos a trabajar. La propia dinámica grupal hace de catalizador, ya que permite por un lado un proceso reflexivo que puede acelerar los cambios en cuanto a la toma de conciencia, la identificación de factores y momentos del proceso reflejados en otras personas y en los contenidos explicados y trabajados en el grupo. Y por otro, facilita la posibilidad de un espacio fijo donde exponer cuestiones comunes que aligeren el contenido de las citas, que quedan así para abordar los aspectos concretos e individuales.

Todo ello propicia en las familias cambios más ágiles y en periodos más breves.

Sin olvidar que rentabiliza el tiempo de las agendas profesionales.

3.3.1. Población destinataria

Son familiares que participan en el Programa IBAF.

La convocatoria se realiza desde el primer día si cumplen criterios de inclusión.

1. Criterios de inclusión:

- Compromiso de asistencia y participación.
- Ausencia de sintomatología compatible con trastornos de atención y/o cognitivos.
- Una vez que se han resuelto criterios de exclusión inicial.

2. Criterios de exclusión inicial: No se convocarán a grupo inicialmente a aquellas personas cuyas circunstancias hacen desaconsejable el formato grupal:

- Elevados niveles de ansiedad.
- Actitud excesivamente demandante o disruptiva.

3. Criterios de exclusión definitiva

- No se resuelven criterios de exclusión inicial.
- Dificultades de comprensión de los contenidos o del funcionamiento grupal.
- No hay adherencia.

3.3.2. Formato:

1. Modalidad de las sesiones:

El grupo se puede establecer en formato presencial o telemático. Este último lo hace accesible a personas que de otra forma no podrían participar, pero no está exento de dificultades: la implicación en la actividad es menor y es más complejo motivar para ello, la atención y la concentración se mantiene durante menos tiempo y las posibilidades de dispersión son mayores, etc.

2. Estructura:

Se ha escogido para la intervención grupal de apoyo al abordaje individual, un formato híbrido entre grupos cerrados y abiertos, que hemos llamado **Continuo con Secuencia de Ciclos**.

Continuo significa que lo que se pretende, es que el grupo este siempre disponible. Al tratarse de una intervención breve este aspecto es fundamental ya que permite que todas las familias se aprovechen de los beneficios del grupo de forma paralela al desarrollo de las intervenciones individuales, sin esperas largas que podría suponer exclusión, si el alta se produce antes que la disponibilidad grupal.

Secuencia de ciclos quiere decir que los contenidos están programados y se exponen de forma secuencial por temáticas, que son cinco (ver apartado de contenidos). Cuando se finalizan con todas las temáticas (se ha cerrado un ciclo), se empieza de nuevo con la primera temática (se inicia un nuevo ciclo)

3. Duración de los ciclos

En cada ciclo siempre se dan las cinco temáticas establecidas y el cómputo total de sesiones no puede ser menor de 5 ni excederse de 10. La duración de cada ciclo y temática viene determinada por las necesidades, participación y formato de cada grupo, pero siempre dentro de los límites, contenidos y sesiones establecidos.

Estos grupos de apoyo se realizan de forma circular y mantenida en el tiempo, con lo que cada familiar puede incorporarse en cualquier momento y completar su propio ciclo, ya que el orden de las sesiones no es vinculante (Ej. entra en el grupo cuando se está desarrollando la temática 3 y hace 3, 4, 5, 1 y 2)

La duración de cada sesión, se estima que sea entre 60 y 90m, dependiendo del número de familiares, del nivel de participación, conciliación de agendas, etc.

3.3.3. Contenidos o temáticas

Los dos primeros módulos se dedican a aspectos más transversales y los tres últimos a las habilidades y herramientas parentales que dan estructura a la funcionalidad familiar, como apoyo al trabajo individual (ya descrito en el apartado anterior), con el mismo enfoque, aunque adaptado al formato grupal:

- Adolescencia y papel de la familia.
- Conductas adictivas.
- Comunicación intrafamiliar.
- Manejo de normas y límites.
- Lazos afectivos.

3.3.4. Metodología de la intervención grupal

Los grupos de apoyo a la intervención, siguiendo la misma línea que las sesiones individuales tienen un carácter didáctico y psicoeducativo, en el que se favorece la participación y la interactividad.

Las características de esta intervención se describen en la siguiente tabla:

Tabla 13. Sesiones grupales de Apoyo	
Objetivos	<p>Aumentar el conocimiento de la familia.</p> <p>Facilitar el entrenamiento en habilidades y actitudes y aptitudes Parentales.</p> <p>Potenciar las citas individuales.</p>
Contenidos	<p>Contenidos teóricos.</p> <p>Aplicación práctica en situaciones reales.</p>
Técnicas	<p>Técnicas expositivas (información, reflexión, debate).</p> <p>Técnicas de desarrollo de habilidades (roleplaying, etc.).</p> <p>Otras técnicas (audiovisual, etc.).</p>



4. EVALUACIÓN

4. Evaluación

- 4.1. Relevancia de la evaluación de un Servicio o Programa municipal.
- 4.2. Evaluación de proceso.
 - 4.2.1. Diseño.
 - 4.2.2. Metodología y procedimiento.
 - 4.2.3. Variables e Instrumentos.
 - 4.2.4. Análisis de datos.
- 4.3. Evaluación de resultados.
 - 4.3.1. Diseño.
 - 4.3.2. Metodología.
 - 4.3.3. Variables e Instrumentos.
 - 4.3.4-Análisis de Datos.
- 4.4. Resultados de Evaluación.
 - 4.4.1. Evaluación de Proceso.
 - 4.4.2. Evaluación de Resultado.

4.1. Relevancia de la evaluación de un servicio o programa municipal

La evaluación de un Programa o Servicio se define como la recogida, análisis e interpretación sistemática de la información relativa al funcionamiento del mismo, sus actividades y sus posibles efectos, con diversas finalidades entre las que destacan comprobar la adecuación a los objetivos planteados, garantizar la calidad y eficacia de la intervención y permitir abordar un plan de mejora continua de la intervención apoyado en datos (Bordens y Abbot, 1999; Kröger, Winter y Shaw, 1998), así como detectar posibles inconvenientes u obstáculos en las actividades del servicio y protocolizar la intervención (Alvira, 2002).

Por tanto, la evaluación es un proceso establecido y sistematizado, que responde a preguntas inicialmente definidas con el propósito de conseguir la mejora continua de un Servicio o Programa, cumplir con la rendición de cuentas ante posibles financiadores, servir de buena práctica a otras iniciativas o dotar a los responsables de la gestión pública de instrumentos para el análisis de la prestación de los servicios públicos, que les permitan realizar evaluaciones rigurosas y objetivas (Batet i Lamaña, 2001). Cuando esta evaluación, además de cuantitativa, es realizada por personal externo al Servicio, se asegura la independencia y objetividad de los resultados (Alvira, 2002).

El Programa IBAF del Servicio de Orientación Familiar de Madrid Salud contempla en su diseño dos tipos de evaluación: acordes a los objetivos planteados tanto en el propio SOF como en su intervención breve en formato unifamiliar:

- a) evaluación de proceso:** valora el grado de ejecución y cumplimiento de objetivos, aspectos relacionados con el funcionamiento de la intervención a evaluar, así como su adecuación y coherencia (Alvira, 1991; 2002). Así, ésta perseguiría analizar el grado de ajuste y coherencia de las acciones y procesos de las actividades realizadas por el Servicio de Orientación Familiar (SOF), con respecto a la planificación inicialmente diseñada. En la evaluación de proceso planteada se miden indicadores de: cobertura, viabilidad, utilidad y satisfacción.
- b) evaluación de resultado:** analiza el alcance de los objetivos propuestos y los posibles efectos de la intervención, para determinar el nivel o grado de **cambio** que la intervención del SOF podría tener sobre las familias (Alvira, 2002; IREFREA, 2014). En la evaluación de resultados se miden por tanto indicadores de eficacia, para conocer si se están obteniendo los resultados esperados o incluso resultados inesperados. En el caso de la intervención del SOF estos indicadores vendrían dados por criterios de ajuste de la familia a la gravedad del problema, el aumento del consenso y coherencia educativa, la adquisición de pautas educativas, la mejora de la comunicación, convivencia y afectividad familiar, el establecimiento

de normas y límites, la mejora del afrontamiento del problema y el descenso de estrés familiar relacionado.

El diseño de evaluación del programa IBAF siguió un proceso lógico por fases, descrito a continuación.



Figura 10. Diseño de evaluación Programa IBAF

Así, y tras una fase de análisis en un primer momento se realizó la fase de evaluación de proceso. Posteriormente y tras el desarrollo y validación de instrumentos para la evaluación de resultados, se procedió a la evaluación de resultados. Estas fases se han cubierto de forma periódica posteriormente en el tiempo.

Este proceso lógico de evaluación ha sido diseñado e implementado por un equipo de consultores externos al Instituto de Adicciones Madrid Salud, compuesto por integrantes de la Universidad Miguel Hernández de Elche y la Universidad Nacional de Educación a Distancia, abarcando el periodo 2018-2022.

4.2. Evaluación de proceso

4.2.1. Diseño

La evaluación de proceso sigue las propuestas metodológicas planteadas por distintos autores (Alvira, 1997; Hernández-Fernández y Martínez-Clares, 1996). Para analizar el

grado de ajuste y coherencia de las acciones y procesos del programa, con respecto a la planificación inicialmente diseñada. De esta forma, el diseño permite detectar posibles inconvenientes o desviaciones y corregirlos mediante plan de contingencias y analizar la coherencia interna de las sesiones.

En la evaluación de proceso planteada se miden indicadores de:

- Cobertura y participación: número de participantes, tasa de abandono, etc.
- Viabilidad: adecuación a los objetivos planteados, temporalización, flexibilidad de contenidos, coordinación con otros agentes.
- Percepción de utilidad por parte de los usuarios/as.
- Satisfacción de los usuarios/as como indicador de la calidad percibida de un servicio o actividad (Martínez-Tur, Peiró y Ramos, 2001).

La evaluación de proceso del programa se sustenta en un diseño transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.2.2. Metodología y procedimiento

Los datos se obtienen en una única medida (a la finalización de la intervención, tanto para los indicadores de cobertura, participación y utilidad, como para los indicadores de satisfacción). La aplicación de los instrumentos de evaluación se realiza con los miembros de la familia asistente, de forma individual (formato unifamiliar). Los cuestionarios son autoadministrados, con apoyo del personal técnico ante dudas o dificultades de comprensión.

En cuanto al alcance y registro de los indicadores de evaluación de proceso, éstos se van registrando a medida que las actividades se desarrollan (demandas, citas presenciales, número de sesiones, etc.). Los datos son consignados por personal técnico del SOF en las fichas de primera atención e historia familiar. Para su transmisión al equipo evaluador externo, en todos los casos, se preserva el anonimato de los destinatarios/as al asignarse a cada caso una clave de identificación encriptada.

Para cumplir el propósito y los objetivos del proyecto, se define el siguiente orden lógico de metodología:

Fase 1. Identificación de necesidades y conocimiento previo.

- Constitución del grupo de trabajo evaluador. El equipo de trabajo se compone por el equipo evaluador externo, formado por cuatro profesionales y la coordinadora del SOF.

- Reuniones previas de coordinación del grupo de trabajo
 - Establecimiento de objetivos
 - Comprensión de sistemas, terminología y flujos de trabajo SOF.
 - Identificación de la población destinataria de la intervención del SOF.
 - Exploración de la actividad a evaluar (objetivos, destinatarios/as, personal, temporalización).

Fase 2. Determinación de indicadores de evaluación.

- Determinación de las preguntas de evaluación e indicadores de proceso.
- Identificación de la información a recoger. Consulta de fuentes de información internas
- Identificación y extracción de las variables de interés
- para análisis.

Fase 3. Programación de la recogida de información.

- Diseño y planificación del protocolo de recogida de información, identificación de la información y profesionales encargados de la recogida.
- Elección de las fuentes y momentos de recogida de información.
- Establecimiento de fecha límite de recepción de datos para cada periodo de evaluación.
- Conocer estructura/contenido registro archivos de trabajo y bases de datos de trabajo interno SOF (hojas de caso e historia familiar).

Fase 4. Trabajo de campo.

- Durante el periodo determinado para cada segmento evaluado, se realiza el proceso de adquisición y registro de datos, a la finalización de cada intervención

Fase 5. Preparación, depuración y análisis de datos.

- Diseño de bases de datos.
- Diseño e implementación de procedimiento de exportación y fusionado de datos de casos e historias familiares a formato IBM SPSS
- Depuración de la matriz de datos historias familiares. Una vez recogida toda la información facilitada por las fichas de historia familiar y registros de asistencia, se

procede a la homogeneización, codificación, grabación, revisión y depuración y transformación en formatos IBM SPSS de los registros/casos.

- Análisis de datos.

Fase 6. Elaboración de informes de evaluación.

Las fuentes de información utilizadas para la evaluación de proceso son:

- Como fuente primaria:
 - Documentos y registros internos de trabajo del servicio SOF: hojas de caso, hojas de historia familiar y registros de asistencia, de las que se extrae la información disponible sobre las variables a evaluar
 - Cuestionarios de satisfacción de familiares.
- Información cualitativa con responsables de Servicio como fuente secundaria.

4.2.3. Variables e Instrumentos

La evaluación sobre las actividades y recursos del SOF se desarrolla a través de encuestas y administración de cuestionarios intentando alcanzar una muestra representativa de usuarios. Para la evaluación de proceso los datos se obtienen mediante una única medida (diseño transversal), a la finalización de actividades.

El alcance y cobertura de las actividades se evalúan mediante registros de asistencia y las hojas de primera atención y hojas de historia familiar, donde se asientan las características de caso, las características de la familia y las variables de la intervención.

Las características sociodemográficas y la información referida a características psicosociales o relevantes para la intervención familiar, así como la información cuantitativa de las atenciones (número de sesiones realizadas, familiares asistentes, motivos de finalización, objetivos trabajados, etc.) se almacena en bases de datos de uso interno, registros de asistencia y los archivos de coordinación del SOF. Posteriormente, esta información se fusiona en una única base de datos de trabajo.

En cuanto a la evaluación de proceso se incluyen indicadores de:

Tabla 14. Indicadores de proceso	
Instrumento	Indicador
Hoja de historia de caso	<ul style="list-style-type: none"> • Número de casos atendidos. • Número de barrios-distritos atendidos. • Distribución porcentual. • Sexo del caso. • Distribución porcentual. • Edad del caso. • Distribución porcentual por Motivo del caso (problemática tratada). • Tipo de problemática. • Tiempo medio desde detección del problema hasta que se acude al Servicio. • Distribución porcentual por Perfil de severidad.
Hoja de historia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Número de familiares atendidos. • Distribución porcentual por sexo de los familiares que acuden. • Número de barrios-distritos atendidos. • Distribución porcentual – Sexo del familiar. • Distribución porcentual por Tipo de acceso al Servicio. • Distribución porcentual por Familiar que inicia la demanda. • Distribución porcentual por Tipología de familia.
Registro de asistencia (intervención)	<ul style="list-style-type: none"> • Número de dispositivos que atienden casos. • Distribución porcentual por Dispositivo que atiende el caso. • N.º medio de sesiones de intervención realizadas. • N.º medio de Familiares que acuden a las sesiones. • Tiempo medio de espera desde llegada del caso hasta inicio intervención. • Tiempo medio de estancia en el servicio. • Distribución porcentual por Motivo de finalización de la intervención. • Tasa de abandono. • Tasa de derivaciones a otros servicios.
Cuestionarios de satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción general. • Satisfacción específica con organización, profesionales, horarios.

De forma independiente y anónima, se almacenan los cuestionarios de satisfacción recogidos. Esta información se recoge mediante un cuestionario estandarizado diseñado de forma específica.

Cuestionario de satisfacción con el Servicio de Orientación Familiar (para familiares).

Cuestionario auto aplicado de 13 ítems, con distintos tipos de respuesta:

1. Ocho ítems tipo Likert con Escala de respuesta 0 (muy baja satisfacción) a 4 (muy alta satisfacción).
2. Dos ítems de satisfacción general con respuesta graduada (0-10).
3. Dos respuestas de elección múltiple para poder estratificar respuestas por dispositivo.
4. Una pregunta abierta con propuestas de mejora.

Once ítems evalúan las dimensiones de satisfacción siguientes:

1. Uno de tiempo de espera acogida e ingreso.
2. Uno de información recibida del SOF.
3. Dos de atención a las necesidades.
4. Uno de atención por parte de los profesionales del SOF.
5. Tres de organización y horarios.
6. Tres de satisfacción general.

Mayores puntuaciones indican mayor grado de satisfacción con el servicio. El tiempo de administración aproximado es de 5 minutos (ver anexo).

Tabla 15 Dimensiones Cuestionario de satisfacción con la intervención individual		
Dimensión de satisfacción a evaluar	Descripción	Ítems
Tiempo de espera acogida e ingreso	Nivel de satisfacción con el tiempo de espera hasta ser atendido.	1
Información recibida del SOF	Nivel de satisfacción con la información recibida.	1
atención a las necesidades	Grado de satisfacción respecto a expectativas y necesidades.	2
atención por parte de los profesionales del SOF	Nivel de satisfacción respecto a la atención y accesibilidad de los profesionales del SOF.	1
Organización y coordinación	Grado de satisfacción con la coordinación, horarios y duración de sesiones.	3
Satisfacción general	Satisfacción global.	3

4.2.4. Análisis de datos

La codificación y análisis estadísticos de los datos se realizan con el programa estadístico IBM SPSS v24.0. Entre los análisis descriptivos: medias, desviaciones típicas, análisis de correlaciones (coeficiente de Pearson) para comprobar la relación entre variables.

Tablas de contingencia de doble entrada para el análisis de variables cualitativas con Chi cuadrado (X^2). Para diferencia de medias, Prueba T-student y análisis multivariante de varianza (Anova) para muestras independientes. En todos los casos se utiliza un nivel de significación de $p < .05$.

4.3. Evaluación de resultados

4.3.1. Diseño

Siguiendo las propuestas metodológicas antes reseñadas (Alvira, 1997; Hernández-Fernández y Martínez-Clares, 1996), nuestro diseño de evaluación de resultados se centra en los objetivos propuestos en el programa, para determinar el nivel o grado de cambio de

las variables resultados y predictoras sobre las que el programa pretende influir. Se miden indicadores de eficacia.

Se sigue de un diseño cuasiexperimental *pretest-postest* sin grupo control, con un muestreo no probabilístico por conveniencia, que incluye familiares asistentes al Programa de intervención breve en prevención de adicciones en el ámbito familiar (IBAF) del SOF.

La principal limitación es carecer de un grupo control que permitiera comparar la evolución de puntuaciones de posibles participantes que no hubieran recibido intervención alguna. Las revisiones de la literatura reflejan que contar con un grupo control es poco habitual en prevención indicada (Hillebrand & Burkhart, 2009). Ello contravendría aspectos y principios éticos de los Servicios Preventivos y de Orientación, al dejar sin asistencia a unidades familiares y adolescentes.

4.3.2. Metodología

De esta manera se realizan dos medidas sobre un grupo homogéneo: antes del inicio (medida PRE) y a la finalización (medida POST) de la intervención, lo que permite comparar el efecto pre-post de esta. El grupo experimental recibe una intervención que oscila entre 1 y 10 sesiones ($M = 6$, $DT = 3$), con una periodicidad mayoritariamente quincenal, que puede variar en función de la disponibilidad de los/las familiares y la valoración profesional. La aplicación de los instrumentos de evaluación se realiza con los miembros de la familia asistente, de forma individual (formato unifamiliar). Los cuestionarios son autoadministrados, con apoyo del personal técnico ante dudas o dificultades de comprensión.

Para su transmisión al equipo evaluador externo, en todos los casos, se preserva el anonimato de los destinatarios/as al asignarse a cada caso una clave de identificación encriptada.

4.3.3. Variables e instrumentos.

La evaluación de eficacia o cambio familiar tras la intervención se sustenta en dos instrumentos complementarios: Por una parte, una escala desarrollada y validada con anterioridad a las distintas evaluaciones del programa por parte del propio equipo de evaluadores externos al Instituto de Adicciones Madrid Salud.

Por otra, el criterio profesional del personal técnicos del Servicio, que valoran de forma independiente, previa (medida PRE) y posterior (medida POST) distintas dimensiones de cambio en la funcionalidad familiar de los familiares que acuden al SOF. Así, ambos instrumentos proveen de validez convergente sirviendo a la evaluación y posible mejora de la intervención:

Escala de Funcionamiento Familiar – Madrid (EFFAM), Cabrera-Perona, Lloret, Moriano, González-Galnares & Ordóñez, en prensa): Cuestionario de evaluación de la eficacia de la intervención unifamiliar en el ámbito familiar: Cuestionario de 18 ítems con escala respuesta tipo Likert (1: muy poco/nada - 5: Mucho) que se estructura en 5 dimensiones. Cada dimensión consta de 3 ítems, excepto la dimensión Clima familiar (6 ítems).

Las dimensiones evaluadas son:

1. Clima familiar: Dimensión relacional entre los/las familiares, incluye el grado de dificultad en la convivencia de los/las familiares con el menor/joven por el que consultan al SOF, la percepción del familiar de que la comunicación en la unidad familiar es satisfactoria y adecuada y el grado de expresión afectiva entre los/las familiares. La consistencia interna es de .79 para la medida pre y .84 en la medida post.
2. Consenso familiar: grado de acuerdo sobre la severidad del problema del menor y sobre la forma de afrontarlo. La consistencia interna es de .81 para la medida pre y .88 en la medida post.
3. Normas y límites: nivel de establecimiento de normas de convivencia claras, supervisión de las actividades y adopción de sanciones o consecuencias en caso de incumplimiento. La consistencia interna es de .75 para la medida pre y .81 en la medida post.
4. Pautas de afrontamiento: percepción del familiar sobre sus capacidades y recursos de control ante la problemática. La consistencia interna es de .76 para la medida pre y .81 en la medida post.
5. Mejora del estrés/ansiedad (puntuación inversa): grado de afectación emocional en el familiar a causa de la problemática. La consistencia interna es de .75 para la medida pre y .86 en la medida post.

Para la corrección, cada dimensión calcula las puntuaciones medias de sus ítems previa transformación de los ítems invertidos (escala de estrés/ansiedad). Todas las dimensiones, excepto la última, puntúan de forma directa. Así, una mayor puntuación indica mayor presencia de la variable evaluada. En el caso de la dimensión estrés/ansiedad, la puntuación está invertida, de manera que una mayor puntuación indica un mejor estado emocional.

Valoración técnica. Cuestionario de valoración profesional. 11 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos. Evalúa las siguientes dimensiones:

1. Dimensión ajustada (1): Grado de ajuste de la percepción de la gravedad del problema que tienen los/las familiares según la valoración técnica.
2. Clima familiar.

- Convivencia (2): Grado de satisfacción con la convivencia en familia.
 - Afectividad (3): Grado de capacidad para la expresión afectiva y para la promoción del Apego seguro.
 - Comunicación familiar (4): Grado de desempeño de una comunicación efectiva y satisfactoria en la familia.
3. Consenso: familiar (5): Grado de acuerdo sobre la severidad del problema y sobre la forma de afrontarlo.
4. Normativa y límites (6): Grado de capacidad para establecer y mantener normas de convivencia claras y constantes, para supervisar su cumplimiento y establecer consecuencias ajustadas.
5. Pautas de afrontamiento.
- Pautas de actuación (7): Grado de conocimiento e información sobre cómo actuar ante el problema de consulta.
 - Conciencia de Pautas Inadecuadas (8): Grado de conciencia de que la resolución del problema requiere del manejo de herramientas y habilidades a desempeñar por parte de los familiares. Grado de sensibilidad sobre actuaciones disfuncionales.
 - Seguridad y afrontamiento (9): Grado de empoderamiento personal y de afrontamiento activo del problema.
6. Estrés/Ansiedad: (10) Grado de estrés/ansiedad que presentan los/las familiares en relación con el problema.
7. Motivación a la intervención (11): Grado de capacidad y habilidades para motivar a su adolescente-joven, para participar en cualquier intervención dentro del recurso adecuado.

4.3.4. Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizan mediante el programa estadístico SPSS v24.0. Los datos obtenidos en la evaluación PRE y POST se analizan mediante contraste de medias repetidas en muestras relacionadas, comprobando las hipótesis de normalidad y homogeneidad de varianzas. En caso de obtener normalidad en las variables, para analizar los cambios intragrupo PRE-POST, se utiliza análisis de la variancia con puntuaciones de diferencia (ANOVA) para diseño muestral intencional. Cuando no existe distribución normal en las variables, se utiliza la prueba de rangos de Wilcoxon.

Teniendo en cuenta el número de participantes, se fija el nivel de significación a $p < .05$ (nivel de confianza: 95%). Cuando la diferencia entre las medias es significativa, se calcula el tamaño del efecto mediante el índice d de Cohen (1988). Según la clasificación propuesta por este autor, un valor de .20 a .50 significa un efecto bajo, valores entre .50 y .80 se consideran un efecto moderado, y por encima de .80 un efecto elevado.

Para comprobar la diferencia de medias de las medidas PRE-POST en función de variables estratificadas, se realizan pruebas ANOVA mixta de medidas repetidas, incluyendo los factores intragrupo (medida pre-post de cada dimensión de la Escala EFFAM) y factores intergrupo de agrupación/estratificación de la muestra (Ej. perfil de caso, número de sesiones realizadas, motivo de finalización de las sesiones, etc.).

Se extraen los estadísticos F de ANOVA pertinentes asumiendo los supuestos de homocedasticidad (igualdad de covarianzas en los grupos) y esfericidad entre pares.

Cuando el *test* de Esfericidad de Mauchly informa que el supuesto de esfericidad podría incumplirse, se corrigen los Grados de Libertad con la estimación de Esfericidad de Greenhouse-Geisser.

Cuando existen diferencias significativas entre grupos, se utiliza la prueba de Bonferroni para conocer entre qué grupos aparecían estas diferencias.

El tamaño del efecto se calcula a partir del índice η^2 parcial (η_p^2). Según Cohen, valores superiores a .14 se consideran suficientemente grandes como para ser tenidos en cuenta. Valores en torno a .06 se consideran medianos y aquellos iguales o inferiores a .01 son tamaños de efecto pequeños.

4.4. Resultados de evaluación

4.4.1. Evaluación de proceso

Los resultados de evaluación de proceso del programa IBAF del SOF han sido reflejados en diversos informes de evaluación externa del Servicio, cubriendo los periodos 2018,2019-2020 y 2020-2021.

Como conclusión hay que apuntar que los datos muestran estabilidad y continuidad en los diferentes periodos evaluados, a excepción del tipo de problemática que origina la demanda que registró un significativo aumento de casos relacionados con las TICS (que son la demanda principal) y el juego de apuestas que va aumentando paulatinamente.

Algunos datos destacados:

- Han pasado por el programa IBAF entre 2015 y 2022 un total de 7.200 familiares aproximadamente.

- Los casos que han originado la demanda han sido mayoritariamente referidos a chicos, aunque se han logrado incorporar paulatinamente a un nº mayor de demandas referidas a chicas, que pasan del 18% del 1º año al 29% del último registro.
- Del total de casos que son incluidos en el Programa IBAF y convocados a citas presenciales, acuden a la misma en un porcentaje que oscila entre el 85 y el 91% (según el periodo evaluado).
- 8 de cada 10 casos se cierran con cumplimiento de objetivos o con derivación tras cumplimiento de objetivos, en toda la serie evaluada.

4.4.2. Evaluación de resultado

La evaluación de resultado del programa IBAF del SOF, así como el procedimiento de desarrollo y validación de la Escala de Funcionamiento Familiar – Madrid (EFFAM) han sido reflejados en diversos informes de evaluación externa del Servicio, cubriendo los periodos 2018, 2019-2020 y 2020-2021.

Como resumen hay que señalar que se utilizó un diseño de medidas repetidas Pre-Post (EFFAM), sin grupo control en una muestra apareada, cuyos resultados muestran que la intervención individual es eficaz, en tanto que la evolución de puntuaciones de cada una de las dimensiones familiares evaluadas (clima familiar, consenso familiar, establecimiento de normas, adquisición de pautas de afrontamiento y mejora del estrés/ansiedad), registran mejoras significativas tras la misma.

En cuanto a la satisfacción con la intervención individual, esta cumple las expectativas de las personas atendidas, con una satisfacción alta o muy alta sobre el contenido, la metodología y las figuras profesionales que lo desarrollan, con una puntuación media, por encima del 9 sobre 10.

Tanto el desarrollo de la Escala EFFAM como los resultados de análisis de la eficacia del programa, se detallan en dos artículos científicos (en este momento en proceso de evaluación en revistas científicas), cuyas referencias bibliográficas son:

- Cabrera-Perona, V., Moriano León, J.A., Lloret-Irles, D., González-Galnares y Ordóñez, A. (2022). Desarrollo y validación de la escala EFFAM (Escala de Funcionamiento Familiar-Madrid)
- Cabrera-Perona, V., Moriano León, J.A., Lloret-Irles, D., González-Galnares y Ordóñez, A. (2022). Eficacia del programa de intervención breve en prevención de adicciones en el ámbito familiar del Servicio de Orientación Familiar de Madrid Salud

Referencias bibliográficas



- Arbex, C. (2013). Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada. Madrid: ADI.
- Akers, R., Krohn, M., Lanza-Kaduce, L. & Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior. A specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44(4), 636-655.
- Bandura, A. (1986). *The social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs: Prentice Hall. Bandura, A. (1997).
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J.R., & Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 19, 1-10. <https://doi.org/10.3109/09687637.2011.631060>
- Cabrera-Perona, V., Moriano León, J.A., Lloret-Irles, D., González-Galnares y Ordóñez, A. (2022). Desarrollo y validación de la escala EFFAM (Escala de Funcionamiento Familiar-Madrid) (En prensa)
- Cabrera-Perona, V., Moriano León, J.A., Lloret-Irles, D., González-Galnares y Ordóñez, A. (2022). Eficacia del programa de intervención breve en prevención de adicciones en el ámbito familiar del Servicio de Orientación Familiar de Madrid Salud (En Prensa)
- Calado, F., Alexandre, J. y Griffiths, M.D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 397-424.
- Cánovas Leonhardt, P., Sahuquillo Mateo, P. M., Císcar Cuñat, E. y Martínez Vázquez, C. (2014). Estrategias de intervención socioeducativa con familias: Análisis de la orientación familiar en los servicios especializados de atención a la familia e infancia de la comunidad valenciana. *Educación XX1*, 17 (2), 265-288. <https://doi.org/0.5944/educxx1.17.2.11491>
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: a test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 429-455.
- Chóliz, M. & Lamas, J. (2017) ¡Hagan juego, menores! Frecuencia de juego en menores de edad y su relación con indicadores de adicción al juego. *Revista Española de Drogodependencia*, 42 (1), 34-47.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.

- Cordova, D., Heinze, J., Mistry, R., Hsieh, H. F., Stoddard, S., Salas-Wright, C. P., & Zimmerman, M. A. (2014). Family functioning and parent support trajectories and substance use and misuse among minority urban adolescents: a latent class growth analysis. *Substance use & misuse*, 49(14), 1908–1919.
- Delage, M. (2008). *La resiliencia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 51, 109-124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>
- Dunst, C. (2021). Family Strengths, the Circumplex Model of Family Systems, and Personal and Family Functioning: A Meta-Analysis of the Relationships Among Study Measures, *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 13 (2), 1-19. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2021.13.2.77837>
- ESPAD Group (2019). *ESPAD Report 2019 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre on Drugs and Drugs Addiction.
- Estévez, E., y Musitu, G. (2016). *Intervención psicoeducativa en el ámbito familiar, social y comunitario*. Madrid: Paraninfo.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (available at:)
- European Video games industry. *Game Track. Key facts report 2021*. ISFE. 2021
- Fernández-Hermida, J. R., Secades, R., Calafat, A., Becoña, E., Rosal, F., Duch, M. et al. (2010). Una revisión de los programas de prevención familiar. Características y efectividad. Ministerio de Sanidad y Política Social: IREFREA
- Fleming, C., Mason, A., Thompson, R., Haggerty, K., & Gross, T. (2016). Child and parent report of parenting as predictors of substance use and suspensions from school. *The Journal of Early Adolescence*, 36(5), 625-645.
- Fosco, G. M., Stormshak, E. A., Dishion, T. J., Winter, C. E. (2012). Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(2), 202-213

- González-Ros, A., Fernández-Hermida, J. R., Weidberg, S., Martínez-Loredo, V. & Secades-Villa, R. (2016). Prevalence of Problem gambling among adolescents: a comparison across models of Access, gambling activities, and levels of severity. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 371–382 Doi: 10.1007/s10899-016-9652-4
- Griffin, K., y Botvin, G. (2010). Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 505–526. doi: 10.1016/j.chc.2010.03.005
- Guitart, A.M., Bartroli, M., Villalbí, J.R., Guilañá, E., Castellano, Y., Espelt, A., & Brugal, M.T. (2012). Prevención indicada del consumo problemático de drogas en adolescentes de Barcelona. *Revista Española de Salud Pública*, 86(2), 189-198
- Hawkins, J.D., Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73–97. <https://doi.org/10.1007/BF01325432>
- IREFREA (2010). Una revisión de los programas de prevención familiar. Características y efectividad. Ministerio de Sanidad y política social
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic.
- 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.
- Laconi, S., Kaliszewska-Czeremska, K., Gnisci, A., Sergi, I., Barke, A., Jeromin, F., Groth, J., Gamez-Guadix, M., Ozcan, N.K., Demetrovics, Z., & Király, O. (2018). Cross-cultural study of problematic internet use in nine European countries. *Computers in Human Behavior*, 84, 430–440.
- Liu, Q.X., Fang, X.Y., Deng, L.Y., & Zhang, J.T. (2012). Parent-adolescent communication, parental Internet use and Internet-specific norms and pathological Internet use among Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, 28(4),1269–1275. doi: 10.1016/j.chb.2012.02.010
- Martínez-Ferrer, B., Moreno-Ruiz, D., & Musitu, G. (2012). *El tránsito del adolescente: Retos y oportunidades*. Valencia: Ediciones Palmerto.
- Martínez-Pampliega, A., Castillo Iraurgi, I., & Sanz Vázquez, M. (2010). Validez estructural del FACES-20Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(29), 147-165

- Molinaro, S., Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Siciliano, V., Gori, M. & Santinello, M. (2014). Country and individual-level determinants of probable problematic gambling in adolescence: a multi-level cross-national comparison. *Addiction*, 109, 2089–2097. <https://doi.org/10.1111/add.12719>
- Musitu, G., & Callejas, J.E. (2017). El modelo de estrés familiar en la adolescencia: MEFAD. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 11–20. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v1.894>
- Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T. (2010). *Funcionamiento familiar, convivencia y ajuste en hijos adolescentes*. Madrid: Ed. Cinca.
- Nielsen, P., Favez, N., Rigter, H. (2020). Parental and Family Factors Associated with Problematic Gaming and Problematic Internet Use in Adolescents: A Systematic Literature Review. *Current Addiction Reports*, <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00320-0>
- Nikken, P., & Schols, M. (2015). How and Why Parents Guide the Media Use of Young Children. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3423–3435. doi:10.1007/s10826-015-0144-4
- Observatorio Español de Drogas y Toxicomanías. Plan Nacional sobre Drogas (2020). Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de educación secundaria (ESTUDES) 2018-2019. Madrid: Ministerio del Interior.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre adicciones comportamentales. Madrid; 2021. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es>
- Olson, D.H. (2000a). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/110.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D.H. (2000b). Family stress scale. In D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. L. Barnes, A. S. Larsen, M. L. Muxen, & M. A. Wilson (Eds.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the life cycle*. University of Minnesota, St. Paul
- Olson, D.H., Waldvogel, L., & Schlieff, M. (2019). Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update. *Journal of Family Theory & Review*, jftr.12331. <https://doi.org/10.1111/jftr.12331>
- Rehbein, F., & Baier, D. (2013). Family-, media-, and school related risk factors of video game addiction. A 5-year longitudinal study. *Journal of Media Psychology: Theories Methods and Applications*, 25(3), 118–128. doi:10.1027/1864-1105/a000093
- Schneider, L.A., King, D.L., Delfabbro, P.H. (2017). Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, (), 1–13. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.035>

Índice de Figuras

Figura 1.	Encuadre Institucional del Programa.	Pág. 17
Figura 2.	Hipótesis del Programa.	Pág. 28
Figura 3.	Objetivos del Programa.	Pág. 31
Figura 4.	Características del Programa.	Pág. 35
Figura 5.	Fases de la Intervención.	Pág. 39
Figura 6.	Recepción de la Demanda.	Pág. 41
Figura 7.	Acogida/Valoración/Diseño.	Pág. 46
Figura 8.	Implementación.	Pág. 47
Figura 9.	Cierre.	Pág. 68
Figura 10.	Diseño de evaluación Programa IBAF.	Pág. 75

Índice de Tablas

Tabla 1.	Fase 1 Recepción de la demanda.	Pág. 42
Tabla 2.	Fase 2 Acogida/ Valoración/Diseño.	Pág. 45
Tabla 3.	Contenido 1.	Pág. 49
Tabla 4.	Contenido 2.	Pág. 50
Tabla 5.	Contenido 3.	Pág. 52
Tabla 6.	Contenido 4.	Pág. 53
Tabla 7.	Contenido 5.	Pág. 54
Tabla 8.	Contenido 6.	Pág. 57
Tabla 9.	Contenido 7.1	Pág. 59
Tabla 10.	Contenido 7.2	Pág. 61
Tabla 11.	Contenido 7.3	Pág. 64
Tabla 12.	Contenido 8.	Pág. 66
Tabla 13.	Sesiones grupales de apoyo.	Pág. 71
Tabla 14.	Indicadores de Proceso.	Pág. 79
Tabla 15.	Dimensiones del Cuestionario de satisfacción.	Pág. 81



madrid
salud

