

Investigación para la Dirección General de
Desarrollo Familiar del GCBA

“Comparación del costo de un Programa de Tratamiento de Adicciones con un Programa Preventivo en Adicciones”

Diciembre 2018



Presentación

El presente documento es producto de una investigación realizada por la Universidad CAECE para el Observatorio de Familia, perteneciente a la Dirección General de Desarrollo Familiar (DGDF) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, con la finalidad de conocer la eficiencia del programa de prevención familiar Familias Fuertes versus otros programas de tratamiento al consumo de drogas que se desarrollan en la Ciudad de Buenos Aires.

Desde el año 2017, la DGDF en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), ha implementado el Programa Familias Fuertes (Strengthening Families Program en inglés) en distintos barrios vulnerables de la CABA.

Familias Fuertes es un programa de prevención familiar. El cual ha demostrado a nivel internacional promover impactos a largo plazo en el uso de sustancias, el delito y otros comportamientos de riesgo en preadolescentes (10 a 14 años); aumentar la capacidad de los cuidadores para establecer límites, mostrar afecto, apoyo, y promover habilidades en sus jóvenes; así como promover una mejor asignación de recursos públicos, esto al demostrar ser un programa más eficiente que los programas de tratamiento para atender el consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, dicha evidencia se ha estudiado en realidades distintas a la Argentina. Debido a ello, con la intención de ahondar en el conocimiento del desarrollo de Familias Fuertes en el contexto argentino, el Observatorio de Familia solicitó a la Universidad CAECE apoyo para realizar un estudio de eficiencia.

A partir de este estudio se podría conocer el beneficio económico y de alcance que representa para el Estado argentino, y en particular al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, aplicar un programa como Familias Fuertes. Mientras que, a través del proceso de Monitoreo y Evaluación de los programas de la DGDF, el Observatorio de Familia acumularía la evidencia que permitirá realizar las evaluaciones de efectividad del programa en la CABA en el futuro.

En términos generales los resultados de la investigación nos complacen. Ya que muestran que por cada programa de intervención individual implementado por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) en la CABA, es posible atender entre 75-240 jóvenes y sus familias a través del Programa Familias Fuertes. Un número que varía debido a que a medida que una intervención se vuelve más específica, aumenta considerablemente el valor de su tratamiento.

Lo anterior, al igual que los estudios internacionales, pone de manifiesto la eficiencia de Familias Fuertes por encima de los programas de tratamiento individualizado y/o familiar. Evidencia que a su vez nos anima a suponer que los resultados sobre la eficacia del programa también serán positivos en la CABA.

Para terminar, resulta importante resaltar que la investigación de la Universidad CAECE además fue útil en alertar sobre el poco presupuesto asignado a la prevención de uso de drogas en Argentina. Y es que del presupuesto nacional destinado a la reducción de oferta y demanda de drogas en el año 2008, menos del 1% se asignó a la prevención.

Este monto muestra la necesidad de redoblar esfuerzos en la promoción de investigaciones como esta. Las cuales dan cuenta de la amplia gama de beneficios económicos, políticos y sociales que conllevan los programas de prevención familiar. De tal forma que nuevos actores se comprometan a su implementación.

DIANA MEDINA GONZÁLEZ

Coordinadora Observatorio de Familia

Índice

1. Introducción.....	4
2. Justificación.....	5
3. Objetivos.....	6
a. Objetivo general	
b. Objetivos específicos	
Hipótesis.....	6
Metodología.....	6
Marco Teórico y Antecedentes.....	7
Resultados	13
Discusión y Conclusiones	17
Referencias	19

“Se parte del supuesto que prácticamente todos los actores tanto familiares como sociales y comunitarios, pueden beneficiarse con programas de prevención orientados a la promoción de la salud.”

Naciones Unidas (2009)

1. Introducción

Uno de los mayores problemas de la salud pública es el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas de riesgo relacionadas con el mismo. Si bien afecta a la población en general, diversas investigaciones aportan información relevante y preocupante acerca de la edad de inicio de tales conductas, quedando demostrada que la adolescencia temprana es la franja etaria más vulnerable. (Hernández López, et al. 2018; Becoña Iglesias, 2000, Canales Quezada et al. 2012).

La Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (DNOAD) revela en uno de sus últimos informes que, en el grupo de edad de 10 a 14 años, suelen producirse los primeros contactos en relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Este rango etario antecede al que evidencia una mayor vulnerabilidad, debido al sustancial incremento sostenido de las tasas de consumo, en particular a partir de los 15 años. (DNOAD, 2017).

Las conductas de riesgo como el consumo problemático del alcohol o de sustancias psicoactivas, pueden ser potencialmente prevenibles en la adolescencia temprana. Sin embargo, se observa una franca tendencia a su aumento, siendo esto un motivo de preocupación para los organismos que se ocupan de la salud pública en todo el mundo.

Teniendo en cuenta los niveles de prevalencia en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente, es importante contar con estimaciones del impacto presupuestario y del esfuerzo del Estado que genera la misma.

En Argentina, según fuentes de la SEDRONAR para el año 2008, la estimación del impacto presupuestario arrojó un resultado negativo, es decir que generó un déficit presupuestario para el país.

Es notorio el enorme gasto destinado a esta acuciante problemática, pero es más notoria la distribución que se realiza de dicho monto, ya que el 83,4% son destinados entre actividades de tratamiento y tan sólo un 16,4% a actividades de prevención. (DNOAD, 2011)

En los documentos estudiados se ha encontrado que el enfoque sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas ha presentado un cambio desde la mirada tradicional y más reduccionista, que ubicaba el problema en la sustancia o en el individuo, hacia una que refiere un entendimiento de la interacción y los vínculos. (Lobos Palacios, 2012; Naciones Unidas, 2009).

De las estrategias de atención predominantes se ha pasado a enfoques preventivos, en los que se entien-

de al consumo de sustancias psicoactivas como una problemática multideterminada, que requiere un lugar diferente en el marco de una política pública integral (DNOAD, 2011).

La salud de los adolescentes es clave para el progreso social, económico y político de cualquier sociedad, por lo tanto los factores que puedan afectarla, generando un riesgo para el paso evolutivo hacia una adultez saludable presume un elevado costo social y económico para el Estado (Valenzuela et al., 2013).

La prevalencia del consumo problemático de sustancias psicoactivas se ubica en un lugar prioritario como causal de pérdidas de toda índole en nuestra comunidad. Esto hace que las intervenciones que se realicen con el fin de prevenir, ejerzan un impacto positivo en pos de disminuir la incidencia de los aspectos negativos de esta problemática.

En relación a las estrategias de prevención, es preciso dirigirse a la modificación de factores externos como las conductas parentales, en lugar de limitarse sólo a las conductas de los adolescentes. Se busca prevenir y reducir el impacto en las personas y en la salud pública a partir de la detección precoz, la evaluación de riesgos, la comunicación efectiva y una respuesta oportuna. En esta línea las últimas investigaciones destacan el valor central de la familia en relación a dichas problemáticas. (Van der Vorst, H. et al, 2006).

A partir de la implementación del Plan Integral para el Abordaje de los consumos problemáticos (Ley 26.934) se ha recabado evidencia sobre los resultados positivos otorgados por la implementación de Programas Integrales Preventivos en los ámbitos educativos, sin embargo, en general, no se ha reparado en la familia como un recurso valioso y sumamente necesario en ésta tarea de abordaje y prevención, de hecho se ha observado que a pesar de que la familia es el actor al que se le atribuye mayor importancia, no se ha logrado alcanzar un involucramiento de las mismas en las tareas preventivas en dichos contextos. (DNOAD, 2018)

Recientes investigaciones (Velleman, Templeton, & Copello, 2005) han demostrado que la familia agrupa a un importante grupo de factores de riesgo y de protección, y por ello, se ha convertido en un campo de aplicación prioritario para la prevención, estos autores demuestran que existen pruebas crecientes de que la familia juega un papel relevante tanto en la prevención como en el tratamiento del consumo de drogas en jó-

venes, bien mediante la reducción del riesgo, bien mediante el incremento de la protección o la resiliencia.

Las familias tienen gran influencia en la niñez y adolescencia temprana de los hijos, pero a medida que aumenta su edad, aunque no deja de ser una relación relevante, la influencia de los padres o tutores sobre los hijos, disminuye. Las relaciones familiares deficitarias, con prácticas educativas de sobreprotección, ineficacia, excesiva permisividad o dureza, incomunicación, tensión etc. se relacionan con una mayor probabilidad de consumo de drogas por parte de los hijos. (Jiménez Pulido, I., 2012; Hidalgo Bermudo, P. 2017)

Así como la familia puede ser un factor de riesgo, también se ha corroborado que funcionan como un factor protector que ayuda a prevenir el inicio del consumo. Diferentes investigaciones han logrado mostrar cómo variables referidas al acompañamiento que los padres pueden brindar, así como pautas de socialización o comunicación específica sobre el consumo, la calidad de la relación paterno-filial y el apoyo percibido, se asocian a un menor consumo de sustancias con inicio en la adolescencia. (Estevez López, Murgui, Moreno & Musitu, 2007; Martínez Loreto et al., 2016; Ryan, Jorm & Lubman, 2010).

La familia tiene el potencial de proteger a sus hijos de problemas muy diversos de comportamiento de riesgo y de salud mental, entre ellos, el abuso de sustancias y la delincuencia, mediante el desarrollo de un ambiente familiar que genere (en lo posible), una sensación de seguridad emocional y económica además de orientación y pautas apropiadas de conducta, supervisando y atendiendo a sus necesidades básicas, infundiendo seguridad y estimulando su desarrollo y estabilidad (Van der Vorst, H. et al, 2006).

La falta de consideración de la integración e involucramiento de la familia en los programas de prevención tanto como en los programas de atención llevan en frecuentes ocasiones a una tasa relativamente baja de éxito y un costo elevado.

Es por ello que los profesionales de la salud se encuentran ante una demanda que se podría considerar de acción prioritaria para abordar las consecuencias ocasionadas por efecto de una problemática acuciante en la sociedad, constituyéndose su respuesta en una necesaria política de salud pública.

Por esta razón, el presente estudio intentará establecer cómo un determinado programa de prevención permite reducir costes económicos y tener un mayor alcance en la población.

A través de la revisión documental se describirán y analizarán los escenarios de dos Programas patognómicos relacionados con la Prevención y la Asistencia en lo que respecta al consumo problemático de sustancias psicoactivas en adolescentes y la comparación de costos "per cápita" de cada uno de ellos.

A partir de los resultados obtenidos se pretende realizar un aporte significativo que redunde en beneficio de la salud de la población.

2. Justificación

Los costes acarreados por el abuso de sustancias han sido y son estudiados largamente, ya que representan montos significativos que impactan en los presupuestos de varios ámbitos del aparato estatal, así como en el ámbito de Instituciones privadas.

Se calculan costes tangibles e intangibles, costes secundarios, como así también los que implican la pérdida de productividad, costos acarreados por actos delictivos como productos secundarios del abuso y comorbilidad con afecciones en la salud física y mental de las personas con adicción y sus allegados. (Collins et al. 2002)

En cuanto al consumo, y respecto del presente estudio, se considera que el período de desarrollo humano de la adolescencia es crucial en cuanto a vulnerabilidad, marca el término de la niñez e implica, entre otras cuestiones, madurar ciertos aspectos de la relación con los padres, el modelado de características relacionales y de vínculo que no se centre en la dependencia que es propia de la etapa infantil, y lograr comenzar a pensar en un proyecto de vida e identidad propio.

El desarrollo no sólo biológico, sino también emocional, cognitivo y psicosocial que logren los adolescentes en esta etapa, es fundamental en su formación como los futuros adultos que serán. La adolescencia es, después de la niñez, la segunda etapa más vulnerable del ciclo vital y en donde se adquieren la mayoría de los hábitos que pueden tener consecuencias para la salud a largo plazo.

Respecto de dicha vulnerabilidad, en lo referido al inicio del consumo de sustancias, existen factores relacionados con la vida familiar que afectan al consumo de drogas de los jóvenes. Estos pueden resumirse en cinco grandes apartados: *apoyo familiar, vínculo padres-hijos, actitudes parentales, estilos educativos y relaciones familiares* (Roberto Secades Villa, José Ramón Fernández Hermida, Gloria García Fernández, Susana Al-Halabi Díaz, 2011)

Dado que todos estos factores tienen una gran relevancia tanto en la prevención como en el tratamiento, y que en nuestro contexto no son tenidos en cuenta por todos los programas vigentes, se podría considerar, entonces, como un área de vacancia y resulta fundamental tenerlos en cuenta en la implementación de programas de prevención en adolescentes que incorporen de manera activa la participación de la familia.

Una multitud de factores condicionan la probabilidad o la vulnerabilidad de presentar comportamientos de riesgo en relación al consumo de sustancias psicoactivas.

Las sustancias adictivas afectan la salud, conllevando en ocasiones graves problemas médicos como enfermedades cardiovasculares o pulmonares, accidentes cerebrovasculares, cáncer, trastornos mentales, etc. (National Institute of Drug Abuse, 2014).

Según los especialistas de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), el consumo de sustancias psi-

coactivas entre la población adolescente tiene un peso decisivo en el fracaso escolar y explica que entre el 25 y el 30 por ciento de la deserción escolar, además de favorecer la aparición de enfermedades psiquiátricas en edades cada vez más tempranas. (Valenzuela Mujica, María Teresa, Ibarra R y colaboradores, 2013)

Una de las variables que tendría un papel importante en la vida de los adolescentes para el inicio del consumo es el estilo de *crianza*, es por ello que se podría dar un retraso o la inhibición del inicio del consumo de sustancias mediante el desarrollo de programas de orientación e intervenciones preventivas dirigidas hacia el manejo de la crianza parental. (Villegas-Pantoja, M. A.; Alonso-Castillo, M. M.; Alonso-Castillo, B. A.; Martínez-Maldonado, R. - 2014). En esta línea explorar la influencia de la familia y del grupo de pares sobre el consumo de sustancias psicoactivas en población joven es fundamental para lograr estrategias adecuadas de prevención sobre la problemática, tanto a nivel comunitario como estatal.

Considerando la importancia de la adolescencia como etapa vital del proceso evolutivo, con central importancia para las políticas del estado, sería importante tener en cuenta algunos factores asociados al consumo adolescente: entre ellos el consumo por parte de los padres, la disponibilidad de bebidas alcohólicas en el hogar, la existencia de una historia de abuso familiar, siendo éstas las variables familiares que más claramente se relacionan con determinados patrones y niveles de consumo (Mares, Lichtwarck- Aschoff, Burk, van der Vorst & Engels, 2012; Pilatti, Caneto, Garimaldi, del Valle Vera & Pautassi, 2015). En esta línea existen también variables que podrían ser facilitadoras del consumo o de conductas de riesgo que son las denominadas “déficits parentales” que se encuentran en la base de la presencia de conductas disruptivas infantiles. Dichos déficits se relacionan con los estilos parentales, las habilidades para el ejercicio de la autoridad, así como de la supervisión y de la recompensa o castigo. (Espada Sánchez & Méndez Carrillo, 2000).

Es importante tener en cuenta estos elementos, así como los que se desarrollan en los siguientes apartados, para elaborar estrategias de prevención y atención integrales al momento de abordar esta problemática. Por todo lo expuesto esta investigación se ha basado en la comparación de costos de un programa de Prevención del consumo como es Familias Fuertes y las diferentes modalidades de atención de SEDRONAR.

3. Objetivos

Objetivo general

Comparar el costo per cápita de un programa de tratamiento de adicciones otorgado por SEDRONAR y el costo per cápita de un programa preventivo como Familias Fuertes.

Objetivos específicos

-Identificar los indicadores que componen los costes susceptibles de medida en el Programa de subsidios a tratamiento de adicciones brindado por SEDRONAR.

-Identificar los indicadores que componen los costes susceptibles de medida en el Programa Familias Fuertes.

-Analizar el costo per cápita de un programa de tratamiento de adicciones otorgado por SEDRONAR y el costo per cápita de un programa preventivo como Familias Fuertes.

-Analizar y comparar los costos per cápita del Programa Familias Fuertes y la modalidad de tratamiento de Hospital de día de media jornada de SEDRONAR.

4. Hipótesis

Los Programas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas acarrear un costo menor que los Programas de tratamientos de adicción.

5. Metodología

Tipo de estudio

Se trata de una investigación documental descriptiva, se realizó para la misma un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información de datos en torno al tema de Programas de Prevención y Programas de atención en consumo problemático y abuso de sustancias.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión bibliográfica exploratoria de publicaciones utilizando como términos de búsqueda Adolescencia temprana - Prevención - Tratamientos - Adicción - Familia - Sustancias.

La búsqueda bibliográfica se realizó en los portales y sitios institucionales OPS/OMS/ONU, en las bases de datos BIREME, LILACS, MEDLINE, en el Portal de Revistas Científicas en texto completo SciELO y se utilizaron como fuentes de datos priorizados los Informes generados por el Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR) y los proporcionados por el Observatorio de Familia/Equipo de GCBA del Programa Internacional Familias Fuertes en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires.

La revisión documental no establece límites en las fechas de publicaciones, pero se adoptaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión:

- Portales y sitios reconocidos científicamente

- Criterios de exclusión:

- Literatura gris
- Artículos de los que no se obtiene el original completo.
- Bibliografía que no contemple los descriptores de búsqueda propuestos

Flujograma del proceso de selección

Como resultado de la búsqueda y tras aplicar un proceso de selección por pertinencia que aborden de forma específica los temas objeto de estudio, se obtuvo un total de 245 artículos, de los cuales sólo se utilizaron 123 por cumplir con los criterios establecidos y se citaron 63.

6. Marco teórico y antecedentes

La adolescencia como etapa clave en el inicio del consumo

La OMS definió a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, la cual se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Pérez & Santiago (2002) describen una serie de particularidades típicas de esta fase como por ejemplo, fluctuaciones sistemáticas del estado de ánimo, relaciones conflictivas con los padres, desarrollo del pensamiento simbólico que posibilita la elaboración de hipótesis, construcción de escalas de valores, etc. Otra cuestión importante que tiene lugar en esta etapa y marcará el resto de la vida del sujeto consiste en la cimentación de la identidad, siendo éste el momento por excelencia donde se irán construyendo y consolidando aspectos de la identidad como ser la orientación sexual y los roles entre otros.

Según los reportes elaborados por Unicef (2011) se puede considerar como adolescencia temprana el rango etario que se extiende desde los 10 hasta los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse las transformaciones a nivel biológico como por ejemplo, el súbito desarrollo de la actividad eléctrica y fisiológica en el cerebro, las células cerebrales llegan a duplicarse a lo largo de un año produciendo una reorganización neuronal cuyos efectos están asociados al plano emocional y la actividad mental. Asimismo el lóbulo frontal también se desarrolla ampliamente en esta fase. Este acontecimiento resulta trascendental si se considera que dicho lóbulo es el encargado, entre otras funciones de la inhibición de impulsos. Por su parte, Aliño, López Esquirol & Navarro Fernández. (2006) realizaron un compendio de proce-

sos psíquicos que reúne esta etapa como, por ejemplo, labilidad emocional, necesidad de independencia, alteraciones del estado del ánimo, ambivalencia en la relación con los padres la búsqueda de la propia identidad, vínculos amorosos inestables, progresiva relevancia de la imagen corporal. Si bien estos autores proponen que el grupo de pares es muy relevante, ya que es en esta etapa cuando comienzan a tener un papel principal en la vida del adolescente por el impacto trascendental que tienen, pudiendo potenciar aspectos positivos o conductas negativas resulta trascendental remarcar que, los adolescentes requieren del apoyo de la familia, entendiendo por apoyo a aquella presencia de los padres que reconforta al hijo, sintiéndose aceptado por los mismos mediante conductas y expresiones como halagos, aprobación, aliento, confianza, satisfacción, expresiones de cariño. (Thomas, Gecas, Weigert & Rooney, 1974; citado en Pichardo Martínez, 2000).

Adolescencia y familia

Una variedad de ámbitos como el judicial, psicológico, antropológico, social, político y hasta biológico toman en cuenta a la familia como una institución central en el desarrollo de las personas y como factor determinante en la formación de diversas conductas, a pesar de que el objeto de estudio de esas disciplinas no es la familia en sí misma. En éste sentido Pichardo Martínez (2000) menciona que existe una visión tradicional de la familia como una institución universal cuyo ejercicio socializante y la magnitud de su influencia no tiene comparación con ninguna otra institución. Muchos autores coinciden en la dificultad para la elaboración de una definición de familia debido a su complejidad, variabilidad, dependencia del plano cultural, estructura social, entre otros. Pichardo Martínez (2000) afirma que, en función de las experiencias transitadas por sus miembros, cada familia colecciona, filtra y concreta un sistema de valores, normas y creencias que regulan las conductas y posibilitan un marco de adaptación social en los menores. Caplan (1976) propone que la familia es fundamentalmente un sistema de apoyo encargado de transmitir valores, códigos y normas de conducta, aportar al proceso de construcción de la identidad, establecimiento de sistemas de control y resolución de conflictos, información sobre el mundo, pertenencia a un grupo, etc. Si se estima a la familia como la unidad social primaria y la institución socializadora principal se podrá otorgar y comprender la relevancia que la misma adquiere en términos salugénicos y patológicos. (Pérez & Santiago, 2002).

Kumpfer (1999) define a la familia como la unidad básica institucional de la sociedad que es primordialmente, responsable de las funciones relacionadas a la crianza de los niños y adolescentes. Las familias tienen el deber de satisfacer las necesidades físicas, de brindar soporte emocional, oportunidades de aprendizaje y guía moral, y de desarrollar la autoestima y resilien-

cia de sus miembros.

En las últimas décadas del siglo XX y principio del siglo XXI la forma de intervención en las familias en situación de riesgo ha cambiado. De una intervención asistencial y basada en la teoría del “déficit” se pasó a una intervención que trabaja sobre la prevención y que tiene como objetivo el fortalecimiento de la familia como medio protector de las conductas y de los sujetos que forman parte del sistema familiar (Hidalgo García, M.V., Menéndez Álvarez-Dardet, S., Sánchez Hidalgo, J., Lorence Lara, B. & Jimémez García, L. (2009).

El énfasis a partir de aquí estuvo puesto en la preservación y fortalecimiento familiar, apuntando a optimizar el funcionamiento familiar desde una teoría preventiva y no de atención centrada en los adolescentes (Chaffin, Bonner & Hill, 2001; Jiménez, 2009).

Como se refirió anteriormente, las estrategias de prevención producen cambios significativos en el acceso y edad de inicio del consumo, de manera más duradera y con mejores resultados. Los autores explican que las políticas estatales, en base a la evidencia científica, se han ido desplazando de la atención, a estrategias de prevención y fortalecimiento, para evitar la aparición de la problemática.

Los padres, madres o figuras de rol paterno o materno son la mejor fuente de protección para niños y adolescentes. La familia, en todos sus posibles formatos, constituye el *contexto natural* en el que deben cubrirse gran parte de sus necesidades básicas. Por tal motivo se consideran que son necesarios los programas que traten de apoyar a las familias para que cumplan satisfactoriamente sus funciones educativas y, con ello, garantizar la protección y el adecuado desarrollo de los menores (MacLeod & Nelson, 2000).

En esta línea, Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano (2002) han determinado que un ambiente saludable y estimulante es esencial para el adecuado desarrollo de los niños, haciéndolos más resistentes a los cambios en la vida (Rutter, 1999; Stephenson & Helme, 2006) y esto actúa como un factor protector en la vida de los niños y los jóvenes (Dishion, Andrews, & Crosby, 1995; Forgatch & Knutson, 2001), promoviendo conductas saludables, y previniendo la posibilidad de experiencias traumáticas y de-subjetivante. Estos autores sostienen que la prevención de las conductas delictivas y de consumo de sustancias es esencial para reducir la aparición de problemáticas que precisen intervenciones de segundo o tercer nivel de atención.

En relación a estos Factores de protección la UNODC (2009) define algunos elementos del funcionamiento familiar que son decisivos para ayudar a proteger a los niños contra el abuso de sustancias:

1. Una relación cariñosa, segura y sana entre padres (o tutores) e hijos
2. Supervisión parental, así como el ejercicio de una disciplina eficaz.
3. Transmisión de valores familiares favorables a la sociedad;
4. Interés de los padres por la vida que llevan sus hi-

jos;

5. Apoyo de los padres o tutores (emocional, cognitivo, social y financiero)

Harré & Lamb (1992), mencionan el status universal que tiene la familia, ya que está presente en toda organización social, una mirada de contextos relevantes del ser humano ubica a la familia en un lugar de privilegio ya que en todas las culturas el hombre ha vivido en un contexto de grupo familiar.

Distintos organismos como la OPS y OMS (OMS, 2003) reconocen a la familia como la principal fuente transmisora de conocimientos, valores, actitudes y hábitos. Pero además de facilitar la supervivencia biológica y ser el primer agente de socialización, la familia tiene profundos efectos en la vida anímica de los sujetos (Hernández, Triana & Rodríguez, 2005).

La experiencia de la vida familiar, aunque no lo determine, marca nuestro proceso de desarrollo a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital. Distintos autores (Rodrigo & Palacios, 1998; Tempera de Devoto, 2005) acuerdan que la familia fomenta el desarrollo de los individuos, provee afecto y apoyo, aporta estimulación y favorece el vínculo con otros contextos, entre otras funciones básicas que posibilitan un desarrollo individual saludable.

La familia, la escuela, la comunidad, el adolescente, los padres, el estado son algunos de las principales variables a tener en cuenta a la hora de diseñar planes de intervención y prevención del consumo problemático de sustancias.

Características de los Programas

Con el fin de lograr un análisis que permita comparar los costes “per cápita” de un abordaje preventivo cuyo objetivo es evitar el consumo problemático de sustancias y adicción a las mismas, con un abordaje de tratamiento de adicciones cuyo objetivo es tratar la problemática del abuso ya instalada, se detallarán las características de los mismos.

Programa internacional Familias Fuertes

Como se ha desarrollado, diferentes autores demuestran que las familias son el elemento protector fundamental en la vida de las jóvenes. Las intervenciones familiares son efectivas para crear relaciones saludables entre los padres y sus hijos, actuando en edad temprana para prevenir situaciones y conductas de riesgo.

En el año 2009 la UNODC (2009) Naciones Unidas contra la Droga y el Delito realizó un estudio sobre los programas internacionales que trabajan sobre el consumo problemático, la familia y la adolescencia. En dicho informe se analizaron 130 programas, entre los cuales estaba el Programa Familias Fuertes, en su versión en inglés. Entre sus resultados destacan que los programas de educación de los padres (solamente) no han resultado tan eficaces como los programas de *desarrollo de aptitudes* de la familia que demostraron buenos

resultados para prevenir el abuso de sustancias y otros comportamientos de riesgo. En la misma investigación señalan que eso se debe a que estos programas actúan fortaleciendo determinados factores poderosos de protección y reduciendo, de esa forma, la probabilidad de riesgo futuro (UNODC, 2009) Dentro de los factores que han sido demostrados que tienen eficacia para prevenir el consumo la UNODC ubica los siguientes:

- a) Fomentar relaciones constructivas en el seno de la familia;
- b) Aumentar la supervisión y la vigilancia que ejerce la familia;
- c) Promover la transmisión de los valores y expectativas de la familia (T. K. Taylor y A., 1998 citado en UNODC 2009)

En esta línea los programas de *desarrollo de las aptitudes de las familia*, que se compararon con otros métodos de prevención, constituían un método muy eficaz y eran unas 15 veces más eficaces que los programas que únicamente proporcionaban información a los jóvenes, desarrollaban su autoestima y unas tres veces más eficaces que los de desarrollo de aptitudes para desenvolverse en la vida cotidiana o en la vida en sociedad (UNODC 2009). La articulación teórico práctica, en conjunto con estrategias de intervención en la comunidad, parecen ser las mejores estrategias para prevenir el consumo problemático y fortalecer el proyecto educativo en la adolescencia.

Los programas de familia tienen por objeto fortalecer los *factores de protección*, aumentar la comunicación entre los miembros, la confianza y la capacidad para solucionar conflictos, fortalecer los lazos afectivos entre padres e hijos entre otros elementos (UNODC, 2009) Algunos programas, como Familias Fuertes, trabajan en la línea de la prevención de las conductas delictivas y el consumo problemático.

El Programa “Familias Fuertes” contiene los elementos fundamentales para todo programa de formación de padres. Estos elementos son el carácter Formativo y el carácter Educativo (Hidalgo García et al. (2009). El primero tiene que ver con brindar a los padres la posibilidad de aprendizaje y desarrollo en el fortalecimiento de sus competencias como padres, y no desde una teoría que se base en intervenciones sobre los errores que los padres pueden cometer. Por otro lado el enfoque psicoeducativo de intervención familiar se caracteriza por tratar de dar respuesta a las necesidades que los estudios empíricos han desvelado como las más importantes para el desempeño de la maternidad y la paternidad” (Azar y Cote, 2002; White, 2005). Estos estudios han puesto de manifiesto que para asumir de forma competente la tarea de ser padre o madre se requieren tanto habilidades específicamente *educativas* (reconocimiento de logros evolutivos, saber promover y apoyar el aprendizaje, utilizar estrategias adecuadas de control y supervisión, etc.) como otras más generales de índole *socio-personal* (buena autoestima y percepción de competencia, lugar de control interno; satisfacción con el rol parental, etc.). Por ello, estos programas tratan,

por un lado, de proporcionar a los padres y las madres los conocimientos y las estrategias necesarias para la adquisición de habilidades educativas pero, al mismo tiempo, tratan de promover en estos progenitores la *seguridad y la satisfacción con el rol parental* necesarias para desarrollar las habilidades más relacionadas con su desarrollo adulto y lo que se denomina la Agencia Personal (Vallacher y Wegner, 1989; Maíquez, Rodrigo, Capote y Vermaus, 2000)” (Hidalgo García et al (2009).

El objetivo principal del “Programa Familias Fuertes” es aplicar una intervención primaria de capacitación en habilidades de crianza y de relación familiar para prevenir conductas de riesgo en jóvenes entre 10 y 14 años de edad (OPS 2009, Manual del Facilitador). Dicho objetivo no es solo prevenir el consumo, sino también crear familias autosuficientes que puedan mejorar el manejo de sus conflictos internos y externo, así como también apoyarse entre ellos.

Para ello “Familias Fuertes” basa su trabajo en una serie de dinámicas de familia sustentada en evidencia, como las estrategias de habilidades que apuntan a:

- Aumentar el empoderamiento parental
- Fortalecer la comunicación familiar
- Lograr mayor cohesión, apoyo y confianza
- Construir unidad familiar
- Aumentar la autoestima de todos sus integrantes
- Crear una red de apoyo para padres
- Construir relaciones entre iguales para niños (OPS 2009, Manual del Facilitador)

Este programa ha sido adaptado del Programa Iowa Strengthening Families (ISFP), desarrollado en 1992 por la Universidad del Estado de Iowa en su Centro para Estudios Sociales y de Conducta. La OPS (2009), se ha encargado de adaptarlo para Latinoamérica, y define al programa como una intervención basada en evidencias soportada por los cuatro siguientes puntos como pilares básicos:

- A. Rescatar la importancia de las teorías del cambio de comportamiento.
- B. Intervenir en los diferentes niveles de influencia: individual, familiar y comunitaria.
- C. Considerar las necesidades y los deseos de los adolescentes.
- D. Es específico para jóvenes con edades de 10 a 14 años.

Estos elementos desarrollados hasta aquí son la base para las 7 sesiones que conforman el programa. Las mismas están articuladas en tres momentos esenciales:

Sesión de Jóvenes: se trabaja con dinámicas teórico-prácticas sobre aspectos relevantes con los jóvenes.

Sesión de Adultos: se trabaja con material esencialmente audiovisual para trabajar aspectos relevantes con los adultos responsables, como son la comunicación, límites claros, reuniones de familia, reglas familiares entre otros.

Sesión de familia: este es un momento donde se tra-

bajan en dinámicas de conjunto, afianzar los contenidos de las dos etapas anteriores, mejorar el funcionamiento de las familias con contenidos específicos. Al final de cada sesión de Familia se deja una tarea para la semana siguiente y se comprueba que las familias hayan podido resolver las mismas.

En cada una de las sesiones participan hasta un total de hasta 15 familias, en grupos tanto de jóvenes como de padres. El grupo mínimo considerado de familia es un padre, madre o cuidador y un adolescente entre 10 y 14 años.

Se utiliza una metodología de trabajo en grupo, la cual tiene importantes beneficios en la intervención familiar (Hidalgo et al. 2009). En primer lugar, potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y, con ello, el fomento de las redes de apoyo *social informal*, tan necesarias para el desempeño de la maternidad y la paternidad y especialmente en situaciones de riesgo psicosocial. En segundo lugar, proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se potencia el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos, fundamental para la crianza. En tercer lugar, la intervención grupal con padres y madres permite *economizar tiempo y esfuerzo* a los profesionales responsables de la atención a las familias, indispensable en intervenciones desde el Estado.

A continuación se enumeran los contenidos que se trabajan y desarrollan en cada una de las sesiones:

1. Sesión con los padres. Amor y límites.
1. Sesión con los adolescentes. Tener metas y sueños.
1. Sesión con la familia. Apoyar las metas y sueños.
2. Sesión con los padres. Establecer reglas en casa.
2. Sesión con los adolescentes. Apreciar a los padres.
2. Sesión con la familia. Promover la comunicación en la familia.
3. Sesión con los padres. Estimular la conducta adecuada.
3. Sesión con los adolescentes. Hacer frente al estrés.
3. Sesión con la familia. Aprecio a los miembros de la familia.
4. Sesión con los padres. Utilización de las consecuencias.
4. Sesión con los adolescentes. Obedecer las reglas.
4. Sesión con la familia. Empleo de las reuniones familiares.
5. Sesión con los padres. Establecer vínculos.
5. Sesión con los adolescentes. Hacer frente a la presión de los compañeros.
5. Sesión con la familia. Comprender los principios de la familia.
6. Sesión con los padres. Protección para evitar las conductas de riesgo.
6. Sesión con los adolescentes. La presión de los compañeros y el valor de los buenos amigos.
6. Sesión con la familia. Las familias y la presión de los compañeros.
7. Sesión con los padres. Conexiones con la comuni-

dad.

7. Sesión con los adolescentes. Ayudar a otros.
7. Sesión con la familia. Recapitulación.

Cada una de estas sesiones contiene dinámicas que trabajan de manera teórico-práctica la adquisición de cada una de las herramientas. La mayoría de estas fueron desarrolladas sobre la base de los contenidos que se han enumerado en el marco teórico.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR)

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, anteriormente denominada Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, (SEDRONAR) es una Secretaría de Estado dependiente de la Presidencia de la Nación Argentina dedicada a brindar asistencia a los consumidores en materia de la prevención y el tratamiento de adicciones. Fue creada mediante el Decreto N° 271/89 y se encarga de la coordinación integral de las políticas nacionales en materia de adicciones.

Implementa un abordaje que concibe al consumo abusivo de sustancias psicoactivas como una problemática crónica con posibilidad de rehabilitación, con una tasa anual de éxito relativamente baja.

Teniendo en cuenta que es una Secretaría para el abordaje integral, la Sedronar ha desarrollado una serie de programas de subsidios y dispositivos de atención directa a usuarios de sustancias psicoactivas tanto a nivel preventivo como asistencial. Entre los más relevantes, se mencionan (SEDRONAR/OAD 2018):

1. La línea telefónica de atención directa (línea 141);
2. Los centros de evaluación y derivación (CEDECOR);
3. Los dispositivos integrales de abordaje territorial (DÍAT);
4. Los dispositivos de tratamiento comunitario (DTC);
5. Los subsidios a organizaciones no gubernamentales que realizan prácticas de reducción de riesgos y daños en zonas de alta vulnerabilidad social, llamados Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC);
6. El programa de subsidios a tratamiento en centros de asistencia ambulatorios y residenciales (centros de día, medio día, centros de noche y comunidades terapéuticas no gubernamentales);

Contempla un Programa de subsidios a tratamiento en centros de asistencia ambulatorios y residenciales (centros de día, de noche y comunidades terapéuticas no gubernamentales), así como estrategias de prevención en la comunidad.

La *atención* es directa a usuarios de sustancias y cada subsidio tiene asignado un monto que expresa el valor del día de tratamiento según la modalidad de atención y clasificación de la institución acorde al nivel de complejidad asistencial.

Las siguientes *modalidades de tratamiento* son las que han sido relevadas en el estudio de Censo Nacional de Centros de Tratamiento Argentina 2011 (SEDRONAR/

OAD 2011):

Consultorio externo: son dispositivos profesionalizados que brindan la posibilidad de realizar consultas de tipo diagnóstica y de orientación, así como también se brinda atención psicológica o psiquiátrica.

Ambulatorio: son dispositivos donde los pacientes asisten con una frecuencia estipulada al tratamiento. Este cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran terapias individuales, familiares y grupales.

Hospital de día: son instituciones que brindan tratamiento diurno de lunes a viernes (4 hs. diarias si es de medio día, sino jornadas de 6 a 8 hs. con almuerzo), a las que los pacientes deberán concurrir diariamente. Pueden asistir también feriados y fines de semana, pero en todos los casos deberán pernoctar fuera de la institución.

Hospital de noche: son instituciones que brindan asistencia nocturna, donde el paciente mantiene actividades diurnas fuera de la institución, pero todas las noches regresa a la institución para pernoctar allí.

Tratamiento residencial: es aquella modalidad que brinda atención las Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR. Presidencia de la Nación. 20 24hs del día.

Grupo de autoayuda: estos grupos tienen por objetivo compartir experiencias, fortalezas y esperanzas relativas al proceso de recuperación permitiendo establecer una red de apoyo para mantener la recuperación de sus miembros. Los grupos pueden estar formados por profesionales o por adictos en proceso de recuperación que, coordinados o no por profesionales, sostienen reuniones regularmente.

Tratamiento de rehabilitación: por lo general son residencias externas indicadas en pacientes en la última etapa de tratamiento. Están incluidos los dispositivos previos a la internación y aquellos que con un programa prefijado se incluyan en los objetivos de reducción de daño.

Desintoxicación: es un proceso mediante el cual los individuos son apartados sistemáticamente de las drogas adictivas en ambientes dentro y fuera del hospital, normalmente bajo el cuidado de un médico. A veces se la considera como una modalidad de tratamiento específica, pero es más apropiado definir la desintoxicación como un precursor del tratamiento, ya que está diseñada para tratar los efectos agudos fisiológicos del cese del uso de drogas.

Comunidad Terapéutica: son programas residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Difieren de otros enfoques de tratamiento principalmente en su uso de la comunidad, compuesta por el personal de tratamiento y aquellos en recuperación, como agentes cla-

ves del cambio.

Tratamiento de sustitución farmacológica: es un programa de tratamiento donde el objetivo es lograr la disminución y eliminación de los síntomas de abstinencia y el deseo por el consumo de la sustancia a través de la sustitución por un fármaco de la misma clase, de duración más prolongada y que permita una reducción paulatina de su utilización. Estos medicamentos, al actuar sobre los mismos lugares del cerebro que la droga a la que sustituyen, bloquean sus efectos, suprimen los síntomas del síndrome de abstinencia y alivian el deseo de consumo. Esto ayuda a los pacientes a abandonar la búsqueda de la droga

Muchas de las diferentes modalidades descritas suelen presentarse de manera conjunta, siendo que es muy extraño que los pacientes circulen solamente en una de ellas.

Delimitación conceptual de Consumo problemático

Según el artículo 2 de la Ley N° 26.934 de 2014, mediante la que se crea el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos

“...se entiende por consumos problemáticos aquellos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas -legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”.

Esta dependencia de la sustancia hace que el sujeto se pierda en el objeto, pierda la libertad de tomar decisiones y construir un proyecto de vida. A partir del enfoque social, colectivo e integral para el abordaje de esta problemática, se incluyen diferentes niveles de prevención, para promover la salud y el bienestar social de la comunidad.

La OMS define la *atención* como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Ha distinguido tres niveles de atención:

El *primer nivel* es el más cercano a la población, el nivel del primer contacto. Se refiere a la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la *puerta de entrada* al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centro de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. (OMS, 1998)

El *segundo nivel* de atención contempla a los hospi-

tales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría, entre otros. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población. (OMS, 1998)

El *tercer nivel* de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, y se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. (OMS, 1998)

La **Prevención** se define como el conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Existen diferentes niveles de Prevención (OMS, 1998, Colimón, 1978):

La prevención primaria es el conjunto de medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud. Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes

La prevención secundaria se refiere al conjunto de medidas para la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño en el sujeto no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes.

La Prevención terciaria se refiere a acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

Planteamiento del problema

En el Informe del año 2011, realizado por el Observatorio Argentino de Drogas, “Algunos análisis económicos sobre las sustancias psicoactivas en la Argentina”, se explicita que los costos en salud son los gastos ligados a la producción del servicio, entre ellos el pago de mano de obra e insumos y que en los análisis económicos, no todos los costos son tangibles, el dolor y el sufrimiento, la pérdida de productividad laboral como resultado de la enfermedad son ejemplos de costos de este estilo.

Desde la Conferencia de Alma Ata (1978) en adelante se ha comprobado la importancia de la prevención de las enfermedades como política esencial de cualquier Gobierno.

Teniendo en cuenta los niveles de prevalencia en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas en la población adolescente, es importante contar con estimaciones del impacto presupuestario y del esfuerzo del Estado que genera esta problemática de salud pública.

Con relación a nuestro país, la estimación del impacto presupuestario de dicha problemática, según fuentes de la SEDRONAR para el año 2008, arrojó un resultado negativo, es decir que generó un déficit presupuestario para el país.

Es relevante tener en cuenta el Presupuesto de drogas (PD) de nuestro país, éste es un indicador de política pública que mide el esfuerzo de gasto realizado por el Estado en la problemática de las drogas, ya sea por implementar políticas de prevención, de asistencia y/o de lucha contra el narcotráfico.

Es notorio el enorme gasto destinado a esta acuciante problemática, pero es más notoria la distribución que se realiza de dicho monto.

La mayoría de los gastos gubernamentales directos (95%) corresponde a las actividades de “Reducción de la oferta”, siendo aproximadamente el 81% de éstos últimos destinados al tratamiento de las causas judiciales, es decir, a aquellos delitos contra la ley de estupefacientes, y a otros delitos asociados al consumo y/o tráfico de las drogas.

Ahora bien, los montos destinados a la “Reducción de la demanda”, se distribuye entre actividades de tratamiento 83,4% y actividades de prevención, tan sólo un 16,4%. (OAD,2011)

Tal como lo señala Santiveri (2011) la familia es un elemento clave en la prevención del consumo problemático. La adolescencia se presenta como etapa clave del inicio del consumo por lo que es indispensable estrategias integrales de abordaje de la problemática en esta etapa, donde se recurra también al trabajo con las familias.

Uno de los mayores problemas de la salud pública es el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas de riesgo relacionadas con el mismo. Si bien afecta a la población en general, diversas investigaciones aportan información relevante y preocupante acerca de la edad de inicio de tales conductas, quedando demostrada que la adolescencia temprana es la franja etaria más vulnerable. (Hernández López, et al. 2018; Becoña Iglesias, 2000, Canales Quezada et al. 2012).

Es importante remarcar que un estudio como el presente no pretende ser un estudio de estimación de los costos desde la perspectiva de un análisis económico, ni un análisis de impacto presupuestario en donde se analicen los índices de eficiencia o de costo-enfermedad, sino que en base a la información recabada, y teniendo en cuenta que el consumo problemático de sustancias forma parte de una realidad compleja que interpela, desafía y compromete a toda la sociedad, es

insuficiente la mirada actual para comprender y abordar esta problemática ya que son múltiples los factores que se ven involucrados en ella y es creciente el índice de prevalencia obtenido con un gran costo y pocos resultados positivos.

A partir del planteamiento descrito surgen los siguientes interrogantes, ¿es posible implementar un programa de prevención que permite reducir costes económicos y tener un mayor alcance en la población? , ¿la prevención en la adolescencia temprana con un enfoque en el fortalecimiento familiar reduciría el número de personas que generan un gran gasto en atención?

7. Resultados

El objetivo general de esta investigación fue “Comparar el costo per cápita de un programa de tratamiento de adicciones otorgado por SEDRONAR y el costo per cápita de un programa preventivo como Familias Fuertes”.

Para responder a este objetivo se llevó a cabo el análisis de los datos brindados por la Dirección General de Desarrollo Familiar, y los datos obtenidos del Observatorio sobre las Drogas de SEDRONAR y se compararon los indicadores que componen los costes susceptibles de medida de ambas modalidades.

“El programa de subsidios a tratamiento” de SEDRONAR incluye diferentes modalidades, que figuran desglosadas a continuación con sus respectivos costos per cápita, por día de atención y por costo anual de tratamiento. A su vez se realizó un análisis de los costos del Programa Familias Fuertes, y la comparación anual con los costos de cada modalidad de tratamiento. Por último el análisis se basó en relacionar en profundidad la modalidad de Hospital de día de media jornada y Familias fuertes, debido a que, a criterio de los investigadores, se pueden encontrar similitudes entre ambos programas.

A continuación se describen los indicadores y costos respectivos del Programa Familias Fuertes.

Tabla 1. Costos del Programa Familias Fuertes

COSTO FAMILIAS FUERTES	Valor del Programa	Valor Por Taller	Valor Por Familia	Valor Por Persona
Recursos humanos	190 U\$S	27U\$S	12.7U\$S	6.35U\$S
Provisiones (meriendas, etc)	79 U\$S	11U\$S	5.2 U\$S	2.6U\$S
Materiales	140U\$S	20U\$S	9,3U\$S	4.65U\$S
Total Valores	409 u\$S	58,5 u\$S	27,2 u\$S	13,6 u\$S

El análisis de los datos nos muestran que las 7 sesiones de participación de un individuo en el programa tiene un coste de 13,6 U\$S. Este dato se obtiene de la división del valor total del Programa con el total de Familias que dicho programa alcanza, considerando 15 como

máximo. Si bien pueden participar más de un padre y más un adolescente, a los fines de la presente investigación se tomó como medida mínima la formulada por los creadores del programa:

Familia es al menos un Madre, padre o cuidador, y por lo menos un adolescente.

A raíz de esto se obtuvo que el valor total por familia es de 27,2U\$S que luego se dividió por dos y se obtuvo un valor de 13,6U\$S, que representa el costo per cápita del Programa.

Se utilizó el mismo procedimiento para la descripción y análisis de los indicadores y costos respectivos de las diferentes modalidades de los Programas de tratamiento de SEDRONAR, obteniéndose así los valores por hora y día de atención. A continuación se detallaron en cada una de las tablas los valores por hora, día y año:

Tabla 2 - Costos tratamiento Hospital de Día media Jornada

COSTOS HOSPITAL DE DÍA MEDIA JORNADA	Hora	Día	Anual
Costos por 1/2 Jornada	1,14u\$S	5,72 u\$S (5 días)	1487,2 u\$S
Consultorios externos (4 hs semanales)	2,2 u\$S	1,76 u\$S	457,6 u\$S
Valor Total anual		7,48u\$S	1944,8 u\$S

Tabla 3 - Costos tratamiento Hospital de Día Jornada Completa

HOSPITAL DE DÍA JORNADA COMPLETA	Hora	Día	Anual
Costos por Día Jornada Completa	0,96 u\$S	7,7 u\$S	2002 u\$S
Consultorios externos (4 hs semanales)	2,2U\$S	1,76u\$S	457,6 u\$S
Valor Total		9,46u\$S	2459,6 u\$S

Las modalidades de hospital de día incluyen tratamientos que son de Lunes a Viernes, ambulatorios, es decir el paciente regresa a su casa luego de la atención. Por lo que para calcular el monto anual se tomó el valor por día, se lo multiplicó por los 5 días laborales, y luego se multiplicó por las 52 semanas del año, lo cual dio el valor final de ambas modalidades.

Tabla 4 - Costos tratamiento Centro de noche

CENTRO DE NOCHE	Hora	Día	Anual
Valor por Noche		7u\$S	2548 u\$S

Para el cálculo del monto anual de Centro de día, se tomó en cuenta que es una modalidad que incluye los

7 días de la semana, las 52 semanas del año por lo que se constituye de esa multiplicación el valor total anual.

Tabla 5 - Costos tratamiento Comunidad terapéutica residencial

COMUNIDAD TERAPÉUTICA RESIDENCIAL	Hora	Día	Anual
Hombres		12 u\$s	4368 u\$s
Mujeres		12,84 u\$s	4673,76 u\$s

Para el cálculo del monto anual de comunidad terapéutica, se tomó en cuenta que es una modalidad que incluye los 7 días de la semana, las 52 semanas del año, tanto para hombres como para mujeres, por lo que se constituye de esa multiplicación el valor total anual.

Tabla 6 - Costos tratamiento Comunidad terapéutica para pacientes duales

COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA PACIENTES DUALES	Hora	Día	Anual
Hombres		17,32 u\$s	6304,48u\$s
Mujeres		19,05u\$s	6934,2u\$s

El monto anual de comunidad terapéutica fue calculado teniendo en cuenta que es una modalidad que incluye los 7 días de la semana, las 52 semanas del año, tanto para hombres como para mujeres, por lo que el valor total se constituye de esa multiplicación.

Tabla 7 - Costos tratamiento Clínica Psiquiátrica con comorbilidad.

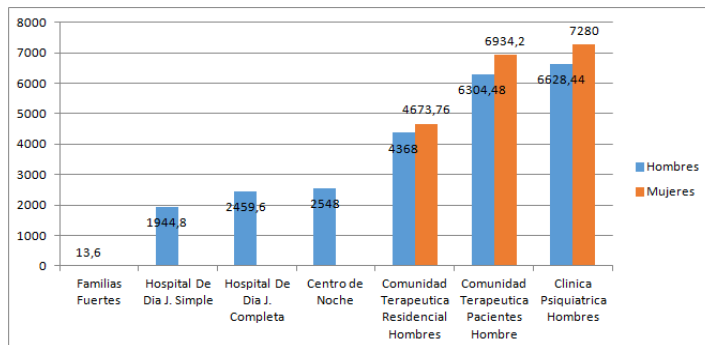
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA CON COMORBILIDAD ADICCIÓN	Hora	Día	Anual
Hombres		18,21U\$S	6628,44U\$S
Mujeres		20U\$S	7280 U\$S

El monto anual del valor de la Clínica Psiquiátrica con comorbilidad de adicciones, fue calculado teniendo en cuenta que es una modalidad que incluye los 7 días de la semana, las 52 semanas del año, tanto para hombres como para mujeres, por lo que el valor total se constituye de esa multiplicación. No es algo regular que los pacientes pasen un año en esta modalidad, pero para la presente investigación, a los fines de poder comparar costos, se tomó el valor anual, como con las otras modalidades.

Análisis de Datos Comparativos

A continuación se muestra la comparación de los costos de las diferentes modalidades y los valores obtenidos del análisis de Familias Fuertes. El siguiente gráfico muestra de manera comparativa el valor de los diferentes tratamientos por días de atención, por persona atendida, o que participó del el Programa Familias Fuertes. Los montos que se reflejan aquí son “per Capita”.

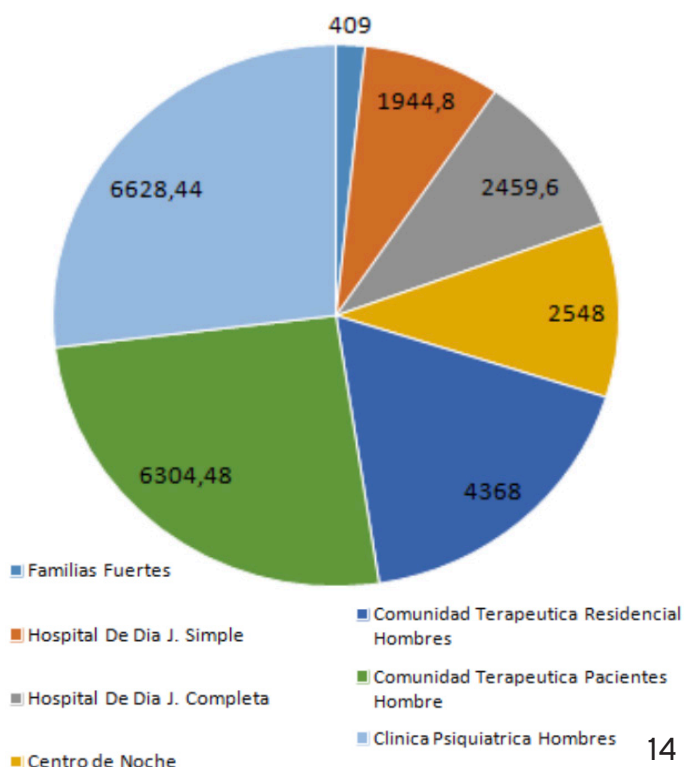
Gráfico Número 1. - Comparación de Costos anuales en dólares de diferentes modalidades.



Como se observa claramente en el cuadro a medida que la intervención se vuelve más específica aumenta el valor en dólares que debe transferir SEDRONAR a dichos establecimientos. Cabe destacar que el programa familias fuertes es un programa de prevención, que debido a su eficacia en relación al consumo y las conductas delictivas siguiendo los resultados obtenidos a nivel mundial, desestimará la necesidad de intervenciones de segundo o tercer nivel de atención.

El gráfico muestra la diferencia sustancial en valores anuales que tienen las diferentes modalidades de tratamiento de atención y Familias fuertes, per cápita.

Gráfico Número 2 - Comparación de Costos anuales por programa total de FF y tratamientos SEDRONAR.

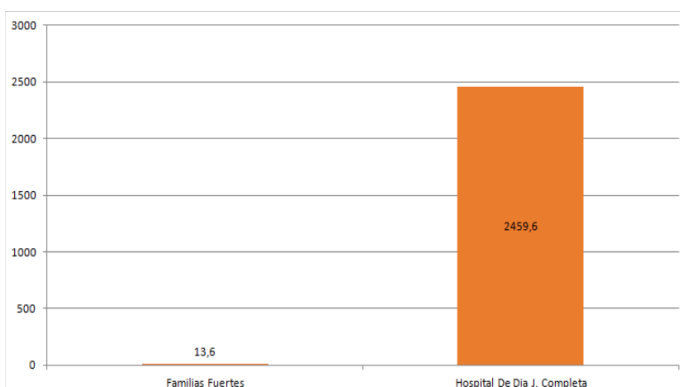


Si tomamos como referencia el valor total del programa (409u\$s) para un máximo de 15 familias (1 madre, padre o cuidador y 1 adolescente) y lo comparamos con los diferentes tratamientos, observamos que la diferencia sigue siendo sustancial.

Teniendo en cuenta que Familias Fuertes es un programa de prevención, se observa que los programas de prevención son mucho menos costosos que los programas de atención analizados en la presente investigación.

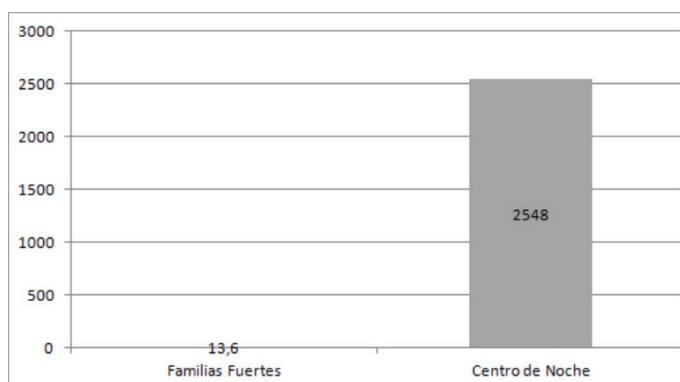
A continuación se presenta de manera detallada la relación entre los costos anuales, per cápita, de Familias Fuertes y las diferentes modalidades de SEDRONAR:

Gráfico Número 3 - Comparación de Costos Familias Fuertes y Hospital de día J. Completa.



El gráfico muestra la comparación de los valores del tratamiento de hospital de día Jornada completa y el Valor del programa Familias Fuertes. Con el dinero total de un tratamiento anual para una persona se podrían realizar 6 programas de familias Fuertes para 90 familias, es decir tratamientos de prevención para 180 participantes.

Gráfico Número 4 - Comparación de Familias Fuertes y Centro de Noche.

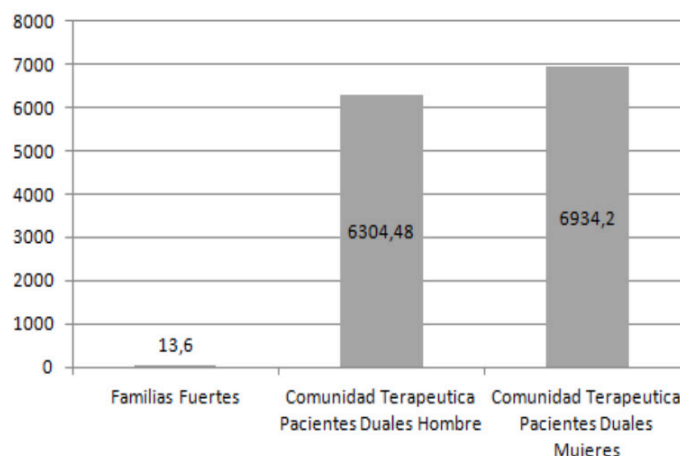


Los datos comparados de Familias fuertes y Centro de noche muestran resultados similares al anterior: con el dinero de un tratamiento de SEDRONAR, se podrían realizar 6 Programas de Familias fuertes, para 90 familias, es decir 180 personas.

Gráfico Número 5. - Comparación de Costos Familias Fuertes y Comunidad Terapéutica Residencial.

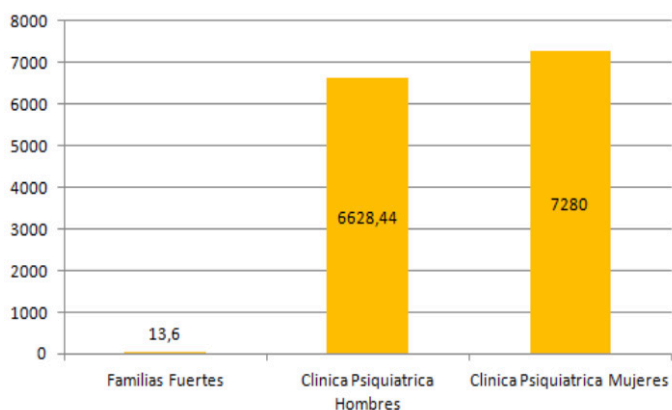
Aquí se observa que los valores cambian en relación a los que se venían trabajando ya que la modalidad es más específica y requiere mayores costes. De los datos obtenidos, se observa que mientras mayor complejidad tiene la intervención mayor es su coste. A los fines prácticos, en las modalidades que tienen valores diferentes entre mujeres y varones, se comparó familias fuertes con el valor obtenido en hombres, solo teniendo en cuenta que representa un número menor. Se obtuvieron los siguientes resultados: con un tratamiento anual de comunidad terapéutica se podrían realizar 10 Programas de Familias Fuertes, para 150 familias, es decir un total de 300 personas.

Gráfico Número 6 - Comparación de Costos Familias Fuertes y Comunidad Terapéutica Duales



Cabe destacar que la modalidad de *pacientes duales*, incluye aquellos que tienen una problemática de adicciones, pero además un trastorno de salud mental adicional, lo cual implica un tratamiento específico con un nivel de atención más complejo y acarrea mayores costos. Siguiendo la tendencia se obtuvo que la relación de valores indica que 15 programas de Familias Fuertes, para 225 familias es decir 450 personas, se podrían realizar con un tratamiento individual.

Gráfico Número 7. - Comparación Familias Fuertes y Clínica Psiquiátrica.



En muchas oportunidades los pacientes con consumo problemático transcurren sus tratamientos en Clínicas psiquiátricas especializadas, ya que requieren una intervención aguda, precisa y rápida, que no puede realizarse en otros dispositivos. Estabilizada la situación en muchas oportunidades continúan en comunidades terapéuticas o tratamientos ambulatorios. No es algo usual que los pacientes transcurran un año en dichos establecimientos psiquiátricos, pero a los fines prácticos se tomó el valor anual. De la comparación de los valores se obtuvo que del valor de un tratamiento, se pueden realizar 16 programas de Familias Fuertes, para 240 familias es decir 480 sujetos.

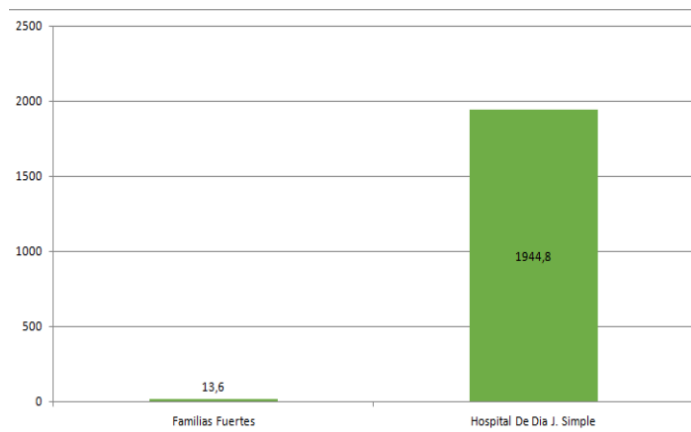
Luego de identificar y analizar los indicadores que componen los costes susceptibles de medida del **Programa Familias Fuertes** con los de las diferentes modalidades de Tratamientos de Atención de SEDRONAR, y mediante esto último dando cumplimiento a los tres primeros objetivos específicos, se procedió al cumplimiento del último objetivo específico, mediante el análisis pormenorizado del dispositivo seleccionado **Hospital de Día de Medía Jornada** considerando que:

- Es un tratamiento que incluye estrategias de trabajo Familiar
- Es una modalidad que requiere varias horas de intervención
- Es una modalidad que empuja hacia el lazo social y la conexión con la comunidad
- Está diseñado para prevenir las recaídas de los pacientes.
- Es un tratamiento no coercitivo, ambulatorio, que permite que el sujeto realice su tratamiento en la comunidad, sin excluirse de ella.
- Parte del tratamiento incluye la relación con sus pares, el sostenimiento y esclarecimiento de reglas internas al grupo, aprender a lidiar con la presión de los pares, respetando los límites institucionales.
- Se basa en dinámicas empíricas de trabajo sobre las problemáticas como son los “Talleres Terapéuticos”, que a criterio de los investigadores son comparables con las sesiones.
- El Hospital de Día de medía Jornada consiste en una

estrategia de intervención en la cual los asistidos van a una institución en Convenio con SEDRONAR durante 4 horas diarias, de Lunes a Viernes, retornando a su domicilio al terminar cada módulo, pasando el fin de semana en sus casas. A su vez cuentan con asistencia Psicológica entre 3 y hasta 5 veces por semana (por motivos de la presente investigación se ha tomado como valor de referencia 4 horas por semana que es el promedio) y asistencia Psiquiátrica. El tratamiento es de modalidad ambulatoria, lo cual quiere decir que los pacientes no permanecen internados, y donde comparten espacios, talleres con otros compañeros que están pasando una situación de salud similar. Cada taller está coordinado por un Psicólogo terapeuta que fomenta la interacción y el vínculo social entre los pares al interior de la institución. El objetivo principal es reestablecer la salud del paciente, apuntando al lazo social y la reinserción del paciente al conjunto de la sociedad.

La comparación “per capita” arroja los siguientes valores:

Gráfico Número 8 - Comparación de Costos Familias Fuertes y Hospital de día J. Simple.



El tratamiento de Hospital de día es en la modalidad de “subsidio” y representa el tratamiento con las características descritas de un paciente. De la comparación se obtiene que de un tratamiento individual se pueden realizar 5 programas de Familias fuertes para 75 familias es decir 150 personas.

La siguiente tabla resume los valores obtenidos de la comparación de los costos de los tratamientos y la cantidad de programas de prevención que se podrían realizar con los mismos:

Tabla 7 - Programas de Familias fuertes posibles que se pueden realizar con los costos de tratamiento.

Tratamiento	Programas de Familias Fuertes	Familias	Padres, Madres o Cuidadores	Adolescentes
Hospital De Día J. Simple	5	75	75	75
Hospital De Día J. Completa	6	90	90	90
Centro de Noche	6	90	90	90
Comunidad Terapéutica Residencial Hombres	10	150	150	150
Comunidad Terapéutica Pacientes Hombre	15	225	225	225
Clínica Psiquiátrica Hombres	16	240	240	240

Promedio de los programas de Familias Fuertes que se podrían realizar con los costes de los tratamientos: 9.

Este valor se obtuvo de sumar la cantidad de programas de programas de Familias Fuertes que se pueden hacer con los diferentes tratamientos (58), dividiéndolo por la cantidad de tratamientos analizados (seis).

Tomamos los valores de las diferentes comparaciones y obtuvimos que Familias fuertes representa la *novena parte (1/9)* del promedio de los costos de tratamiento de SEDRONAR. Es decir en promedio con *un tratamiento anual se pueden realizar 9 programas de Familias fuertes para 135 familias y 270 personas* (135 padres, madres o cuidadores y 135 adolescentes). Esto nos dio como resultado que el Programa de prevención es mucho menos costoso que el programa de tratamiento.

Discusión y conclusiones

La Organización Mundial de la Salud señala que “los adolescentes (edades entre los 10 y los 19 años) representan aproximadamente una sexta parte de la población mundial (1200 millones de personas). La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades

pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. Fomentar comportamientos saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta, así como para la salud futura de los países y su capacidad para desarrollarse y prosperar” (OMS, 2018).

Las muertes causadas por el alcohol, tabaco y otras drogas suponen un componente importante de la mortalidad por todas las causas especialmente la mortalidad prematura (Britton et al., 2003; Rehm, Giesbrecht, Patra & Roerecke, 2006; Single, Robson, Rehm & Xie, 1999) con los consiguientes costes económicos y sociales (Fenoglio, Parel & Kopp, 2003; Rehm et al., 2007).

El inicio temprano de consumo de drogas se encuentra asociado a consumos problemáticos y a otros comportamientos de riesgo, como la delincuencia, el deterioro de la salud mental, el menor rendimiento escolar y las relaciones interpersonales disfuncionales. (Copeland y Swift, 2009). Se comprende que el consumo problemático está multideterminado y que la prevención y la atención son solamente dos formas de abordar el problema dentro de una gran cantidad de elementos necesarios.

La comparación de los costos demuestra que el Programa de prevención Familias Fuertes representa en promedio la novena (1/9) parte del valor de los costos de tratamientos de atención., es decir que en promedio tiene un alcance de 135 familias, y que podría beneficiar a 270 personas por año con el valor de un solo tratamiento.

Es claro que la comparación de los valores no invalida la necesidad de *estrategias integrales, de prevención y de atención*. Los tratamientos de atención son fundamentales para dar solución a problemas que ya están instalados a nivel mundial.

Frecuentemente se pasan por alto las razones por las cuales es importante realizar estudios de costos sobre la problemática de sustancias psicoactivas, pero

la existencia de muchos tratamientos que son abandonados o que no significan un beneficio para el asistido (SEDRONAR OAD 2018) como también el incremento de adolescentes atendidos y de recaídos que se observan en dichos tratamientos, son causales de grandes perjuicios, es por ello que es importante recordar que las estimaciones resultantes, por más que sean un recorte comparado con la magnitud real del problema, son relevantes para fomentar las estrategias de prevención, que permitan abordar el problema antes que la situación desencadene en un consumo problemático requiriendo intervenciones específicas de mayor valor para el estado.

Limitaciones y direcciones futuras

En la presente investigación se han comparado los costos del Programa Familias Fuertes y de los tratamientos de atención de SEDRONAR, considerando una

única variable. Este objetivo fue delimitado en conjunto con la *Dirección General de Desarrollo Familiar* del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Sería interesante poder realizar un análisis más pormenorizado del impacto que tiene el programa en el territorio argentino en términos de *prevención del consumo, mejoramiento de habilidades parentales y del trabajo sobre las dinámicas de las familias*, para realizar una investigación que pueda medir fehacientemente los beneficios del programa más allá de sus costos tangibles. A nivel internacional diferentes estudios que se han analizado demuestran cómo el programa funciona para el mejoramiento de las habilidades parentales, prevención del consumo, inclusive muchos años después de terminado el programa, pero sería importante evaluar el impacto del mismo en nuestro país.

Se considera que la información recabada en esta investigación, es de gran utilidad para la implementación de estrategias de intervención del estado, la elaboración de políticas públicas integrales y de calidad tendientes a priorizar la prevención, reduciendo la gravedad de la situación actual y el costo concomitante.

REFERENCIAS

- Aliño Santiago, M., López Esquirol, J. R., & Navarro Fernández, R. (2006). *Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud*. *Revista cubana de medicina general integral*, 22(1), 0-0.
- Azar, S. T., Cote, L. R. (2002). *Socio-cultural issues in the evaluation of the needs of children in custody decision making: What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer?* *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(3), 193-217.
- Beaglehole, R.; Bonita, R. y Kjellström, T. (1994): *Epidemiología básica*. OPS, Washington. Cap. 1.
- Becoña Iglesias, Elisardo, *Los adolescentes y el consumo de drogas*. *Papeles del Psicólogo [en línea]* 2000, [Fecha de consulta: 27 de diciembre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807705>> ISSN 0214-7823
- Brasesco M. Veronica y colaboradores. *Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por subsidios a tratamiento y línea de atención 141. I trimestre de 2018 - Sedronar - OAD 2018*
- Britton, A., Nolte, E., White, I. R., Gronbaek, M., Powles, J., Cavallo, F. y McPherson, K. (2003). *A comparison of the alcohol-attributable mortality in four European countries*. *Eur J Epidemiol*, 18, 643-51.
- Byrnes, H., Miller, B., Aalborg, A., Plasencia, A.V., y Keagy, C. (2010). *Implementation fidelity in adolescent family-based prevention programs: relationship to family engagement*. *Health Education Research*, 25(4): 531 – 541
- Caplan, G., Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. Grune and Stratton: New York
- Chaffin, M., Bonner, B.L. y Hill, N.E. (2001). *Family preservation and family support programs: Child maltreatment outcomes across client risk levels and program types*. *Child Abuse & Neglect*, 25 (10), 1269- 1289 [doi:10.1016/S0145-2134(01)00275-7].
- Collins, D. J., Lapsley, H. M. 2002. "Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998-9". *Commonwealth of Australia, Department of Health and Ageing*. ISBN 0 642 82181 X.
- Copeland, J. and Swift, W. (2009) *Cannabis use disorder: Epidemiology and management*. *International Review of Psychiatry*, 21, 96-103.
- DECLARACIÓN DE ALMA-ATA, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en la 49 dirección de internet: www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata25.htm
- Decreto 271/1989 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N) – (1989)
- Espada Sánchez, J. P., Méndez Carrillo, F. X., e Hidalgo Montesinos, M. D. (2000). *Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta*. *Adicciones*, 12(1), 57-64. Doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.625>
- Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano (2002) - *World report on violence and health - WHO*
- Fenoglio, P., Parel, V. y Kopp, P. (2003). *The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France*, 1997. *Eur Addict Res*, Jan, 9, 18-28.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). Recuperado de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf
- Forgatch, M. S., & Knutson, N.M. (2001). *Linking basic and applied research in a prevention science process*. In H. A. Liddle (Ed.), *Family psychology: Science-based interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Global Status Report on alcohol and health 2014 – World Health Organization (2014)
- Guerrero, R.; Gonzalez, C. L.; Medina E. (1977): *Epidemiología*. Colombia, Ed. Fondo Educativo Interamericano. Cap. 4.
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D., & Pérez Álvarez, M. (2009). *La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático*. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212. Recuperado en 31 de diciembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002&lng=es&tlng=es.
- Hernández, Melania, Triana, Beatriz, Rodríguez, Guacimara, (2005) - *Variables personales y contextuales implicadas en la elaboración del concepto explícito de familia Personal and contextual variables affecting the elaboration of an explicit family concept – 28 -10.1174/0210370053699320 -Infancia y Aprendizaje*
- Hidalgo Bermudo, P (2017) *DISEÑO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES PARA ADOLESCENTES Y FAMILIAS*, Tesis de Grado en Pedagogía Universidad de Sevilla
- Hidalgo García, M.V., Menéndez Álvarez-Dardet, S., Sánchez Hidalgo, J., Lorence Lara, B. & Jiménez García, L. (2009). *La intervención con familias en situación de riesgo psicosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo*. *Apuntes de Psicología*, 27, 413-426
- Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
- Jiménez Pulido, Pérez Milena Mesa Gallardo Martínez Fernández ·R Pé-

rez Milena , *Changes in the family structure and function in adolescents*. August 2012, *Salud y Ciencia* 19(3):232-236

Kumpfer, K.L. (1999). *Strengthening America's families: exemplary parenting and family strategies for delinquency prevention*. U.S. Department of Justice. Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Karol L. Kumpfer (1999) - *Outcome Measures of Interventions in the Study of Children of Substance-abusing Parents*

Ley 26.934 (2014) PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMATICOS

Lobos Palacios , Esteban Radiszcz , *Políticas públicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. Análisis crítico desde la experiencia práctica en el Centro comunitario de Salud Mental (COSAM) de Conchalí Memoria para optar al Título de Psicóloga -Santiago, Chile Noviembre 2012*

Maalouf, Campello. *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), Drug Prevention and Health Branch, Prevention Treatment and Rehabilitation Section, Vienna, Austria*

MacLeod, J. y Nelson, G. (2000). *Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review*. *Child & Abuse Neglect*, 24 (9), 1127-1149 [doi:10.1016/S0145-2134(00)00178-2].

MacMillan et al., 2008; Olds, Sadler, & Kitzman, 2007; Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009

Máiquez, M.L., Rodrigo, M.J., Capote, C. y Vermaus, I. (2000). *Aprender en la vida cotidiana. Un programa experiencial para padres*. Madrid: Visor Mares SH, Lichtwarck-Aschoff A, Burk WJ, van der Vorst H, Engels RC. (2012) - *Parental alcohol-specific rules and alcohol use from early adolescence to young adulthood*.

Matos, A.R. y Sousa, L.M.(2004). *How multiproblem families try to find support in Social Services*. *Journal of Social Work Practice*, 18 (1), 65-80.

Minuchin, S. (1985). *Familia y terapia de familia*. Barcelona: Paidós.

Morales Calatayud, F. (1999): *Introducción a la Psicología de la Salud*. Cap. 1: "Una mirada al campo de la salud y la enfermedad" Editorial Paidós. Buenos Aires.

Naciones Unidas, (2009) *Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias*, UNODC. / PUBLICACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Núm. de venta: S-09.XI.8 P

Nickel, M. K., Krawczyk, J., Nickel, C., Forthuber, P., Kettler, C., Leiberich, P., et al. (2005). *Anger, interpersonal relationships, and health-related quality of life in bullying boys who are treated with outpatient family therapy: A randomized, prospective, controlled trial with 1 year of follow-up*. *Pediatrics*, 116, 247–254.

Nickel, M. K., Muehlbacher, M., Kaplan, P., Krawczyk, J., Buschmann, W., Kettler, C., et al. (2006). *Influence of family therapy on bullying behaviour, cortisol secretion, anger, and quality of life in bullying male adolescents: A randomized, prospective, controlled study*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 355–362.

Observatorio Argentino de Drogas (2011) *Censo Nacional de Centros de Tratamiento Argentina (SEDRONAR/OAD 2011)*

Observatorio Argentino de Drogas (2017) *Encuesta sobre Consumo de Sustancias en niños y adolescentes de Clubes de Rugby*

Observatorio Argentino de Drogas (2018) *Proyecto ESTAR en prevención*

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Manual Familias Fuertes. Guía para el Facilitador. Programa familiar para promover la salud y prevenir conductas de riesgo en ado-*

lescentes.

Palacios, J. y Rodrigo, M.J. (1998). *La familia como contexto de desarrollo humano*. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (págs. 25- 44). Madrid: Alianza Editorial.

Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). *El concepto de adolescencia. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2.

Pichardo Martínez, M. D. C. (2000). *Influencia de los estilos educativos de los padres y del clima social familiar en la adolescencia temprana y media*. Granada: Universidad de Granada.

Quezada, Díaz de Paredes, Guidorizzi Zanetti, Arena Ventura, , *CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS Y FACTORES DE RIESGO FAMILIAR EN ADOLESCENTES*. *Revista CUIDARTE [en línea]* 2012, 3 (Enero-Diciembre) : [Fecha de consulta: 27 de diciembre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179002> ISSN 2216-0973

Rehm, J., Giesbrecht, N., Patra, J. y Roerecke, M. (2006) *Estimating chronic disease deaths and hospitalizations due to alcohol use in Canada in 2002: implications for policy and prevention strategies*. *Prev Chronic Dis*, Oct, 3, A121. Epub 2006 Sep 15.

Rehm, J., Gnam, W., Popova, S., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Patra, J., SarnocinskaHart, A. y Taylor, B. (2007). *The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002*. *J Stud Alcohol Drugs*, Nov, 68, 886-95.

Reynolds, Chang, & Temple, 1998; Reynolds, Ou, & Topitzes, 2004);

Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide.

Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C. y Rodríguez, G. (2005). *El asesoramiento a familias con riesgo psicosocial*. En C. Monereo y J.I. Pozo

(Eds.), *La práctica del asesoramiento educativo a examen* (págs. 139-152). Barcelona: Graó

Rom Harre, Roger Lamb, (1992) - *Diccionario de psicología social y de la personalidad* - PAIDOS

Rutter, M. (1999). *Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy*. *Journal of Family Therapy*, 2, 119-144.

Santiveri, J.(2011) en *Estrategias de intervención en el ámbito familiar, Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*, Diputació Barcelona.

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

Sutton, Hamui y cols. *Epidemiología social: nuevas perspectivas en relación con el fenómeno salud enfermedad*. *Medicina Interna*. México. Vol. 21: 163-167. Nº. 3, mayo-junio 2005

Single, E., Robson, L., Rehm, J. y Xie, X. (1999). *Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada*. *Am J Public Health*, Mar, 89, 385-90

Spoth, R., Randall, K., Trudeau, L., Gyll, M., Shin, C., y Redmond, C. (2008). *Substance use outcomes 51/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions*. *Drug and Alcohol Dependence* 96: 57-68.

Spoth, R., Clair, S., Shin, C., & Redmond, C. (2006). *Long-term Effects of Universal Preventive Interventions on Methamphetamine Use Among Adolescents*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 876-882.

Spoth, R., Redmond, C., & Shin, C. (2000). *Reducing adolescents' aggressive and hostile behaviors: Randomized trial effects of a brief family*

intervention four years past baseline. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 1248-1257.

Stephenson MT, Helme DW.(2006) - *Authoritative parenting and sensation seeking as predictors of adolescent cigarette and marijuana use*.

Tempera de Devoto, Rita María (2005). *Familia: identidad y pertenencia*. Buenos Aires, Ediciones Universidad del Salvador (EUS), 348 págs.

Thomas J. Dishion, David W. Andrews and Lynn Crosby, (1995)- *Anti-social Boys and Their Friends in Early Adolescence: Relationship Characteristics, Quality, and Interactional Process*

T. K. Taylor y A. Biglan, "Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers", *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 1, No 1 (1998), págs. 41 a 60.

UNODC, *World Drug Report 2013* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6) in https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

Valenzuela Mujica, María Teresa, Ibarra R., Ana María, Zubarew G., Tamara, & Correa, M. Loreto. (2013). *Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia*. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>

Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1989). *Levels of Personal Agency: Individual Variation in Action Identification*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 660-671. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.660>

Van der Vorst & otros, "The impact of alcohol-specific rules, parental norms about early drinking and parental alcohol use on adolescents' drinking behaviour", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, No 12 (2006), págs. 1299 a 1306.)

Van der Vorst & otros, "Parental attachment, parental control, and early

development of alcohol use: a longitudinal study", *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 20, No 2 (2006), págs. 107 a 116

Velleman, R. & TEMPLETON M & Coppello, A. (2005). *The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people*. *Drug and Alcohol Review*. 24. 93 - 109. 10.1080/09595230500167478.

Vera, Belén Del Valle; Pautassi, Ricardo Marcos; Pilatti, Angelina - *Prevalence Of Alcohol Drinking And Alcohol Related Problems In Freshmen College Students* - 15th Esbra Congress- Valencia; Año: 2015;

Vera, Belén Del Valle; Pautassi, Ricardo Marcos; Cupani, Marcos; Pilatti, Angelina *Estudio Elsa: Trayectorias De Consumo De Alcohol En Universitarios De Primer Año Xv Reunión Nacional Y Iv Encuentro Internacional De La Asociación Argentina De Ciencias Del Comportamiento (Aacc)* - San Miguel De Tucumán; Año: 2015

Villegas-Pantoja, M. A.; Alonso-Castillo, M. M.; Alonso-Castillo, B. A.; Martínez-Maldonado, R. (2014). *Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos*. *Aquichan*, Vol. 14, No. 1, 41-52.

Violeta A. Ruiz, Josette Brawerman Vanesa D'Alessandre y colaboradores, (2011) - *Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por* - Área de Investigaciones Observatorio Argentino de Drogas Febrero 2011

Wadih Maalouf, Giovanna Campello, *The influence of family skills programmes on violence indicators: Experience from a multi-site project of the United Nations Office on Drugs and Crime in low and middle income countries*

White, A. (2005). *Assessment of parenting capacity. Literature review*. Centre for Parenting and Research. Ashfield. Australia: Department of Community Services. 120 LAS COM-

PETENCIAS PARENTALES EN CONTEXTOS DE RIESGO PSICOSOCIAL
Intervención Psicosocial Vol. 18, n.º 2,
2009 - Págs. 113-120 Copyright 2009
by the Colegio Oficial de Psicólogos
de Madrid ISSN: 1132-0559 Manuscrito

World Health Organization & WHO
Collaborating Centre for Violence
Prevention. (2010). *Violence prevention:
the evidence*. World Health Organization.
[http://www.who.int/iris/
handle/10665/77936](http://www.who.int/iris/handle/10665/77936)