

01964



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ADAPTACION DEL PROGRAMA ALFIL PARA POBLACION
MEXICANA DIRIGIDO A JOVENES CON ANTECEDENTES
FAMILIARES DE ALCOHOLISMO.

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA GENERAL EXPERIMENTAL

P R E S E N T A :
IRMA HERNANDEZ BERBER



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

DIRECTOR: DR. LUIS SOLIS ROJAS
COMITE: DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS
MTRA. GUILLERMINA NATERA REY
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

MÉXICO, D. F.

2005

m. 345936



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser nuestra máxima casa de estudios y darme la oportunidad pertenecer orgullosamente a ella.

Este trabajo fue apoyado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología mediante una beca para realizar mis estudios de maestría en Psicología General Experimental y al desarrollo de la presente investigación.

A los Centros de Integración Juvenil, al Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares, a los grupos de Alcohólicos Anónimos y a todo el personal que colaboró para la realización de este proyecto, muchas gracias por su entusiasmo y compromiso.

A todos los niños y sus padres, gracias por compartir sus experiencias de vida y darme la oportunidad de aprender junto a ustedes.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Irma Hernández
Belber

FECHA: 16-06-05

FIRMA: [Firma]

Es difícil escribir en tan pocas palabras todo lo que ha significado este trabajo de Tesis y el esfuerzo de todos y cada uno de mis profesores, amigos y familia que me acompañaron en los momentos más difíciles del camino, a todos ustedes dedico estas breves, pero muy afectuosas palabras.

Doy gracias a Dios por llenarme de tranquilidad y sentido del humor cuando más lo necesitaba.

A Ulises, mi esposo te agradezco toda tu paciencia y entusiasmo para concluir este trabajo, porque todos los días provocas que me enamore más de ti y de la ciencia.

Gracias a mi papá Memo por todo tu esfuerzo para ver realizado los sueños de tus hijos y por apoyar siempre con amor mis locuras.

A mi Mami, por tu ternura, paciencia y amor que siempre me has dado, gracias por estar conmigo.

A mis hermanos y Memito, aunque muchos kilómetros nos separan siempre están conmigo.

Gracias al Dr. Héctor Lara por enseñarme como disfrutar trabajar para la sublimación del chisme, el turismo científico y la compañía de un buen café.

Gracias al Dr. Agustín Vélez por abrirme las puertas al trabajo y la investigación de las adicciones, que han sido decisivos en mi formación.

A la Mtra. Guillermina Natera, Mtro. Fernando Vázquez y el Dr. Samuel Jurado mi mas sincero agradecimiento por el tiempo, comentarios, señalamientos, correcciones, la confianza y sobre todo los conocimientos que me brindaron en este trabajo de Tesis.

Al Dr. Luis Solís y a su equipo de trabajo, gracias por su apoyo para la realización y conclusión de esta Tesis.

A todo el equipo de trabajo de la Dra. Patricia Gómez muchas gracias por su amistad e interés en este proyecto.

Al Psic. Jorge Arellanes y a la Dirección de Investigación de Centros de Integración Juvenil gracias por su colaboración en este trabajo de Tesis.

A todos mis profesores de Teatro, amigos actores y psicodramatistas que me han enseñado que el escenario es una gran terapia, muchas gracias.

Dedicado especialente a la gente que trabaja e investiga en el campo de las adicciones

Un conejito está corriendo por la jungla cuando ve a una jirafa que se estaba fumando un toque.

Entonces el conejito se detiene y le dice:

"Amiga jirafa no te fumes ese toque, mejor te vienes a correr conmigo y ya verás qué sano es."

La jirafa lo piensa, tira el toque y sigue al conejito.

Corrían los dos por el bosque y descubren a un elefante a punto de aspirarse una raya de cocaína.

Entonces el conejito se acerca al elefante y le dice:

"Amigo, deja de aspirar cocaína y vente a correr con nosotros, verás qué bueno es."

El elefante tira el espejo con la raya de coca y los sigue.

Están los tres corriendo cuando, de pronto, se encuentran con un león que estaba a punto de inyectarse una dosis de heroína y le dice:

"Amigo deja el pico y ven a correr con nosotros, ya verás qué bueno es."

El león se acerca al conejo y repentinamente le pone una m.. monumental.

Los otros quedan escandalizados y preguntan al león: ¿Porqué has hecho eso? ¿estás loco? El conejito solo quería ayudarnos!!!

Y el león responde:

¡Es que este p... conejo cada vez que toma éxtasis nos hace correr a todos como p..!!!

INDICE

Resumen.....	I
Introducción.....	1
Capítulo I. Antecedentes de la prevención en consumo de alcohol y drogas	9
La prevención en adicciones	10
Los principios de la prevención.....	12
Objetivos de la prevención en adicciones	14
Capítulo II. Bases teóricas y programas preventivos.....	17
Teoría de la socialización primaria.....	18
Teoría del aprendizaje social.....	22
Capítulo III. Programas preventivos	26
Modelo de influencias psicosociales.....	27
Modelo de habilidades generales.....	29
Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes.....	32
Capítulo IV. Los factores de riesgo y protección en adicciones.....	35
Los factores de riesgo y protección en los programas preventivos.....	37
Disponibilidad de la sustancia.....	38
Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e interacciones.....	38
Estado emocional.....	39
Factores de riesgo de la comunidad, familiares, escolares, individual y de personalidad.....	42
Capítulo V. Características de los hijos de alcohólicos.....	47
Teorías y modelos.....	47
Teoría y modelo psicosocial aplicado al alcoholismo.....	50
Predisposición psicológica I.....	52
Predisposición sociocultural: socialización, familiar, grupo de pares, escuela y medios de comunicación.....	54

Capítulo VI. Método.....	60
Justificación.....	61
Planteamiento del problema.....	62
Objetivos.....	62
Hipótesis.....	63
Clasificación de variables.....	64
Diseño y tipo de investigación.....	64
Muestra	
Instrumentos.....	65
Procedimiento.....	66
Análisis estadístico.....	68
Resultados.....	69
Discusión.....	80
Conclusiones.....	87
Sugerencias y limitaciones.....	88
Bibliografía.....	92
Anexo 1	
Programa ALFIL	98
Anexo 2	
Reporting Questionarie for Children (RQC)	134
Cuestionario sobre uso de alcohol (CUA).....	136
DUSI Drug Use Screen Inventory	138

RESUMEN

En los últimos años se ha documentado que el alcoholismo es una "enfermedad familiar", provocando que, junto con un alcohólico, la familia también sufra el curso y las consecuencias de la enfermedad. Recientes investigaciones sugieren la existencia de factores que apoyan la vulnerabilidad o propensión al consumo de alcohol y otras drogas, en los hijos de alcohólicos.

Estos factores incluyen aspectos neuropsicológicos, trastornos de la personalidad, psicopatología, la respuesta placentera al alcohol, los concernientes al ambiente, dinámica familiar, crianza y ambiente sociocultural. Por lo anterior, se ha sugerido que es importante implementar intervenciones psico-educativas diseñadas específicamente para los hijos de alcohólicos con el objetivo de que obtengan una serie de beneficios que vayan más allá de la función preventiva.

El primer objetivo fue adaptar el programa para entrenamiento en habilidades psicosociales en adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo ALFIL versión española, a población mexicana.

El segundo objetivo fue implementar y desarrollar las habilidades psicosociales en un grupo de adolescentes (hijos de alcohólicos) antes y después de la intervención con el programa ALFIL. Además se buscó comparar estos resultados con un grupo de adolescentes sin antecedentes de consumo de alcohol en la familia y que no fueron intervenidos con el programa ALFIL.

La selección del grupo de tratamiento se llevó a cabo a través de la invitación a los hijos de los miembros de grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) que sesionan en los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y en el Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF INP).

La selección del grupo comparativo se formó de grupos de adolescentes de población general sin antecedentes familiares de consumo de alcohol y que no fueron sometidos al programa ALFIL. El grupo de intervención se integró de 71 adolescentes de 11 a 15 años con antecedentes familiares de alcoholismo y el grupo comparativo de 180 adolescentes 12 a 15 años sin antecedentes familiares de consumo de alcohol.

Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Uso de Alcohol (para los padres de los participantes), Reporting Questionnaire for Children (para identificar padecimiento psiquiátrico y/o neurológico) y Drug Use Screening Inventory (evaluación de habilidades psicosociales).

El programa ALFIL, se desarrolló en los Centros de Integración Juvenil de Guanajuato, Toluca y Distrito Federal, con personal capacitado para el proyecto.

Para el análisis estadístico de resultados se realizaron análisis de frecuencias para describir las características de ambos grupos (edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico). Se utilizó Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna del DUSI, prueba t para muestras pareadas con el objetivo de comparar las puntuaciones en las habilidades psicosociales en el grupo de hijos de alcohólicos obtenidas antes y después de la aplicación del programa ALFIL y para comparar el objetivo de comparar las habilidades psicosociales entre el grupo de tratamiento y el grupo comparativo se usó la prueba t para muestras independientes.

Los resultados obtenidos demuestran que después de la aplicación del programa ALFIL se identificó un incremento de las habilidades conductuales, emocionales, sociales, familiares, redes sociales y manejo del tiempo libre en el grupo de tratamiento antes y después de la intervención. Se observó un aumento en las habilidades conductuales, sociales y redes sociales en el grupo de tratamiento respecto al grupo comparativo.

La aplicación del Programa ALFIL permitió desarrollar y fortalecer habilidades psicosociales, que posiblemente ayudará a disminuir el riesgo de consumo de alcohol en la población estudiada. Esta investigación aporta datos que fortalecen el trabajo de la prevención selectiva para grupos de adolescentes en mayor riesgo.

INTRODUCCION

El interés por parte de los profesionales de la salud por el impacto del alcoholismo entre población, cada vez es mayor. En los últimos años son más frecuentes las reuniones de salud en las que se discuten los temas relacionados con las adicciones en respuesta al incremento de la demanda de programas de intervención preventiva del consumo de drogas en poblaciones de alto riesgo.

Quienes tratan el alcoholismo reconocen que es una "enfermedad familiar". Ello tiene, al menos, dos significados: por un lado, es muy probable que cuando un miembro de la familia es alcohólico, el resto de los familiares acabe sufriendo las consecuencias derivadas de un ambiente alterado por la enfermedad, llegando incluso a sufrir trastornos como el denominado "comportamiento codependiente", los roles desadaptativos típicos de los hijos de alcohólicos, o bien trastornos inespecíficos como los problemas de conducta, la depresión, el fracaso escolar, etc.

Por otro lado, cada vez disponemos de mayor evidencia científica de la existencia de factores de riesgo familiares, tanto genéticos como ambientales, que aumentan considerablemente la probabilidad de que los hijos de alcohólicos desarrollen en un momento de la vida la misma enfermedad que sus padres.

El interés por evaluar los programas de prevención en drogas ha aumentado considerablemente en los últimos años, también se ha incrementado el esfuerzo por acercarse cada vez con mejores resultados a poblaciones selectivas como es el caso de la presente investigación realizada para adaptar y evaluar un programa de prevención de consumo de drogas para hijos de alcohólicos.

En México está inquietud se manifestó en cambios pequeños dentro de programas institucionales y en las actitudes del personal; existen trabajos que han intentado vincular el desarrollo de estos programas con la investigación y de este modo adquirir conocimientos que sean útiles en programas futuros. La presente investigación esta dedicada a este tipo particular de esfuerzos.

Se consideran planteamientos que se han hecho acerca de las habilidades psicosociales y la influencia de un consumidor en la familia que favorecen el riesgo de consumo de drogas en los más vulnerables del sistema.

Se busca establecer una serie de herramientas para reforzar las habilidades y expectativas de los hijos de alcohólicos ya que los esfuerzos realizados hasta el momento respecto a la prevención en

este grupo de jóvenes es escasa. El principal interés de este trabajo es contribuir con un factor más en la optimización de estos programas.

Es así como la prevención selectiva aparece cada vez con más ímpetu en la investigación, pero para lograr resultados óptimos será preciso proseguir y expandir este trabajo.

Se han demostrado efectos positivos, en los países en donde ya se llevan a cabo programas de prevención selectiva como es el caso del programa ALFIL, contribuyendo a los esfuerzos que se realizan para detener y retrasar el consumo de drogas, así como una mejoría respecto a los programas de prevención más convencionales.

Tanto en Latinoamérica como en nuestro país existen pocas investigaciones al respecto, aunque han sido muchos los intentos de prevención por parte de instituciones gubernamentales y no gubernamentales entre ellas: CONADIC, Centros de Integración Juvenil, INEPAR, Instituto Nacional de Psiquiatría y Fundación Ama la Vida.

El objetivo de la presente investigación fue reconocer y fortalecer las habilidades psicosociales en los hijos de alcohólicos, permitiendo adaptar un programa de prevención selectiva en población mexicana.

Se buscó obtener indicadores que favorezcan la adherencia terapéutica ya que se ha observado que es un factor primordial para el funcionamiento exitoso de un programa de rehabilitación, así mismo este informe contribuirá con la orientación e información a familiares que son parte fundamental del equipo de salud.

Se espera que el presente trabajo contribuya a que los futuros esfuerzos de diversas disciplinas adquieran perspectivas y encuentren nuevas soluciones; así mismo que este análisis demuestre ser útil, por derecho propio, a los científicos interesados en el proceso de los cambios sociales.

Los efectos del alcohol consumido por la madre gestante han sido ampliamente descritos. Actualmente es un hecho aceptado que los hijos de madres que abusaron del alcohol durante el embarazo pueden presentar malformaciones faciales, cardíacas y genitales, retraso en el desarrollo físico y cognitivo, trastornos neurológicos, déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta (Legido, 1997). A partir de estudios realizados con animales, se ha sugerido que el alcohol ingerido por el padre también tendría efectos negativos sobre las células germinales que podrían ocasionar problemas en el desarrollo de los hijos (Abel, 1992; Durcan y Goldman, 1993).

Las investigaciones sugieren la existencia de marcadores de riesgo neuropsicológico, temperamento y personalidad, psicopatología, respuesta placentera al alcohol, los concernientes al ambiente familiar, los de crianza y ambiente sociocultural, que apoyan la vulnerabilidad al consumo por parte de hijos de padres alcohólicos (Begleiter y Porjesz, 1999).

Lazarus (1991) sugiere que debido a las peculiaridades neurocognitivas de los sujetos de alto riesgo es posible tengan dificultades para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas (coping es el término que se emplea en idioma inglés).

El estudio de los estilos de afrontamiento se ha dirigido a los aspectos psicosociales poniendo énfasis en el entorno en el que vive el individuo.

El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema en el entorno (enfrentamiento enfocado al problema), y regular la respuesta emocional como consecuencia del evento estresante (afrontamiento dirigido a la emoción).

El modo de enfrentamiento es individual, está determinado por las creencias, habilidades y el apoyo social; así como los recursos materiales y físicos con los que cuenta la persona. Algunas investigaciones actuales sugieren que los eventos o causas estresantes cambian con el paso del tiempo, por lo que los rasgos de afrontamiento también han de variar. Las formas de afrontamiento en algunas ocasiones no resultan del todo satisfactorias y se pueden representar mediante diversas estrategias como: llorar, reír, gritar, insultar, lamentarse, discutir o pensar. Sin embargo cuando estas estrategias indican cierto grado de descontrol y desequilibrio ya no son formas de afrontamiento adecuadas o funcionales.

El afrontamiento es equivalente a las conductas efectivas para la resolución de problemas. Es útil considerar al afrontamiento como aquellas conductas dirigidas a manipular las demandas del medio, independientemente de su resultado.

Se ha descrito que los hijos de alcohólicos podrían desarrollar expectativas más positivas, que las personas sin antecedentes paternos de alcoholismo, respecto a los efectos del alcohol sobre aspectos cognitivos y sociales. Se ha demostrado que las expectativas sobre los efectos del alcohol permiten predecir el consumo (Christiansen et al., 1989; Smith, 1994; Reese et al., 1994), se ha sugerido la posibilidad de utilizar técnicas de cambio de actitudes para modificar las expectativas de los hijos de alcohólicos como estrategia preventiva específica (Stacy et al., 1990; Darkes y Goldman, 1998).

También se ha descrito que las expectativas sobre el efecto del alcohol como facilitador de la interacción grupal, como reductor de la tensión psicológica y como agente que incrementa la conducta agresiva se relacionan con un incremento en el consumo (Mora, 2001).

Se ha identificado que los hijos de alcohólicos no han aprendido a "jugar con el lenguaje", suelen tener poca experiencia con bromas y juegos lingüísticos; facilitar este aprendizaje es muy saludable para su desarrollo cognitivo, resultando así enfrentamientos distintos y útiles a situaciones dolorosas con las que pueden encontrarse en su vida (Calafat, 2000).

Mathew, et al. (1993) observaron que los individuos con historia familiar de alcoholismo muestran más trastornos psiquiátricos que la población general, siendo los más frecuentes la distimia, la fobia simple, la agorafobia, el trastorno de pánico, la ansiedad generalizada, la personalidad antisocial y los problemas de abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas.

Según Sher (1991), las características de personalidad y psicopatología que se han asociado frecuentemente con el riesgo de alcoholismo giran en torno a tres dimensiones: la capacidad de autocontrol de la conducta de consumo, tolerancia a la frustración, adopción de conductas de riesgo y patrones de desinhibición conductual. Así mismo presentan dificultades en el proceso de socialización que, ligadas al déficit de autocontrol, podrían ocasionar problemas de disciplina, conductas antisociales, delincuencia y consumo de sustancias adictivas (Tarter y Vanyukov, 1994).

En la actualidad, existe un enorme cuerpo de literatura que advierte sobre las diferentes consecuencias sociales y de salud que se derivan de las prácticas de consumo de la población haciendo evidente que vivir con un consumidor de alcohol o drogas es una experiencia cada vez más común dada la prevalencia de este problema. Es así como la familia se perfila como el grupo que sufre los estragos del consumo de manera más inmediata y directa (Natera, Mora y Tiburcio, 2000).

Algunos autores se han mostrado contrarios a la realización de intervenciones terapéuticas generalizadas para este sector de la población, ya que consideran que no todos los hijos de alcohólicos desarrollan trastornos psicológicos importantes, que sus problemas son demasiado heterogéneos para plantear un tipo de intervención unificada y que en realidad presentan los mismos problemas de adaptación que otros niños que han sufrido experiencias traumáticas en la infancia. En este sentido se ha llegado a plantear que la intervención indiscriminada sobre estos niños podría tener incluso efectos contraproducentes relacionados con el estigma, la desresponsabilización y el autocumplimiento de la profecía. Por último añaden que las familias más necesitadas de intervención suelen negarse a participar en este tipo de programas preventivos (Hall et al., 1994; Giunta y Compas, 1994).

Sin embargo, la amplia demanda social y los recientes avances sobre el desarrollo de estrategias preventivas para reducir factores de riesgo y potenciar factores de protección concretos en las familias de los alcohólicos ha hecho posible plantear la necesidad de ofrecerles una atención

psicoeducativa específica. Estos programas preventivos selectivos podrían ser más efectivos y rentables que los que se dirigen a la población general (Bates y Lavouvie, 1997), siempre que procuremos ser extremadamente cuidadosos en la forma de adaptarlos a nuestra realidad sociocultural.

En 1996 fue diseñado el programa ALFIL con el interés de enmarcarse en una línea de investigación básica con hijos de alcohólicos para el desarrollo, la experimentación, la extensión y la evaluación de intervenciones específicas dirigidas a la población de riesgo.

El diseño del programa ALFIL se fundamenta en el modelo de vulnerabilidad familiar para el alcoholismo planteado por Sher (1991), el cual se basa en la utilización de técnicas motivacionales para manejar la resistencia a la intervención de las familias alcohólicas (Rollnick y Miller, 1995), en las teorías del aprendizaje social, así como en las intervenciones educativo-preventivas dirigidas a grupos de alto riesgo que se han realizado en otros países, especialmente en los EE.UU (Typpo y Hastings, 1984; Eggert et al., 1994; Sussman, 1996 Sussman et al 1998; Thomson et al., 1997) con el objetivo de disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores en los hijos de alcohólicos.

El programa ALFIL fue diseñado con el objetivo de responder a varias preguntas: ¿Son los hijos de alcohólicos una población de alto riesgo?, ¿Se debe intervenir preventivamente de forma generalizada con los hijos de alcohólicos?, ¿Cuál sería la forma óptima? El objetivo principal de este programa es brindar a los profesionales que tratan con "familias alcohólicas", una de las posibles formas de abordaje educativo-preventivo de estas familias, así como facilitar la realización de este tipo de experiencias y favorecer el intercambio entre diversos profesionales que están interesados en realizarlas o que ya las están llevando a cabo.

Principios básicos en la intervención

- Lo más rápido posible (técnica de screening o detección precoz).
- Énfasis en los sujetos más vulnerables (evaluación de marcadores de riesgo y uso de técnicas motivacionales).
- Dirigida no solo al riesgo de alcoholismo, sino de otros trastornos asociados al alcoholismo paterno, por dos razones: a) pueden actuar como mediadores o moderadores para el desarrollo de alcoholismo y b) representan un aspecto preocupante en sí mismo.
- Requiere un abordaje: evaluación biopsicosocial de factores de riesgo específicos en el individuo y en su entorno (familia y escuela), educación psicosocial e intervención terapéutica (si es necesaria).

- Basada en la capacitación del sujeto (estrategias de enfrentamiento a factores de riesgo).
- Ofrecer información específica sobre alcoholismo, adaptada a cada grupo de edad.
- Aceptar al niño como "cliente primario", si así lo manifiesta la familia, pero dirigir la intervención también a su entorno (familiares, educadores, médicos). Resulta importante que al menos un progenitor o el tutor del niño se involucre.
- Se requiere que el profesional (educador-terapeuta) tenga una motivación y formación específica en temas de infancia y adolescencia, dinámica familiar y clínica del alcoholismo.
- Uso preferente de la modalidad grupal psicoeducativa para facilitar la identificación y el apoyo mutuo, promover la relación social y reducir el aislamiento, la vergüenza, la culpa y la negación del problema. Solo en algunos casos sería necesaria la derivación a la terapia individual.
- Énfasis en reforzar los aspectos positivos del funcionamiento del individuo y la familia (factores protectores) además de tratar de disminuir los factores de riesgo (Hussong y Chassin, 1997).

El programa pretende disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores; así como la disminución del riesgo de alcoholismo otros trastornos relacionados con la historia familiar de este trastorno en descendientes de alcohólicos. Para conseguirlo se pretenden los siguientes objetivos específicos:

1.- Educar para la salud

- Ofrecer información sobre el alcohol, sus efectos y los problemas derivados de su abuso.
- Favorecer el entendimiento del alcoholismo como una enfermedad de desarrollo progresivo y favorecer una actitud no estigmatizante hacia los consumidores de drogas.
- Aprender a criticar los mitos culturales sobre el alcohol y otras drogas.
- Advertir, sin dramatizar ni profetizar, del "mayor riesgo" de alcoholismo entre los hijos de alcohólicos y de las medidas para evitarlo.
- Reforzar las actitudes de abstinencia de drogas en general.
- Reflexionar sobre alternativas saludables para disfrutar del tiempo libre.

2.- Utilizar el grupo como recurso educativo y terapéutico:

- La identificación y expresión de sentimientos, problemas emocionales y dudas respecto al alcohol, el alcoholismo y otras farmacodependencias.
- La identificación con otros miembros del grupo compartiendo experiencias familiares y sentimientos similares: pérdida, rabia, abandono.
- Reducir la sensación de aislamiento de los jóvenes (tienden a considerarse "diferentes" y han aprendido a "no hablar, no confiar, no expresar sentimientos").
- La participación y ejercitación de habilidades sociales en un grupo.
- La demanda de ayuda y el apoyo emocional del grupo ante los problemas personales.

- El aprendizaje de papeles juveniles normativos a través de la identificación con modelos positivos dentro del grupo.
- El ejercicio de las habilidades sociales aprendidas.
- La aceptación de la diversidad y la individualidad dentro del grupo.

3.- Facilitar la atención global de la familia:

- No responsabilizar a los familiares de la enfermedad del alcohólico.
- No culpar a los padres de los trastornos que han podido ocasionar a sus hijos involuntariamente.
- Ayuda a evitar las actitudes protectoras del hábito alcohólico (codependencia).
- Favorecer la aceptación del alcohólico como un enfermo que no ha buscado su enfermedad voluntariamente, pero que debe responsabilizarse de su propio tratamiento.
- Asesorar y enseñar a los padres recursos para asumir su papel educativo y preventivo: como establecer límites, normas, valores, libertad y responsabilidad progresiva, entender la crisis adolescente, mantener una actitud abierta, flexible y comunicativa con los hijos.
- Enseñar estrategias de búsqueda de soluciones flexibles al los conflictos.
- Ofrecer esperanza en el futuro.

El programa ALFIL se estructuró para población mexicana en siete sesiones:

- 1) Opiniones sobre el alcohol y sus efectos
- 2) Información objetiva sobre los efectos del alcohol (hechos reales y mitos)
 - Los síntomas iniciales de problemas con el alcohol.
- 3) El alcoholismo, una enfermedad con tratamiento.
 - El alcoholismo, una enfermedad "familiar": repercusiones en la convivencia y "heredabilidad".
- 4) ¿Por qué empiezan a beber algunos jóvenes?
 - Presión del grupo de amigos y la publicidad
- 5) Malestar emocional
- 6) Facilitación de las relaciones sociales
- 7) Despedida

Es imprescindible ofrecer información básica sobre el concepto de dependencia de una droga para que puedan explicar el porqué del caos de su familia. También se debe facilitar la identificación y la expresión de los sentimientos de pérdida, de culpa, de rabia, de frustración, de miedo, de vergüenza, para que faciliten el adecuado funcionamiento psicológico del niño. Estos grupos deben procurar la reducción de la tendencia a negar los problemas. Otra meta es aumentar la habilidad del niño para enfrentarse a situaciones estresantes a través de la enseñanza de competencias y habilidades

cognitivas y sociales. Y por último ofrecer esperanza en los cambios y alternativas de vida saludables para ellos mismos (Calafat, 2000).

En los últimos años diversas instituciones públicas o privadas en México enfocadas a la prevención primaria, secundaria y al tratamiento de las adicciones como: Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ), Centro de Atención al alcohólico y sus Familiares (CAAF), Programa Ama la Vida, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Programa "Chimalli" de INEPAR , Alcohólicos Anónimos AA, Al-Anón, Participación Ciudadana GDF, entre otros, han dirigido sus esfuerzos a programas de prevención dirigido a niños, jóvenes, profesores y padres de familia. Dichos programas de prevención han sido dirigidos a población en general o de alto riesgo, en los cuales se imparten conocimientos generales sobre drogadicción, patrones de consumo, características de las sustancias, factores de riesgo y protección; así como la participación comunitaria y la creación de redes (Llanes, 2001; Araujo, 2000; CONADIC, 2002).

Los Centros de Integración Juvenil se concentran en el trabajo de: prevención, tratamiento, movilización social y difusión. Tienen como meta promover la responsabilidad social compartida para combatir el aumento de las adicciones en nuestro país. Se brinda tratamiento en consulta externa especializada y a nivel de hospitalización, su objetivo es suprimir o disminuir el uso de drogas y los padecimientos asociados, el tratamiento se da a nivel individual, familiar, grupal y farmacológico. Para actualizar y enriquecer los servicios se realizan investigaciones epidemiológicas, clínicas, psicosociales y de evaluación, para tener más características del consumo, drogas más frecuentes, características de quienes la consumen y de su entorno familiar y social. Los CIJ, se dirigen a niños, adolescentes, jóvenes, padres de familia y grupos de familias.

De forma reciente se ha enfatizado en las acciones dirigidas a poblaciones altamente vulnerables para el desarrollo de adicciones y otros problemas de salud mental, entre las cuales se consideran los niños hijos de padres alcohólicos.

Capítulo I. Antecedentes de la prevención en consumo de alcohol y drogas

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es el principal problema para la salud pública en los países desarrollados y subdesarrollados. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas producen cada año más muertes, enfermedades y discapacidades que cualquier otra causa susceptible de ser prevenida (Institute for Health Policy, 1993). El costo económico que supone esta epidemia para todas las administraciones públicas es enorme (Heien y Pittman, 1993), pero más importante aún es la mortalidad asociada (Wysowsky, 1993).

Dado que las técnicas de tratamiento no consiguen una total eficacia, una opción más prometedora y con una mejor relación costo/beneficio es el desarrollo y la aplicación de programas de prevención dirigidos a niños/as y adolescentes. La prevención es indispensable para controlar la magnitud del problema social que se relaciona con el consumo de drogas. Pero, ¿qué es la prevención? para Martín (1995) la prevención de adicciones "es un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral, la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia ante la oferta de drogas".

La prevención es un campo joven que todavía tiene que resolver numerosos problemas, por ejemplo, cuando se habla de prevención de drogas se piensa en sustancias ilegales tales como heroína, cocaína, drogas sintéticas.

La mayoría de los programas preventivos del abuso de drogas (PPAD) se orientan a evitar el abuso de drogas legales (tabaco y alcohol), en algún caso a prevenir el consumo de marihuana, y prácticamente ninguno a drogas ilegales (Hansen, 1992) debido a que en la adolescencia las drogas ilegales afectan a pocas personas (Becoña, 1995).

De acuerdo a la OMS se entiende por droga: "toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste" (Kramer y Cameron, 1975) y por droga de abuso "cualquier sustancia tomada a través de cualquier vía de administración que altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral" (Schuckit, 1989, 1995).

Por ello se considera según esta definición de drogas, tanto las que son de uso legal, el tabaco y el alcohol, como las de uso ilegal, como marihuana, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc. Los PPAD en nuestro medio se centran fundamentalmente en prevenir las drogas legales, junto a la marihuana fundamentalmente y en otros casos las drogas de diseño o síntesis. Con esa prevención lo que se pretende es que las personas no lleguen a probar y luego consumir regularmente esas sustancias o atrasar la edad de la prueba inicial, el consumo regular, abuso y dependencia.

Así es como surge la idea de que prevenir evitando los graves problemas físicos, psicológicos y sociales, que las drogas legales producen, e impidiendo que las personas consuman sustancias consideradas más peligrosas, "las drogas ilegales".

Mientras que la población general asocia frecuentemente el consumo de drogas con las ilegales, se debe mencionar que durante la adolescencia principalmente se consumen alcohol y tabaco, seguido a cierta distancia la marihuana y cocaína (ENA, 2002). Evidentemente el daño para la salud individual (cáncer de pulmón en el fumador; cirrosis hepática en el alcohólico), con la enorme alarma social que produce el consumo de drogas ilegales, en forma de conductas delictivas asociadas a la búsqueda del dinero para que una parte de los adictos a la misma, puedan mantener su adicción. Debido a esto la prevención de las drogas se centra básicamente en las drogas legales esperando impedir el consumo de las ilegales.

La prevención en adicciones

El término prevención a veces es utilizado de modo muy genérico. Un ejemplo es cuando se habla de prevención primaria, secundaria y terciaria. Evitar el uso de drogas entre personas que aún no las han probado (entre las que ya han probado), los esfuerzos enfocados a la reducción de daño, reducir la pobreza o impedir el surgimiento de conductas delictivas también son actividades preventivas.

Cuando el término prevención se utiliza vagamente su variedad de significados se puede hacer infinita, en función de las actitudes, perspectiva y cultura (Burguess, 1997).

Por prevención de adicciones se entiende, según Martín (1995), como "un proceso activo de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral, la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas". Un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones, para una meta (Escámez, 1990). Por tanto, un *programa preventivo* es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo. En el caso de las adicciones a impedir (o retrasar) la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas. Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas.

Mientras que prevención es un término genérico que puede llegar a carecer de significado por un uso inadecuado; el programa preventivo es específico y orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, lo anterior permite tomar medidas directas, hacer diseños más realistas y, lo más importante, evaluar el impacto de dicho programa.

Más recientemente, y aplicado a la prevención de las adicciones, se ha introducido una distinción entre los siguientes tipos de prevención: universal, selectiva e indicada. Propuesta esta distinción

inicialmente por Gordon (1987) y aceptada por el National Institute of Drug Abuse (NIDA) (Gilchrist, 1995).

La *prevención universal* se dirige a la población general beneficiando a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y poco costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Aquí se incluyen los programas preventivos escolares que tratan de brindar información general y clarificar valores.

La *prevención selectiva* es aquella que se dirige a grupos de riesgo; por ejemplo a un subgrupo de adolescentes que tienen mayor riesgo de consumir alguna droga.

Finalmente, la *prevención indicada* es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores experimentales o que ya tienen problemas de comportamiento dirigiéndose a personas en alto riesgo (Eggert, 1996).

Los ámbitos en los que se realiza la prevención pueden ser múltiples. Sin embargo, en la práctica, el que ha cobrado más relevancia en los últimos años ha sido el escolar. La prevención escolar permite llegar a los jóvenes en la edad de mayor riesgo de consumo de las distintas drogas. A estos grupos específicos se les ha llamado "muestras cautivas", ya que teóricamente tenemos acceso a la población objetivo.

Al hablar de las distintas variables asociadas al consumo de drogas, la falta de asistencia escolar y el fracaso académico, son dos de los elementos más problemáticos. Por ello la prevención se realiza fundamentalmente en la escuela, pero no es suficiente; intentando implicar no solo al resto de los elementos sociales sino a todas las personas en riesgo acudiendo a su contexto social o ambiente de consumo.

En los últimos años ha cobrado gran relevancia la prevención en el ámbito familiar, escolar, laboral y a través de los medios de comunicación. Igualmente, aunque más compleja y difícil, la prevención comunitaria, que es la que debe agrupar a todas las anteriores; así el desarrollo de la prevención se ha podido aplicar a grupos específicos con riesgos concretos.

Es necesario considerar que la prevención tiene que ser siempre específica, no inespecífica como ocurre con mayor frecuencia. Para Calafat (1995) la prevención específica serían aquellas acciones que de una forma "clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Aunque afirma que no hay que renunciar a una posible síntesis entre una y otra, la prevención debe ser fundamentalmente específica, evaluable y claramente dirigida al objetivo que se pretende y a una población definida. Los programas preventivos para un determinado grupo o población nos permiten conseguir esto.

Tipos de prevención		
Definición Clásica (Basada en el modelo de Laevell y Clarik, 1966).	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas
Definición Actual (Basada en el modelo del Institute of Medicine, 1994).	Universal	Es aquella que va dirigida a todos los adolescentes sin distinción
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de los adolescentes de su edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores experimentales o que tienen problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de muy alto riesgo.

(NIDA, 1997)

Los principios de la prevención

1. Los programas de prevención se deberían diseñar para realzar los factores de protección e revertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas de prevención deben tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol, marihuana e inhalantes.
3. Los programas de prevención deberían incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar la competencia social (ej., en

comunicación, en la relación con los pares, la autoeficacia, y la asertividad), junto con el refuerzo de las actitudes contra el uso de drogas.

4. Los programas de prevención dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos como grupos de discusión en lugar de la enseñanza de técnicas solas.

5. Los programas de prevención deberían incluir a los padres o cuidadores que refuercen lo que los chicos están aprendiendo tales como hechos sobre las drogas y sus efectos peligrosos y que genere oportunidades para discutir en la familia sobre el uso de sustancias legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre su uso.

6. Los programas de prevención deben ser a largo plazo durante la etapa escolar con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales. Por ejemplo, los esfuerzos basados en la escuela dirigidos a estudiantes de educación primaria y secundaria deberían incluir sesiones de apoyo para ayudar el periodo crítico de transición entre la educación secundaria y el bachillerato.

7. Los esfuerzos de prevención centrados en la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o únicamente en los jóvenes.

8. Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios masivos de comunicación y cambios en la política, tales como nuevas regulaciones que restrinjan el acceso al alcohol, tabaco, u otras drogas, son más efectivos cuando se aplican junto con intervenciones en la escuela y en la familia.

9. Los programas de la comunidad necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos de prevención de abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.

10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como importantes escenarios para subpoblaciones específicas en riesgo de abuso de drogas, tales como jóvenes que tengan problemas de conducta o dificultades de aprendizaje y los que son posiblemente marginados.

11. La programación de la prevención debería ser adaptada para tratar la naturaleza específica del problema de abuso de drogas en cada comunidad.

12. A mayor nivel de riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debería ser más intenso y comenzar antes.

13. Los programas de prevención deberían ser específicos para la edad de los individuos a los que va dirigido, apropiados al nivel de desarrollo y ser sensibles culturalmente.

(NIDA, 1997).

Objetivos de la prevención en adicciones

Los estudios indican que la mayoría de los jóvenes comienzan a consumir drogas sobre los 12 o 13 años. Muchos investigadores han observado que los jóvenes adolescentes pasan del consumo de drogas legales (tales como tabaco y alcohol) al drogas ilegales (ENA, 2002), como ocurre especialmente en nuestro medio. Habitualmente, los adolescentes empiezan tomando bebidas alcohólicas y fumando cigarrillos; más adelante consumen marihuana y en algunos casos estimulantes, opiáceos, alucinógenos y otras sustancias ilegales. Chen y Kandel (1995) encontraron que la iniciación en el consumo tanto de drogas legales e ilegales es rara después de los 20 años y prácticamente inexistente después de los 29 años.

Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, se estima que en México existen 32 millones 315 mil 760 personas, entre 12 y 65 años de edad, que consumen alcohol, mientras que en la población adolescente, en zonas urbanas, alcanzan 35 por ciento en hombres (un millón 726 mil 518) y 25 por ciento en mujeres (un millón 252 mil 712), a razón de 1.4 hombres por cada mujer. Existen en el país 32, 315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros cuando se considera a la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los hombres.

Cerca de tres millones (3'522,427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7% de la población en este grupo. El consumo en la población urbana alcanza 35% (1'726,518) de la población masculina y 25% (1'252,712) de la femenina, a razón de 1.4 hombres por cada mujer; en la población rural el índice de consumo es menor 14.4% (543,197), 18% (357,775) en los hombres y 9.9% (185,422) en las mujeres, con una razón de una mujer por cada 1.8 hombres.

Los datos de la encuesta reportan incremento en el índice de consumo de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 entre los hombres, y de 18% a 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los hombres aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a 7.8%. El incremento más notable se percibe en el número de menores que reportaron haber manifestado en el último año al menos tres de los síntomas de dependencia del DSM-IV, que alcanzó al 2% de los adolescentes en 2002.

El orden del consumo de drogas es en gran parte consistente con las actitudes sociales, las normas y la disponibilidad de las drogas. Pero no se puede decir que fumar y beber a edades tempranas es más tarde la causa del consumo de drogas (NIDA, 1997). Si bien la probabilidad de consumir una

droga en particular aumenta con el consumo de cualquier otra, el consumo de una o más drogas no conduce necesariamente al de otras o a una implicación más acusada.

Por tanto, esta secuencia no implica que la progresión sea inevitable. Más bien se manejan cifras de probabilidad.

Para alguien que ha fumado o bebido siempre, el riesgo de consumir marihuana es 65 veces mayor que para una persona que no ha fumado o bebido nunca. El riesgo de consumir cocaína es 104 veces mayor para alguien que ha fumado marihuana al menos una vez durante su vida que para una persona que nunca lo hizo (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1994).

Debido a que la probabilidad o el riesgo de consumir drogas ilegales, a excepción de la marihuana, aumenta con el consumo de tabaco, alcohol o marihuana, el objetivo de los esfuerzos preventivos dirigidos a los adolescentes ha de ser el de prevenir o reducir el consumo de estas tres sustancias (Botvin, 1995). La razón subyacente a esta idea es que si se logra prevenir el consumo de estas sustancias específicas, no sólo se reducirán muertes y patologías asociadas al consumo, sino que también se producirá una disminución del consumo de otras drogas al detener la progresión lógica de la cadena de consumo. Por tanto, no es nada sorprendente que la mayoría de los programas tengan como objetivo la prevención conjunta de tabaco, alcohol y marihuana.

Hansen (1992) identifica los siguientes conceptos teóricos utilizados por los investigadores para describir sus programas, obteniendo una lista de doce elementos o componentes: información (conocimientos y creencias sobre las consecuencias de riesgo de usar la sustancia), toma de decisiones (proceso racional de consumo o no de la sustancia), compromiso (adopción de una decisión personal de no usar la sustancia), clarificación de valores (relación entre los propios valores y las consecuencias de la conducta de consumo), establecimiento de metas (enseñar habilidades para la situación y atenerse a los objetivos, alentando hacia la orientación de éxito), manejo del estrés (enseñar habilidades de afrontamiento para manejar el estrés, especialmente en situaciones psicológicamente difíciles), autoestima (desarrollar sentimientos individuales de autoconfianza y valía), entrenamiento en habilidades de resistencia (identificar y resistir la presión asertivamente ante el grupo de pares, hermanos, padres, adultos y medios de comunicación), entrenamiento en habilidades para la vida (enseñando un amplio conjunto de habilidades sociales, de comunicación, relaciones humanas y resolución de conflictos interpersonales), establecimiento de normas (reglas respecto al uso, corrigiendo las percepciones erróneas de la prevalencia y accesibilidad a las sustancias), asistencia (intervención y consejo para enfrentarse a los problemas cotidianos) y alternativas (experiencia en actividades que son incompatibles con el uso de sustancias).

Los resultados de los programas preventivos indican resultados positivos sobre todo en los que se ha decidido trabajar considerando las influencias sociales y el entrenamiento en habilidades para la vida (Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1989).

Es así como la prevención se ha perfilado como una estrategia efectiva en el conocimiento y disminución de los factores de riesgo y protección mismos que han mejorado los programas existentes y eficaces, como la evaluación de los programas de prevención que no han tenido el resultado esperado. En el siguiente capítulo se expondrán las bases teóricas de este programa de prevención y la comparación con distintos programas preventivos.

Capítulo II

Bases teóricas y programas preventivos

Hoy se sabe que en el campo de las adicciones es necesario elaborar programas preventivos basados en una adecuada base teórica y que ésta se base en un buen apoyo empírico. Aunque esta labor parecería fácil, la realidad ha indicado que no siempre lo es, lo que al tiempo muestra que aunque se ha avanzado mucho en los últimos años en el campo de la prevención en adicciones, todavía queda mucho por recorrer para llegar al nivel de efectividad que se desea obtener.

Gorman (1996) sintetiza los programas preventivos predominantes desde los años 60 hasta el momento en función de los modelos teóricos subyacentes. En los años 1960-70 los programas preventivos predominantes se basaban en proporcionar conocimiento y en dar información sobre el uso de drogas y sus efectos; en los años 1970-80 el predominio es de los programas afectivos y los inespecíficos, como por ejemplo el de desarrollo personal; y, en 1980-90 los programas basados en el modelo de influencia social, y dentro de éstos el entrenamiento en habilidades de resistencia y el entrenamiento en habilidades sociales.

Tipos de programas preventivos desde 1960 hasta la actualidad	
Años	Programas preventivos predominantes
1960-70	Basados en el conocimiento Proporcionar información sobre el uso de drogas y sus efectos
1970-80	Programas afectivos Programas inespecíficos (ej., de desarrollo personal)
1980-90	Programas basados en el modelo de influencia social: a) Entrenamiento en habilidades de resistencia b) Entrenamiento en habilidades sociales

Adaptado de Gorman (1996)

Los actuales programas de prevención de drogas parten de la idea de que hay una serie de variables clave que son de importancia en el consumo de drogas. La que hoy se considera más importante y a la que se le presta más atención en los programas preventivos es la presión de los pares (Gorman, 1996). Sin embargo, los últimos datos, como indican los estudios empíricos o de revisión de Kandel

(1996), Krohn et al. (1996) y Labouvie (1996), indican que los efectos de los pares sobre el uso de drogas ha sido sobreestimado o se le ha dado una mayor relevancia de la que realmente tiene, en la investigación realizada hasta ahora. Nótese que el modelo de influencia social otorga una gran importancia al papel de los pares tiene como una causa primaria del uso de drogas. Encontrando así subgrupos específicos de alto riesgo que no están distribuidos por igual entre los grupos de pares (Gorman, 1996), esto lleva a un cambio sobre la perspectiva y el peso que se le daba hasta ahora a los pares.

Lo cierto es que en los últimos años la teoría ha cobrado un gran papel para el diseño de intervenciones adecuadas para prevenir el consumo de drogas (Catalano et al., 1996; Gorman, 1996). El descubrimiento de varios de los factores de riesgo para el consumo de drogas ha sido de gran relevancia, especialmente el hecho de que unos jóvenes tienen mayor riesgo que otros de llegar a ser consumidores de drogas. De igual importancia es el descubrimiento y los factores de protección para el no consumo.

También se le ha dado un peso creciente a los programas basados en la familia (Natera, 1999), dado que la misma representa una potencial y poderosa forma de intervención. Aún así, es cierto que hay grupos que tienen más riesgo que otros, de ahí la relevancia de identificar los grupos de riesgo y poder intervenir en los mismos.

Teoría de la socialización primaria

La teoría de la socialización primaria ha sido propuesta por Oetting y colaboradores (Oetting y Donnermeyer, 1998). Su objetivo es solventar las limitaciones de las teorías anteriores dado que, de acuerdo con ellos, se analizan un sólo aspecto del problema (ej., variables biológicas, psicológicas o sociales) y no indican los elementos de unión de unos componentes con otros. Esta teoría se centra, como la de otros autores, en las conductas problemáticas, donde el consumo de drogas es una de ellas. La premisa fundamental de la teoría de la socialización primaria es que "aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. Las conductas sociales no aprobadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas. La desaprobación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y las normas; sino que se aprendió activamente en el proceso de la socialización primaria" (Oetting y Donnermeyer, 1998).

Para estos autores la socialización es el proceso de aprender normas y conductas sociales. En toda sociedad hay un modo de aprender las normas sociales, siendo los responsables de ello en nuestra sociedad la familia, la escuela y los pares. Es en la interacción entre el individuo y estas fuentes de socialización primaria los que llevan a determinar las conductas normativas y disfuncionales del

individuo. Desde la infancia hasta el final de la adolescencia o adultés temprana, sería el período de mayor importancia para la socialización del individuo. El mayor riesgo de aprender normas erróneas se produce en la adolescencia. La teoría de la socialización primaria se centra básicamente en el aprendizaje de normas. La familia es el primer elemento de socialización primaria para el niño. Si en ésta hay problemas, como conductas delictivas, consumo de drogas, conflictos, agresiones, se sabe que ello incrementa la probabilidad de su consumo posterior por parte del niño o adolescente. De ahí, que en función del tipo de familia, el niño aprenderá unas u otras normas. Esta teoría considera a la escuela un elemento de la socialización primaria y, conforme hay familias disfuncionales, hay también escuelas disfuncionales que reducen la habilidad de aprender o transmitir normas prosociales.

El grupo de pares, es la tercera fuente de socialización primaria, junto a la familia y la escuela. La formación de las normas ocurrirá básicamente en el grupo de pares, siendo más indirecta la de los otros grupos de pares. El grupo de pares son las diadas de los mejores amigos, pequeños grupos de amigos cercanos o parejas; dependiendo de esto las normas sociales influirán claramente en la conducta de la persona.

De modo interesante, se ha indicado como la selección del grupo de pares puede ser debida a causas externas (género, lugar donde se vive), aunque las más importantes serían la similitud en actitudes, habilidades sociales, intereses y aptitudes. Una vez en el grupo, la similitud entre ellos es lo característico.

Esta teoría propone que si los vínculos entre el niño, la familia y la escuela son fuertes, los niños desarrollarán normas prosociales; si son débiles, la socialización primaria durante la adolescencia estará dominada por el grupo de pares. Si falta una adecuada internalización de las normas prosociales, y se han seleccionado los pares más disfuncionales, es probable que se incurra en conductas erróneas. Con todo, cada cultura modula lo anterior. Sobre el papel de los rasgos personales (Oetting et al., 1998), la teoría de la socialización primaria sostiene que las características físicas, emocionales y sociales del joven influyen en el proceso de socialización, lo que lleva a que el resultado de las mismas sean factores de riesgo o protección respecto al uso de drogas y a la conducta disfuncional. Es un hecho que los jóvenes más inteligentes probablemente tengan éxito en la escuela y que la escuela los refuerce y formen una buena vinculación con la misma, disminuyendo así los riesgos de influencias negativas.

Para esta teoría los rasgos de personalidad median las conductas erróneas sólo indirectamente, al tener sus efectos sobre los procesos de socialización primaria. Por ello, cuando se habla de rasgos de personalidad, se entienden como aquellos que interfieren con el proceso de socialización primaria, pero que no inciden directamente en la misma, como la ira, la agresión, la autoestima y la búsqueda de sensaciones.

Respecto al paso de la socialización primaria al consumo de drogas, esta teoría indica que se puede producir por dos vías: 1) la adicción a las drogas ocurre como un resultado de la socialización, y 2) por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas. En ello incluye el tipo de drogas, su accesibilidad y grado de aceptación. Por ejemplo, en la valoración si el consumo es de drogas legales (alcohol y tabaco), o drogas ilegales (mariguana o cocaína).

Cuando, además de la socialización, el consumo de drogas es parte del estilo de vida, suele deberse a su vinculación en el grupo de pares con conductas disfuncionales que han tenido gran influencia en el proceso de socialización.

Realizar cambios de ambiente y grupos de pares incrementa la probabilidad de un menor consumo. Las características de la comunidad, como fuente de socialización secundaria, permiten aumentar o disminuir las oportunidades para que la socialización primaria ocurra, mejore, empeore e influencie así mismo las normas que son comunicadas a través de los elementos de la socialización primaria (Oetting et al., 1998).

Como fuentes de socialización secundaria Oetting, Donnermeyer y Deffenbacher (1998) consideran: las características de la comunidad, la familia extensa, los grupos que forman asociaciones, la religión, el ambiente del grupo pares y los medios de comunicación. Dentro de las características de la comunidad se considera todo el ambiente físico y social en el que el individuo vive.

Así, incluyen el vecindario, ciudad y área geográfica; el nivel de urbanización y especialmente si vive en un área rural o urbana; el tamaño de la población en la que vive; el tipo de ocupación; el nivel de movilidad que existe en esa población; la distribución por edades, desde el nacimiento hasta la vejez, con una especial atención al número de adolescentes; las oportunidades sociales que hay para participar en distintos grupos sociales, dado que es a través de ellos como se organiza y gobierna la comunidad; el nivel de pobreza que existe en esa comunidad. Varias de estas características se asocian a una mayor o menor desviación y, al mismo tiempo, a un mayor o menor consumo de drogas.

El resultado de la investigación epidemiológica, del modelo de riesgo-protección explica la susceptibilidad de los sujetos para desarrollar problemas de abuso de sustancias (Hawkins, Catalano, Miller, 1992). Concluyen que el abuso de drogas depende de las condiciones de riesgo a que están expuestos los individuos, tales como: amigos que son usuarios de drogas, padres alcohólicos o que adoptan una actitud permisiva hacia el consumo, así como normas comunitarias y/o escolares que apoyan el abuso de drogas.

La vulnerabilidad por su parte explica el componente genético de las adicciones, que no necesariamente significa un factor de riesgo, si bien constituye una predisposición al uso o abuso. (Solís, 2003). Por lo tanto, la prevención universal, selectiva e indicada, tiende a disminuir la

vulnerabilidad de los individuos ante el riesgo a través del fortalecimiento de los factores de protección, entendidos como las habilidades que ayudan a reducir o mitigar los efectos del riesgo, en especial con relación al individuo, al grupo de pares, al ambiente familiar y social.

Estas variables, por tanto, son importantes para conocer el mayor o menor riesgo de consumir, aunque son consideradas como fuentes de socialización secundaria.

La familia extensa es otra fuente de socialización secundaria, en donde se incluyen aquellos familiares distintos a los padres, como abuelos, tíos y primos. Sirve como un factor de protección y facilita comunicar las normas prosociales a los niños. De modo semejante los grupos que forman asociaciones de distinto tipo, como asociaciones profesionales, sociales, vecinos, políticas, religiosas contribuyen al proceso de socialización.

Finalmente, una fuente de socialización secundaria son los medios de comunicación, y en algunos casos son un elemento importante para muchas personas en la adquisición de normas culturales siendo la exposición a la misma a través de periódicos, revistas, televisión, videos, discos, libros, etc. Dada la gran importancia que van adquiriendo los medios de comunicación, la teoría asume que en ocasiones éstos pueden ser una fuente de socialización primaria, un ejemplo de la influencia de los medios ocurre con los niños cuando ven dibujos animados, películas infantiles o libros que apoyen las ideas propias.

Finalmente Oetting et al. (1998) analiza el peso de la cultura en relación con el consumo de drogas. La cultura, influencia directamente a la socialización del individuo y la socialización primaria. Así mismo determina cuáles son las fuentes de socialización y las normas que se van a transmitir. Pero, a su vez, la socialización influencia la cultura, como va ocurriendo con los cambios que se producen de generación en generación. La cultura tiene una gran importancia en determinar las normas para el consumo de las distintas drogas.

Los conocimientos y habilidades culturales son las actitudes, creencias, valores y conductas que son necesarias para que el individuo pueda hacerle frente a su ambiente físico y social, pasando de una a otra persona de generación en generación. La cultura se transmite a través de la socialización primaria en la familia, la escuela y el grupo de pares. También contribuye a ello las fuentes de socialización secundaria. Un problema importante aparece cuando surgen subculturas, que tienen normas específicas o distintas de la cultura oficial o predominante. Esto es importante para el abuso de drogas y un elemento característico de nuestro actual sistema social. (Becoña, E. 2000).

La teoría del aprendizaje social

Es una teoría de la conducta humana que considera tanto los factores de aprendizaje, los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y desarrolla la persona. La conducta, es así, fruto de estos tres factores actuando todos a un tiempo.

El modelo de aprendizaje, explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue leyes, las del condicionamiento clásico, operante y vicario. Actualmente, esta teoría parte de que (Schippers, 1991): 1) La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; 2) estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e indirectos de la conducta de consumo; 3) los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo (aliviar el estrés, capacidad de afrontamiento) en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; 4) los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conductas alternativas; y, 5) la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento asertivas.

En una de las conductas donde más aceptación y utilidad se ha encontrado esta teoría ha sido en el uso y abuso del alcohol, tanto para su explicación como para el tratamiento de las personas con dependencia del alcohol. Este ejemplo es aplicable al resto de las conductas adictivas, tanto para su adquisición como para su mantenimiento, abandono y recaída.

Así que "desde un punto de vista del aprendizaje social, las personas que consumen alguna sustancia han adquirido a través del reforzamiento y del modelado, la conducta de consumo como la respuesta dominante y ampliamente generalizada a la estimulación aversiva. La atención terapéutica debería por tanto dirigirse a reducir el nivel de la estimulación aversiva experimentada por los individuos y a eliminar la droga como respuesta al estrés, estableciendo formas alternativas de hacer frente a las situaciones. Una vez establecidos otros medios más eficaces y recompensantes de hacer frente a las demandas ambientales, los individuos necesitarán menos la autoanestesia contra las experiencias de la vida diaria" (Bandura, 1984).

En su formulación muestra como el aprendizaje social influye, las contingencias de reforzamiento asociadas con el uso de drogas. Da gran peso a la teoría de la reducción de tensión, aunque se ven modulados por factores culturales, la educación familiar y el grupo de pares.

La teoría del aprendizaje social (Abrams y Niaura, 1987) rechaza la existencia de una persona de factores fijos, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. La conducta de beber se adquiere y mantiene por modelado, refuerzo social, efectos anticipatorios del

consumo, experiencia directa de los efectos la droga como refuerzos o castigos y dependencia física. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el individuo. Considera que estos factores varían a lo largo del tiempo e igualmente varía su influencia de uno a otro individuo. La tesis central de la teoría del aprendizaje social está centrado en que el uso responsable de drogas depende de la autorregulación cognitiva en un mundo estresante donde muchos "continuos apuros" están frecuentemente presentes.

En el inicio del uso de drogas hay tres tipos de influencias directas importantes: a) la influencia de la familia y de los pares; b) la influencia de modelos; y c) el desarrollo de experiencias relacionadas con la droga. La influencia de la familia es clara en el caso del alcohol por ser una droga permitida socialmente. Es en el seno familiar donde habitualmente los niños se inician en el consumo del alcohol y cada sociedad tiene peculiares usos sancionados acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social.

En un segundo momento son el grupo de pares los que van a tener más importancia que la familia en el proceso de socialización y de aprendizaje de las normas sociales. Ambos, la familia y el grupo de pares, van creando en el niño o adolescente actitudes, costumbres, ideas y valores hacia la droga que lo marcarán de modo importante para su futuro consumo.

La influencia de los modelos tiene gran relevancia en nuestra sociedad, ya que los medios masivos de comunicación sugieren modelos deseables y modelos indeseables. Por ejemplo, en la televisión, en el cine y en la publicidad la idea que se extrae de las imágenes relacionadas con el alcohol es que éste permite interaccionar mejor con la gente, reduce el estrés social, permite un estado de bienestar físico y psicológico, facilita superar las crisis, etc.

Finalmente, la persona aprende cómo actuar con el alcohol, junto a los factores anteriores y con sus experiencias directas. Es evidente que la influencia directa con el consumo no siempre tiene que ser el factor más importante acerca del futuro uso y abuso de drogas. Más bien son los factores previos los que van a incidir de modo muy importante en la experiencia directa con la droga. Los factores previos crean expectativas acerca de la droga que se van a cotejarán con la situación real. Las primeras expectativas sobre el consumo, formadas en el medio familiar y en el grupo de pares, reforzadas por los medios masivos de comunicación, incidirán de modo directo con la experiencia del consumo.

Los anteriores factores, reforzados interna y externamente, mediados por las expectativas, tienen gran importancia en la adquisición y en el posterior mantenimiento de la conducta de consumo. Conforme la persona acumula experiencias con la droga puede, hacer frente a las situaciones afrontándolas con estrategias adecuadas y satisfactorias, o bien consumir sustancias. Conforme vaya utilizando la droga como una estrategia de afrontamiento, más difícil le va resultar buscar estrategias de afrontamiento alternativas en donde no esté presente la droga (Mora, 2001).

El déficit en habilidades sociales para afrontar las situaciones cotidianas que se presentan es el factor que explica, el consumo de alguna droga para resolución de conflictos. Contar con una habilidad social adecuada posibilita disminuir el nivel de ansiedad que puede estar presente en situaciones interpersonales y sociales de tensión.

Su carencia incrementa la ansiedad social e impide dar una respuesta adaptativa. Si el individuo no la tiene puede beber para encontrar en la bebida esa respuesta si en el pasado ha encontrado que bebiendo disminuye el estrés a corto plazo. Este hecho se va repitiendo a lo largo del tiempo, el déficit en habilidades sociales puede ser crónico y el abuso de alcohol incrementarse hasta hacerse crónico.

El sujeto bebe en un momento concreto en función de su historia pasada de aprendizaje social. Para la teoría del aprendizaje social son, sin embargo, los factores cognitivos los que modulan todas las interacciones persona-ambiente. Por ello la decisión última, de beber o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra.

McCrary y Langenbucher (1996) comentan sobre el tratamiento psicológico de la dependencia del alcohol, afirman que un modo importante de tratar la dependencia del alcohol se fundamenta en los principios del aprendizaje social a partir de los cuales se han desarrollado lo que él denomina la "terapia de conducta de amplio espectro", o programas multicomponentes.

Estos incluyen técnicas como autorregistro conductual, análisis funcional de las relaciones entre antecedentes y consecuentes, ambientales y beber, entrenamiento en autocontrol conductual, entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, desensibilización sistemática y entrenamiento en solución de problemas. Bajo la teoría del aprendizaje social se incluye casi todo, o todo, el bagaje de técnicas de un terapeuta cognitivo-conductual, lo que facilita una mejor adaptación de técnicas de tratamiento para el sujeto, y el conseguir un nivel de eficacia elevado. De modo que, los programas actuales de entrenamiento en habilidades sociales, se fundamentan en esta teoría.

El hecho es que las técnicas de modelado derivadas de la misma sean un elemento esencial en muchos programas preventivos hacen de la misma una de las teorías más relevantes con las que hoy se cuenta.

El modelado constituye el método más importante de cambio, o uno de los más relevantes. Pero lo cierto es que esta teoría es de las que mejor explica un elemento que no siempre se hace claro cuando hablamos de los modelos teóricos: la influencia de los medios masivos de comunicación. No se debe olvidar que se habla de una teoría de aprendizaje social, donde los modelos, reales o simbólicos, tienen una gran relevancia. Los medios masivos de comunicación, en forma de periódicos, revistas, pero especialmente de la televisión, constituyen poderosos métodos para

aprender conductas de todo tipo, formar actitudes y modular creencias. Esto lo sabe muy bien la publicidad desde hace muchos años, y los principios técnicos de todo el aprendizaje lo utilizan frecuentemente en el intento de convencernos de que usemos unos productos y no otros. Por ello, como la televisión tiene un poderoso efecto en modelar conductas, entre las que se encuentran el consumo de drogas, particularmente los de tipo legal (alcohol y tabaco), las técnicas de modelado se utilizan sistemáticamente en los programas preventivos para adquirir conductas saludables, tanto las relacionadas con las drogas, como con otras, como la salud bucodental, la conducción vial, la conducta prosocial, etc. Con ello se pretende, por una parte, aprender conductas correctas y, por otro, ayudar a contrarrestar los efectos negativos del modelado que está presente a lo largo de nuestro amplio sistema social (Bandura, 1986).

Como un ejemplo, dentro de los programas preventivos (Cleaveland, 1994) se han utilizado varios modos para facilitar la atención. Esto se ha hecho: a) a través del uso de la emoción, la cual facilita el aprendizaje por incrementar el activador vicario y dar a los eventos el potencial de activar la emoción (esto puede hacerse a través del juego de roles); b) exagerando aspectos importantes del juego de roles (enfaticando mucho una palabra); c) usar contraste de modelado, mostrando conducta positiva y conducta negativa de modo que las diferencias sean evidentes; d) usar la narración que dirija la atención; e) dar retroalimentación informativa; y, f) el reforzamiento. Tampoco debemos olvidar que el segundo moderador de los efectos del modelado es la motivación. Por ello es conveniente utilizar modelado de pares, refuerzo para el modelo, similitud entre el modelo y el observador. Tal como cuando hablamos de las características a considerar cuando se aplica en el campo de la prevención de las adicciones.

En conclusión estos elementos nos permiten determinar que la teoría de la socialización primaria y secundaria así como la de aprendizaje social es la base para el desarrollo de programas preventivos con mayor efectividad, teniendo en cuenta todos los elementos que participan en el modelado y reforzamiento del consumo de drogas, que sostiene el programa de prevención selectiva para hijos de alcohólicos explorando el área familiar, escolar y social conociendo como interactúan para obtener una conducta, procesos cognitivos y procesos sociales para afrontar diversos riesgos, de donde se desprende objetivo central de la presente investigación.

Capítulo III

Programas preventivos

Los primeros intentos preventivos se basaban en la creencia de que lo que ocurría era que el adolescente no tenía suficiente información sobre los efectos negativos del uso de sustancias y, por tanto, proporcionarle información solucionaría el problema. Se insistía en los aspectos negativos del consumo, asumiendo que con ello, tomarían una decisión racional de no consumo. De ahí que a este modelo se le haya denominado modelo racional o informativo. También en ocasiones se le denomina modelo tradicional, por ser el que se ha utilizado desde los inicios de la prevención y el que más se ha mantenido en el tiempo (Becoña et al., 1994).

En la práctica estos programas mostraban las consecuencias negativas a corto, medio y largo plazo que tenían las distintas sustancias, tanto las legales como las ilegales. Los programas iniciales apelaban al miedo y en ocasiones a contenidos de tipo moralista (Perry y Kelder, 1992). En los Estados Unidos hay un importante movimiento que procede de finales del siglo pasado, basado en aquel inicial movimiento de la templanza (Alexander et al., 1996), que se reflejó claramente en los primeros programas preventivos puestos en marcha en ese país, y extendidos en cierto modo a otros países, en los primeros momentos del problema, como consecuencia de la influencia anglosajona y específicamente norteamericano.

Conforme fue transcurriendo el tiempo, y ante el poco éxito del anterior enfoque, los programas fueron centrándose en los déficits de personalidad. Aquí se dedicó mucho esfuerzo a la clarificación de valores o a la mejora de la autoestima. Muchos de estos esfuerzos se han mantenido hasta nuestros días. Pero la realidad ha mostrado, cuando se han hecho evaluaciones rigurosas de este tipo de acercamientos, la inutilidad de los mismos. Por desgracia, este acercamiento es el más predominante tanto en otros países como en el nuestro (Bellver y García, 1997). Se espera que si la persona tiene un conocimiento adecuado sobre las drogas, no tendrá intenciones ni actitudes para consumir y, lo más importante, no consumirá. Sin embargo este enfoque es demasiado simple, porque hay un gran número de factores que se relacionan con la conducta que van mucho más allá del conocimiento sobre una sustancia o sobre una conducta.

Algunas de las técnicas utilizadas dentro de este modelo son: la discusión en grupo sobre lecturas realizadas previamente, comentar películas sobre la temática de las drogas y escuchar charlas de personas que se consideran especialistas en el tema. Lo que subyace a todo esto es que el conocimiento cambia las actitudes. Este cambio de actitudes permite a la persona tener unas intenciones y una conducta de acuerdo con ellas. De ahí que se denomine modelo racional, ya que

se espera que haya una concordancia entre el conocimiento, las actitudes y la conducta. Sin embargo esto no siempre es así. Como un claro ejemplo, pensemos en los miles de fumadores que saben que el tabaco les hace daño y que quieren dejar de fumar pero no saben cómo hacerlo o van posponiendo la decisión por múltiples motivos.

Este modelo se ha ido desechado paulatinamente por su poca efectividad, al tiempo que han surgido otros de mejor funcionamiento y resultados preventivos. En algunas ocasiones estos programas no conseguían prevenir, sino que eran contrapreventivos, en el sentido de que dicho programa lo que hacía era incrementar el consumo que se quería evitar, al proporcionar información inadecuada para ciertas edades, aumentar la curiosidad, no percibir los destinatarios los mensajes del mismo modo que los entendían los que los transmitían. La investigación clarificó muchos aspectos relacionados con el consumo de drogas y la facilitación del surgimiento de nuevos y más eficaces modelos.

El modelo de influencias psicosociales

Una orientación claramente distinta a la anterior es el conocido como modelo de influencias psicosociales. Parte de distintos estudios, tanto de la psicología social, como del aprendizaje social y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas.

Estos modelos consideran la existencia de tres factores de riesgo que son imprescindibles considerar para el desarrollo de programas preventivos efectivos (Perry y Kelder, 1992): los factores de riesgo del ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El ambiente social es de gran importancia, ya que la conducta, el consumo o no de drogas en este caso, se produce en un concreto ambiente social con unos parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo.

Por ejemplo la observación de cómo otras personas llevan a cabo conductas relacionadas con las drogas facilitando la socialización en dicho consumo. A veces el consumo o no consumo es un elemento de identificación, un elemento de apoyo social en ese ambiente. Piensese como un prototipo en nuestro medio lo que ocurre con el alcohol y su utilización en celebraciones (fiestas, bodas, reuniones), donde su uso es "normativo" y un elemento más de la cotidianidad de la persona cuando lo consume. También es cierto que el propio ambiente social marca los límites al consumo adecuado e inadecuado. Lo que decimos del alcohol vale para el tabaco, la marihuana, la cocaína, las drogas de síntesis o la heroína. Cuantos más modelos tenga la persona presente, que le muestre y modele el consumo de sustancias, mayor probabilidad tendrá de consumir esa sustancia.

Para este factor de riesgo la prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas, consiguiendo modos de reducir el acceso a esas sustancias. Cabe señalar que la mayoría de las personas experimentan consumo en un ambiente social, no a solas. De ahí la gran relevancia de tener el ambiente social, conocerlo y saber cómo facilitar el no consumo o un consumo no peligroso.

Pero el ambiente social no lo es todo, los otros elementos son: la personalidad y los factores de riesgo conductual también son de gran importancia. El manejo adecuado de las situaciones de riesgo, sus habilidades en las mismas, el participar en alternativas sin drogas, son elementos de gran importancia para que no se produzca el inicio en el consumo de las sustancias. De ahí que los programas preventivos de tipo psicosocial dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas.

Esto además está fuertemente apoyado por los estudios de tipo longitudinal que han demostrado que la intervención en esos tres elementos produce mejores resultados preventivos que la intervención en sólo uno de ellos. También se da relevancia a que la aceptación de las normas convencionales se convierte en un factor protector del consumo de drogas (Hawkins et al., 1992). Esto se relaciona con que distintos estudios dentro de este modelo han demostrado como el consumo de drogas cumple diversas funciones para los que las prueban inicialmente y luego las consumen. Concretamente el uso de tabaco y alcohol, en un principio, son un modo de desafiar la autoridad paterna y la autoridad social, o transgredir las normas de los adultos, al asumir el adolescente que ya es un adulto, que tiene los mismos derechos o que tiene que tener la misma posibilidad de acceso a ciertos elementos sociales como los adultos. De ahí que cobra gran relevancia conocer el papel del joven, la adolescencia y las edades críticas con sus conflictos con el mismo, con sus padres, con sus amigos y con el sistema social. Lo que está en juego es la búsqueda de su identidad (Kroger, 1996). Por ello, la autonomía y la independencia son dos valores claves en la adolescencia que chocan frontalmente con los padres y con el sistema social. Este es un elemento esencial a considerar como una parte normal del desarrollo del adolescente y que forma parte del desarrollo humano normal. Por ello los programas preventivos en este modelo se centran en el ambiente social más próximo, en la personalidad y en los factores de riesgo conductual.

Perry y Kelder (1992) indican siete componentes que caracterizan a esta orientación en los programas llevados a cabo en la escuela para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y marihuana. El primero es la identificación por parte del estudiante de las consecuencias sociales a corto plazo. El segundo es analizar las razones por las que los adolescentes consumen sustancias, como divertirse, hacer amigos, madurez y afrontar los problemas personales. En el tercero se hacen ejercicios para que descubran, a diferencia de lo que piensan, que el consumo de drogas no es una conducta normativa en su grupo equivalente de edad.

En el cuarto implica el aprendizaje de la importancia de la cultura, los modelos que se relacionan con el consumo a través de los medios de comunicación. En el quinto aprenden y practican distintas habilidades para afrontar diversas situaciones sociales. En el sexto aprenden que el uso de drogas no sólo les afecta a ellos y a las personas más cercanas, sino que afecta a toda la comunidad. Por ello se analizan varios modos para conseguir que sean socialmente responsables en ese ambiente y no consuman drogas. Finalmente, el séptimo, consiste en un compromiso público de no consumo.

Este tipo de programas tienen varios de los componentes que se utilizan más ampliamente dentro de los programas preventivos eficaces. Suelen hacerse en clase, en pequeños grupos, con una sesión semanal, con duraciones que oscilan entre 6 y 20 sesiones, y seguimiento a lo largo de uno o dos años, después de la aplicación del programa, para mantener los efectos del mismo. También se le da gran importancia a que se tengan líderes dentro del propio grupo como las personas claves en llevar a cabo el programa y que sea el propio maestro quien se encargue de supervisar en el aula, considerando un papel preponderante a los líderes de cada grupo.

El modelo de habilidades generales

El modelo más reciente que se ha planteado es el modelo de habilidades generales. Este modelo parte de que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de adicciones. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas.

Este tipo de modelos representan un cambio respecto a modelos y programas previos, en el sentido que se orientan a todas las drogas, a diferencias de programas específicos para sólo tabaco, alcohol o la combinación de ambos o la inclusión también de marihuana (Hansen, 1992). Dentro de este modelo se tratan todas las drogas. Aún así, en la práctica estos programas están dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas y lógicamente se enfocan en las llamadas drogas de inicio; es decir, el tabaco, el alcohol y la marihuana. Estos modelos se basan en la idea de una multicausalidad en el proceso de comenzar a usar cualquier sustancia por parte de los adolescentes y por lo tanto cubren diversas áreas que pueden ser deficitarias en ellos y facilitarles el que ser capaces de hacer frente a la tentación de usar cualquier sustancia como forma de compensación de dichas deficiencias. Dos de estos programas más representativos son el de Botvin y el de Johnson.

El programa, denominado *Entrenamiento en habilidades para la vida* ("Life Skills Training", LST) ha sido elaborado por Botvin y sus colaboradores en los últimos años. Está formado de 12 unidades que se enseñan a lo largo de 15 sesiones. Cada unidad tiene su objetivo principal, objetivos de los estudiantes, contenido y actividades de clase. El programa puede ser integrado en cualquier área del programa escolar, como Educación para la Salud y Educación sobre Drogas. El objetivo principal del LST es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales para fumar, beber o usar drogas.

Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, para

comunicarse de forma efectiva, para mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como la demostración, el ensayo conductual, el feedback con refuerzo y tareas para practicar fuera del contexto de las clases.

Además de todo lo anterior, el programa imparte conocimientos sobre el tabaco, la bebida y el uso de drogas y enseña habilidades para problemas específicos como, por ejemplo, aplicar las habilidades asertivas generales a situaciones concretas en las que pueden estar sometidos a presiones interpersonales para fumar, beber o consumir drogas.

A diferencia de los programas tradicionales de prevención de drogas, que ofrecen información sobre las consecuencias del uso de sustancias, en este programa se da información que se considera más importante para los adolescentes como son: las consecuencias negativas inmediatas del uso, la disminución de la aceptabilidad social de aquellos que usan sustancias y la prevalencia actual real del uso entre los adultos y adolescentes, se dedican cuatro clases a información, dos al entrenamiento en toma de decisiones, dos al manejo de la ansiedad, habilidades sociales, asertividad y una a tratar las influencias de los anuncios, técnicas de autocontrol y habilidades de comunicación.

Después de la aplicación en el primer año de las 15 lecciones del programa, se imparten 10 sesiones de recuerdo en el segundo año y 5 en el tercero, diseñadas para revisar y reforzar lo aprendido durante el primer año de intervención y para enseñar habilidades personales y sociales para enfrentarse a los problemas de la adolescencia.

En el estudio de Botvin et al. (1990, 1992) participaron 4.466 estudiantes de 56 escuelas de tres áreas geográficas del estado de Nueva York. El diseño experimental se realizó dividiendo las escuelas en tres grupos (bajo, medio y alto), en base a una encuesta que se había realizado previamente para determinar los niveles de prevalencia de fumar. Después las escuelas fueron asignadas de forma aleatoria dentro de cada área geográfica a las siguientes condiciones: a) programa de prevención aplicado por profesores a los que se había entrenado en un taller de un día de duración y a los que se proporcionaba feedback por parte del personal del proyecto (18 escuelas); b) programa de prevención aplicado por profesores a los que se había entrenado mediante videocintas y a los que no se proporcionaba feedback (16 escuelas) y c) grupo de control (22 escuelas). En las dos condiciones de intervención se aplicó el mismo programa con las mismas sesiones a lo largo de los tres años, con el apoyo de un manual del profesor para cada año, una guía del estudiante para el primer año y una cinta de relajación grabada para los tres años.

Se encontró que el programa era efectivo en reducir el uso de tabaco, el uso incontrolado del alcohol y el uso de marihuana. Según los autores, los resultados del estudio indican que este tipo de intervención es efectiva cuando se implementa en condiciones reales en las que los profesores son los que aplican el programa, los colegios tienen sus propios criterios de selección del profesorado y

de los currículos preventivos que se aplican en esa escuela, aunque la escasez de tiempo a la que están sometidos los alumnos y los profesores hacen que la aplicación del programa no sea la ideal. El otro programa del modelo de habilidades generales es el de Johnson et al. (1990), conocido como el *Proyecto de Prevención de Midwestern* ("Midwestern Prevention Project"). Es un estudio comunitario que se extendió a lo largo de seis años llevado a cabo en Kansas City y en Indianápolis. Incluye elementos de los medios de comunicación, escuelas, padres y organizaciones comunitarias. Los sujetos del estudio respondían a uno de tres cuestionarios asignados aleatoriamente que evaluaban el uso de drogas, datos demográficos y variables psicosociales que se pensaba estaban relacionados con el uso de drogas. Antes de responder a los cuestionarios, se obtenía la medida de monóxido de carbono en el aire espirado de cada sujeto para aumentar la fiabilidad de las respuestas.

Los componentes del programa eran los siguientes: a) un programa aplicado en 10 sesiones, que enfatizaba el entrenamiento de habilidades de resistencia al uso de drogas, con tareas en casa que incluían entrevistas y ensayo de conducta con los padres y otros miembros de la familia; b) un programa dirigido a las organizaciones de padres que revisaba las políticas de prevención de las escuelas y entrenaba a los padres en habilidades de comunicación positiva con sus hijos; c) entrenamiento a los líderes comunitarios en la organización de asociaciones de prevención del abuso de drogas; y, d) cobertura del programa en los medios de comunicación. Las escuelas de la condición de intervención recibieron los cuatro componentes del programa mientras las escuelas de control solo recibieron los componentes c y d.

Las diez sesiones del programa cubrían contenidos teóricos que han sido sugeridos como efectivos en programas preventivos como: corrección de las expectativas normativas de la prevalencia del uso de drogas (número de jóvenes de su edad que consumen alcohol, tabaco y marihuana), reconocimiento y resistencia a las influencias de los adultos, compañeros y publicidad para el consumo de esas sustancias, asertividad, solución de problemas en situaciones difíciles por último la exposición pública de un compromiso para evitar el uso de drogas.

En el estudio de Johnson et al. (1990) participaron 5.008 alumnos de 50 escuelas de las que 42 se mantuvieron en el estudio. De las 42 escuelas, 8 fueron asignadas aleatoriamente a las condiciones de intervención o de control, 14 fueron asignadas a la condición de control por no poder modificar su programación del curso y 20 que sí podían hacerlo, fueron asignadas a la condición de intervención. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en el pretest entre las escuelas asignadas aleatoriamente y las que no a las condiciones de control y de intervención en el uso de drogas o en las variables demográficas. Tampoco aparecieron diferencias significativas entre las escuelas de control y las de intervención en la línea base en el uso de alcohol, tabaco y marihuana ni en las características sociodemográficas (raza, estatus socioeconómico y puntuaciones en tests estandarizados).

El programa fue aplicado por los profesores habituales de las clases que realizaron un entrenamiento de dos días. Se utilizaron técnicas de modelado, ensayo conductual, feedback del grupo, uso de profesores y compañeros como líderes. En las tareas para casa los estudiantes entrevistaban a miembros de su familia sobre las reglas del uso de drogas en la familia, las técnicas para evitar el consumo y los métodos para resistir las presiones de la publicidad, los compañeros y la familia hacia el consumo.

Las escuelas de la condición de intervención tuvieron menos estudiantes que intentaran consumir drogas, que creyeran en las consecuencias positivas del uso, que observaran que sus compañeros eran tolerantes respecto al consumo y que pensarán que era difícil discutir con sus amigos los problemas de las drogas y de la escuela. Los efectos del programa en reducir el uso de sustancias fueron significativos para el tabaco, el alcohol y la marihuana al igual que en las intenciones de uso de dichas sustancias. En las escuelas en las que se aplicó el programa los aumentos fueron del 1%, 6% y 0% para el uso de cigarrillos, alcohol y marihuana en los dos meses siguientes, mientras que en los colegios de control fueron de 7%, 10% y 4%, respectivamente.

El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes

Un modelo de gran interés es el de Kim y colaboradores sobre el proceso de reafirmación de los jóvenes. Estos autores (Kim, Crutchfield, Williams y Hepler, 1998) se hacen varias preguntas que son claves en la prevención de las adicciones: 1) ¿por qué unas personas se hacen dependientes y otras no?; 2) ¿qué factores explican lo anterior?; 3) ¿conocemos los factores necesarios para implantar un adecuado programa de prevención de drogas?; y, 4) ¿tenemos programas eficaces a corto y a largo plazo?, estos autores consideran, que a pesar de su actualidad, la aproximación de factores de riesgo no ha mostrado tener mucho éxito en la articulación de planes de acción concretos y programas de actividades que sirvan para detener la conducta de uso de drogas, aunque reconocen que proporciona una guía conceptual general y direcciones a seguir para la futura investigación, especialmente para la aproximación del desarrollo de la conducta problema. Por el contrario, consideran que está surgiendo un nuevo paradigma que enfatiza la necesidad de promover el desarrollo completo del joven mediante la reafirmación del mismo. Mientras que las estrategias preventivas tradicionales lo que pretenden es conseguir "jóvenes sin problemas", el objetivo de este nuevo paradigma es conseguir "jóvenes completamente preparados". Con ello, se añade una dimensión nueva a la de los factores de riesgo, aquella que enfatiza la necesidad de promover un desarrollo positivo del joven vía los procesos de reafirmación, lo que significa promover una mayor participación e implicación de los jóvenes en las cuestiones públicas y socioeconómicas de la comunidad. Todo ello implica cambiar desde la perspectiva que se piensa que los jóvenes causan problemas a la comunidad a otra, en la que los jóvenes sean una ventaja y fuente de recursos para la comunidad. Para otros autores, el concepto organizador de este nuevo paradigma es que "la

oportunidad social, económica y pública negada a los jóvenes es igual a los problemas sociales impuestos a los jóvenes por los adultos".

El modelo de proceso de reafirmación de los jóvenes se basa en un amplio conjunto de teorías y componentes, como la teoría de control social, el modelo del desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados expectativas. Los componentes que incluye este modelo son: el adecuado apoyo familiar, apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el, por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, tener reforzado su rendimiento por personas relevantes para él en la escuela, la casa, por adultos en su ambiente social, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos.

Como se aprecia en este modelo se da gran importancia a la familia como elemento básico de socialización de los valores dominantes de la sociedad. También se incluyen otros elementos sobre la vinculación del individuo al orden social, basada en la teoría del control social, aunque estos autores explican esta vinculación a través de la teoría del aprendizaje social y de los estados expectativas. La primera para explicar que la conducta social es adquirida a través del condicionamiento vicario (imitación) con los procesos de reforzamiento y castigo. La Teoría de estados expectativas se basa en la idea de el modo en que pensamos y creemos es en gran parte, una función de como los otros nos ven y nos tratan. Y, el modo como otros nos perciben está en gran parte condicionado por las expectativas que ellos puedan tener previamente.

Esta teoría también se le conoce como el efecto Pigmalion o modelo de comunicación de expectativas. A partir de este modelo, según Kim et al. (1998), los esfuerzos preventivos deberían dirigirse a cinco componentes que están identificados: a) crear un grupo de trabajo con sus roles y responsabilidades, 2) entrenamiento inicial, de líderes jóvenes y consultores adultos en áreas de habilidades clave; entrenamiento en esas áreas de habilidades clave para los miembros del grupo de jóvenes, necesidad de un entrenamiento en habilidades especializado para los miembros del proyecto para ser llevado a cabo por el grupo de jóvenes, y un servicio de implementación del proyecto. El primer componente es esencial, ya que implica un apoyo de la comunidad, dada la necesidad de contactar con agencias y organizaciones de jóvenes que existen en ese medio social, (escolar, recreativas, servicios sociales, religiones, empresariales y medios de comunicación). El programa, una vez en marcha, exige una gran implicación comunitaria y la necesidad de acceder a múltiples recursos de tipo social, aparte de los necesarios para la implementación del programa. Lo que se pretende con todo este complejo proceso es "animar a los miembros del grupo a desarrollar

relaciones positivas con los adultos y con sus pares, participar en los asuntos sociales, públicos y demostrar su éxito en solucionar problemas y cuestiones de la comunidad".

En conclusión los modelos preventivos en los cuales se ha basado la intervención en México respecto al consumo de drogas, dan la pauta al trabajo de investigación y a la necesidad de crear estrategias y modelos adecuados a la población que se desea impactar, tomando en cuenta no solo la información o la consejería, sino eligiendo las mejores aportaciones de cada uno de los modelos de influencias psicosociales (ambiente, conducta y personalidad), habilidades generales (prevenir el comienzo del uso), reafirmación de los jóvenes (resolución de conflictos) e información. Finalmente esto aportará el enriquecimiento para nuevos diseños de programas de prevención selectiva, como es el caso de los jóvenes con antecedentes de consumo de alcohol en la familia.

Capítulo IV.

Los factores de riesgo y protección en adicciones

Aunque se podría argumentar que el origen del consumo de drogas se sitúa en la infancia temprana, la iniciación real en el consumo comienza normalmente, para la mayoría de los individuos, en la adolescencia temprana, y avanza a partir de aquí, a lo largo de la adolescencia media (Millman y Botvin, 1992). En sus primeras etapas, el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas. A medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y progresa hacia múltiples sustancias.

Conocer los factores de riesgo y de protección se convierte así en un punto de gran relevancia para la prevención de las adicciones.

De modo semejante, en el momento de elaborar o seleccionar un programa de prevención hay una serie de cuestiones a tener en cuenta. En primer lugar, hay que partir de un modelo teórico adecuado, que se apoye en datos empíricos y que, por tanto, haya demostrado que con él se pueden obtener buenos resultados. En segundo lugar, también es necesario conocer los factores de riesgo para la posterior construcción de dicho programa (Botvin, 1992), los factores de riesgo específicos para la comunidad en la que vamos a aplicar el programa, lo que implica estudios previos de los mismos junto a los factores de protección (Hawkins, Catalano y Miller, 1992), el conocimiento de la problemática de un modo realista y objetivos viables, tanto a partir de datos epidemiológicos, estudios clínicos, como de la experiencia acumulada a través de otros múltiples estudios e indicadores con los que ya se cuenta sobre esta problemática (Becoña, 1995).

Los factores de riesgo tendrán que estar claramente definidos para una edad específica o etapa evolutiva. Junto a estos dos importantes aspectos también hay que considerar los factores que suelen influir en el impacto de los programas; considerar los factores que son básicos en los programas de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en la infancia teniendo en cuenta la implementación del programa, que haya demostrado una eficacia adecuada en los distintos estudios piloto y en el ámbito de la investigación.

Se entiende por factor de riesgo "una característica individual, dentro de un contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) permitiendo una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)" (Clayton, 1992). Por factor de protección "una característica individual, dentro de un contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas así como la transición en el nivel de implicación con las mismas" (Clayton, 1992).

Clayton en (1992), enumeraba de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, ser jóvenes sin hogar, ser jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio.

Los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas son los siguientes: 1) un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados, 2) varios factores de riesgo o de protección pueden tener un impacto en un simple resultado, 3) el abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección, y 4) la relación entre los factores de riesgo y de protección así como las transiciones en el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997) y Muñoz (1998) han revisado los factores de riesgo y protección para el abuso de drogas. Pollard et al. (1997) han elaborado un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección, para lo cual han planteado los que son más relevantes y que por ello deben ser evaluados. Los dividen en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individualidades.

Para Medina-Mora (1994) los factores de riesgo considerados son: bajo promedio de las calificaciones académicas, la falta de práctica religiosa, psicopatología, uso temprano de alcohol, poca autoestima, malas relaciones con los padres y uso de drogas por compañeros y amigos, así como por el padre, la madre y otros familiares cercanos, el género, la escolaridad baja, el abandono de la escuela, el empezar a trabajar a edad temprana, el poco o nulo contacto familiar, el haber emigrado de zonas rurales y si la madre, hermanos y amigos consumen alcohol o drogas.

En este sentido los factores de protección son los refuerzos y las oportunidades por su implicación en la comunidad. Dentro del dominio familiar los factores de riesgo son: la baja supervisión familiar, la baja disciplina, el conflicto, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección indican el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos.

Finalmente en el dominio individual y de los pares, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial y uso de drogas de los pares, el refuerzo por parte de los pares de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los pares. Como factores de protección la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los pares.

Muñoz (1998) revisa extensamente los factores de riesgo y protección que agrupa en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Por ejemplo, dentro de los psicológicos considera la depresión y la ansiedad, las características de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial), actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales. Concluye que el uso precoz de drogas y el posterior abuso de las mismas dependería de la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos disfuncionales; el tener un mayor acceso a las sustancias adictivas o que éstas estén más disponibles para su consumo indiscriminado; el estar en una situación de privación económica importante como el hacinamiento; el residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población, porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; el pertenecer a familias con un historial previo de consumo de alcohol y otras drogas; el iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo; la presencia en la infancia o la adolescencia de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la personalidad depresiva, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención; el mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancia o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores prosociales y tradicionales, una alta tolerancia a la disfuncionalidad, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; el pertenecer a familias donde hay un solo padre; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padres-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con alto nivel de conflicto (frecuentes disputas matrimoniales, violencia entre los miembros de la familia); el uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de pares; la identificación con grupos no convencionales; finalmente el fracaso escolar, bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela.

Los factores de riesgo y protección en los programas preventivos

Hoy se sabe que existen toda una serie de factores de riesgo que aumentan significativamente la probabilidad de consumir drogas y, por el contrario existen factores de protección que impiden

significativamente el consumo. Es imprescindible considerarlos, además de tener una gran cantidad de información sobre los mismos, que están facilitando el diseño de adecuados programas preventivos.

Además se pueden considerar que existen también factores de riesgo en el desarrollo que hay que tener en cuenta antes de comentar los factores específicos de riesgo y protección en las adicciones. Estos han sido expuestos por Coie, Watt, West et al. (1993), siendo aplicables para la prevención de todo tipo de conductas en adolescentes, drogas u otras. Considera los familiares, los emocionales e interpersonales, los intelectuales y académicos, los ecológicos y los acontecimientos de la vida no normativos que generan estrés.

Por tal motivo se ha sugerido partir de estos factores generales, y luego trabajar específicamente con otros que están relacionados con el consumo o no consumo de sustancias, (Jessor, 1991, 1992).

Disponibilidad de la sustancia

Un factor que se relaciona claramente con el consumo de drogas es que éstas estén disponibles para los posibles consumidores (Becoña, 2000). Si están disponibles es posible o no el consumo, si no están disponibles el consumo es difícil o puede llegar a hacerse imposible. Pero además, como producto, tiene propiedades para que sus potenciales compradores/consumidores la acepten y se conviertan en un elemento más de consumo. Su tamaño, forma, color, vía de ingestión, efectos a corto, medio y largo plazo, precio, entre otras, son algunas razones que tener en cuenta y la especie de multinacionales que se dedican a comercializar las distintas drogas, mismas que conocen ampliamente del tema, por ejemplo: consideran que ocupen poco espacio, sean fácilmente transportables, tengan efectos potentes pero no mortales, produzcan una gran adicción y el precio se adecue a la capacidad adquisitiva de un número suficiente de personas para poder mantener el negocio en un país o zona concreta. En caso contrario no obtendrían grandes beneficios y no les compensaría el negocio.

Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones

Respecto al consumo de drogas, las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones que se tengan sobre las distintas drogas van a ser un elemento predictor de la experimentación o no de ellas y su posterior consumo o abstinencia. Se asocian claramente a los factores de riesgo y protección siendo resultado de la socialización de la persona, de sus procesos de aprendizaje y de sus expectativas.

Las creencias son la información que tiene un sujeto sobre un objeto, enlazando un objeto con un atributo; las actitudes como una predisposición aprendida a responder de una manera favorable o desfavorable con respecto a un objeto dado; las normas interiorizadas aquellas que llevan a la persona a seguir un curso u otro de acción según lo que se espera de él por parte de otras personas

relevantes para él; un valor es una constelación de actitudes centrales de modo que estructuran el mundo del individuo y una intención conductual es el resultado de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva en donde el individuo piensa llevar a cabo una conducta que se adecuó a las mismas, siendo por tanto un buen predictor de la conducta.

Sobra decir que estos elementos son de gran relevancia para que la persona llegue finalmente a realizar o no una conducta. Por ello, distintos modelos teóricos, como los de la acción razonada y de la conducta planificada, se centran en estos componentes para explicar la conducta. Claramente los factores de riesgo y protección se relacionan directamente con estos componentes para facilitar o no el contacto con la sustancia. Tampoco se debe olvidar que los otros elementos del modelo, como los factores de predisposición, o la disponibilidad, accesibilidad y precio de la sustancia, tienen su importancia en relación con las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones. Todos estos elementos son cambiantes a lo largo del tiempo. De ahí que las distintas experiencias con la sustancia, lleven o no al consumo, junto a la interacción del consumo con distintas sustancias, van paulatinamente conformando las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones a lo largo del tiempo. Finalmente, la persona tendrá una idea elaborada sobre las distintas drogas. Esto le puede hacer pensar en realizar o no la acción, cuando estamos al nivel de intención conductual. Las creencias, actitudes y normas interiorizadas cobran aquí un papel importante para la predicción de la intención conductual. Constituyen, como se ve en el modelo, un elemento directo en relación a la prueba o no de la sustancia (CIJ, 2003).

El estado emocional

Hemos visto al hablar de distintas teorías, que el estado emocional se asocia en ocasiones al consumo de sustancias. Como un ejemplo de ello, Chatlos (1996) ilustra algunas de las múltiples relaciones entre dos trastornos biopsicosociales utilizando el modelo del desarrollo y el diagnóstico del DSMIV, resumiéndolas en las siguientes: 1) los factores de riesgo de cada trastorno pueden interactuar y sobreponerse entre sí (trastornos de conducta y de humor); 2) la psicopatología de los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo o personalidad antisocial pueden servir como un factor de riesgo para los trastornos adictivos; 3) los trastornos adictivos pueden servir como un factor de riesgo para la psicopatología (el uso de LSD y la aparición de psicosis); 4) los síntomas psiquiátricos se pueden desarrollar como resultado de una intoxicación aguda e iniciar la aparición de un trastorno psiquiátrico por ejemplo el trastorno psicótico inducido por sustancias; 5) el trastorno psiquiátrico puede llevar a iniciar el consumo de sustancias o a la intoxicación aguda como un intento de automedicación (el trastorno de estrés agudo lleva al uso de alcohol, el uso de drogas para facilitar las interacciones en la fobia social, entre otras); 6) algunos trastornos psiquiátricos pueden emerger como una consecuencia del uso progresivo y persisten dentro del período de remisión. Esto podría estar relacionado con el síndrome de abstinencia o los síntomas de uso crónicos por ejemplo el

trastorno de la percepción persistente por alucinógenos y trastorno persistente del estado de ánimo; 7) la psicopatología puede modificar el curso de un trastorno adictivo en términos de rapidez de respuesta al tratamiento, cuadro sintomático y resultado a largo plazo por ejemplo: trastorno de ansiedad concomitante y dependencia del alcohol); 8) aspectos de mantenimiento (personal y social) del trastorno psiquiátrico pueden llevar a una progresión continuada, consolidación o recaída del trastorno por uso de sustancias por ejemplo: los aspectos familiares y personales de la esquizofrenia crónica conducen a la recaída; aspectos de codependencia del trastorno de control de impulsos tales como juego patológico o trastorno explosivo intermitente contribuyen a una progresión alcohólica); 9) aspectos de mantenimiento del trastorno de adicción pueden llevar a una continua progresión, consolidación o recaída del trastorno psiquiátrico (la relación entre depresión y consumo de distintas sustancias); 10) los miembros o aspectos de un sistema incapacitante pueden interactuar con otro por ejemplo: en un sistema familiar depresivo fomenta la desesperación, continuada de un sistema familiar que abusa de sustancias; la violencia de un sistema familiar alcohólico consolida la manipulación continuada de un sistema de trastorno antisocial; y, 11) algunas condiciones psicopatológicas son independientes de trastornos adictivos y no específicamente relacionados (tricotilomanía).

Es valioso hacer distinciones entre fuentes (psiquiátrica o trastornos por uso de sustancias), y entre las posiciones a lo largo de cada trastorno (antecedente, concomitante o mantenimiento). Estas distinciones pueden indicar tipos específicos de intervenciones.

Con ello queremos indicar que el estado emocional tiene hoy una gran relevancia en la explicación del consumo o no de las distintas sustancias, sobretodo cuando se ha producido el consumo y mantenimiento.

Clayton (1992) ha insistido en que existen varios principios generales que se deben tener en cuenta cuando se habla de factores de riesgo: 1) los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está. 2) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que se produzca el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo tampoco garantiza que el no abuso. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ello. 3) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados. 4) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles, cada uno de ellos influye de forma independiente y global en al abuso de drogas. Finalmente, 5) las intervenciones directas son posibles en el caso de que alguno de los

factores de riesgo sean detectados, teniendo como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias.

En los últimos años se han revisado los factores de riesgo y protección más relevantes en el campo de la prevención de las adicciones, concluyendo que hoy se cuenta con un buen conocimiento de los factores de riesgo y protección, esenciales para desarrollar e implantar de modo adecuado un programa preventivo.

Moncada (1997) reporta la importancia de los factores de riesgo a considerar, para realizar programas preventivos adecuados y planeados específicamente para grupos con características similares. Menciona como factores de riesgo los siguientes:

Factores de riesgo para el abuso de sustancias psicoactivas	
Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos de consumidores de sustancias psicoactivas • Constitucionales • Dolor o enfermedad crónica • Factores fisiológicos
Psicológico, Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud mental • Abuso físico, sexual o emocional • Uso temprano de drogas (antes de los 15 años)
Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de drogas por parte de los padres y actitudes positivas hacia el uso de drogas • Divorcio o separación de los padres • Problemas de manejo de la familia • Bajas expectativas para los niños o para el éxito
Pares	<ul style="list-style-type: none"> • Amigos que usan drogas • Actitudes favorables hacia el uso de drogas • Conducta antisocial o delincuente temprana
Escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de cumplimiento de la política escolar • Poca dedicación a la escuela • Fracaso escolar o abandono de la escuela • Dificultades en el paso de uno a otro curso
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el uso de drogas • Carencia de una adecuada vinculación social • Deprivación económica y social • Disponibilidad de drogas (incluyendo alcohol y tabaco)

Petterson, (1992), menciona como factores de riesgo los comunitarios, familiares y escolares describiendo cada uno de ellos

Factores de riesgo de la comunidad

– Privación económica y social. Los niños que viven en ambientes deteriorados y en barrios relacionados con el crimen con pocas esperanzas, es más probable que se impliquen en conductas delictivas y que tengan problemas con las drogas más tarde.

– Bajo apego en la crianza y desorganización comunitaria. Muchos problemas de drogas ocurren en comunidades o barrios cuando la gente tiene poco apego a la comunidad, donde las tasas de vandalismo y crimen son altas sumando que haya baja vigilancia de lugares públicos.

– Transiciones y movilidad. Cuando el niño hace la transición de la escuela elemental a la media, o de la media al bachillerato, puede ocurrir un aumento significativo en el uso de drogas y de otras conductas problema. También, las comunidades que se caracterizan por altas tasas de movilidad parecen estar relacionadas con un riesgo mayor tanto de conductas criminales como de problemas relacionados con drogas en sus familias.

– Disponibilidad de drogas. Cuanto más disponible está el alcohol y las drogas en una comunidad, mayor es el riesgo de que la gente joven abuse de las drogas en. La disponibilidad percibida de las drogas y del alcohol está también asociada con un incremento del riesgo.

Factores de riesgo familiar

– Una historia familiar de alcoholismo. Si el niño ha nacido o se ha criado en una familia con una historia de alcoholismo, el riesgo de tener problemas con el alcohol o con otras drogas se incrementa.

– Problemas de manejo de la familia. Estrategias de manejo inadecuadas en la familia incluyendo carencia de expectativas y conductas claras, fracaso de los padres en controlar a sus hijos y castigo excesivamente severo o inconsistente, provocando incremento en el riesgo de abuso de drogas.

– Uso de drogas parental y actitudes positivas hacia su uso. En las familias en las que los padres utilizan abusivamente alcohol o drogas ilegales, son tolerantes al consumo de sus hijos o implican a sus hijos en su propia conducta de consumo, siendo así más probable que los niños abusen de las drogas y del alcohol en la adolescencia.

Factores de riesgo escolar

– Temprana conducta antisocial. Los niños que son agresivos en enseñanza pre-escolar o en la escuela primaria tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias. Cuando una conducta agresiva temprana del niño va unida a aislamiento, abandono o hiperactividad, se incrementa el riesgo de problemas en la adolescencia.

– Fracaso académico. Si éste comienza en los últimos cursos de la escuela primaria, la experiencia de fracaso en la escuela incrementa el riesgo tanto de abuso de drogas como de conducta delincuente.

– Bajo compromiso con la escuela. El bajo compromiso con la escuela lleva al niño a ver que su rol como estudiante no es posible.

Factores de riesgo individual y de pares

– Inadaptación y rebeldía. El niño que siente que no es parte de la sociedad o que no acepta las reglas, que no cree en los intentos de conseguir el éxito o ser responsable, toma una postura de rebeldía hacia la sociedad, y por tanto está en mayor riesgo de abuso de drogas.

– Conducta antisocial en la adolescencia temprana. Este factor de riesgo incluye mala conducta en la escuela, dejar de ir a la escuela, implicarse en peleas con otros niños y exhibir conducta delincuente.

– Amigos que consumen drogas. Los niños que se asocian con pares que utilizan drogas es mucho más probable que ellos mismos las consuman.

– Actitudes favorables hacia el consumo de drogas. En la transición a la enseñanza secundaria, si los niños ven a otros que ellos conocen probando drogas, sus actitudes a menudo cambian hacia una mayor aceptación del consumo de drogas. Esta aceptación coloca a los niños en un mayor riesgo de consumir drogas.

– Primeros consumos tempranos de drogas. Cuanto más tempranamente se pruebe el alcohol y otras drogas, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas con ellas más tarde. La investigación muestra que la gente joven que se inicia en el uso de drogas antes de los 15 años tiene el doble de riesgo de tener problemas con las drogas que aquellos que esperan hasta después de la edad de 19 años.

Finalmente se puede afirmar que existen factores asociados al consumo de drogas, así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas. Estos factores han sido clasificados en la literatura en factores del individuo y sus relaciones con el entorno (intrapersonales e interpersonales) y factores ambientales o del contexto. A mayor concentración de factores mayor será el riesgo o la protección. Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas: por ejemplo, un alto nivel de depresión se asocia con el uso de drogas como la heroína o el alcohol, pero no con el consumo de otras como la marihuana. Los factores de riesgo del consumo de drogas y otros niveles de consumo tampoco son los mismos, aunque en general lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo. Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades. Ej., presión de grupo.

No todos los factores tienen la misma validez externa. Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo en ocasiones de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan. Algunos factores son más remotos; son causas relativamente indirectas de la conducta, aunque no por ello son menos importantes, sino que su efecto está mediado por otros que son más próximos. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo. Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, tales como los embarazos no deseados, el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia juvenil. Algunas de estas conductas, además, predicen el uso problemático de drogas (Moncada, 1997).

Calafat, Amengual, Farrés et al. (1992) han elaborado el programa "Tú decides", el cual ha sido dentro de los programas preventivos el más utilizado en España durante muchos años. Como un ejemplo, en el curso 1994-95, en una evaluación del mismo, fue realizado por 12.000 niños, participando 350 profesores en 5 ciudades españolas (Calafat, Amengual, Guimeráns et al., 1995). Este programa se basa de modo importante en los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas junto a la inclusión a lo largo de una década de componentes que han ayudado a incrementar su eficacia. Con este programa se consiguen efectos preventivos, como han mostrado en distintas evaluaciones del mismo (Calafat, Amengual, Mejías et al., 1989, Calafat et al., 1995). Además, es un programa que desde siempre se ha centrado en la prevención tanto las drogas legales, alcohol y tabaco, como del hachís. Por ello, constituye uno de los programas comprensivos que se ha utilizado para la prevención de las drogas en los jóvenes.

En el programa "Tú decides" y en otras publicaciones, "las causas o factores que hacen o facilitan que los individuos se interesen por las drogas tienen que ver con toda la dinámica personal y social anteriores consumo de drogas. Incluso en contactos más o menos casuales, hay muchos otros factores que tienen mayor peso que la droga en cuestión. Por esto se puede decir, aunque parezca paradójico, que la droga no es un factor de riesgo en la drogadicción" (Calafat et al., 1992).

Esto va en la línea de los múltiples factores que se asocian al consumo de drogas, donde la droga es un elemento pero no es el único elemento a considerar. Para (Calafat et al., 1992) esos múltiples factores asociados al consumo de drogas los encuadran como factores de riesgo y factores de protección, que denomina red de factores de riesgo y protección, consideran la coherencia social y los hábitos de consumo de la sociedad, la familia, la escuela, el uso del tiempo libre, la relación con los padres, la relación con los compañeros, la información, la personalidad, la actitud, la experiencia con otras drogas y el consumo. Se incluyen los factores que son más relevantes para que la persona consuma o deje de consumir. La prevención se orienta, precisamente, a influir sobre estos factores de riesgo y protección para que el individuo no consuma (Calafat, 1995).

La comprensión del modelo subyacente a este programa se encuentra a partir de su definición de adicción, la cual entienden como “el resultado de la relación entre la persona que consume droga y el producto utilizado, que origina en el sujeto una necesidad (*dependencia psíquica*) de seguir consumiendo dicha droga con la intención de beneficiarse de sus efectos. Con algunas drogas, y tras el uso repetido, pueden aparecer, al interrumpir su consumo, molestias físicas (*dependencia física*) que desaparecen al reiniciar el consumo” (Calafat et al., 1992,). Dando gran relevancia al componente psíquico en la persona. Ello no significa que no considere en su justa medida los componentes físicos, biológicos o sociales de las drogas, pero éste ha sido un tema siempre de gran preocupación para ellos. Esto se afirma cuando presentan los elementos que influyen en la aparición de la adicción, los cuales diferencian en dos grandes grupos: los elementos que influyen en la oferta de drogas y los elementos que influyen en la demanda de drogas. Dentro de los primeros incluyen el cultivo, producción y distribución de la droga; dentro de los elementos que influyen en la demanda de drogas la estructura psíquica, los factores socioculturales, psicosociales y las condiciones de socialización de la persona. Unos elementos y otros llevan a la relación de dependencia entre la droga y la persona, que desencadenaría la adicción en algunos. También se considera que la personalidad influye de alguna forma en la adicción, pero que a nivel práctico, debe verse mejor dentro de los factores de riesgo.

Dada la complejidad de los factores que llevan al consumo de drogas, su programa preventivo se dirige a proporcionar información sobre las drogas que cubre el programa, a enseñarle a decidir a la persona sobre el consumo o no de las mismas, mediante un material didáctico y gráfico adecuado con una metodología participativa aplicada por el propio profesor en el aula.

Uno de los componentes psíquicos que han específicamente estudiado ha sido la relación entre la depresión y la adicción (Calafat y Amengual, 1991). La evidencia indica que la depresión es el problema psiquiátrico que se encuentra más frecuentemente asociado con el consumo de drogas. Lo que parece tener más solidez es el papel de la depresión como consecuencia de la adicción, aunque también encuentran evidencia de que la depresión puede ser un factor importante en la entrada, mantenimiento y cronicidad del proceso adictivo, aunque no es la única fuente de entrada a la misma. En este contexto la depresión se refiere a una cierta inconsistencia de la personalidad que se puede expresar externamente a través de la búsqueda de sensaciones o con el paso al acto, entendiéndola como una dificultad en la maduración y estructuración de la personalidad, podría llevar a las personas a “tener que actuar fuera” sus conflictos y, por tanto, pasar al acto a través de conductas antisociales o del consumo de drogas. Una de las posibles formas de inicio al consumo de drogas podría explicarse en función de la depresión que experimenten algunos adolescentes, que en presencia de determinados factores antecedentes y/o actuales, podrían producir un aumento de los síntomas depresivos, que conducirían al adolescente a tomar drogas con la finalidad de mitigar dicha sintomatología. Por tanto, el consumo de drogas forma parte del repertorio conductual del individuo

como una estrategia para aliviar o controlar aquellos problemas y situaciones que pueden causar sufrimiento.

Por lo anterior es de gran relevancia mencionar que el esquema secuencial que se propone en la aparición de factores de riesgo es imprescindible para la aplicación de programas preventivos. Comenzarían con la dificultad en la relación con los padres, especialmente con la falta de identificación con ellos; esto llevaría a la depresión y a otros rasgos, como desviación e inmadurez; de ahí habría una mayor necesidad que otros del grupo, durante la adolescencia, conduciendo a una mayor permeabilidad a las directrices del grupo (en este caso tendrían mejor relación con los miembros del grupo que con sus propios padres). Todo lo anterior produce un aumento de las posibilidades de inicio en el consumo de drogas por el estilo de vida y mayor probabilidad de contacto con las drogas; y, a partir de ahí, una mayor posibilidad de abuso por la depresión y/u otras características de personalidad, conduciendo todo ello a la presencia de síntomas depresivos, debido tanto al fracaso de la personalidad depresiva como al contacto con la droga. El uso de drogas llevaría a cambios en las actitudes y la psicología del individuo, incluyendo su estilo de vida.

En todo lo anterior se aprecia la gran importancia que le dan al ambiente familiar, por una parte, y a las características de personalidad, como consecuencia del mismo. Junto a esto, reconocen (Calafat y Amengual, 1991) que ello se da en un ambiente concreto de un sistema social específico. Y, cuando aparece un cuadro clínico depresivo en un paciente adicto "sería el resultado del fracaso de una organización precaria de la personalidad acelerado por el consumo de drogas y/o la consecuencia de la interacción psicobiológica de la droga con el individuo". Tanto este componente, como los anteriores y los factores de riesgo, se convierten así en elementos esenciales para la prevención una vez que han sido detectados.

Finalmente los factores de riesgo y protección han contribuido en gran medida al desarrollo de programas y modelos de intervención más certeros, teniendo en cuenta los factores como emocionales, genéticos, psicológicos, socioculturales, familiares, grupos de pares, escolares y comunitarios, ha permitido reforzar la propuesta del programa ALFIL el cual trabaja a partir de la teoría de aprendizaje social, para desprender el programa en habilidades sociales, expectativas y estilos de afrontamiento, sin dejar de lado los factores de riesgo y protección que distinguen a cada individuo.

Capítulo V. Características de los hijos de Alcohólicos

Teorías y modelos

Hoy se conocen bastante bien los mecanismos cerebrales relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, centrar toda la explicación del problema de las adicciones en ello sería incorrecto, dado que hay factores antecedentes, concomitantes y consecuentes al consumo o no consumo que son iguales o más importantes que los biológicos.

Los efectos teratógenos del alcohol consumido por la madre gestante han sido ampliamente descritos. Actualmente es un hecho aceptado que los hijos de madres que abusaron del alcohol durante el embarazo pueden presentar malformaciones faciales, cardíacas y genitales, retraso en el desarrollo físico y cognitivo, trastornos neurológicos, déficit de atención, hiperactividad, trastornos de conducta, etc. (Legido, 1997). Además, a partir de estudios realizados con animales, se ha sugerido que el alcohol ingerido por el padre también tendría efectos negativos sobre las células germinales que podrían ocasionar problemas en el desarrollo de la descendencia. (Abel, 1992; Durcan y Goldman, 1993). Las características psicobiológicas diferenciales obtenidas de forma más consistente en los estudios con hijos de alcohólicos consisten en una disminución de la actividad serotoninérgica y de la MAO-B.

Algunos estudios han mostrado la existencia de elementos de predisposición biológica para distintas sustancias. Cuando esto ocurre, que es poco frecuente, esta predisposición puede tener una base genética. Además, la explicación con base genética solo afecta a un número reducido del total de las personas que tienen problemas de adicción, dado que explican un porcentaje bajo de la misma. Es importante insistir en esto porque a veces se pretende buscar, o reducir, la explicación de un fenómeno tan complejo como es el de las adicciones, a un fenómeno simple que realmente explica solo una pequeña parte.

La importancia de buscar sustratos biológicos y modelos neuroquímicos para las distintas drogas reside en que si se encuentran se pueden utilizar fármacos para limitar o bloquear el efecto de las sustancias en el cerebro.

La predisposición o vulnerabilidad biológica ha sido ampliamente estudiada en el campo del alcoholismo, y en menor grado en las otras drogas. Autores como Miller (1997) afirman que los estudios con animales apoyan una vulnerabilidad genética, tanto para el alcohol como para las otras drogas. Pero aun así, indica también como el ambiente sigue constituyendo el determinante principal

de exposición a las mismas y, en los seres humanos, de modo más importante que en otras especies animales.

Dentro del alcoholismo se han realizado estudios familiares como genéticos. Está bien documentado que la prevalencia de alcoholismo familiar entre alcohólicos varones es del 50% (Miller, 1997). Los jóvenes alcohólicos suelen tener familiares también alcohólicos, comenzando a edad temprana teniendo una forma más severa de adicción. Además, los que tienen una historia familiar de alcoholismo responden difícilmente al tratamiento, que cuando no tienen una historia familiar de alcoholismo (Natera, 2001).

En los estudios genéticos se ha encontrado que los hijos de alcohólicos en adopción tienen un mayor índice de alcoholismo que los hijos de no alcohólicos en adopción, llegándose a apuntar una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de ser los primeros alcohólicos respecto a los segundos. Esta relación se ha encontrado en muestras diversas de distintos países (Miller, 1997). A su vez, estudios llevados a cabo en Finlandia y Suecia, encontraron que los problemas de bebida eran mayores en gemelos monocigóticos que en dicigóticos, como luego se confirmó en otros países.

Gold (1997) reporta que existen varios neurotransmisores que pueden estar implicados en las conductas adictivas, como los opioides pépticos, la dopamina, la serotonina y la norepinefrina. Estos neurotransmisores tienen relación con el centro de la recompensa y con los estados de conducta instintiva.

De los datos existentes la relación más importante que se ha encontrado está en el tipo II de alcoholismo de Cloninger. Las personas de este tipo se caracterizan por ser varones, tener mayor probabilidad de tener enfermedades psiquiátricas, frecuentemente tienen una elevada dependencia de la recompensa, elevada evitación del castigo y baja búsqueda de novedades (SánchezTuret, 1992). Es una forma de alcoholismo heredable, aparece tempranamente y se asocia con la personalidad antisocial. Afortunadamente del porcentaje total de alcohólicos constituye un porcentaje bajo. Los hijos de alcohólicos de tipo II son un grupo de riesgo importante tanto para el consumo de alcohol, como para otras adicciones. Así, en estudios con hijos adoptados tienen una probabilidad de desarrollar alcoholismo 9 veces mayor que los controles.

Cadoret, Yates y Devor (1997) han revisado la evidencia existente sobre la influencia genética en las distintas drogas. Revisaron tanto los estudios con familias como los estudios con gemelos. Los estudios con gemelos llegan a conclusiones semejantes en el sentido de que aparece una relación significativa.

Aún así, en ocasiones los factores ambientales suelen explicar una mayor parte de la varianza que la que explican los factores genéticos. Otra serie de estudios de gran interés, los de adopción, realizados por Cadoret et al. (1997), en donde incluyen tanto factores genéticos como ambientales, encontraron que la predicción del abuso o dependencia de drogas se relacionaba con: 1) un

problema de alcohol en sus padres biológicos, 2) los familiares biológicos antisociales predecía la personalidad antisocial, la cual a su vez estaba altamente correlacionada con el abuso de drogas, y 3) un efecto ambiental, tal como un padre adoptivo con problemas de alcohol o de conducta antisocial, separación o divorcio, predecía el incremento del abuso de drogas en los adoptados. Los efectos ambientales eran independientes de los factores genéticos. A su vez los autores sugieren, en función de sus resultados, dos factores genéticos en el abuso de drogas: 1) un efecto directo, desde los padres biológicos alcohólicos hacia su descendencia, y 2) un efecto indirecto, desde los padres biológicos antisociales hacia su descendencia y que, como una parte de su conducta antisocial, se ven envueltos en el uso y abuso de sustancias y 3) el ambiental de una familia adoptiva con distintos trastornos.

Otra cuestión relacionada con lo anterior es la comorbilidad que existe entre el uso de sustancias y otros trastornos mentales y, a la inversa, en distintos trastornos mentales el uso de sustancias psicoactivas.

La relación es: las personas con distintos trastornos mentales tienen un mayor nivel de adicción al alcohol y drogas y, los que acuden a tratamiento por dependencia del alcohol o drogas tienen también una mayor proporción de trastornos mentales que los que tiene la población. La expresión de lo anterior en estimación de la razón de riesgo o riesgo relativo de un trastorno desde la presencia o ausencia de otra enfermedad, muestra claramente altos niveles, especialmente en la relación alcohol y drogas con el trastorno de personalidad antisocial. Algunos de los trastornos estudiados, como la relación entre depresión y alcohol (Hughes, 1993), tabaco (Becoña y Vázquez, 1998) y drogas ilegales (Calafat y Amengual, 1991); trastorno de personalidad antisocial y alcohol y drogas ilegales, etc. A su vez los estudios de alcoholismo y depresión en familias muestran que pueden existir tres tipos de interacciones (Bierut y Dinwiddie, 1997): alcoholismo y depresión pueden ser transmitidos independientemente; el alcoholismo puede causar la depresión; y, el alcoholismo y la depresión pueden compartir algunos factores etiológicos comunes. Lo anterior se puede resumir concluyendo que "la comorbilidad de la adicción y los trastornos psiquiátricos es un problema común y, dado el incremento de los trastornos adictivos y psiquiátricos en las generaciones jóvenes, es esperado un aumento en la comorbilidad" (Bierut y Dinwiddie, 1997).

Sin embargo, los hijos de alcohólicos no constituyen un grupo homogéneo por lo que no es posible encontrar patrones alterados de conducta comunes a todos ellos. Cada uno reacciona de forma diferente al estrés que produce en su familia la enfermedad alcohólica, dependiendo de la influencia de otros factores personales y ambientales. Unos pueden desarrollar síntomas depresivos, otros mostrarse hiperactivos o desafiantes, otros factores personales y ambientales, otros tener trastornos de sueño, asma, enuresis, y otros pueden mostrar aislamiento, apatía, obsesión, perfeccionismo o fobias. Unos pueden dejar de asistir a clase, mientras que otros pueden tratar de obtener notas

excelentes para "salvar" a su familia. Algunos se muestran rebeldes y otros, en cambio, excesivamente complacientes.

Algunas investigaciones han confirmado que los hijos de alcohólicos constituyen en nuestra población un grupo con alto riesgo de psicopatología (presentan más síntomas de déficit de atención, hiperactividad, trastorno disocial, depresión, ansiedad y enuresis que los sujetos de la población general). También presentan menor rendimiento cognitivo y escolar. Por último, en sus familias se añaden otros factores de riesgo como un menor nivel socioeconómico y cultural y peor ambiente familiar (menor cohesión y organización y mayor conflicto), (Calafat, 2000).

Teoría y modelo psicosocial aplicados al alcoholismo

Marlatt y Gordon (1985) expresan que la teoría y modelo psicosocial han sido aplicados al campo del alcoholismo dando una explicación comprensiva de la conducta de consumo, la formulación del aprendizaje social aplicado al alcoholismo se expresa en las siguientes palabras: "los teóricos conductuales definen la adicción como un patrón de hábito poderoso, un círculo vicioso adquirido de conductas autodestructivas (tolerancia adquirida mediada en parte por respuestas de condicionamiento clásico compensatorias a los efectos nocivos de la sustancia adictiva) y de reforzamiento operante (tanto el reforzamiento positivo producido por la droga, como el reforzamiento negativo asociado con el uso de la droga como un modo de escapar o evitar los estados físicos y/o mentales disfóricos, incluyendo aquellos asociados con las consecuencias negativas del uso de la droga)". Considerando solo factores de condicionamiento, un individuo que adquiere un hábito adictivo no es "responsable" de su conducta. Además de los factores de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, el uso de drogas en los humanos también está determinado de un modo importante por las expectativas y creencias adquiridas sobre las sustancias como un antídoto para la ansiedad y el estrés. El aprendizaje social y los factores de modelado también ejercen una importante influencia (uso de droga en el ambiente familiar y con los pares junto con la representación del uso de drogas en los anuncios y en los medios de comunicación masivos). Justo porque un problema conductual puede ser descrito como un patrón de hábito aprendido, ello no implica que la persona se considere responsable de la adquisición del hábito, ni que el individuo sea capaz de ejercer un control voluntario sobre la conducta.

Sin embargo, es importante notar, que incluso cuando un hábito particular de un individuo ha sido formado y determinado por las experiencias de aprendizaje pasadas, el proceso de cambiar hábitos implica la participación activa y la responsabilidad de la persona. A través de la implicación en un programa de automanejo en el que el individuo adquiere nuevas habilidades y estrategias cognitivas, los hábitos pueden ser transformados en conductas que están bajo la regulación de procesos mentales superiores implicando toma de decisiones conscientes y responsables. Conforme el individuo recibe un proceso de descondicionamiento, reestructuración cognitiva y adquisición de

habilidades, puede comenzar a aceptar mayores responsabilidades para cambiar la conducta. Esta es la esencia de la aproximación del autocontrol o automanejo: uno puede aprender cómo escapar de un proceso de adicción a pesar de cómo el patrón de hábito fue originalmente adquirido.

Pero los efectos del consumo de alcohol varían en las personas, y son una función compleja de diversas influencias psicosociales, como son: la historia de aprendizaje social de la persona, sus cogniciones, tales como sus expectativas o creencias sobre los efectos del alcohol, y la situación física y social en la que el beber ocurre.

Los individuos pueden adquirir las habilidades autorregulatorias y habilidades de demora de la gratificación que permitirán una mejor toma de decisiones acerca del uso del alcohol. Expectativas positivas sobre las consecuencias del uso del alcohol serán reemplazadas por un grupo de expectativas más balanceadas incluyendo las consecuencias negativas a largo plazo. Aquellos con problemas particularmente severos de bebida, y con factores de riesgo predisponentes, deben tomar la decisión de abstenerse totalmente de beber. Otros individuos pueden tener breves episodios de consumo problema y algunos pueden ser capaces de llevar a cabo el beber controlado (Sobell y Sobell, 1993).

En la iniciación del uso del alcohol hay tres tipos de influencias directas importantes: la influencia de la familia y de los pares, la influencia de modelos y el desarrollo de experiencias relacionadas con el alcohol.

La influencia de la familia es clara al ser el alcohol una droga permitida socialmente. Es en el seno familiar donde habitualmente los niños inician el consumo de alcohol y cada sociedad tiene peculiares usos acerca de en qué momento se empieza a beber y cómo se puede beber de un modo social.

En un segundo momento son los pares los que tienen mayor importancia que la familia, en el proceso de socialización y del aprendizaje de normas. Ambos, la familia y el grupo de pares, crean en el niño o adolescente actitudes, costumbres, ideas y valores hacia el alcohol lo que marcará de modo importante su consumo o no de alcohol.

Desde 1976 O'Leary y Donovan (1976) demostraron que el mejor predictor de los hábitos de consumo de alcohol en adolescentes son las actitudes y conductas de los padres hacia el alcohol.

La influencia de los modelos tiene gran relevancia en nuestra sociedad, ya que los medios masivos de comunicación sugieren modelos deseables e indeseables.

Es evidente que la influencia directa con el alcohol no siempre tiene que ser el factor más importante acerca del futuro uso y abuso del alcohol. Los factores previos crean expectativas acerca del alcohol que evaluarán con la situación real de bebida. Las primeras expectativas sobre el alcohol, formadas en el medio familiar y el grupo de pares, serán reforzadas por los medios masivos de comunicación, influirán de modo directo en la experiencia con el alcohol.

Los anteriores factores, reforzados interna y externamente, mediados por expectativas, tienen gran importancia en la adquisición y en el mantenimiento de la conducta de beber. Así las expectativas del resultado positivo acerca de los efectos del alcohol, pueden ser un importante factor en el abuso del mismo, especialmente si se utiliza como una estrategia de afrontamiento ante los problemas cotidianos, como reductor de la tensión y para el incremento del placer social, así conforme utilice el alcohol como una estrategia de afrontamiento, más difícil le va a resultar buscar estrategias de afrontamiento alternativas en donde no esté presente el alcohol, (Becoña, 2000).

La persona bebe en un momento concreto en función de su pasada historia de aprendizaje social. Para evaluar este aspecto el análisis conductual o evaluación de su conducta problema nos permitirá delimitar los factores antecedentes y consecuentes de la misma. Algunos de los antecedentes más importantes para beber son las situaciones ambientales, las creencias y expectativas, el repertorio de habilidades de afrontamiento generales y específicas acerca del alcohol así como el estado actual tanto fisiológico, cognitivo y emocional de la persona en el momento de beber. Las consecuencias de beber se pueden agrupar en los efectos reforzantes del alcohol y en los castigos que el mismo acarrea.

Predisposición psicológica

Dentro de la predisposición psicológica se pueden indicar una serie de factores que se han evaluado empíricamente, en aquellos estudios en donde se ha encontrado clara relación entre ellos y la conducta de consumo de distintas sustancias. En nuestro esquema se habla de tres tipos de predisposición: la sociocultural, la biológica y la psicológica, interactuando a un tiempo e influenciando en el individuo. Por tanto, desde la predisposición psicológica de la persona, son tres elementos centrales que marcarán sus acciones futuras: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia.

Además, cuando aparecen síntomas de abstinencia, dichas señales pueden facilitar el consumo de la droga. Aunque las señales de abstinencia y de deseo son distintas, cuando los estímulos discriminativos ambientales de la droga ocurren en situaciones que mantienen la disponibilidad de la misma, pueden ocurrir efectos similares a los que produce la droga.

Un problema adicional es la interacción entre los estímulos discriminativos nuevos estímulos (internos o externos). Además, los estímulos discriminativos que en el pasado estuvieron asociados con la autoadministración de drogas, pueden volver a producir una cadena de búsqueda de la droga como en el pasado, (Muñoz, 1997). En el caso de las drogas legales, los estímulos discriminativos se observan en distintas palabras e imágenes que aparecen anunciadas o las asociaciones al "sabor", "olor", "vista", "sexo" y "atractivo", etc. El poder reforzante de la droga hace que la asociación con distintos estímulos neutros sea muy amplia. Al producirse el consumo frecuentemente en contextos sociales o en grupo aumenta la probabilidad de condicionamiento a elementos parciales o totales de ese contexto, (Silverman, Kirby y Griffiths, 1994).

Para Falk (1996) el abuso de drogas depende de las propiedades intrínsecas de la droga, de las características de los consumidores y de las circunstancias del ambiente. Cuando una persona tiene problemas de estado de ánimo y los alivia mediante el uso de drogas también ve su conducta reforzada.

Para poder estimar lo poderoso que es el refuerzo que produce una droga hay que saber con qué otros refuerzos compite esa droga como: la comida, el agua, el dinero, el matrimonio, los hijos y una buena profesión. (Carroll, 1993). También pueden aparecer refuerzos nuevos de un grupo social o de una cultura (el honor y la honradez de otras épocas, como valor esencial y el dinero y estatus económico como uno de los valores actuales).

Hay una amplia línea de investigación sobre el efecto de las expectativas de las drogas, en donde a consumidores habituales o en consumidores recreativos se les hace ver un efecto de una sustancia, no necesariamente el farmacológico, y cuando eligen consumir entre varias drogas, aceptan la que se adecúa al efecto "esperado" más que al efecto "farmacológico". De ahí que, los estímulos discriminativos, son de gran importancia, Mora, (2002).

A su vez el genotipo y el ambiente influyen a la personalidad del sujeto y su conducta. La personalidad puede definirse como "el modo característico y habitual en que cada persona se comporta, siente y piensa así como los patrones característicos y distintivos de pensamiento, emoción y conducta que definen un estilo personal del individuo de interactuar con el ambiente físico y social" (Bermúdez, 1997; Atkinson et al., 1996), abarcando los comportamientos habituales del individuo, sus modos de ver la realidad, sus emociones y motivaciones.

Lo que se pretende al evaluar lo que se ha denominado "rasgos de personalidad", los cuales son las tendencias habituales de comportamiento de las personas (Digman, 1990). Aplicado al caso del alcoholismo, consideran que los componentes psicológicos son de tres tipos. El primero los de búsqueda de sensaciones, rebeldía, gregarismo e impulsividad, que se ha encontrado que influyen la conducta de beber. Por tanto, si la persona tiene este tipo de rasgos tiene una mayor predisposición psicológica a beber, antes incluso de que haya probado este tipo de sustancia; segundo son las actitudes, y en tercer lugar la psicopatología subyacente, en los que incluye el trastorno de personalidad antisocial, frecuentemente relacionado con las distintas drogas y tener trastornos de conducta infantil, los cuales predicen un mayor consumo de alcohol en la vida adulta (Daugherty y Leukefeld, 1998),

Finalmente, hay que considerar elemento básico de la persona a la inteligencia, capacidad o habilidad de aprender de la experiencia, pensar en términos abstractos y funcionar adecuadamente en su propio ambiente.

Recientemente se le ha dado la suficiente importancia a la inteligencia dentro de las teorías explicativas para la prevención de las adicciones, la introducción de los factores de riesgo y de protección.

Jessor (1991) considera a la inteligencia como un factor de protección para el consumo de drogas. La inteligencia es un elemento básico para el desarrollo y para la adaptación al medio, especialmente cuando tenemos que enfrentar situaciones nuevas. Sin embargo, la inteligencia es, un constructo, ya que no tiene una entidad real concreta.

De un modo o de otro, es posible establecer diferencias en función de la inteligencia y el estudio de las diferencias individuales ha sido un campo de interés de la psicología durante décadas, ya que ello influye directamente en el bienestar personal, (Anastasi, 1990) y ello la convierte en una característica de la persona difícil de modificar. Sin embargo, cuando ocurren cambios importantes en el ambiente, pueden influir negativamente en el desarrollo de la inteligencia del niño.

También se sabe que aquellos niños de ambientes culturalmente más desfavorecidos tienden a mantenerse o perder inteligencia, en comparación con los de los ambientes más favorecidos. Esto puede invertirse si se ponen las condiciones adecuadas para la mejora del nivel emocional, motivacional y ambiental.

La predisposición sociocultural

Los factores que se han comentado dentro de la predisposición psicológica, el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia, lo que hacen es que una persona sea única y distinta a las demás.

Pero esto se consigue, a su vez, mediante la interacción de los componentes biológicos, psicológicos y culturales.

En este modelo se indican elementos separados, no hay que olvidar que en la práctica actúan todos juntos o a un tiempo. Concretamente, se refiere a los elementos de predisposición, biológicos, psicológicos y socioculturales, actuando a un tiempo en el individuo. Este hecho no debe dejarse de lado, porque ello también ayuda a explicar el por qué es tan complejo el fenómeno del consumo de drogas.

Ambiente

El ambiente es el lugar físico en el que la persona vive e interacciona con los demás. Incluyendo el lugar donde reside y vive, su lugar social, su edificio, barrio y ciudad. Claramente el ambiente se enmarca dentro de un medio sociocultural, aunque el individuo vivencia el ambiente como su mundo real. El ambiente es de gran relevancia porque es el lugar físico en donde el individuo lleva a cabo su vida cotidiana.

La predisposición sociocultural, biológica y psicológica en un ambiente determinado permitirá a lo largo del tiempo que una persona tenga características propias diferenciándolo de otras personas. La interacción del ambiente con el aprendizaje, el proceso de socialización y las expectativas, en interacción mutua, serán importantes en cada uno de los momentos de la vida del individuo. A su vez

hay que indicar que el ambiente es mudable como lo son la mayoría de las otras variables que se consideran.

El ambiente familiar es uno de los más relevantes para la evolución de la persona. Se refiere al lugar de interacción entre la persona y los restantes miembros de su familia. Los tipos de ambientes determinan distintos comportamientos y son un elemento esencial para el proceso de socialización. Otros ambientes, como el escolar o el barrio, influyen de un modo u otro para socializar y en el modo de comportarse posteriormente.

Conforme la persona llega a ser adulto, es posible seleccionar el ambiente en el que uno puede vivir. Aquí, el ambiente puede ser de dos tipos: el dado o el seleccionado. El ambiente dado es el ambiente en el que la persona vive, el lugar donde ha nacido o donde sus padres lo han llevado a vivir y no se plantea el cambio a otro ambiente o lugar. El ambiente seleccionado es aquel en el que la persona conscientemente decide cambiar de su ambiente originario, lo que implica una toma de decisión sobre el lugar que él considera idóneo para realizarse, sea en la esfera laboral, individual, afectiva, social, delictiva, etc. Hoy sabemos que el ambiente es una variable de gran relevancia y que interacciona con el resto de las variables permitiendo que la persona tenga más o menos oportunidades en la vida.

Socialización

Desde el nacimiento el medio influye en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización. La socialización es el proceso a través del cual el individuo se convierte en miembro de un grupo social: la familia, comunidad o tribu. Incluye el aprendizaje de las actitudes, creencias, valores, roles y expectativas de su grupo. Es lo que permite hacer a un individuo miembro de su cultura.

El proceso de socialización ocurre a lo largo de toda la vida, aunque su mayor importancia se produce en el período que va de la niñez a la adolescencia (Craig, 1997).

La socialización, también denominada internalización o desarrollo de la conciencia puede definirse como "el proceso por el que una persona adquiere las pautas de conducta, creencias, normas y motivos, que son valorados y aceptados por su propio grupo cultural y por su familia" (Mussen, Conger y Kagan, 1974). La cultura en la que un niño nace y crece, determina tanto el contenido como los métodos de socialización.

Hoy la socialización ocurre en primera instancia en la familia, que es el agente más importante de socialización, luego en la escuela, seguido por sus compañeros y los medios de comunicación. Después de la adolescencia también otras personas contribuyen al proceso de socialización, dado que éste no finaliza hasta que muere la persona. Mediante la socialización el individuo adquiere lo que se llama "el autoconcepto", el cual a su vez permite a lo largo del tiempo servir como modo de filtro e integración ante los impactos del ambiente (Craig, 1996). El autoconcepto es esencial para el

desarrollo de una personalidad integrada, tener claros los roles, distinguir el yo real del yo ideal, etc. Los factores que influyen en el autoconcepto del niño son: las percepciones de otros, como padres o compañeros; la autoevaluación o análisis de los pros y contras personales, la imagen personal, percepción de la salud y sentido del vigor; los valores sociales, expectativas y nociones de lo ideal; y, las experiencias del yo en el mundo (Craig, 1996).

Wicks, Nelson e Israel (1997) consideran como elementos esenciales del desarrollo evolutivo, desde el nacimiento hasta la muerte, aunque con distinto peso en función de cada etapa de la vida, que: 1) el desarrollo se refiere al cambio que se produce a lo largo del ciclo vital; 2) hay un curso básico general y común normal a todos los individuos normales en las primeras etapas del desarrollo de los sistemas físico, cognitivo y socioemocional, refinándose e integrándose a lo largo del tiempo; 3) existen distintas etapas o fases del desarrollo a lo largo de la vida aunque no son fáciles de diferenciar claramente unas de otras; 4) el desarrollo avanza de acuerdo a un esquema coherente en el sentido de que el desarrollo previo está ligado al desarrollo posterior de un modo lógico y sistemático; 5) a lo largo del ciclo vital los cambios producidos por el desarrollo pueden adoptar formas diversas; 6) aunque los seres humanos son maleables, existen limitaciones al cambio; y, 7) el desarrollo es el resultado de interacciones entre variables biológicas, psicológicas y socioculturales.

Berger y Luckmann (1968) hablan sobre la construcción social de la realidad a través del proceso de socialización. Un elemento importante de este proceso es la institucionalización. Mediante el proceso de habituación se llega a la institucionalización, la cual implica control e historia. Antecediendo, del proceso histórico de esa cultura en sus múltiples interacciones a lo largo del tiempo, las personas, el ambiente, los fenómenos económicos y la supervivencia. De tal modo que preceden al nacimiento de esa persona.

La tradición se encarga en muchos casos de mantener lo anterior. Pero, al tiempo, la propia realidad presente se encarga de mantener la coherencia de la institucionalización o de ocurrir cambios, ya que hay una producción continua de la realidad, se institucionalizan.

Los roles se encargan de mantener la institucionalización, al marcar el papel de cada miembro de una sociedad y delimitar unos de otros. Ello influye en delimitar quién es o no especialista en ciertos temas, cómo se divide el trabajo, el papel de los sexos y la cuestión religiosa.

La socialización primaria lo que pretende básicamente es internalizar la realidad uno u otro sistema social. Dicha socialización se realiza mediante un aprendizaje cognitivo y con una fuerte carga emocional. La identificación es un proceso importante, junto al aprendizaje de roles, su lugar en el mundo y ubicación social concreta. El lenguaje es el elemento que facilita todo lo anterior. Así internaliza el mundo de sus padres adquiriendo su propia visión del mundo, que ocurre en la infancia, con un control casi total de información y de la realidad. Las dudas pueden surgir a partir de la adolescencia o en la vida adulta, no en la infancia. Luego continuará el proceso de socialización la

escuela y, en la actualidad, seguida por los medios de comunicación. Precisamente la escuela permite unir lo tradicional con lo nuevo en la esfera del conocimiento.

Otro elemento esencial en el proceso de socialización es la división del trabajo. Mediante el conocimiento de sus reglas, roles y realidad, la persona conoce el estatus que el mismo proporciona dentro del universo simbólico de su sociedad. Pero "como la socialización nunca se termina y los contenidos que la misma enfrentan continuas amenazas a su realidad subjetiva, toda sociedad viable debe desarrollar procedimientos de mantenimiento de la realidad para salvaguardar cierto grado de simetría entre la realidad objetiva y la subjetiva" (Berger y Luckmann, 1968).

La familia

En todas las sociedades se considera a la familia como el elemento más importante de la socialización del niño (Maccoby, 1992). La misma tiene su mayor peso en la infancia, que es cuando el niño es más dependiente y su maleabilidad es mayor. En ocasiones la influencia de la familia se mantiene a lo largo de toda la vida. En esos primeros años el niño es modelado a través de refuerzos y castigos, siendo sus padres los modelos más importantes. Además, los padres son los que eligen el lugar donde viven o donde han vivido sus antepasados. Además, controlan el acceso de sus hijos a los bienes materiales, ejercen control físico sobre ellos y tienen más conocimientos que sus hijos (Maccoby, 1992). De ahí que las pautas de crianza sean de gran relevancia para el desarrollo del niño, del adolescente, y del adulto.

La estructura familiar y el modo de crianza contribuyen de modo importante al desarrollo del niño en el aprendizaje su interacción con el mundo y su propio desarrollo. Hoy se sabe que en algunas sociedades, las interacciones del padre y de la madre con los hijos son diferentes por ejemplo: los padres se ocupan menos de los hijos y los tratan de acuerdo con los estereotipos de género, mientras que las madres se centran más en el cuidado de los hijos y tratan a los hijos e hijas de un modo más similar (WicksNelson e Israel, 1996). También se sabe que la influencia no es unidireccional de padres a hijos sino bidireccional: los hijos influyen en el comportamiento de sus padres, como los padres al de los hijos.

Se ha encontrado que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos, (Maccoby, 1984).

Posteriormente, Craig (1996) describe cuatro tipos de el estilo parental autoritativo ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez.

El *padre autoritativo* acepta y alienta la progresiva autonomía de sus hijos. Tiene una comunicación abierta con ellos y reglas flexibles. Sus hijos son los que tienen el mejor ajuste, con más confianza

personal, autocontrol y socialmente competentes. Tienen un mejor rendimiento escolar y elevada autoestima.

El *padre autoritario* establece normas con poca participación del niño. Sus órdenes esperan ser obedecidas. La desviación de la norma tiene como consecuencia castigos bastante severos, a menudo físicos. La comunicación es pobre, las reglas son inflexibles, la independencia escasa. Por ello el niño tiende a ser retraído, temeroso, apocado, irritable y con poca interacción social. Carece de espontaneidad y de locus de control interno. Las niñas tienden a ser pasivas y dependientes en la adolescencia; los niños se vuelven rebeldes y agresivos.

El *padre permisivo* impone pocas o ninguna restricción a sus hijos, por los que muestran un amor incondicional. Son poco exigentes respecto a una conducta madura, utilizan poco el castigo y permiten que el niño regule su propia conducta. Disponen de una gran libertad y poca conducción. Los padres esperan que el niño tenga un comportamiento maduro. No establecen límites a la conducta. Fomentan la independencia y la individualidad. En unos casos los niños tienden a ser impulsivos, agresivos, rebeldes, así como socialmente ineptos y sin ser capaces de asumir responsabilidades. En otros casos pueden ser independientes, activos, sociables y creativos, capaces de controlar la agresividad y con un alto grado de autoestima.

El *padre indiferente* es aquel donde no impone límite y tampoco proporciona afecto. Se concentra en las tensiones de su propia vida y no le queda tiempo para sus hijos. Si además los padres son hostiles entonces los niños tienden a mostrar muchos impulsos destructivos y conducta delictiva.

El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que desarrollará el niño (Craig, 1996).

Los pares

Todos los niños se relacionan desde la infancia con otros niños; en la adolescencia unos adolescentes con otros; y, en la vida adulta fundamentalmente unos adultos con otros. Este tipo de contactos contribuyen al desarrollo y al enriquecimiento personal.

En los últimos años, se han generado dinámicas distintas especialmente en el ámbito laboral de los padres, donde frecuentemente ambos trabajan fuera de casa, los niños pasan cada vez más tiempo en la guardería cuando son pequeños y luego en el vecindario con otros niños (pares). Las funciones que cumplen los pares son múltiples.

WicksNelson e Israel (1996) indican como los pares "proporcionan oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, contribuyen a establecer valores sociales, sirven de normas con los cuales los niños se juzgarán a sí mismos y dan o niegan apoyo emocional.

Los pares refuerzan la conducta, sirven como modelo de comportamiento y se entablan amistades u otras relaciones sociales". Los pares, además, pueden o no aceptar a un niño. En caso de rechazo ello se asocia con desobediencia, hiperactividad y acciones destructivas. Por el contrario, el niño

aceptado suele ser socialmente competente, simpático, servicial y considerado. Esto está a su vez modulado por el entorno social, por la interacción niño-progenitor y por las características de los padres. Parece que las experiencias que tienen los niños en la interacción con sus padres, son de gran relevancia para relacionarse con sus pares (WicksNelson e Israel, 1996).

En la adolescencia los pares tienen una gran importancia. En el tema de las adicciones, hasta hace poco tiempo se consideraban esenciales. Sin embargo, después de distintos estudios, como el de Kandel (1996) se debe considerar que siguen siendo muy importantes, pero no totalmente determinantes, ya que también la familia puede incidir directamente sobre los pares o controlar el acceso a ellos.

Un grupo de amigos y/o pares considerando que también pueden ser los hermanos (Craig, 1996), los cuales afectan al desarrollo de la personalidad infantil de modo importante. Dunn (1993) ha indicado cinco posibles tipos de relaciones entre hermanos: rivalidad, seguridad de apego, asociación, confianza y humor, y fantasías compartidas. Las relaciones del hermano, que van a depender del propio desarrollo evolutivo, de su historia y de su interacción con la familia y el ambiente, son un elemento más que influye en la socialización y en el desarrollo del niño y del adolescente.

También la propia ubicación del mismo en la casa, si en la misma habitación u otra, si es o no del mismo sexo, estilo parental de educación, etc., son factores adicionales que interaccionan para un tipo u otro de relaciones entre los hermanos. Lo que sí es cierto es que en muchos casos, especialmente cuando se llevan pocos años, la interacción entre ellos es directa, intensa y sostenida en el tiempo.

La escuela

El papel de la escuela ha tenido gran relevancia en los últimos años tanto como transmisora de conocimientos como en su función socializadora. La escuela es, además, uno de los lugares donde se transmiten los valores aceptados socialmente, como es característico en nuestro medio la transmisión de valores democráticos y otros asociados a los mismos. Además, cada escuela constituye por sí misma un sistema social, con edificio(s), una organización, horarios establecidos y normas de funcionamiento. De ahí que sea claro que la escuela ejerza tanto influencias directas como indirectas sobre el rendimiento académico, el comportamiento social y el comportamiento normativo (Sylva, 1994). El proceso de modelado es claro en el contexto escolar tanto por parte de los profesores y dirección del centro como de sus compañeros o pares. Lograr los objetivos académicos, infundir valores positivos, aumentar la autoestima y fomentar habilidades de trabajo, son algunos de los objetivos que se pretenden conseguir.

La televisión y otros medios de comunicación

Actualmente en los países occidentales el número de horas que los niños pasan delante del televisor es alto. Los datos norteamericanos suelen ser los más elevados, como una media de siete horas y media al día, siendo en ese país la actividad a la que un niño dedica más tiempo con la excepción de dormir. Hoy también es claro que la televisión es un elemento más del proceso de socialización en nuestra cultura (Becoña, 2000).

Especialmente su impacto se aprecia en la conducta agresiva y violenta, cuando tiene modelos entre su familia y amigos agresivos o con conductas antisociales. Igualmente, los roles sociales del hombre y de la mujer suelen ser los tradicionales en los programas que en ella aparecen. Otro importante problema de los niños que ven en exceso la televisión es que una parte de ellos sacan la idea de que el mundo es un lugar cruel y amenazador. Realmente, las imágenes que se ven a diario en la televisión, con un grado de realismo y sensacionalismo cada vez mayor, con la retransmisión en directo de los hechos más inverosímiles a miles de kilómetros de distancia del televisor, pueden fácilmente llevar a una persona a esta conclusión sino tiene otros puntos de referencia bien asentados en su realidad cotidiana, que suelen ser radicalmente diferentes a esa parte de la realidad "subjetiva" que nos muestra en ocasiones la televisión. En 1993, La Academia Estadounidense de Pediatría, recomendó que los niños menores de 5 años no vieran la televisión y los de cinco a diez años lo hiciesen de modo limitado junto a un adulto para interpretarles los mensajes (Craig, 1996). En el otro extremo, también es claro que la televisión tiene efectos beneficiosos, especialmente cuando se seleccionan adecuadamente los programas infantiles en los que se pueden aprender conductas prosociales, de cooperación, amistad, etc., aparte de los programas educativos. En uno u otro caso, la televisión nunca debe impedir hacer otras actividades que son necesarias para el desarrollo del niño o del adolescente como estudiar, jugar y estar con los amigos.

A su vez la televisión se ve complementada con los distintos medios de comunicación que se orientan muchos de ellos específicamente a los jóvenes (revistas de cómics, juegos, videojuegos, música) y adultos, aunque una parte muy importante de la publicidad va dirigida directamente a los adolescentes.

Finalmente a partir de la información e investigaciones que se han realizado con los hijos de alcohólicos, teniendo en cuenta los factores genéticos, ambientales, rasgos antisociales, la respuesta al estrés que se provoca en la familia, experiencias personales y ambientales; la propuesta y el reto es ofrecer herramientas para resolución de conflictos, ampliar y reforzar habilidades psicosociales con las que cuentan y detectar tempranamente un abuso de sustancias.

METODO

JUSTIFICACION

La intervención psicoeducativa en los hijos de alcohólicos podría tener una serie de beneficios que irían más allá de la función preventiva para ellos como:

- La disminución del alto costo del tratamiento médico y psicológico en los hijos de alcohólicos a futuro.
- Una mayor rentabilidad de la prevención, debido a que estaría dirigida a una población en la que, supuestamente, hay mayor número de individuos que desarrollaría la enfermedad en ausencia de intervención.
- El conocimiento de factores de riesgo específicos en esta población puede permitir:
 - La detección precoz de los casos de mayor vulnerabilidad, disminución de aislamiento y la negación.
- Mejor pronóstico de tratamiento, del progenitor alcohólico debido a que esta relacionado con el equipo de profesionales que atiende al paciente
 - Posibilidad de detectar e intervenir sobre factores de riesgo específicos de la familia, para tratar de prevenir las recaídas.
- Repercusiones sobre la dinámica familiar, contribuyendo a la reorganización a través de la recuperación de las relaciones afectivas y la comunicación.
- Incluso si no se consigue motivar al alcohólico para realizar tratamiento, el fortalecimiento de los recursos del resto de familiares puede permitir una evolución favorable en el enfrentamiento del estrés que ocasiona la presencia del alcoholismo en la familia.

Los programas preventivos para hijos de alcohólicos que aún no presentan problemas con el consumo de alcohol u otras sustancias adictivas, formarían parte de los programas que se denominan programas selectivos, es decir, intervenciones dirigidas a jóvenes que presentan factores de riesgo o conductas predictivas de problemas relacionados con el abuso de sustancias, como síntomas de psicopatología, rendimiento escolar pobre, problemas de relación social, etc. (Natasi, 1998).

Por tal motivo esta investigación se suma a los esfuerzos realizados para atender a grupos con características similares en programas de prevención selectiva. Así mismo se intenta evaluar y fortalecer las habilidades de ajuste psicosocial en adolescentes con antecedentes de alcoholismo familiar a través de la adaptación del programa de prevención ALFIL para población española, a población mexicana y comparar los resultados obtenidos después de la intervención con un grupo de

adolescentes sin antecedentes de consumo de alcohol en la familia, para determinar el desarrollo de habilidades psicosociales en ambos grupos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen estudios de intervención en hijos de alcohólicos que permiten esclarecer probables asociaciones entre el consumo de alcohol de sus padres y algunas características psicosociales de sus hijos, específicamente con relación a las habilidades conductuales, sociales, emocionales, escolares, familiares, redes sociales, manejo de tiempo libre y uso de alcohol, tabaco o drogas.

Sin embargo no se dispone de un programa adaptado a población mexicana para adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo, por lo cual suponiendo que por sus características se requiera del desarrollo de habilidades psicosociales, que faciliten la modificación de riesgo subsecuente para el mejor ajuste psicosocial como: la disminución de riesgo de consumo de alcohol y otras drogas.

Al contar con un estudio que clarifique la necesidad de una intervención para fortalecer habilidades psicosociales en adolescentes con antecedentes familiares de consumo de alcohol y comparar los resultados obtenidos contra las habilidades psicosociales en un grupo de adolescentes sin antecedentes familiares de alcoholismo. Disponiendo de un programa que coadyuve a cambiar el curso de los riesgos inherentes grupo de mayor riesgo, podrían incidir de forma importante en el ajuste psicosocial de los mismos.

OBJETIVO 1

Adaptar el programa ALFIL versión española, para lograr beneficiar a adolescentes mexicanos con antecedentes familiares de alcoholismo.

Objetivos específicos:

- a) Revisión de estructura y contenido del programa ALFIL para población española, realizado por Calafat, (2000).
- b) Adaptación lingüística de elementos del programa para población mexicana.
- c) Evaluación de los resultados a través de instrumentos validados para población mexicana.
- d) Modificación del número de sesiones (9 programa español – 7 versión mexicana), con la finalidad de incluir el programa como parte del "Programa Preventivo de CIJ", evitando problemas logísticos y de actividades propias de la institución.

e) Aplicación de la técnica de Rol-playing a lo largo de todas las sesiones, ya que representa una poderosa herramienta que para fines de representación modelan y expresan emociones que han sido utilizadas de manera exitosa.

f) El material didáctico de ALFIL (trípticos, videos, cuadernillos) fue reemplazado con el material del que dispone, los Centros de Integración Juvenil, el cual es utilizado con población infantil y adolescentes durante las sesiones de trabajo preventivo.

OBJETIVO 2

Implementar y fortalecer habilidades psicosociales a través del programa ALFIL, en un grupo de adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo, y comparar los resultados con un grupo de adolescentes de población general sin antecedentes familiares de alcoholismo y sin intervención del programa ALFIL.

Objetivos específicos:

1. Instruir en habilidades psicosociales, mediante la aplicación del programa ALFIL, para adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo.
2. Fortalecer las habilidades psicosociales existentes en las adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo.
3. Comparar las habilidades psicosociales del grupo de tratamiento con un grupo adolescentes sin antecedentes familiares de alcoholismo y sin intervención del programa ALFIL.

HIPOTESIS

1. Hipótesis de trabajo: La aplicación del programa ALFIL adaptado a población mexicana permite mejorar y aumentar las habilidades psicosociales en un grupo de adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo, comparado con un grupo de adolescentes sin antecedentes familiares de alcoholismo y sin intervención del programa ALFIL.

Hipótesis estadísticas

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de Adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo que se entrenó en habilidades psicosociales y un grupo de adolescentes sin antecedentes familiares de alcoholismo y sin intervención.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de Adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo que se entrenó en habilidades psicosociales y un grupo de adolescentes sin antecedentes familiares de alcoholismo y sin intervención.

CLASIFICACION DE VARIABLES

Variable Independiente: Aplicación del programa ALFIL

Definición conceptual: Programa educativo-preventivo para profesionales que trabajan con "familias alcohólicas" (Calafat, 2000).

Definición operacional: Programa dividido en 7 sesiones: 1) Opiniones sobre el alcohol y sus efectos, 2) Información objetiva sobre los efectos del alcohol y los síntomas iniciales de problemas con el alcohol, 3) El alcoholismo una enfermedad con tratamiento, la timidez y la falta de habilidades sociales, 4) Alcoholismo y familia, 5) ¿Porqué beben los jóvenes? La publicidad y la presión grupal en la adolescencia, 6) Malestar emocional. Facilitación de las relaciones sociales, 7) Despedida. (Ver anexo 1).

Variable dependiente: Habilidades psicosociales

Definición conceptual: Gama de respuestas cognitivas y conductuales con las que un individuo se ajusta psicosocialmente a distintas áreas de su vida; conducta, estado de salud, estado afectivo, competencia social, relaciones familiares, redes sociales, uso del tiempo libre, uso de drogas, desempeño escolar y desempeño laboral (Guerrero, 2002).

Definición operacional: Puntaje obtenido del Drug Use Screening Inventory (DUSI-R), que consta de dos partes: la primera indaga el nivel de ajuste psicosocial en 10 áreas de la vida de relación con base en el Índice de Severidad Global (ISG) y segunda al Índice de severidad por Área (ISA), explorando las áreas de trastornos de conducta, estado de salud, estado afectivo, competencia social, relaciones familiares, redes sociales, uso del tiempo libre, uso de drogas, desempeño escolar y desempeño laboral. (Ver anexo 2).

DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACION

Diseño: Cuasi-experimental, de comparación de grupos y transversal.

Muestra

La selección del **grupo de tratamiento** se llevó a cabo a través de la invitación a los hijos de los miembros de grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) que sesionan en 3 Centros de Integración Juvenil

Cuauhtemoc, D.F.; León, Gto.; y Toluca, Edo. Mex.; y en el Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF INP).

La selección del **grupo comparativo** se formó de grupos de adolescentes sin antecedentes familiares de consumo de alcohol, con los que se realiza trabajo preventivo en primarias y secundarias, por parte de Centros de Integración Juvenil. Zonas geográficas (Delg. Cuauhtemoc, D.F.; León, Gto.; Toluca, Edo. Mex.).

Sujetos

El grupo de intervención se integró de 71 adolescentes de 11 a 15 años con antecedentes familiares de alcoholismo y el grupo comparativo de 180 adolescentes 12 a 15 años sin antecedentes familiares de consumo de alcohol.

Criterios de inclusión para el grupo de intervención:

- Edad: 11 a 15 años
- Escolaridad mínima: primaria
- Tener antecedentes familiares de alcoholismo
- Nivel socioeconómico: medio o bajo

Criterios de inclusión para el grupo comparativo:

- Edad: 11 a 15 años
- Escolaridad mínima: primaria
- No tener antecedentes familiares de alcoholismo
- Nivel socioeconómico: medio o bajo

Criterios de exclusión:

- Evidencia de problemas psiquiátricos y/o neurológicos a través del instrumento Reporting Questionnaire for Children RQC.

INSTRUMENTOS

CUA (Cuestionario sobre el Uso de Alcohol) Traducido y adaptado por Solís, L. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997. Consta de 25 reactivos los cuales exploran el nivel de dependencia (no evidencia de dependencia=0, nivel de dependencia bajo 1-13, nivel de dependencia moderado 14-21, nivel de dependencia sustancial 22-30, nivel de dependencia severo 31-51).

RQC (Reporting Questionnaire for Children). Un instrumento de 30 preguntas diseñado, para identificar problemas de salud mental en población infantil no psiquiátrica. Traducido y adaptado por Gómez, Rico, Caraveo y Guerrero, 1993.

DUSI (Drug Use Screening Inventory) Traducido y adaptado por Díaz, B. 2002, Centros de Integración Juvenil. Consta de una serie introductoria de preguntas vinculadas a los datos filiatorios del encuestado, contiene 149 preguntas que se contestan SI o NO, que corresponden a las siguientes 10 escalas Traducido y adaptado por Díaz y Sandí, 1996:

1. Trastornos de conducta
2. Riesgos para la salud
3. Desórdenes psiquiátricos
4. Autoafirmación social
5. Disfuncionalidades familiares
6. Rendimiento escolar
7. Desórdenes laborales
8. Presión del grupos de amigos
9. Uso del tiempo libre
10. Severidad del uso de drogas

Material:

- Manual para el coordinador "Programa ALFIL". (Anexo 1)
- Tarjetas de actividades sugeridas en el Programa Alfil
- Papel bond blanco (rotafolio)
- Hojas blancas
- Colores (crayola, madera o plumón) y lápices.

PROCEDIMIENTO

1. Se estableció contacto con los coordinadores de los grupos de AA y el CAAF para la invitación a participar en el programa, así mismo con las autoridades correspondientes.
2. Se eligió realizar la intervención en tres Unidades de Centros de Integración Juvenil por ser zonas de alto riesgo uno en el Distrito Federal y dos foráneos (Cuauhtemoc Oriente D.F., León, Gto. y Toluca, Edo. Mex.) durante el periodo de Marzo a Diciembre de 2003.
3. Se brindó un programa de capacitación de 8 sesiones a través del sistema "messenger" al personal asignado de Centros de Integración Juvenil para realizar la intervención.
4. Se estableció contacto y a autorización con el área de investigación en Centros de Integración Juvenil, para disponer de los cuestionarios DUSI que se aplican en estudiantes de primaria y

secundaria, sin antecedentes familiares de alcoholismo, para formar el grupo comparativo de las mismas zonas geográficas que el grupo de tratamiento.

5. Posteriormente se otorgó el paquete de pruebas de evaluación para la selección de los participantes, al personal designado al proyecto. Constó de la ficha de identificación para el participante y el familiar, Cuestionario sobre el Uso de Alcohol (CUA), Reporting Questionnaire for Children (RQC) y Drug Use Screening Inventory (DUSI).
6. Se formaron 6 grupos con un total de 82 participantes, concluyeron el programa 71 distribuidos de la siguiente manera:
 - a) 2 grupos de 11 y 7 integrantes cada uno en Cuauhtemoc Oriente, D.F
 - b) 3 grupos de 15, 14, 12, integrantes cada uno en León, Gto.
 - c) 1 grupo de 12 integrantes en Toluca, Edo. Mex.
7. El personal encargado al programa aplicó los instrumentos de evaluación e inclusión.
8. Después el personal asignado realizó la intervención del programa ALFIL. Con una duración de 2 meses por cada grupo, dividido en 7 sesiones semanales de 1:30 min. aproximadamente.

	Instrumentos	Intervención	Instrumentos
Grupo de Tratamiento antes y después Adolescentes con antecedentes familiares de alcoholismo (n=71)	1. Cuestionario de uso de alcohol (CUA) en padre o madre del adolescente 2. Cuestionario Detección de problemas de Salud mental (RQC) 3. Evaluación de habilidades psicosociales (DUSI)	Programa ALFIL 7 sesiones	Evaluación de habilidades psicosociales (DUSI)
Grupo de Comparación Adolescentes sin antecedentes familiares de alcoholismo (n=180)	Evaluación de habilidades psicosociales	***	***

*** Sin intervención

9. Al concluir la intervención se aplicó nuevamente el Cuestionario DUSI, al grupo de intervención.
10. Finalmente se recopilaron y analizaron los resultados obtenidos.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizaron análisis de frecuencias para describir las características de ambos grupos (edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico), a qué porcentaje equivalen de la muestra total y finalmente conocer como se distribuye.

Se usó el Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna del DUSI.

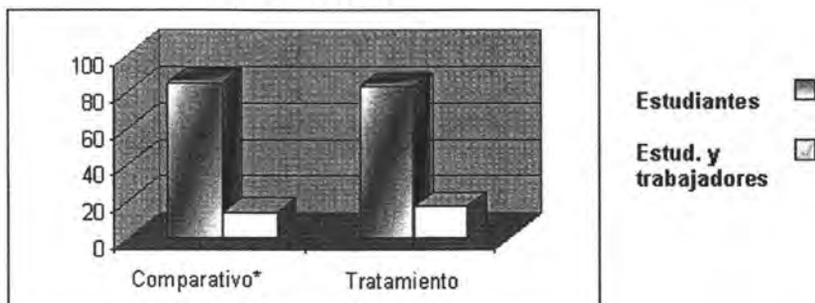
Se usó prueba t para muestras pareadas con el objetivo de comparar las puntuaciones en las habilidades psicosociales en el grupo de hijos de alcohólicos obtenidas antes y después de la aplicación del programa ALFIL.

Con el objetivo de comparar las habilidades psicosociales entre el grupo control y el grupo de hijos de alcohólicos después de la aplicación del programa ALFIL se usó la prueba t para muestras independientes.

RESULTADOS

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

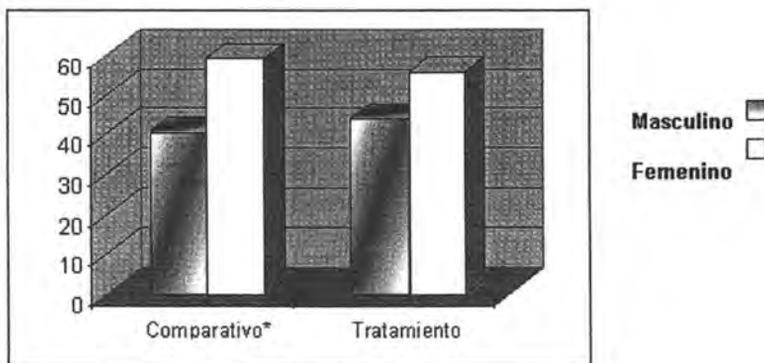
OCUPACIÓN



*Sin intervención

Gráfica de ocupación muestra la ocupación de los sujetos, para el grupo comparativo 85% fueron estudiantes y 13.9% trabajadores; y en el grupo de tratamiento 83% fueron estudiantes y 17% estudiantes y trabajadores.

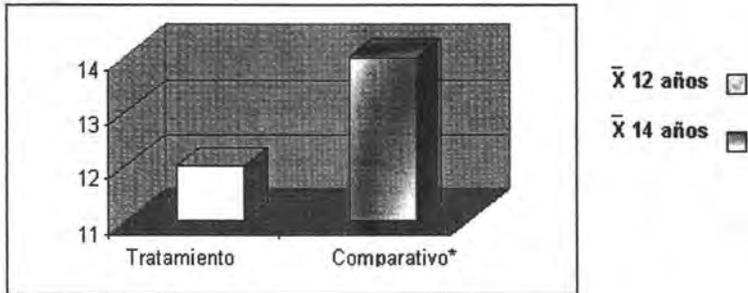
GENERO



*Sin intervención

En la Gráfica de género para el grupo comparativo 40.6% fueron del sexo masculino y 59.4 % femenino; para el grupo de tratamiento 44% fueron del sexo masculino y 56% femenino.

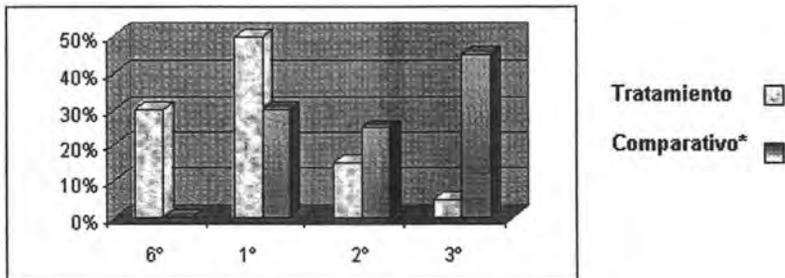
EDAD



*Sin intervención

En la gráfica de Edad se obtuvo una media de 12 años para el grupo de tratamiento y una media de 14 años para el grupo comparativo.

ESCOLARIDAD

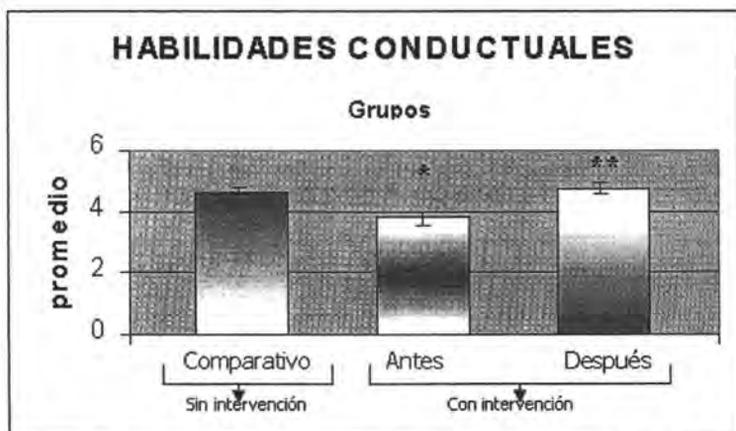


*Sin intervención

En la gráfica de escolaridad se observa la distribución para el grupo de tratamiento mostrando el 1er año de secundaria con mayor número de participantes y para el grupo comparativo el 3er año de secundaria.

HABILIDADES CONDUCTUALES

En la gráfica 1 se aprecia que existe menor puntaje en las habilidades conductuales en el grupo antes (3.78 +/- e.e. 0.22) y después del tratamiento (4.74 +/- e.e. 0.22): t para muestras relacionadas 5.92, $p < 0.000$. Además se observó incremento en las habilidades conductuales el grupo después del tratamiento respecto al grupo comparativo (4.64 +/- e.e. 0.13): t para muestras independientes 3.52, $p < 0.001$).



Gráfica 1: Habilidades conductuales en el Grupo comparativo y grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio +/- error estándar. *Diferencias significativas entre el grupo de tratamiento antes y después (t muestras pareadas $p < 0.05$), ** diferencias significativas entre el grupo comparativo y grupo después del tratamiento (t muestras independientes, $p < 0.05$).

HABILIDADES EMOCIONALES

En la gráfica 2 se aprecia que existe un incremento de habilidades emocionales en el grupo de tratamiento después de la intervención: antes (3.72 +/- e.e. 0.24), después (4.84 +/- e.e. 0.25): t para muestras relacionadas 5.60, $p < 0.000$. No se observaron diferencias en las habilidades emocionales entre el grupo de tratamiento y el grupo comparativo (4.14 +/- e.e. 0.14): t para muestras independientes 1.26, $p < 0.207$.



Gráfica 2: Habilidades emocionales en el Grupo comparativo y grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio +/- error estándar. *Diferencias significativas entre el grupo de tratamiento antes y después (t muestras pareadas $p < 0.05$).

HABILIDADES SOCIALES

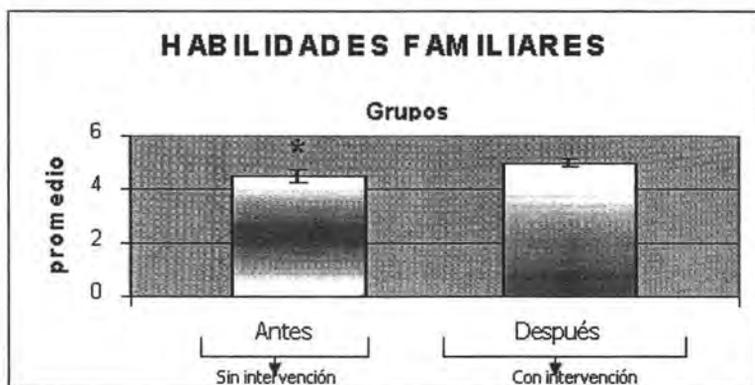
En la gráfica 3 El grupo de tratamiento (2.89 +/- e.e. 0.24) incrementó sus habilidades sociales después de la intervención (3.80 +/- e.e. 0.26): t para muestras relacionadas 5.09, $p < 0.000$. Además se observó que el grupo de comparación el puntaje obtenido habilidades sociales fue menor respecto al grupo después del tratamiento (3.48 +/- e.e. 0.15), con diferencias estadísticamente significativas: t para muestras independientes 2.68, $p < 0.008$.



Gráfica 3: Habilidades sociales en el Grupo comparativo y grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio +/- error estándar. *Diferencias significativas entre el grupo de tratamiento antes y después (t muestras pareadas $p < 0.05$), ** diferencias significativas entre el grupo comparativo y grupo después del tratamiento (t muestras independientes, $p < 0.05$).

HABILIDADES FAMILIARES

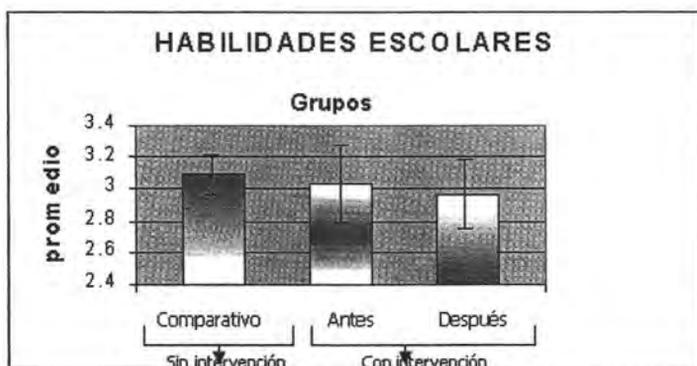
En la gráfica 4 se identifica un incremento en habilidades familiares después del tratamiento: antes (4.52 +/- e.e. 0.20), y después (5.01 +/- e.e. 0.21): t para muestras relacionadas 3.29, $p < 0.002$.



Gráfica 4: Habilidades familiares en el grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio +/- error estándar. *Diferencias significativas entre el grupo de tratamiento antes y después (t muestras pareadas $p < 0.05$). Importante: No se cuenta con datos familiares del grupo comparativo.

HABILIDADES ESCOLARES

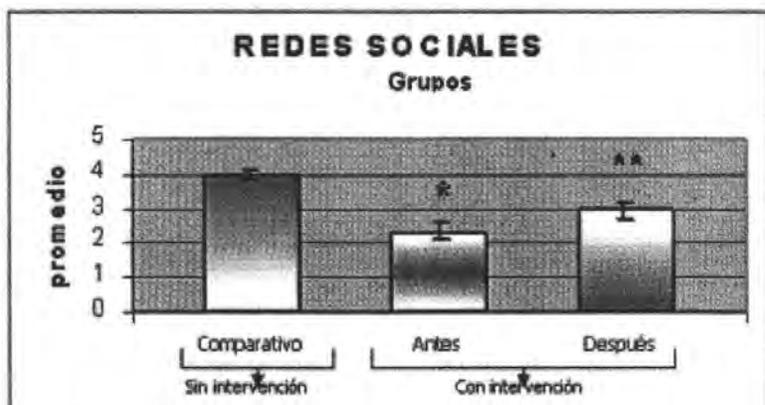
En la gráfica 5 se observa que no hubo diferencias en la puntuación de habilidades escolares entre el grupo antes (3.03 +/- e.e. 0.24) y después del tratamiento (2.97 +/- e.e. 0.24); aplicando t para muestras relacionadas 0.45, $p < 0.06$. Tampoco se identificaron diferencias entre el grupo comparativo (3.09 +/- e.e. 0.13) y el grupo después del tratamiento: t para muestras independientes 0.46, $p < 0.646$.



Gráfica 5: Habilidades escolares en el Grupo comparativo y grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio +/- error estándar. No se encontraron diferencias significativas.

AREA DE REDES SOCIALES

En la gráfica 6 se puede ver que el grupo antes del tratamiento obtuvo menor puntaje en redes sociales (2.33 +/- e.e. 0.23) comparándolo después del tratamiento (2.94 +/- e.e. 0.24): t para muestras relacionadas 4.71, $p < 0.000$. Además se identificó que el grupo después del tratamiento obtuvo menor puntaje en redes sociales respecto al grupo comparativo (3.97 +/- e.e. 0.14): t para muestras independientes 5.82, $p < 0.000$.



Gráfica 6: Habilidades en redes sociales en el Grupo comparativo y grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio +/- error estándar. *Diferencias significativas entre el grupo de tratamiento antes y después (t muestras pareadas $p < 0.05$), ** diferencias significativas entre el grupo comparativo y grupo después del tratamiento (t muestras independientes, $p < 0.05$).

AREA DEL TIEMPO LIBRE

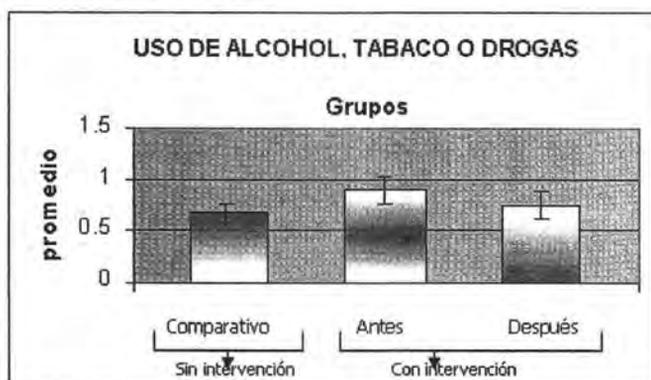
En la gráfica 7 se identifica que el grupo antes del tratamiento obtuvo menor puntaje en manejo del tiempo libre (3.44 +/- e.e. 0.28) que después del tratamiento (4.11 +/- e.e. 0.26): t para muestras relacionadas 2.74, $p < 0.008$. Se debe mencionar que no hubo diferencias entre el grupo control (3.94 +/- e.e. 0.15) y el grupo después del tratamiento: t para muestras independientes 1.94, $p < 0.053$.



Gráfica 7: Tiempo libre en el Grupo comparativo y grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio +/- error estándar. *Diferencias significativas entre el grupo de tratamiento antes y después (t muestras pareadas $p < 0.05$).

AREA DE USO DE ALCOHOL, TABACO O DROGAS

En la gráfica 8 se observó que no hubo diferencias significativas en los indicadores de uso de alcohol, tabaco y drogas entre el grupo antes del tratamiento ($0.91 \pm e.e. 0.13$) y después del mismo ($0.76 \pm e.e. 0.13$): t para muestras relacionadas $1.85, p < 0.068$). No se encontraron diferencias entre el grupo de seguimiento y el control ($0.68 \pm e.e. 0.10$): t para muestras independientes $1.52, p < 0.128$.



Gráfica 8: Uso de alcohol, tabaco o drogas en el Grupo comparativo y grupo de tratamiento antes y después. Cada barra representa el promedio \pm error estándar. No se encontraron diferencias

PERFIL DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PADRES

Preguntas	Frecuencia	Respuesta
1. ¿Cuánto tomo, la última vez que ingerí alcohol?	63.4%	Lo suficiente para ponerme contento
2. ¿Con frecuencia tiene crudas los domingos o los lunes por la mañana?	52%	Si
3. ¿Tiene temblores cuando deja de tomar? (en las manos o un temblor interno)	52.1%	Algunas veces
4. ¿Se pone mal (vómitos, dolor de estómago) cuando toma?	54.9%	Algunas veces
5. Ha tenido Delirium tremens –ver, sentir u oír cosas que no existen, estando muy nervioso inquieto y alterado-	60.6%	No
6. Cuando toma se tropieza, se va de lado o camina en "Zig-Zag"	56.3%	Algunas veces
7. Se ha sentido con mucho calor o excesivamente sudoroso (afebrado) después de haber tomado	52.1%	Una vez
8. Ha visto cosas que en realidad no existen como consecuencia de haber tomado	81.7%	No
9. Le da miedo pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite	63.4%	No
10. ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria, sin perderse totalmente) como resultado de la bebida?	50.7%	No
11. ¿Carga una botella con usted o la esconde en algún lugar para tenerla a la mano?	63.4%	No
12. Después de un periodo de abstinencia (sin beber) termina usted por tomar fuertemente de nuevo?	46.5%	Algunas veces
13. ¿En los pasados 12 meses llegó usted a perderse completamente como resultado de haber tomado?	47.9%	No
14. Ha tenido ataques (convulsiones) después de un periodo en que tomó	94.4%	No
15. ¿Toma usted a lo largo del día?	56.3%	No
16. ¿Después de beber fuertemente, ha sentido que su pensamiento está confuso o poco claro?	52.1%	No
17. Como resultado de la bebida ha sentido que su corazón lata rápidamente	40.8%	Una vez
18. Piensa usted casi constantemente en tomar o en el alcohol	57.7%	Si
19. Como resultado de haber tomado, ha oído cosas que realmente no existían	66.2%	No
20. ¿Ha tenido sensaciones raras o atemorizantes cuando toma?	71.8%	No
21. ¿Como resultado de haber tomado, ha sentido cosas que se arrastra en su cuerpo y que realmente no existían (gusanos, arañas, etc.)?	87.3%	No
22. Con relación a las lagunas mentales (pérdida de la memoria)	60.6%	No
23. ¿Ha tratado de dejar de beber sin lograrlo?	38%	Una vez
24. Se toma de una sola vez los tragos (toma muy rápido)	39.4%	Si
25. ¿Después de tomar una o dos copas, generalmente puede dejar de tomar?	64.8%	No

N=71

Puntaje obtenido (grupal): 10 Nivel de dependencia (grupal): Dependencia baja

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN

RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Las características sociodemográficas fueron: edad promedio para el grupo comparativo 14 años y 12 años para el grupo de tratamiento ambas muestras tienen edad promedio dentro del rango de interés para la investigación.

La media en nivel de estudios para el grupo comparativo corresponde a 3er año de educación secundaria y para el grupo de tratamiento 1er año secundaria.

Esto representa un grupo de intervención con menor edad y menor escolaridad cumpliendo con los objetivos de esta investigación, sin embargo estadísticamente existen diferencias en la edad de los sujetos a comparar.

Respecto a la ocupación de los sujetos, para el grupo comparativo 85% fueron estudiantes y 13.9% estudiantes y trabajadores; en cuanto al grupo de intervención 83% fueron estudiantes y 17% estudiantes y trabajadores, sin diferencias estadísticamente significativas lo cual significa homogeneidad en ambos grupos respecto a sus actividades.

Para el grupo comparativo 40.6% fueron del sexo masculino y 59.4 % femenino; para el grupo de intervención 44% fueron del sexo masculino y 56% femenino. En este sentido los grupos son semejantes en cuanto a sexo y ocupación.

Los resultados obtenidos después de la intervención respecto a las habilidades conductuales fueron estadísticamente significativas existiendo un incremento después de la intervención y con respecto al grupo comparativo se encontraron diferencias en un aumento en habilidades.

En lo referente a habilidades emocionales se encontraron diferencias estadísticamente significativas del grupo después del tratamiento, no existe evidencia estadística significativa respecto al grupo comparativo.

En cuanto a las habilidades sociales se encontraron diferencias estadísticamente significativas, tanto para el grupo antes y después del tratamiento y de este con el grupo comparativo.

Respecto a las habilidades familiares se encontraron diferencias estadísticamente significativas del grupo antes y después del tratamiento.

Referente a los resultados en habilidades escolares no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

En cuanto a habilidades en redes psicosociales se encontraron diferencias estadísticamente antes y después del tratamiento, así como diferencias del grupo del grupo con el grupo comparativo.

En el caso del manejo del tiempo libre se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo antes y después del tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el grupo comparativo.

En el consumo de alcohol, tabaco o drogas antes y después de la intervención no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres grupos.

El criterio de consumo de alcohol en alguno de los padres, se obtuvo a través del instrumento CUA, en donde se muestra un nivel de alcoholismo bajo. Cabe señalar que este puntaje se obtuvo en la frecuencia de respuesta, sin embargo los niveles moderado y severo son representativos en suma, comparados con los de nivel bajo.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

El uso del programa ALFIL en adolescentes mexicanos, hijos de alcohólicos fue de gran utilidad para mejorar las habilidades psicosociales relacionadas con la prevención del consumo de drogas y fortalecer las ya existentes. Los antecedentes de alcoholismo en la familia dificultan el desarrollo y el fortalecimiento de habilidades psicosociales en los adolescentes, en el transcurso de este programa los participantes demostraron estar en desventaja social contra los adolescentes en donde el padre o la madre no son alcohólicos, sin embargo a través del programa de intervención podemos acercarnos cada vez con mayor efectividad a que los adolescentes conozcan nuevas habilidades y reforzar las existentes. Los resultados obtenidos demuestran un notable cambio después de la intervención, por lo tanto se acepta la hipótesis de diferencias después de la intervención en el desarrollo habilidades psicosociales.

El programa mostró su utilidad para explorar y compartir vivencias en el grupo respecto a como resolver, afrontar y mejorar la resolución de conflictos, favorecido por el fortalecimiento en habilidades psicosociales conductuales, emocionales, sociales, familiares, escolares, redes sociales y uso del tiempo libre, esto se corroboró a través del instrumento de evaluación y por la evaluación cualitativa final del grupo.

Los resultados obtenidos después de la intervención respecto a las habilidades conductuales, fueron favorables traduciéndolo en una disminución en la exaltación al hablar, terquedad, molestar a otras personas, timidez y agresividad. Obteniéndose mayor tolerancia a la crítica, mejor manejo del enojo y precaución en situaciones de riesgo. A lo largo del programa también se observaron cambios en las conductas de los participantes respecto al grupo y a sus compañeros como: participar frecuentemente en actividades propuestas, solidarizarse en trabajos en equipo y compartir sus experiencias activamente favoreciendo así el intercambio de información entre los participantes.

El incremento en Habilidades emocionales se reflejó a través del instrumento de evaluación en los siguientes: mayor tolerancia a la frustración, mejor concentración, disminución en problemas para dormir, menor ansiedad, preocupación o miedo, intranquilidad, ideas obsesivas y llanto incontrolado, el cual fue confirmado verbalmente por los participantes.

En el transcurso del programa muchos de los integrantes se mostraron cada vez mayor sensibilidad al tema, permitiendo así compartir con sus compañeros sentimientos "buenos y malos" como ellos lo expresaban, respecto a tener experiencias de vida donde el alcohol u otras drogas han estado presentes. Acerca del malestar emocional que ellos compartieron con sus compañeros fue satisfactorio, ya que pueden realizar "catarsis" de un problema del que poco se habla en la familia, la escuela, la comunidad e inclusive en medios de comunicación. El trabajo en manejo emocional permitió a los participantes escuchar los que otros sienten y piensan, fomentando así la empatía a otras personas. Cabe señalar que las mujeres que participaron muestran diferencias estadísticamente significativas, en comparación a los hombres respecto a las habilidades emocionales, si bien el objetivo de la presente no fue distinguir o evidenciar diferencias entre niños y niñas, es un objetivo a desarrollar en futuras investigaciones, lo anterior con fines de optimizar el efecto del entrenamiento en habilidades emocionales ya sean mujeres u hombres.

Se trabajó directamente en la disminución de la influenciabilidad, la sensación de sentirse rechazo por el grupo de pares, desaprobación, dificultad para hacer nuevos amigos, promover la asertividad, manejo de la culpa y estrategias para decir "no". El cambio en los jóvenes respecto a fortalecer como hacer nuevos amigos, mantener una charla, hacer y recibir un cumplido, dar las gracias, mostrar comprensión por los sentimientos de otro, negociar, formular y recibir quejas y dar respuesta a los problemas, fue cualitativamente positivo, ya que los ejercicios de "role playing" permitieron identificar las diferentes situaciones

en las cuales se sentían más fuertes o débiles, practicando estas habilidades dentro y fuera del aula.

En cuanto a las habilidades familiares se encontró mejoría en identificar y reconocer consumo de drogas dentro de la familia, problemas familiares en casa, promover actividades comunes, comunicación en la familia gustos o disgustos conocidos por la familia, límites claros, conocimiento de la familia de las actividades fuera de casa, inclusión en la familia y aceptación del lugar donde se vive.

Los jóvenes siguen percibiendo en algunos casos escasa comunicación al interior de su familia y en temas de los que no se hablan. Al explorar como es la dinámica dentro de su hogar, se nota un gran abandono por parte de los padres con relación a saber en donde están sus hijos cuando salen de casa, que les gusta o disgusta. El pertenecer a un grupo heterogéneo respecto a los perfiles de alcohol nos hace suponer que la influencia del mismo varia en cuanto al tiempo de exposición, falta de límites claros y modelos de crianza disfuncionales, lo cual permite abrir nuevas líneas de investigación en las que se explore la influencia cotidiana del alcoholismo y de otros factores a la distorsión y/o ausencia de habilidades de ajuste psicosocial. A lo largo del programa se tuvo relación con algunos padres de familia pero, quizás es un tiempo muy corto para observar cambios reales en el fortalecimiento de habilidades y estrategias de comunicación sana, sin embargo los adolescentes participantes conocen ahora distintas formas de resolución de conflictos tanto personales como familiares.

Referente a los resultados en habilidades escolares como: gusto por ir a la escuela, problemas de concentración en clase, bajas calificaciones, inasistencia, desertar, incumplimiento de tareas, repetición de grado, sensación rechazo por los compañeros, problemas escolares por consumo de sustancias, no se obtuvieron diferencias. El resultado obtenido refleja el que los adolescentes se encuentran en la búsqueda y construcción de su personalidad, y de acuerdo con la teoría del aprendizaje social, confirmamos que a partir de que los adolescentes se sientan fortalecidos en los recursos con los que cuentan para resolver problemas, aumentarán las probabilidades de un buen desempeño escolar, tradicionalmente se fortalecía el área escolar suponiendo que por ser un factor protector, se solucionarían otros problemas a resolver. Ahora se sabe que si no existe un adecuado fortalecimiento a las habilidades psicosociales, el precio a pagar por el individuo, la familia y la comunidad será mucho mayor.

En cuanto a las actividades desarrolladas en el fortalecimiento para aumentar redes sociales y optimizar las ya existentes, se obtuvieron resultados favorables. Uno de los factores a los cuales se puede atribuir el cambio en los participantes, es que el grupo de intervención en sí mismo es una nueva red. Según versión de los participantes en los grupos de pares a los que pertenecen, existe consumo de drogas, rechazo por parte de sus padres, han tenido problemas con la autoridad e inasistencia a la escuela.

Por otro lado se confirmó en el subgrupo de participantes en donde existe consumo experimenta que su red de amigos son de mayor edad, en los cuales se evidencia aburrimiento por la ausencia de sustancias, este red de amigos a menudo se organiza en pandillas para pasar el tiempo de ocio o delinquir, siendo paradójicamente, amigos con los cuales no tienen confianza y existen disgustos frecuentes. Los hijos de padres alcohólicos cuentan con una red de apoyo mucho menor en comparación al grupo control, este dato confirma lo reportado por Calafat (2000) quien menciona la desventaja social en la que se encuentran. A pesar de los datos favorables obtenidos después de la intervención y en comparación con el grupo control no se cuenta con el seguimiento necesario para corroborar que la habilidad en ampliar redes sociales de apoyo perdure.

Para el conocimiento de cómo mejorar el uso del tiempo libre se fomentaron actividades que los adolescentes puedan y quieran realizar: la práctica de algún deporte, un "hobbie", grupo de teatro, música, actividades manuales, etc. Sin embargo el uso del tiempo libre consiste en asistir frecuentemente el asistir a fiestas sin permiso y/o sin supervisión de adultos, ver televisión a menudo o la mayor parte del tiempo, sentirse aburrido la mayor parte del día, realizar actividades recreativas solo, video juegos sin supervisión y por tiempo prolongado, consumo de drogas o alcohol por diversión, pocos "hobbies" y escasa satisfacción por el uso al tiempo libre.

En muchos casos los adolescentes desconocían las actividades que ofrecen Centros de Desarrollo Social, Deportivos y Casas de Cultura cercanas a su domicilio. En otros el costo de las actividades que querían realizar escapaban de sus posibilidades y finalmente algunos integrantes del grupo trabaja, estudia y cumple con roles que no corresponden a su edad (cuidar de hermanos pequeños, labores domésticas, etc.) factores a los que se atribuye que el manejo de tiempo libre no se haya modificado. Es importante resaltar que los niños perciben como actividad recreativa en su tiempo libre los programas de apoyo que se brindan a adolescentes y que de estos grupos algunos de los participantes se sumaron a las

actividades de voluntariado que realiza Centros de Integración Juvenil, al concluir el programa de intervención.

La gráfica de consumo de drogas se observa una discreta disminución de consumo, cabe mencionar que 7 de los participantes han experimentado con alcohol y/o tabaco, y solamente 2 participantes con inhalables y marihuana. Aún así los resultados invitan a realizar un seguimiento para confirmar que el grupo permanece sin consumir, no dando por hecho que con una sola intervención los participantes se encuentran inmunes al deseo intenso por consumir drogas, al aumentar la cantidad de consumo de experimentador a consumidor, a dejar actividades por consumir drogas, gastar el mayor porcentaje de dinero en drogas, cambios bruscos del estado de ánimo, accidentes, síntomas de abstinencia, dificultad para recordar y competir en el consumo con amigos, son algunos de los temas de los cuales ellos discuten y exponen sus puntos de vista, resaltando como habilidades no adecuadas para resolver problemas.

A partir de este programa de intervención se pudo realizar esta detección precoz en los participantes que han experimentado consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, realizando así una intervención específica con el personal de la institución y los adolescentes que lo solicitaron.

De acuerdo con la conceptualización de la prevención selectiva en el trabajo con hijos de alcohólicos, se obtuvo un resultado positivo ya que los participantes encontraron en el grupo de intervención, jóvenes con historias de vida y/o con características similares; esto permitió corroborar la experiencia de trabajo desde el enfoque de prevención selectiva, eligiendo personas que compartan una problemática específica, por lo cual fue mucho mayor el alcance en objetivos trazados en el trabajo preventivo. Podemos pensar que la eficacia del programa tiene incidencia directa en un problema específico, obteniendo una mayor permanencia en los participantes.

Este programa, se inició como un proyecto de investigación para adaptar y evaluar la utilidad de grupos psicoeducativos para los hijos de alcohólicos en nuestro país y ha derivado, en respuesta a una necesidad social evidente, si tenemos en cuenta la demanda y el interés suscitado. Por ello, prosiguen las actividades, que continuarán adaptándose a cada realidad sociocultural en los estados del país, obteniendo más datos para una evaluación continuada de la experiencia. Pensamos que sólo gracias a este esfuerzo de sistematización, intercambio de experiencias y formación de nuevos profesionales, será posible la implantación y la extensión de este tipo de programas en nuestro país. En recientes

investigaciones se ha demostrado que la eficacia de un programa de intervención es indispensable evaluarlo, para la práctica efectiva y la disminución del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes (Elliott, 2005).

Puesto que en los últimos años ha ido aumentando la demanda de programas preventivos para poblaciones de alto riesgo y, a pesar de los problemas citados, se ha obtenido un resultado preliminar esperanzador, se ha propuesto continuar con esta línea de trabajo. Pensamos que desde Centros de Integración Juvenil se tiene la obligación de aceptar el reto de la prevención de las adicciones en los sectores de alto riesgo de la población en nuestro país, del mismo modo que otras organizaciones lo han hecho en otros países. Ahora se sabe que la única manera de optimizar los programas preventivos consiste en realizarlos e intentar aprender de la experiencia; es decir, realizar una autoevaluación constante, reconocer los errores y buscar soluciones a los problemas que surjan.

En un futuro próximo, tanto la evaluación de factores de riesgo específicos, como la intervención educativo-preventiva grupal se podrían extender a otros grupos de hijos de alcohólicos o de usuarios de otras drogas que se encuentran en otros centros infanto-juveniles, en comunidad e intervenir desde la escuela primaria y secundaria a través de grupos educativos selectivos, de la forma menos estigmatizante posible ya que en este sentido la población con la cual se trabajo muestra que el alcoholismo puede ser uno de los elementos que modifican las habilidades de ajuste psicosocial en procesos característicos de la edad y no por su condición de grupo vulnerable, por lo tanto y para futuras investigaciones el desarrollo y entrenamiento en habilidades no es excluyente para diversos grupos de adolescentes.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados de la investigación se puede concluir que:

Los hijos de alcohólicos en México constituyen un grupo objetivo para la prevención selectiva, ya que tienen mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos y fracaso escolar. Según los resultados de la investigación realizada un alto porcentaje ha necesitado algún tipo de intervención psicológica a lo largo de su vida. Probablemente en este estudio se ha subestimado la magnitud del problema, puesto que hemos iniciado nuestra intervención con uno de los sectores presumiblemente menos afectado, ya que algunos de los padres pertenecen a grupos de autoayuda y las familias están sensibilizadas al problema, por lo que consideramos que el obtener grupos con estas características de la población general es una tarea más compleja que requiere estrictamente tamizaje y diagnóstico. Además, frecuentemente que los problemas de estas familias sólo emergen tras una evaluación a profundidad, debido a su tendencia a ocultarlos por experimentar vergüenza o sentimientos de culpa.

Cabe señalar que la presente investigación no es partidaria de la intervención terapéutica indiscriminada este hecho a permitido plantear una estrategia de intervención precoz diseñada y dirigida un grupo con características similares, la cual puede ser más rentable que los programas preventivos universales, dirigidos a la población general.

La detección precoz de marcadores de riesgo específicos puede ayudar a identificar oportunamente a los niños más vulnerables, de la manera menos estigmatizante, con el fin de incorporarlos a programas preventivos lo antes posible. Algunos de estos indicadores son los signos de efectos fetales de alcohol, la proximidad genética de los antecedentes familiares de alcoholismo, la presencia de un ambiente familiar disfuncional o distorsionado, déficits cognitivos, rasgos de personalidad antisocial, ansiosa, depresiva, timidez, impulsividad y necesidad excesiva de novedades, presencia de psicopatología infantil, fracaso escolar, convivencia en un barrio conflictivo, creencia en tópicos erróneos (mitos) sobre el alcohol y otras drogas, expectativas positivas sobre los efectos del alcohol u otras drogas, tolerancia aumentada a los efectos del alcohol, etc.

La realización del Programa ALFIL ha permitido comprobar que las intervenciones dirigidas a prevenir el desarrollo de problemas en los hijos de alcohólicos y otras poblaciones de alto riesgo familiar, son necesarias y pueden llegar a ser beneficiosas para nuestra población,

aunque requieren de mayor experimentación y adaptación flexible a las particularidades de cada comunidad.

La experiencia con este programa ha confirmado la necesidad en muchos profesionales del campo de la salud y la educación, de contar con asesoría específica para intervenir eficazmente en población juvenil de alto riesgo. Actualmente, una buena parte de la prevención funciona a partir de la dedicación, en buena parte voluntaria, de profesionales jóvenes motivados por el tema, pero que acaban "quemándose" y cambiando de campo para obtener una remuneración adecuada por su trabajo. Pensamos que es un tema de gran interés social en la actualidad, que exige un esfuerzo humano continuado, es necesario trabajar la motivación, la capacidad de resistencia al estrés entre los profesionales en un campo que requiere reciclaje constante y adaptaciones continuadas a los cambios y las diferentes realidades socioculturales. Atender no solo al enfermo sino a los familiares más allegados.

Por otro lado, sensibilizar a los profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales, convenciéndolos de que una intervención precoz sobre algunos de los miembros de las familias alcohólicas o de las familias afectadas por el consumo de sustancias, puede tener mejores resultados, en términos de efectividad y costo económico, que una intervención posterior, cuando los problemas son más graves, o que intentar convencer directamente al alcohólico para que inicie un tratamiento. En muchos casos, apoyar a los niños en el momento adecuado para que puedan entender la problemática familiar y enfrentarse a ella requiere menos esfuerzo que el tratamiento de los problemas que pueden desarrollar más adelante. Además, en ocasiones, la educación y el apoyo de los niños puede tener repercusiones positivas sobre otros miembros de la familia, pudiendo incluso ayudar a motivar al enfermo acudir al centro de tratamiento.

Finalmente el objetivo es que este tipo de intervenciones es tener una herramienta para los profesionales, que puedan encontrarse en su trabajo diario con jóvenes en riesgo.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Con el propósito de aplicar los resultados obtenidos en esta investigación se sugiere para futuros programas de intervención en prevención selectiva:

1. Divulgar los materiales, los resultados del estudio y la evaluación del programa con el fin de motivar a los profesionales a realizar este tipo de intervenciones y a optimizar el procedimiento.
2. Realizar grupos educativos para padres alcohólicos o consumidores de drogas, sobre el tema de cómo educar a sus hijos para prevenir las adicciones.
3. Continuar extendiendo la experiencia del Programa ALFIL adaptándolo a los hijos de alcohólicos de diferentes edades, así para otros jóvenes con problemas de consumo de drogas en sus familias, en centros educativos, juveniles, de atención a familias, etc.
4. Realizar talleres de formación para profesionales, tanto del campo de la salud como de la educación, que estén interesados en realizar este tipo de programas en sus centros respectivos.
5. Realizar el seguimiento de los sujetos que supondrá la evaluación a largo plazo del programa.
6. Elaborar materiales preventivos específicos para hijos de alcohólicos y otras drogas.
7. Instrumentos de detección precoz en escuelas, consultas pediátricas y diversos servicios de atención.
8. Folletos informativos para jóvenes con antecedentes familiares de adicciones, etc.
9. Se sugiere desarrollar estrategias para motivar a los niños a acudir regularmente a las sesiones, así como para motivar a los padres más reacios a participar en este tipo de programas.
10. Se ha considerado la necesidad de realizar grupos educativos para niños menores de 12 años, para acceder a los jóvenes de alto riesgo que a los 13-15 años ya presentan conductas disociales y resultan más difíciles y muy irregulares en su asistencia.
11. Se ha puesto de manifiesto la necesidad de aumentar el número de sesiones educativas para tratar los temas propuestos. Por ello, es necesario realizar "talleres para padres" independientemente de la asistencia de los hijos a los programas para niños.

12. Se sugiere generar estrategias para el diseño de intervenciones en prevención indicada en subgrupos, en quienes se confirme el consumo de sustancias, representando el segmento más vulnerable de la población en la prevención selectiva.
13. Abrir líneas de investigación con diseños que permitan conocer los modelos de consumo de las familias y la manera en que influyen en el comportamiento de los adolescentes.
14. Para investigaciones posteriores profundizar en conocer las características psicosociales de los adolescentes que no presentan historia familiar de alcoholismo e intervenir dentro del contexto de programas de prevención selectivos.

En el reconocimiento de que la presente investigación no pretende ser exhaustiva, se identificaron limitantes para el desarrollo de la misma, se espera sean de ayuda para futuras investigaciones contemplar los siguientes factores:

1. Hasta el momento se han realizado 6 grupos en 3 Centros de Integración Juvenil. En la mayoría de los casos, se ha llevado a cabo con cierto retraso respecto a la programación inicial, debido a dificultades de organización y a la movilidad del personal dedicado a la prevención en los centros.
2. El obtener la muestra de participantes para el grupo de intervención requirió mayor tiempo del contemplado y de un trabajo previo de sensibilización a los padres de familia, a sus hijos y con las instituciones a las que pertenecen, para aceptar participar en el programa.
3. La deserción al programa fue 7.5% del total de la muestra (11 de 82), estos datos fueron eliminados, sin existir ninguna herramienta de seguimiento lo que limita saber los motivos por los cuales abandonaron el grupo.
4. Existió una falta de cooperación y coordinación entre los diferentes servicios comunitarios implicados en estos casos.
5. Este programa no se puede extender a edades inferiores, se tendrá que adaptar a las características de la población. tratar de explicar a los niños pequeños algunos temas relacionados con el alcoholismo en su familia sin ofenderles, sin culpabilizar a sus padres, y sin alarmarles en exceso con respecto a los factores de riesgo hereditarios.
6. Los profesionales se quejan de falta de conocimiento, habilidades, tiempo y recursos para intervenir en estas familias, y temen perder el tiempo sin conseguir resultados positivos.

7. Tras la realización de este programa se ha comprobado que algunos jóvenes asisten irregularmente a las sesiones, especialmente aquellos con características disociales o con graves problemas en casa.
8. Solo fue posible canalizar algunos casos que requerían atención terapéutica específica, debido al rango de edad que maneja la institución.
9. En uno de los centros existieron dificultades para realizar la totalidad de las sesiones, debido a la dispersión de la población atendida, la falta de personal y recursos para motivar a las familias acudir regularmente.
10. Las dificultades con las que se encuentran tienen relación, principalmente, con el hecho de que los padres niegan su abuso de alcohol y la existencia de trastornos en sus hijos, debido a sentimientos de culpabilidad y/o vergüenza. En ocasiones, pueden llegar a mostrarse agresivos y rehúsan cualquier tipo de intervención. Los niños, por su parte, suelen tener miedo de hablar de los problemas de sus familias por temor a que sus padres se enfaden.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, E.L. (1992), Paternal exposure to alcohol. En T.B Sonderegger (ed), Perinatal substance abuse: Research findings and clinical implications (pp 132-160). Baltimore John Hopkins University Press.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall (trad. cast.: Salamanca, Sígueme, 1984).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall (trad. cast.: Barcelona, MartínezRoca, 1987).
- Bates, M.E., y Labouvie, E.W. 1997. Adolescent risk factors and the prediction of persistent alcohol and drug use into adulthood. *Alcoholism: clinical and Experimental Research*, 21 (5), 994-950.
- Becoña, E. (1995). La prevención de las adicciones. Introducción a algunas cuestiones actuales. En E.Becoña, A. Rodríguez y I. Salazar (Coords.), *Adicciones IV. Prevención* (pp. 9-50) Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, M.P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (1995). Adicciones. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 1, pp. 493-530). Madrid: McGrawHill.
- Becoña, E. 2000
- Begleiter, H., y Porjesz, b (1999) What is inherited in the predisposition toward alcoholism? A proposed model. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 23 (7), 1125-1135.
- Bellver, M.C. y García, R. (1997). Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitaria nacionales: Una revisión (1985-1994). En J. Escámez (Ed.), *Prevención de la drogadicción* (pp. 115-134). Valencia: Nau Llibres.
- Botvin, G. (1995). Principles of prevention. En R.H. Coombs y D.M. Ziedonis (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. A comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol an other drugs* (pp. 19-44). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M. y Díaz, T. (1995). Longterm followup results of a randomize drug abuse prevention trial in a white middleclass population. *JAMA*, 273, 1106-1112.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.

- Burgess, R. (1997). Deconstructing drug prevention. Towards an alternative *purpose*. *Drugs: Education, prevention and policy*, 4, 279-283.
- Cadore, R.J., Yates, W. y Devor, E. (1997). Genetic factors in human drug abuse and addiction. En N.S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 35-46). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Calafat, A. (2000). Programa de prevención para hijos de Alcohólicos ALFIL. Socidrogalcohol. Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. España.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Adicciones. 4. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calafat, A. (1995). Los factores de riesgo como fundamento de los programas preventivos. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Eds.), *Adicciones. IV. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calafat, A. y Amegual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 2, 75- 101.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3ª edición*. Mallorca: Sección de Promoción de la Salud. Servicio de Acción Social y Sanitaria.
- Calafat, A., Amengual, M., Guimeráns, C., RodríguezMartos, A. y Ruiz, R. (1995). "Tú decides": 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones*, 7, 509-526.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1, 96-111.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnov, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L., Shure, M.B. y Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Chatlos, J.C. (1996). Recent trends and a development approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Chen, K. y Kandel (1995). The natural history of drug use from adolescence to the midthirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41-47.
- Christianser, B.A., Smith, G.T. Roehling, P.V., y Goldman, M.S. (1989). Using alcohol expectancies to predict adolescent drinking behavior after one year. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 57, 93-99.

- Consejo Nacional contra las Adicciones. Programas de Prevención. 2003. Secretaría de Salud, México.
- Daugherty, R.P. y Leukefeld, C. (1998). *Reducing the risks for substance abuse. A lifespan approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Díaz, A., y Sandi, L (1996). Validación del Drug Use Screening inventory (DUSI) en Población adolescente. *Adicciones* 8 (3) 277-293.
- Durcan, M.J., y Goldman, D. (1993). Genomic imprinting: implications for behavioral genetics. *Behavioral Genetics*. 23, 137-143.
- Echeburúa, E. (1996). *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Eggert, L., Thompson, E.A., Herting, J.R. Nicholas, L.J., y Dicker, B.G. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through and intensive school-bases social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8 (3),202-215.
- Elliott, L., Orr, L., Watson, L., Jackson, A. (2005). Secondary prevention interventions for young drug users: A systematic review of the evidence. *Adolescence*, 40 (157), 1-22.
- Encuesta Nacional de Adicciones. 2002. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las adicciones. México.
- Escámez, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en adicciones. En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 193-208). Madrid: Diyinson.
- Giunta, C.T., y Compas, b.e. (1994). Adult daughters of alcoholics: Are they unique? *Journal of studies on alcohol*, 55,600-606.
- Gorman, D.M. (1996). Etiological theories and the primary prevention of drug use. *Journal of Drug Issues*, 26, 505 - 520.
- Guerrero, J., Guerrero, R., y Balanzario, M. (2002) Evaluación de Resultados del Tratamiento del Consumo de Dogas en Centros de Integración Juvenil. *Informes de Investigación Centros de integración Juvenil*. 02, 7-22.
- Hall, C.W., Bolen, L. M., Webster, R.E (1994) Adjustment issues with adult children of alcoholics. *Journal of Clinica Psychology*, 50 (5), 787-791.
- Hansen, W.B. (1992). Schoolbased substance abuse prevention: a review of he state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.
- Hawkikns, C.A. (1997). Disruption of family rituals and mediator of the relationship between parental drinking an adult adjustment in off *Abnormal Psychology*, 104 (1), 94-103.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64 - 105.
- Heien, D.M. y Pittman, D.J. (1993). The external cost of alcohol abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 302-307.

Higgins, S.T., Bickel, W.K. y Hughes, J.R. (1994). Influence of and alternative reinforcer on human cocaine self administration. *Life Sciences*, 55, 179-187.

Institute for Health Policy (1993). *Substance abuse: The nation's number one health problem. Key indicators for policy*. Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation.

Jessor, R., Turbin, M.S. y Costa, F.M. (1997). Predicting developmental change in risky driving: The transition to young adulthood. *Applied Developmental Science*, 1, 4-16.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., Baer, N., MacKinnon, D.P., Hansen, W.B. y Flay, B.R. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with highrisk and lowrisk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 447-456.

Kandel, D. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.

Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C. y Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 28, 1-17.

Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra:OMS.

Kroger, J. (1996). *Identity in adolescence. The balance between self and other*, 2nd ed. London: Routledge.

Lavouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and selfcorrection. *Journal of Drug Issues*, 26, 457 - 476.

Legido, A. (1997).Exposición intrauterina a drogas. *Revista de Neurología*, 25 (141),691-702.

Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la "prevención por objetivos". En E. Becoña, A. Rodríguez e I.

Mathew, R.J., Wilson, W.H., Blazer, D.G., y Gerge, L.K. (1993). Psychiatric disorders in adult children of alcoholics: Data from the epidemiologic catchment area project. *American Journal of Psychiatry*, 150, 793-800.

Medina Mora, M. E. (1995). La prevención del abuso de las bebidas alcohólicas y sus consecuencias desde una perspectiva de salud pública. *Psicología y Salud, Número especial*, 63-70.

Miller, N.S. (1997). Generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. En N.S. Miller (Ed.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 18-25). Philadelphia, PA: W.B. Sandunders Company.

Millman, R.B. y Botvin, G.J. (1992). Substance use, abuse, and dependence. En M. Levine, N.B. Carey, A.C. Crocker y R.t. Gross (Eds.), *Developmental behavioral pediatrics* (2nd. ed., pp. 451-467). Nueva York: Saunders.

Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las adicciones. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: PNSD.

Mora, R., y Natera, G. (2001). Expectativas consumo de alcoholismo y problemas asociados en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Pública*. 13: 89-96

Muñoz, M. (1998). *Factores de riesgo en adicciones: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Facultad de Psicología de la Universidad Complutense. Tesis Doctoral.

Natera, G., Borges, G., Medina-Mora, M., Solís, L., y Tiburcio, M. 2001. La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública Mex*; 43:17-26

Natera G., Orford J, Tiburcio M., Mora, J. (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*. 7(4). 47-54.

Natera G., Tiburcio M., Mora, J. Orford J. (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*. 7(4):47-54.

NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A researchbased guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.

Oetting, E.R., Deffenbacher, J.L. y Donnermeyer, J.F. (1998a). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. II. *Substance Use & Misuse*, 33, 1337-1366.

Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F. y Deffenbacher, J.L. (1998b). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use & Misuse*, 33, 1629-1665.

Oetting, E.R., Donnermeyer, J.F., Trimble, J.E. y Beauvais, F. (1998c). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. IV. *Substance Use & Misuse*, 33, 2075 - 2107.

Perry, C.L. y Kelder, S.H. (1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.

Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

Pollar, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Arthur, M.W. (1997). *Development of a school based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations*. Manuscrito pendiente de publicación.

Reese, F.L., chassin, L., y Molina, B.S.G. (1994) alcohol expectancies in early adolescents predicting drinking behavior from alcohol expectancies an parental alcoholism. *Journal of studies on alcohol*, 55, 276-284.

- Rollnick, S., y Miller, W. (1995) What is motivational interviewing. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23 (4), 325-334.
- Sánchez Turet, M. (1992). Genética del alcoholismo. *Adicciones*, 4, 36.
- Schippers, G.M. (1991). Introduction. En G.M. Schippers, S.M.M. Lammers y C.P.D.R. Schaap (Eds.), *Contributions to the psychology of addiction* (pp. 714). Amsterdam, Holanda: Swets & Zeitlinger.
- Schuckit, M.A. (1995). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (4th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- Sher, K.J (1991). Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. Chicago: University of Chicago Press.
- Sher, K.J., Gershuny, B.S., Peterson, L., y Raskin, G. (1997). The role of childhood stressors in the intergenerational transmission of alcohol use disorder. *Journal of Studies on Alcohol*, 58,414-427.
- Smith, G.T. (1994) psychological expectancy as mediator of vulnerability to alcoholism. *Annals of the New York academy of sciences*. 708. 165-171.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers. Guided selfchange treatment*. Nueva York: Guilford.
- Stacy, A.w., Widaman, K.F., y Marlatt, G.A. (1990). Expectancy models of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 918-928.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies (1994). *National Household* Waldron, H.B. (1997). Adolescent substance abuse and family therapy outcome: A review of randomized trials.
- Sussman, S. (1996). Development of a school-based drug abuse prevention curriculum for high-risk youths. *Journal of Psychoactive drugs*, 28 (2), 169-182.
- Sussman, S., Dent, C., Stacy, a.w., Craig, S. (1998) One-Year outcomes of Project Towards No Drug Abuse. *Preventive Medicine: an International Devoted to Practice and Theory*, 27 (4), 632-642.
- Tarter, R.E., y Vanyukov, M. (1994). Alcoholism: A developmental disorder. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 62(6), 1096-1170.
- Thomson, E.a., Horn, M., Herting, J.R., y Eggert, L.L. (1997). Enhancing outcomes in an indicated drug prevention program for high risk youth. *Journal of drug education*. 27 (1),19-41.
- Typpo, M.H., y Hastings, J.M. (1984). And elephant in the living room. A leader guide for helping children of alcoholics.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E. (1998). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión? *Psicothema*, 10, 229-239.
- Wysowsky, D. K.. (1993). Mortality attributed to misuse of psychoactive drugs, 1979-1988. *Public Health Reports*, 108, 565-570.

ANEXO 1

Programa ALFIL

El objetivo principal del programa ALFIL es dar a conocer una de las posibles formas de abordaje educativo-preventivo de familiares de alcohólicos, así como facilitar la realización de este tipo de experiencias y favorecer el intercambio de diversas profesiones que están interesados en realizar actividades de prevención o que ya las están llevando a cabo.

En los últimos 30 años se han descrito los problemas psicológicos que pueden sufrir los hijos de alcohólicos, el amplio desarrollo de movimientos en E.U puso en evidencia la necesidad de elaborar estrategias preventivas específicas para esta población de riesgo. Estos movimientos han dado lugar a una corriente intervencionista de la que han surgido diversas publicaciones especializadas, programas educativo-preventivos, terapéuticos y grupos de autoayuda con Al-anon, Al-Ateen y diversas asociaciones.

Algunos autores se han mostrado contrarios a la realización de intervenciones terapéuticas generalizadas para este sector de la población, ya que consideran que no todos los hijos de alcohólicos desarrollan trastornos psicológicos importantes, que sus problemas son demasiado heterogéneos para plantear un tipo de intervención unificada y que, en realidad, presentan los mismos problemas de adaptación que otros niños que han sufrido experiencias traumáticas en la infancia. Dentro de esta línea se ha llegado a plantear que la intervención indiscriminada sobre estos niños, a pesar de ser una iniciativa loable, podría tener incluso efectos contraproducentes relacionados con el etiquetaje y el estigma, la desresponsabilización y autocumplimiento de la profecía. Por último añaden que las familias más necesitadas de intervención suelen negarse a participar en este tipo de programas preventivos.

Sin embargo, la amplia demanda social y los recientes avances sobre el desarrollo de estrategias preventivas para reducir factores de riesgo y potenciar factores de protección concretos en las familias de los alcohólicos nos han hecho plantear la necesidad de ofrecerles una atención psicoeducativa específica. Estos programas preventivos selectivos podrían ser más efectivos y rentables que los que se dirigen a la población general, siempre que procuremos ser extremadamente cuidadosos en la forma de adaptarlos a nuestra realidad sociocultural.

LOS HIJOS DE ALCOHÓLICOS SON UNA POBLACION DE RIESGO

Estudios realizados en los últimos años se ha reportado que aproximadamente el 25% de los jóvenes menores de 18 años viven con padres que abusan de sustancias psicoactivas, de los que algo más del 10% son hijos de alcohólicos, los hijos de alcohólicos han sido identificados en numerosas ocasiones como Población de alto riesgo no solo para el alcoholismo, sino también para el desarrollo de otros problemas biopsicosociales relacionados, directa o indirectamente con el consumo de alcohol paterno. Algunos de estos trastornos continúan afectándoles en su adaptación a la vida cotidiana adulta y generan elevados costes en tratamientos médicos y psicológicos a la sociedad. Sin embargo, los hijos de alcohólicos no constituyen un grupo homogéneo, por lo que no es posible encontrar

patrones alterados de conducta comunes a todos ellos, Cada uno reacciona de forma diferente al estrés que produce en su familia la enfermedad alcohólica, dependiendo de la influencia de otros factores personales y ambientales. Unos pueden desarrollar síntomas depresivos, otros mostrarse hiperactivos o desafiantes, otros tener trastornos de sueño, asma o enuresis, y otros pueden mostrar aislamiento, apatía, obsesión, perfeccionismo o fobias. Unos pueden dejar de asistir a clase, mientras que otros pueden tratar de obtener notas excelentes para "salvar" a su familia. Algunos se muestran rebeldes y otros, en cambio, excesivamente complacientes.

GRUPOS PSICOEDUCATIVOS PARA HIJOS DE ALCOHÓLICOS.

Es imprescindible que ofrezcan información básica sobre el concepto de dependencia de una droga para que puedan explicar el porqué del caos de su familia. También se debe facilitar la identificación y la expresión de los sentimientos de pérdida, de culpa, de rabia, de frustración, de miedo, de vergüenza, etc., para que faciliten el adecuado funcionamiento psicológico del niño. Estos grupos deben procurar la reducción de la tendencia a negar los problemas. Otra meta es aumentar la habilidad del niño para enfrentarse a situaciones estresantes a través de la enseñanza de competencias y habilidades cognitivas y sociales. Y, por último ofrecer esperanza en los cambios y alternativas de vida saludables para ellos mismos.

Principios básicos en la intervención

- Lo más precoz posible (técnica de screening o detección precoz)
- Énfasis en los sujetos más vulnerables (evaluación de marcadores de riesgo y uso de técnicas motivacionales)
- Dirigida no solo al riesgo de alcoholismo, sino de otros trastornos asociados al alcoholismo paterno, por dos razones: a) pueden actuar como mediadores o moderadores para el desarrollo de alcoholismo y b) representan un aspecto preocupante en sí mismo.
- Requiere un abordaje: evaluación biopsicosocial de factores de riesgo específicos en el individuo y en su entorno (familia y escuela), educación psicosocial e intervención terapéutica (si es necesaria).
- Basada en la capacitación del sujeto (estrategias de enfrentamiento a factores de riesgo)
- Ofrecer información específica sobre el alcoholismo adaptada a cada edad.
- Aceptar al niño como "cliente primario", si así lo manifiesta la familia, pero dirigir la intervención también a su entorno (familiares, educadores, médicos, etc.) Es especialmente importante que, al menos un progenitor o el tutor del niño se involucre.
- Requiere motivación y formación específica por parte del profesional (educador-terapeuta) en temas de infancia y adolescencia, dinámica familiar y clínica del alcoholismo.
- Uso preferente de la modalidad grupal psicoeducativa para facilitar la identificación y el apoyo mutuo, promover la relación social y reducir el aislamiento, la vergüenza, la culpa y la negación del problema. Solo en algunos casos sería necesaria la derivación a la terapia individual.
- Énfasis en reforzar los aspectos positivos del funcionamiento del individuo y la familia (factores protectores) además de tratar de disminuir los factores de riesgo (Hussong y Chassin, 1997).

INFORMACION BASICA PARA LOS HIJOS DE ALCOHÓLICOS SOBRE EL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO

INFORMACION BASICA	IMPORTANCIA PARA LA RECUPERACION DEL NIÑO
El alcoholismo es una enfermedad de la que nadie tiene la culpa.	Despersonaliza la responsabilidad de la enfermedad y del caos familiar, y reduce la culpabilidad.
El alcoholismo es una enfermedad progresiva, que afecta a aspectos físicos, emocionales, de conducta, personalidad, etc.	Elimina la concepción moral* del alcoholismo, ayuda al niño a identificarlos como un proceso que ha llegado a ser un problema para la familia. Hace posible la entrada en tratamientos específicos y grupos de auto-ayuda.
Los "blackouts" (inconsciencia, desvanecimiento, amnesia) son una manifestación física del alcoholismo. Otras manifestaciones típicas de la enfermedad son: la tolerancia, los síntomas de abstinencia, el mecanismo de negación y las recaídas.	Explica los lapsus de memoria del alcohólico y la falta de constancia de sus propósitos.
El alcohol es una droga que altera la mente, la conciencia y el estado de ánimo. El alcohol no es "el suero de la verdad".	Desculpabiliza al alcohólico de su conducta mientras está intoxicado. Relativiza lo que dice en ese estado, que no tiene porqué ser cierto, ni su verdadera opinión.
Los hijos de alcohólicos pueden acabar atrapados en roles rígidos desadaptativos. También tienen mayor riesgo para desarrollar alcoholismo.	Explica como los hijos de alcohólicos son afectados en su desarrollo y permite identificar los roles propios y los de los hermanos. Reduce la culpabilidad. Alerta sin alarmismo.
El alcoholismo no solo afecta al enfermo sino también a sus familiares, que pueden acabar realizando conductas que facilitan el mantenimiento de la enfermedad.	Explica la falta de disponibilidad, los cambios de humor y la conducta codependiente del progenitor no-alcohólico.
Los alcohólicos parecen arrogantes y hostiles, pero en realidad se sienten heridos y sin ayuda.	Despersonaliza la distancia y el comportamiento del alcohólico y ayuda a verlo desde una perspectiva más amplia.
Lo que ven y oyen los hijos de alcohólicos en sus familias es real. Son alteraciones en las relaciones que son producidas por la enfermedad.	Valida las experiencias de los niños que, a menudo, no son tenidas en cuenta por sus familiares y por otras personas. Les hace ver que "no están locos".
No estas solo. Otros jóvenes viven en familias que tienen problemas semejante a la tuya.	Facilita la "identificación terapéutica" y el sentimiento de pertenencia a un grupo.
Los alcohólicos pueden recuperarse y	Ofrece esperanza en la recuperación

sus familias también.	familiar, sea conjunta o por separado.
Los hijos y familiares de alcohólicos necesitan también ayuda para recuperarse de la "enfermedad familiar".	Les ayuda a centrarse en sus propias necesidades, reduce la negación de sus propias dificultades y facilita la entrada en tratamiento.
Los hijos y otros familiares de alcohólicos no deben "rescatar" o "salvar" al alcohólico tratando de "controlar"	Fomenta la focalización en ellos mismos, ayudándoles a ver el camino hacia el cambio personal, independientemente del camino.

CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EDUCADORES Y TERAPEUTAS ADOLESCENTES Y ALCOHOL

Es importante que el educador recuerde los elementos básicos de la población con la cual se trabajara a continuación mencionaremos elementos básicos de la "crisis adolescente":

- El enfrentamiento entre las presiones del mundo interior (pubertad y maduración sexual) y del exterior (normas y exigencias de la sociedad), la necesidad de escapar temporalmente de estas tensiones, de divertirse y de disfrutar de las cosas de forma inmediata.
- La crisis de identidad, con los típicos "ritos de pasaje" de la infancia al estatus de adulto, el deseo de ser "alguien", que comporta tener que demostrar que uno es independiente y original.
- La inseguridad y el malestar emocional ante un "yo" que todavía no es el que se desea. Dependiendo de las características de personalidad del joven, la crisis adolescente puede dar lugar a sintomatología depresivo-ansiosa, a conductas compulsivas de búsqueda de sensaciones y experiencias nuevas, desafiantes, emocionantes ("marcha"), etc.
- La aparente ruptura con el medio familiar y con la sociedad en general, rebeldía contra las reglas oposicionismo y aislamiento en su propio mundo para "encontrarse a sí mismo".
- La apertura hacia el grupo de amigos, con sobreadaptación a los valores y las normas grupales debido a la importancia de estar bien considerado en el grupo para la propia autoestima.

CARACTERISTICAS OPTIMAS DEL EDUCADOR-TERAPEUTA

- Suscitar y promover en la participación y la reflexión grupal sobre los conceptos clave
- Ajustarse a su papel de moderador, evitando ser excesivamente activos o directivos.
- Sacar "jugo" a los comentarios que permitan profundizar en conceptos importantes.
- No responder directamente a las preguntas de los jóvenes sino hacerles reflexionar.
- Procurar la participación de todos, incluso de los más tímidos, aunque sin forzar.
- Moderar y gestionar adecuadamente el tiempo de cada uno
- Comunicación abierta y honesta
- Favorecer empatía con los participantes
- Escuchar activamente
- No preocuparse tanto por transmitir información sino porque los jóvenes participen activamente

- Ser flexible
- Actitud neutra
- Responsabilizar
- Tratar a los adolescentes con amabilidad y respeto
- Relación positiva entre los compañeros
- Sentido del humor y de la diversión
- Expectativas realistas
- Atentos a las señales de los jóvenes
- También es importante que el guía de un grupo para hijos de alcohólicos sea un individuo positivo, con alto nivel de creatividad, energía y entusiasmo, capaz de mantener el optimismo y la esperanza ante las circunstancias más desafiantes, que muestre confianza en las potencialidades de los jóvenes y se centre más en ellas que en los déficits de sus familias, que no se sienta dueño de la verdad absoluta ni trate de ejercer autoridad y poder, que se muestre cercano a los jóvenes, etc.

OBJETIVO

El programa pretende disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores; así como la disminución del riesgo de alcoholismo otros trastornos relacionados con la historia familiar de este trastorno en descendientes de alcohólicos. Para conseguirlo se pretenden los siguientes objetivos específicos:

Educar para la salud

- ofrecer información sobre el alcohol, sus efectos y los problemas derivados de su abuso.
- Favorecer el entendimiento del alcoholismo como una enfermedad de desarrollo progresivo y favorecer una actitud no estigmatizante hacia los drogodependientes.
- Aprender a criticar los mitos culturales sobre el alcohol y otras drogas.
- Advertir, sin dramatizar ni profetizar del "mayor riesgo" de alcoholismo entre los descendientes de alcohólicos y como se puede evitar.
- Reforzar las actitudes de abstinencia de drogas en general.
- Reflexionar sobre alternativas saludables para disfrutar del tiempo libre.

Utilizar el grupo como recurso educativo y terapéutico:

- La identificación y expresión de sentimientos, problemas emocionales y dudas respecto al alcohol, el alcoholismo y otras drogodependencias.
- La identificación con otros miembros del grupo, en base a compartir experiencias familiares y sentimientos similares: pérdida, rabia, abandono, etc.
- Reducir la sensación de aislamiento de los jóvenes (tienden a considerarse "diferentes" y han aprendido a "no hablar, no confiar, no sentir...").
- La participación y ejercitación de habilidades sociales en un grupo
- La demanda de ayuda y el apoyo emocional del grupo ante los problemas personales.
- El aprendizaje de roles juveniles normativos a través de la identificación con modelos positivos dentro del grupo.
- El ejercicio de las habilidades sociales aprendidas.
- La aceptación de la diversidad y la individualidad dentro del grupo.

Facilitar la atención global de la familia:

- Desresponsabilizar a los familiares de la enfermedad del alcohólico
- Desculpabilizar a los padres de los trastornos que han podido ocasionar a sus hijos involuntariamente.

- Ayuda a evitar las actitudes protectora del habito alcohólico (codependencia)
- Favorecer la aceptación del alcohólico como un enfermo que no ha buscado su enfermedad voluntariamente, pero que debe responsabilizarse de su propio tratamiento.
- Asesorar y enseñar a los padres recursos para asumir su papel educativo y preventivo: como establecer limites, normas, valores, libertad y responsabilidad progresivas, entender la crisis adolescente, mantener una actitud abierta, flexible y comunicativa con los hijos, etc.
- Enseñar estrategias de búsqueda de soluciones flexibles al los conflictos.
- Ofrecer esperanza en el futuro.

SESIONES

Sesión	Título	Material y técnicas sugeridas
1	Opiniones sobre el alcohol y sus efectos	Presentación. Discusión grupal, sugerencia de temas y buzón de dudas "anónimas"
2	Información objetiva sobre los efectos del alcohol (hechos reales y mitos) Los síntomas iniciales de problemas con el alcohol	Conceptos básicos. Discusión efectos del alcohol y conducción de vehículos. Adolescentes que empiezan a tener problemas con el alcohol. Imaginar cuales podrían ser los primeros síntomas (antes de enseñarlos y explicarlos).
3	El alcoholismo, una enfermedad con tratamiento El alcoholismo, una enfermedad "familiar": repercusiones en la convivencia y "heredabilidad"	La progresión del uso al abuso y la dependencia. Experiencias de alcohólicos rehabilitados Problemas familiares de un adolescente cuyo padre es alcohólico. Discusión grupal y juego dramático.
4	¿Por qué empiezan a beber algunos jóvenes? Presión del grupo de amigos y la publicidad	Explicación de factores de riesgo y entrenamiento en técnicas cognitivas para enfrentarse a ellos. <ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones, presión de grupo, análisis de la publicidad • Técnicas para combatir el estrés y la depresión • Habilidades sociales. Representación de rols
5	Malestar emocional	
6	Facilitación de las relaciones sociales	
7	Despedida	Favorecer el proceso de separación del grupo. Evaluación del programa.

1ª. SESION

Opiniones sobre el alcohol

OBJETIVOS

- Ayudar a crear un clima de confianza y una dinámica favorecedora del trabajo en grupo.
- Promover la identificación entre los miembros del grupo facilitando que compartan experiencias vitales comunes.
- Explicar los objetivos y la metodología del programa, así como las reglas básicas de funcionamiento del grupo asistencia continuada, puntualidad, anonimato y confidencialidad.
- Facilitar la expresión de opiniones, dudas y experiencias personales en relación con el alcohol y las consecuencias del abuso y la dependencia (ej: como afecta a las relaciones familiares, explorar las fantasías y las expectativas sobre los efectos del alcohol).

IDEAS-CLAVE

En esta sesión no hay ideas-clave a destacar ya que en ella se trata de obtener información sobre los temas que los jóvenes conocen y los que no, cuáles son los que más les interesan, sus dudas, opiniones, etc. Sin embargo, se puede empezar a introducir ideas que más adelante se retomarán para aclararlas.

INFORMACION BASICA

En la primera sesión es importante que el educador conozca a los niños y a sus familias, así como sus ideas respecto al alcohol y sus efectos. Para ello debe revisar las evaluaciones de los jóvenes y sus familias, y también sus respuestas a los "cuestionarios sobre el alcohol".

MATERIAL

Rotafolio para apuntar los temas:

- Opiniones sobre el alcohol y sus efectos
- Actitudes favorables y desfavorables frente al consumo.

Tarjetas con frases que reflejen opiniones comunes sobre el alcohol para discutirías.

PROCEDIMIENTO

1. Presentación de los educadores que llevarán a cabo el programa.
2. Presentación de los participantes (15-20 minutos). Se recomienda la utilización de técnicas dinámicas grupales para realizar la presentación, puede ser útil realizar tres tandas de lanzamiento de pelotas entre los participantes. En la primera tanda el que recibe la pelota debe decir su nombre, edad y que estudia. En la segunda, su nombre y su actividad de ocio preferida. En la tercera, el que recibe la pelota no habla y son los demás los que tienen que recordar su nombre, edad, que estudia y que actividad de ocio prefieren. También puede ser útil dar una etiqueta con el nombre de cada uno para que la lleven colgada durante la sesión, para que puedan identificarse más fácilmente.
3. Explicación de los objetivos, metodología y reglas básicas del grupo (10 minutos). El moderador debe resumir a los participantes los objetivos y metodología de este programa. Respecto a las reglas de funcionamiento del grupo se debe enfatizar que

trabajar en grupo implica la participación activa de sus miembros. Sin embargo, no se forzará a nadie a participar en las actividades ni a contar cosas que no quiera voluntariamente. De hecho, se puede sacar provecho de las sesiones sin tener que contar nada personal pero, se desea, que pueden explicar situaciones y experiencia propias, así como expresar opiniones y plantear dudas, problemas, o cosas en las que no se está de acuerdo. Se debe señalar a los participantes que sus opiniones y experiencias pueden resultar enriquecedoras para el grupo y nos pueden enseñar algo a todos. También se debe garantizar la confidencialidad de las cosas personales que se relaten en las sesiones. Uno de los objetivos del grupo es aprender a compartir sentimiento con otras personas. Para poder respetar y confiar en los otros es importante que los miembros del grupo no comprometamos a no comentar fuera del grupo las cosas personales que se puedan decir en el. Fuera del grupo se pueden comentar las actividades generales, lo que uno mismo ha dicho, pero lo que digan los demás se considerara privado y no se debe contar. Otras reglas que se deben advertir son que todos tendremos nuestro tiempo si queremos hablar, pero cuando otra persona del grupo hable, intentaremos escucharle atentamente, que no se aceptarán enfrentamientos verbales violentos y que los participantes deben comprometerse a asistir de forma continuada a las sesiones. Si se prevé que un día determinado no se podrá asistir por algún motivo, deberá avisarse previamente.

4. "Buzón de dudas". Este recurso va dirigido a los más tímidos y captar los temas más difíciles de comentar en voz alta cuando los miembros del grupo aún no tienen suficiente confianza. En las sesiones siguientes, los moderadores pueden recordar algunas de las preguntas realizadas por los jóvenes, relacionadas con el tema que se vaya a tratar. Al final de cada sesión se les puede animar a escribir una pregunta para depositar en el buzón.
5. Discusión grupal. El educador puede pedir a alguno de los participantes que escriba en la pizarra los temas que vayan diciendo sus compañeros, o bien los escribirá el mismo. Se les indicará que en las sesiones siguientes se procurara hablar de todos esos temas. Mientras se van anotando, el educador puede ir preguntando los conocimientos y opiniones de los jóvenes sobre los efectos del alcohol, el alcoholismo, etc., algunas experiencias personales de ofrecimiento o consumo, repercusiones del alcoholismo en su familia, etc. El educador debe procurar que surjan, entre otros, los temas principales que serán tratados en las siguientes sesiones.

Otra manera de suscitar el debate es repartir una serie de tarjetas con afirmaciones que se hacen habitualmente en relación con los efectos del alcohol, el alcoholismo y otras drogadicciones:

- El vino barato hace más daño que el vino caro
- El alcohol alimenta
- El alcohol es una droga
- Una persona alcohólica es aquella que se emborracha cada día
- El alcohol afecta más a las mujeres que a los hombres.
- El alcohol es una "droga blanda", igual que el tabaco, y las drogas blandas no son tan peligrosas como las duras.
- "Aguantar" mucho la bebida es un síntoma de enfermedad.
- Una persona puede ser alcohólica y nunca haberse emborrachado

- Una persona alcohólica esta enferma
- El alcohol es un buen remedio contra la tristeza cuando uno tiene problemas.
- El alcohol es un buen remedio para la ansiedad y el nerviosismo
- El alcohol puede deprimir todavía mas a un persona que y este deprimida
- Las bebidas alcohólicas pueden provocar enfermedades graves del hígado, del sistema nervioso y del corazón.
- Es muy difícil llegar a ser alcohólico si solo te emborrachas algunos fines de semana
- "Pero si todo el mundo bebe"
- Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas
- El alcoholismo es una enfermedad
- Si una persona ha bebido más de la cuenta y tiene que conducir, bastaría con una ducha y un par de cafés para despejarse.

Esta actividad no tiene como objetivo intentar convencerlos de una cosa u otra, sino que se les proporcionará información para que ellos puedan decidir por sí mismos lo que más les convenga.

6. Comentario final de integración grupal. Bienvenida de los participantes al grupo. Se pueden hacer algunos comentarios acogedores y observaciones positivas sobre las aportaciones que cada miembro ha hecho al grupo en esta sesión. Pedir si alguien quiere añadir algo. Anunciar el tema de la próxima sesión. Esta fórmula se puede repetir al final de cada sesión.

2ª. SESION

INFORMACION OBJETIVA SOBRE EL ALCOHOL Y LOS PRIMEROS SINTOMAS DE PROBLEMAS CON EL ALCOHOL

OBJETIVOS

- Señalar los efectos reales del alcohol, los agradables y los desagradables, los orgánicos, los psicológicos (sobre las emociones y la conducta), los inmediatos, a corto y a largo plazo, etc.
- Aplicar el concepto de droga al alcohol.
- Criticar los mitos o creencias erróneas sobre el alcohol hacia una posición más acorde con los efectos reales del alcohol.
- Enfatizar los efectos especialmente perjudiciales del alcohol en determinadas circunstancias: infancia y juventud, embarazo, conducción, etc.
- Explicar la relación entre el abuso de alcohol y los accidentes de tráfico para disuadir del consumo abusivo puntual o de ir en el coche de alguien que haya consumido alcohol en exceso.
- Ayudar a los participantes a reconocer los primeros síntomas de que una persona está empezando a tener problemas para controlar su consumo de alcohol, entre ellos los mecanismos de negación, la proyección y la justificación.
- Enseñar la importancia de actuar ante los problemas de alcohol lo antes posible (detección precoz).

IDEAS-CLAVE

- A pesar de ser legal y estar ampliamente aceptado en nuestra sociedad, el alcohol es una DROGA ADICTIVA, y no precisamente "blanda", si tenemos en cuenta la cantidad de problemas que produce.
- Cuadro de los efectos del alcohol.
- En nuestra cultura existen muchos tópicos o mitos sobre los efectos del alcohol que no son ciertos.
- Los efectos negativos que tiene el consumo habitual del alcohol suelen ocurrir a medio y largo plazo, pero superan con creces los efectos "agradables" que puede tener en un principio como facilitador del contacto social, desinhibidor, euforizante, etc.
- Los problemas con el alcohol no empiezan de repente, ni empiezan directamente con la dependencia. Hay una progresión desde los primeros consumos hasta la pérdida total de control sobre la ingesta.
- Cuando se detectan problemas relacionados con el consumo de drogas, es muy importante intervenir lo más pronto posible para evitar que progresen y lleguen a ser demasiado graves. Es un mito la creencia de que hay que dejar que el alcohólico "toque fondo" por sí mismo.
- Aunque se debe respetar la vida privada y las decisiones de los demás, se puede intentar ayudar a las personas allegadas que tienen problemas con las drogas, siempre sin tomar las responsabilidades que le corresponden a esa persona.

INFORMACION BASICA

Concepto de droga. "Una droga es toda sustancia que, al introducirla en el organismo, produce en el individuo modificaciones en su estado psíquico (percepciones, emociones y conducta). Las drogas adictivas pueden causar dependencia si se consume repetidamente"

Debate sobre la clasificación de las drogas en duras/blandas, legales/ilegales. El que una droga sea llamada dura o blanda no depende de su capacidad adictiva, ni de la peligrosidad de su uso en la mayoría de las ocasiones (ej: el alcohol antes de conducir es extremadamente peligroso). Por otro lado la clasificación de drogas en legales e ilegales responde más a intereses económicos (ej: los ingresos del Estado que provienen de la venta de alcohol y tabaco), costumbres sociales, motivos religiosos, etc., que a motivos de salud o bienestar social.

Efectos del alcohol. No se trata de que los jóvenes se aprendan de memoria los efectos, no de comentar que existen efectos agradables y desagradables, físicos y psicológicos, a corto y a largo plazo, y que los efectos claramente perjudiciales del alcohol ocurren casi siempre a largo plazo, cuando ya se ha instaurado el consumo habitual, el abuso o la adicción. Por esta razón resulta muy difícil convencer a los jóvenes de que no abusen del alcohol, ya que a esa edad los "pros" del consumo aún predominan sobre los "contra".

Circunstancias en las que el consumo del alcohol tiene efectos especialmente perjudiciales

Infancia y juventud: los órganos en desarrollo pueden resultar dañados por el alcohol. Además, se considera que los niños y adolescentes aun no tienen madurez psicológica suficiente para tomar una decisión responsable respecto al consumo de drogas, y los patrones de consumo aprendidos a edades tempranas pueden perpetuarse para el resto de la vida. Por ultimo, bajo los efectos del alcohol el joven no puede aprender adecuadamente las habilidades y estrategias necesarias para enfrentar los problemas cotidianos, lo que impide su adecuado desarrollo psicológico.

Embarazo: efectos fetales del alcohol y síndrome de alcoholización Fetal (SAF), que se caracteriza por malformaciones faciales, neurológica, cardíacas, retraso en el crecimiento, deficiencia mental y mayor riesgo de psicopatología.

Conducción de vehículo y manejo de maquinaria: accidentes.

Eliminando mitos sobre el alcohol. Las drogas se consumen porque producen en el individuo una alteración de su estado físico y psíquico que resulta agradable y recompensante de forma más o menos inmediata. Sin embargo, en las culturas vitivinícolas sobre todo, se ha ido transmitiendo una serie de tópicos o mitos sobre los pretendidos efectos positivos que tiene el alcohol en ciertas actividades humanas que no son ciertos. Los argumentos siguientes no se deben dar a los jóvenes en forma de clase magistral. Una de las técnicas útiles para discutir la verdad o falsedad de los mitos sobre el alcohol es escribirlos en el pizarrón (o en tarjetas individuales) para que se discutan en grupo hasta llegar al argumento mas correcto.

Ejemplos:

- El alcohol puede aumentar el rendimiento intelectual, laboral, deportivo o creativo.
- El alcohol facilita las relaciones con el otro sexo.

- El alcohol ayuda a calentar el cuerpo cuando hace frío.
- El alcohol es un alimento.
- El alcohol estimula el apetito.
- El alcohol es vasodilatador.
- El alcohol ayuda a controlar el nivel de colesterol.
- Todo el mundo consume alcohol y todo el mundo “se pasa un poco de vez en cuando”.
- El alcohol quita la sed mejor que el agua.
- El alcohol es un buen ansiolítico (relajante) ante el estrés.
- El alcohol es un buen antidepresivo en momentos de dificultades emocionales.

Primeros síntomas de pérdida de control ante el consumo de alcohol:

- Beber cada vez más
- Aguantar mucho bebiendo sin emborracharse aparentemente (tolerancia aumentada)
- Beber de un solo trago.
- Necesitar beber antes de ir a las fiestas, o antes o después de realizar ciertas actividades (ej: no poder pasar sin la copa de después de trabajar, o de antes de ir a dormir, etc.)
- Beber para olvidarse de los problemas, para relajarse o cuando uno se enfada con los familiares o amigos.
- Beber en solitario con frecuencia.
- Emborracharse a menudo sin haberlo planeado en un principio.
- Meterse a menudo en peleas cuando se ha bebido en exceso.
- Amonestaciones de familiares y amigos respecto al consumo de alcohol
- Negar los hábitos de consumo, ocultarlos, mentir o justificarse ante los demás
- Haber intentado beber menos, sin conseguirlo, o hacer promesas de beber menos y no poder cumplirlas
- Dificultades para concentrarse y disminución del rendimiento en la escuela o en el trabajo.
- Fatiga, falta de energía
- Disminución del rendimiento en la escuela o el trabajo.
- Dolores de cabeza o resacas frecuentes, problemas orgánicos y malestar físico general relacionado con consumos abusivos.
- Problemas emocionales, depresión, cambios de humor, agresividad, ideas de persecución, celos, etc. Unidos a un consumo excesivo de alcohol.
- Eludir o ignorar responsabilidades
- Olvidar lo que uno hizo el día anterior (durante la borrachera) y otros problemas de memoria.
- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- Náuseas, problemas de estómago, disminución del apetito.
- Sudar mucho, especialmente por la noche.
- Problemas en las relaciones sexuales

MATERIAL

Rotafolio de los efectos reales y los mitos sobre el alcohol.

Rotafolio primeros síntomas de dificultades para controlar el consumo de alcohol.

Tarjetas con ideas clave.

PROCEDIMIENTO

- 1) Explicar brevemente los objetivos de la sesión
- 2) Presentación del rotafolio de los efectos reales y los mitos sobre el alcohol
- 3) Debate en relación a los efectos reales y los mitos sobre el alcohol. El educador puede ir preguntando a los jóvenes los diferentes efectos del alcohol que aparecen en el rotafolio. El educador irá preguntando y respondiendo dudas sobre algunos de estos efectos reales. Cuando se pregunte en relación a un mito el alumno puede levantarse a escribirlo en una lista aparte de los "mitos" ya mencionados. Todos los mitos deberán ser desmentidos, preferiblemente y si el tiempo lo permite, a partir de la discusión grupal. Si hay tiempo, se puede preguntar si conocen otros efectos sobre los que tengan dudas para poder incorporarlos a la lista de efectos reales o de mitos
- 4) Rotafolio primeros síntomas de dificultades para controlar el consumo de alcohol.
- 5) Breve resumen del contenido de la sesión con ayuda de las tarjetas con ideas clave y efectos del alcohol.

3ª. SESION

EL ALCOHOLISMO ES UNA ENFERMEDAD CON TRATAMIENTO. ¿POR QUÉ DEBEN LOS JOVENES? LA TIMIDEZ Y LA FALTA DE HABILIDADES SOCIALES.

OBJETIVOS

- Ayudar a entender que el alcoholismo es una enfermedad y en qué consiste su tratamiento, explicando los conceptos básicos sobre drogodependencias, y estableciendo un paralelismo con otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.
- Dar a conocer algunas cifras sobre la incidencia del alcoholismo en nuestro país, para que comprendan el alcance del problema.
- Fomentar una actitud no estigmatizante y de comprensión hacia el alcohólico y los drogodependientes en general.
- Ayudar a reconocer los límites y la progresión entre el uso, el abuso y la dependencia de una sustancia adictiva.
- Señalar que existen tratamientos efectivos para recuperarse del alcoholismo y de otras dependencias, que combinan técnicas médicas y psicológicas, aunque el alcoholismo no se "cura" en el sentido estricto de la palabra, porque se trata de una enfermedad crónica.
- Ayudar a entender que consumir alcohol no soluciona las dificultades en las relaciones sociales, ni facilita las relaciones de pareja, sino que a largo plazo las empeora.
- Aprender y practicar algunas técnicas psicológicas que ayudan a mejorar las habilidades sociales (comunicación asertiva, iniciar y mantener una conversación, etc.)
- Enseñar donde pueden acudir si la timidez o la falta de habilidades sociales son importantes.
- Hacerles pensar en actividades alternativas al consumo de alcohol y otras drogas: como divertirse sin alcohol en el tiempo libre, como pasárselo bien con los amigos, valorar positivamente el consumo de bebidas sin alcohol y pensar en combinaciones sin alcohol.

IDEAS CLAVE

- El alcoholismo es una enfermedad como otras (ej: diabetes).
- El alcoholismo tiene un tratamiento efectivo, que combina aspectos médicos y psicológicos.
- Un alcohólico debe abstenerse de consumir alcohol durante toda su vida si no quiere arriesgarse a volver a tener problemas con el alcohol.
- Algunas personas son tímidas o tienen dificultades para relacionarse abiertamente con los demás
- Consumir alcohol no ayuda a ser más abierto o a tener mejores relaciones sociales porque:
 - a) Cuando se acaban los efectos sigues teniendo las mismas dificultades que antes.

- b) Es simplemente un desinhibidor de la conducta que puede hacer que digas tonterías o hagas el ridículo sin darte cuenta (vomitar, hacer el payaso, caerte, etc.)
 - c) A largo plazo, consumir alcohol en exceso puede ocasionarte problemas en la relación con tus amigos, tu pareja, tu familia, tus compañeros, etc.
 - d) A largo plazo, el consumo habitual de alcohol puede disminuir la capacidad sexual, lo que puede afectar negativamente las relaciones de pareja.
- Los psicólogos pueden enseñar algunas técnicas para ayudar a mejorar las habilidades sociales y a divertirse con amigos, que se mantienen a largo plazo y no tienen los efectos negativos de las drogas.

INFORMACION BASICA

El límite entre el uso, el abuso y la dependencia de una droga

Las drogas son sustancias que pueden modificar el funcionamiento del organismo. Algunas de ellas tienen efectos sobre el sistema nervioso y, por lo tanto, sobre los procesos psíquicos como las percepciones, las emociones, el estado de ánimo, el juicio y la conducta, por lo que se denominan drogas psicoactivas. Estas drogas pueden tener diferente grado de potencia adictiva, o lo que es lo mismo, capacidad para crear dependencia si se consumen repetidamente. Muchas drogas pueden tener utilidad terapéutica (son los medicamentos que sirven para curar enfermedades) y no ocasionan problemas, siempre que sean utilizadas bajo control médico. Las drogas legales aceptadas en nuestra sociedad, permiten un patrón de consumo moderado que no ocasiona consecuencias negativas en la mayoría de las personas (ej. Café y alcohol: en el caso del tabaco resulta muy difícil definir un consumo moderado o no-problemático y, además, la creación de dependencia es muy rápida). En todos estos casos se habla de uso de drogas. En relación a las drogas sociales, la situación óptima para la salud sería no usarlas, si bien algunas personas optan por hacer un uso moderado o prudencial.

En el caso del alcohol, los expertos consideran que, siempre que no existan factores médicos o personales que lo desaconsejen, el uso moderado o prudencial en un adulto consistiría en:

- no sobrepasar nunca, en el caso de los hombres, un promedio de 2-3 Unidades de Bebida estándar (UBEs) diarias. Este promedio se reduciría a 1-2 UBEs en el caso de las mujeres.
- No consumir nunca más de 5 UBEs en una sola ocasión (3 en el caso de las mujeres).
- Realizar un uso ligado a la alimentación preferentemente.
- Procurar no consumir buscando los efectos psicotrópicos del alcohol (sedación, euforia, desinhibición social, enfrentamiento al estrés y la depresión, etc.)
- Intercalar días o semanas de abstinencia entre los días de consumo
- Mantener la abstinencia absoluta en aquellas circunstancias que así lo exigen (enfermedad, embarazo, conducción, jóvenes hasta los 16-18 años).

Se debe aclarar que los límites de consumo normativo son diferentes entre ambos sexos debido a que el alcohol afecta más fácilmente al organismo de las mujeres porque las enzimas de su hígado son menos efectivas para metabolizar el alcohol y porque el hombre tiene un 10% más de líquido corporal y el alcohol se diluye más. Por lo tanto, las mujeres sufren los mismos efectos nocivos o tóxicos del alcohol con casi la mitad de alcohol que los hombres.

El uso de algunas drogas implica tantos riesgos que se considera que cualquier forma de uso constituye un abuso, bien por su poder adictivo, o bien porque su consumo implica entrar en contacto con la ilegalidad y la marginalidad.

Existen algunas situaciones claras de abuso en relación con las drogas, por el peligro que suponen:

- la sobredosis o intoxicación aguda
- situaciones de riesgo especial
- mezclar drogas
- enfermedad física o psicológica
- tráfico ilegal o la marginación social

* dependencia psicológica, tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia física.

El alcoholismo como enfermedad

Antiguamente, el alcoholismo era considerado un problema fundamentalmente moral y estigmatizante. El alcohólico era considerado una mala persona o una persona de carácter débil. Desde hace más de medio siglo la concepción del alcoholismo como una enfermedad médica ha permitido la identificación de una etiología (causas), unos síntomas, un curso típico, un pronóstico y también el desarrollo de tratamientos efectivos. Un alcohólico es una persona enferma, que tiene una dependencia del alcohol, la cual le hace que continúe consumiéndolo, a pesar de que le esté causando problemas de salud, familiares, de trabajo, o sociales importantes. Se puede decir que el alcohólico consume alcohol, no porque lo desee voluntariamente, sino porque su organismo se ha acostumbrado de tal forma a esta sustancia que si no lo toma tiene síntomas físicos y psicológicos muy desagradables.

El alcoholismo puede ocasionar problemas en cualquier tipo de personas: buenos-malos, ricos-pobres, de cualquier profesión: dentistas, deportistas, médicos, conductores, etc. No existe un arquetipo de persona alcohólica. No se debe identificar al alcohólico con un "borracho" marginal tirado en la calle. Muchos alcohólicos pasan desapercibidos.

El proceso desde el primer uso hasta la dependencia y la búsqueda de ayuda

La idea de que un alcohólico iniciando el consumo y llegar a la dependencia, dejando que el alcohólico "tocar fondo" para que sea consciente de su problema y se motive para buscar una solución; es uno de los mitos que prevalece, sin embargo, no es así, cuanto más tarde se intervenga, peor es el pronóstico. El uso de técnicas motivacionales en el tratamiento ha posibilitado que cada vez se tienda a intervenir más precozmente, ante los primeros problemas.

El tratamiento del alcoholismo

Describir brevemente las fases de desintoxicación, deshabitación y rehabilitación.

Se suele decir que el alcoholismo es una enfermedad crónica, y que por tanto no se "cura" en el sentido que sea posible volver a consumir alcohol moderadamente, sin tener problemas. Ello quiere decir que las personas que han sufrido los síntomas de esa enfermedad debido al consumo repetido del alcohol están "sensibilizadas", de manera que si vuelven a probar el alcohol lo más probable es que la enfermedad se reactive y se retorne, en mes o menos tiempo, a la situación anterior. Sin embargo, si se mantiene abstinente el alcohólico no manifestara nunca más los síntomas de la enfermedad. Se podría establecer un paralelismo con el tratamiento de la diabetes: el diabético se ve obligado a hacer dieta y/o a inyectarse insulina toda su vida si no quiere que su nivel de azúcar en sangre supere los límites de la normalidad y empiece a ocasionarle problemas importantes. El alcohólico, para evitar tener de nuevo problemas, debe dejar de consumir

alcohol para siempre. Si intenta volver a consumir un poco, se arriesga a recaer rápidamente en el nivel de consumo y en los problemas anteriores. Por eso es importante estar alerta ante una posible recaída.

MATERIAL

Transparencia con la formula:

Alcoholismo = Tolerancia + Dependencia + Síndrome de abstinencia

Situaciones ficticias para discernir entre uso y abuso.

Transparencia con ideas clave.

Se pueden utilizar fichas (una para cada habilidad) en las que debe constar la habilidad social a trabajar, los pasos y consejos para poder ejecutarla y algunas situaciones ficticias que se pueden utilizar para practicar la habilidad.

PROCEDIMIENTO

1. Explicar en que consiste el uso, el abuso y la dependencia del alcohol (alcoholismo) con ayuda de transparencias.
2. Repartir un listado de situaciones ficticias de uso, abuso y dependencia del alcohol.
3. Explicar en que consiste el tratamiento del alcoholismo
4. Practicas de técnicas de asertividad. Se sugiere que el orientador junto con el grupo practique las siguientes situaciones:

Rol playing HABILIDADES SOCIALES.

COMO HACER NUEVOS AMIGOS. Algunas personas tienen dificultades para encontrar amigos, otras los tienen pero desearían buscar nuevos amigos fuera de su grupo habitual y no saben como hacerlo. A estas personas les resulta difícil utilizar espontáneamente procedimientos como los que se enumeran a continuación, por lo que tienen que aprender a practicarlos, aunque al principio pueda parecer un poco forzado y artificial. Algunas situaciones sugeridas para hacer nuevos amigos dentro del ejercicio de rol paying son:

1. Sentarse al lado de alguien desconocido en la cafetería, el autobús... y saludarlo.
2. Ofrecer ayuda a alguien, etc.
3. Presentarse a varios compañeros el primer día en una escuela nueva
4. Iniciar y mantener una conversacion con tu hermano o con un amigo sobre las experiencias escolares.
5. Un amigo es muy tímido y no se atreve a pedirle a una chica si quiere salir con él. Un chico del grupo le ha comentado que si se bebe un par de compas antes de ir a ligar, esto le dará valor para dirigirse a las chicas. A ti te parece que lo que le pasa es que, no esta del todo bien abordar asi a las chicas, pero que si bebe la situacion se tornara complicada y acabara haciendo el ridiculo. Muestrenle un ejemplo de cómo se puede establecer un primer contacto con alguien desconocido y mantener una conversación sobre algun tema.

* Se deba insistir en que este tipo de cosas se aprenden con la práctica, y que si no sale bien no pasa nada, puede ser que aún no lo hagamos demasiado bien o que, simplemente, no podemos gustarle a todo el mundo.

* Se les puede proponer a los participantes que imaginen nuevas formas de hacer amigos utilizando la técnica de "lluvia de ideas".

PRESENTARSE, INICIAR UNA CONVERSACIÓN Y MANTENERLA

1. Escoge la ocasión y el lugar adecuados para presentarte.
2. Mira la otra persona, alúdala y di tu nombre. (di "hola" o, si es conveniente, estrechale la mano).
3. Espera a que responda y, si es necesario, pregunta el nombre de la otra persona.
4. Di no pregunta algo que ayude a empezar la conversación. (di algo de ti mismo, algo que te guste, comenta algo que tengas en comun, has una pregunta..., comenta algo sobre un tema trivial como el clima)
5. Comprueba si la otra persona te está escuchando (señales: te mira, asiente con la cabeza, o con sonidos como "ah" "mmm").
6. Introduce el tema en el que estés interesado.
7. Pregunta a la otra persona lo que ella piensa de ese tema, o lo que le gusta
8. Escucha lo que la otra persona dice (mirala, piensa sobre lo que habla, asiente con la cabeza, no muestres impaciencia, no muevas demasiado los pies, espera tu turno para hablar).
9. Haz un comentario positivo sobre lo que la persona ha dicho o bien di lo que tu piensas sobre el tema (responde a la otra persona, agrega nueva información, formula preguntas, expresa tus impresiones y opiniones).
10. Haz un comentario final.

HACER UN CUMPLIDO

1. Escoge el momento y el lugar para hacerlo (puede ser un lugar privado, o un momento en que la otra persona no este ocupada).
2. Haz el cumplido (procura ser sincero y amable).

Situaciones

- a) Elogiar a un amigo por haber evitado una pelea.
- b) Elogiar a una chica que lleva un vestido que te parece bonito y le sienta bien.
- c) Elogiar a un profesor de matemáticas que ha explicado bien un tema de clase.
- d) Elogiar a un compañero que ha metido el gol definitivo en el partido de fútbol contra el equipo de otra escuela.

DAR LAS GRACIAS

Pasos:

1. Decide si la otra persona ha hecho o dicho algo que quieres agradecer (cumplido, un favor, un regalo).
2. Elige el momento oportuno para dar las gracias
3. Da las gracias en un tono amistoso (expresa el agradecimiento con palabras, un regalo, una carta, o con otro favor)
4. Comunica a la otra persona la razón del agradecimiento.

Situaciones:

- a) Dar las gracias a tu madre por haberte arreglado unos pantalones.
- b) Dar las gracias a un amigo por haberte dado un buen consejo.
- c) Dar las gracias a un compañero por dejarte los apuntes.

MOSTRAR COMPRENSIÓN POR LOS SENTIMIENTOS AJENOS (EMPATÍA)

Pasos:

1. Observa a la otra persona (tono de voz, postura, expresión de la cara)
2. Escucha lo que la otra persona dice e intenta comprender lo que dice.
3. Imagina lo que la otra persona puede sentir (enfado, tristeza, etc.)
4. Piensa en las maneras de demostrar comprensión por lo que siente y escoge la más adecuada a la situación (no interrumpir, asentir con la cabeza, devolverle lo que dice para comprobar si lo entiendes, abrazarle, tocar su hombro, coger su mano, o dejarle solo si crees que lo prefiere)
5. Decide si puedes hacer o decir algo que resuelva la situación (por ejemplo, si el problema va contigo) y ponlo en practica

Situaciones:

- Demostrar a un amigo que comprendes su malestar cuando tiene que conocer a gente nueva.
- Te das cuenta de que tu padre está preocupado por un problema económico y le intentas dar ánimo y apoyo.
- Un amigo tuyo está enfadado porque el resto del grupo le dejó de lado cuando decidieron salir el domingo. Demuéstrale que le comprendes y explicale que tu no tomaste parte en ello.

PEDIR PERMISO

Pasos:

1. Decide lo que te gustaría hacer y si necesitas pedir permiso para ello (pedir algo prestado, algún tipo de privilegio en casa, algo que sale fuera de las normas)
2. Piensa a quien deberás pedir permiso (pregunta al propietario, al director, al profesor, o a tus padres)
3. Piensa en la forma de pedir permiso (en voz alta, en privado o por escrito)
4. Elige el momento y el lugar adecuado
5. Pide permiso

Situaciones:

- a) Como le pedirías permiso al profesor de taller para tomar una herramienta nueva.
- b) Como le pedirías a tus padres que te permitan llegar a casa mas tarde de lo habitual.
- c) Te ha salido la oportunidad de ir con la gente de tu clase a esquiar ¿Cómo le pedirías a un amigo que te preste su equipo de fútbol?

NEGOCIAR

Pasos:

1. Decide si tu y la otra persona tienen diferentes opiniones (lo notarás porque te pones nervioso, tenso, o acalorado).
2. Dile a la otra persona lo que piensas sobre el problema en cuestión (ten en cuenta tu propia opinión y la de la otra persona).
3. Preguntas a la otra persona lo que piensa.
4. Escucha su respuesta
5. Piensa por que la otra persona se siente de ese modo

6. Sugiere un compromiso (asegurate de que el compromiso tenga en cuenta tu propia opinión y la de la otra persona).

Situaciones:

- a) Negociar con los padres el horario de salidas o la paga semanal.
- b) Negociar con un vecino la cantidad de dinero que desear cobrar por realizar algunos trabajos para el (hacerle mandados, limpiarle la casa, lavar su coche, etc.)

FORMULAR UNA QUEJA A ALGUIEN

Pasos:

1. Piensa cual es tu queja (cual es el problema)
2. Decide con quien te quejaras (quien puede resolverlo)
3. Pregunta a la otra persona como se siente por lo que has dicho.

Situaciones:

- a) Quejate con uno de tus hermanos por una división injusta de las tareas de casa.
- b) Quejate con un amigo que ha contado una intimidad tuya.

RESPONDER A UNA QUEJA (REAL)

Pasos:

1. Escucha la queja (presta atención)
2. Pídele al otro que te explique todo lo que no entiendes.
3. Dile que has comprendido su queja (vuelve a expresarla, reconoce el contenido y lo que ha otra persona siente)
4. Hazte una opinión de la queja y acepta el reproche, si es adecuado.
5. Sugiere una solución para los dos (deberás comprometerte, defender tu posición o disculparte).

Situaciones:

- a) Responde a un vecino que se quejado del ruido que habeis hecho en una fiesta
- b) Responde a tus padres sobre sus quejas respecto al tipo de amigos que tienes.

RESPONDER A UNA ACUSACIÓN SIN ENFADARSE (PUEDE SER VERDADERA O FALSA)

Pasos:

1. Piensa en la acusación que te han hecho (¿es justa o no?, ¿te la han dicho de un modo dañino o constructivo?)
2. Piensa por que te han acusado (¿has violado sus derechos o propiedades?, ¿alguien se lo ha contado?)
3. Piensa en la forma de responder a la acusación (niegala si es falsa, explica tu comportamiento, corrige la opinion de la otra persona, disculparte, ofrecete para solucionar lo que ha ocurrido).
4. Escoge la mejor forma y ponla en práctica.

Situaciones:

- a) Un vecino te acusa de haber roto un cristal.
 - b) Tu padre te acusa de haber herido los sentimientos de tu hermano
 - c) Un amigo te acusa de ser un mentiroso.
5. Plantear el debate: ¿crees que es posible tener buenas relaciones sociales y pasarla bien con amigos sin alcohol? Se sugiere la técnica de lluvia de ideas.

4ª. SESION ALCOHOLISMO Y FAMILIA

OBJETIVOS

- Eliminar culpas y responsabilidades a los hijos de los problemas y la recuperación de sus padres.
- Ayudarles a entender que sus padres tampoco son culpables de sufrir alcoholismo, puesto que no escogieron tener la enfermedad y que el daño que hayan podido hacerles ha sido involuntario.
- Explicar como se puede ayudar a un alcohólico, evitando actitudes codependientes.
- Ayudar a analizar y entender desde una nueva perspectiva los problemas que el alcohol ha ocasionado en sus familias.
- Ayudar a desarrollar algunas estrategias de enfrentamiento a los problemas típicos de las familias de alcohólicos. Aprender que se puede cambiar y que se debe perdonar.
- Contribuir a mejorar las relaciones familiares en general (comunicación, cohesión, etc.)
- Ayudar a tener esperanza en su propio futuro, y a que aprendan a tomar el control de sus propias vidas, tomando sus propias decisiones de forma responsable.
- Facilitar la identificación emocional entre los miembros del grupo. Ayudarles a darse cuenta de que no están solos, sino que hay otros chicos de su edad que se enfrentan a problemas similares. Ayudarles a romper la sensación de aislamiento que pueden llevarles en el futuro a tener dificultades para formar y mantener relaciones personales íntimas.
- Facilitar la expresión de sentimientos y problemas emocionales y la demanda de ayuda si los problemas son importantes, procurando una buena relación entre los participantes y el educador.
- Desmitificar la idea de que el alcoholismo se hereda, explicando con claridad en que consiste la transmisión de factores de vulnerabilidad genética para el desarrollo de alcoholismo. Se puede establecer un paralelismo con otros trastornos (ej: obesidad, hipertensión, varices, alergias).

IDEAS CLAVE

¿Como afecta el alcoholismo a la familia?

- Se dice que el alcoholismo es un enfermedad "familiar", por dos razones básicas:
 1. Afecta no solo al alcohólico sino a los demás miembros de su familia.
 2. Existen factores de riesgo para desarrollar la enfermedad que se transmiten en las familias a través de los genes y del ambiente compartido.
- A un enfermo alcohólico no se le ayuda callando, ocultando, mintiendo sobre su consumo de alcohol, ocupándose de sus responsabilidades, etc., sino buscando ayuda, procurándole tratamiento, vigilando posibles recaídas y demostrándole afecto pero firmeza. Se le puede ayudar si él lo desea, pero no se puede hacer las cosas por él, ya que hacer correctamente el tratamiento es su propia responsabilidad.
- El alcoholismo puede ocasionar numerosos problemas familiares, algunos muy importantes, pero tras la abstinencia suelen mejorar sustancialmente si todos ponen un poco de su parte.
- Cuando alguien nos ha hecho daño involuntariamente no tiene sentido guardar rencor: Es más saludable intentar expresar los propios sentimientos si es posible, sin agresividad, tratar de perdonar y empezar de nuevo si existe buena disposición por parte de ambas partes.

- En todas las familias hay problemas de uno u otro tipo, lo importante es aprender a aceptarlos y a enfrentarse a ellos de forma saludable hasta que puedan resolverse
- Si tienes problemas piensa que:
 1. No estás solo, a otros les pasan cosas semejantes.
 2. Puedes buscar ayuda. Hay gente que te entenderá y te ayudará.
 3. Tu futuro depende de ti. Puedes aprender a sentirte bien contigo mismo y a construir tu propia vida de aquí en adelante
- Los hijos no son los responsables de los problemas de sus padres, aunque pueden ayudarles a que hagan algo por solucionarlos, siempre en la medida de sus posibilidades
- Para aprender a “sobrellevar” el alcoholismo en la familia puede ser útil acordarse de la REGLA DE LA “C”: “Los niños no pueden causar, controlar, ni curar el alcoholismo en la familia, pero si aprender a comunicar y confiar en algunas personas de su entorno para tratar de cuidarse a si mismos y construir su propio futuro”.
- el alcoholismo es más frecuente en unas familias que en otras, aunque no se hereda como tal. En el alcoholismo, como en otros trastornos, existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar el trastorno. Las personas que tienen antecedentes familiares de alcoholismo tienen más factores de riesgo que las que no presentan tales antecedentes. Estos factores de riesgo “familiares” se pueden “transmitir” de padres a hijos, bien por vía genética o bien por el hecho de compartir el mismo ambiente en la familia.
- todos tenemos factores de riesgo (tanto genéticos como ambientales) para unas u otras enfermedades. Sin embargo, sean cuales sean los factores de riesgo de una persona, siempre se pueden intentar disminuir o bien contrarrestar con factores protectivos (ese es el objetivo de estas sesiones preventivas).

INFORMACION BASICA

El alcoholismo como enfermedad familiar

Entre los miembros de una familia existe una interdependencia a través de la cual todos se influyen entre sí, no solo los adultos sobre los niños, sino también al revés. Los familiares que conviven con un alcohólico, además de sufrir las consecuencias de un hogar desestructurado, en muchas ocasiones se convierten en co-alcohólicos o codependientes, permitiendo y protegiendo el hábito del alcohólico.

Hasta ahora el tratamiento para el alcoholismo se focalizaba en el individuo alcohólico, pero cada vez más se está reconociendo que es una condición que afecta a todos los miembros de la familia y que, por lo tanto, todos necesitan asistencia para su recuperación, muy especialmente los niños. La recuperación del alcoholismo es un proceso familiar, en el que tanto los niños como los adultos deben aprender formas más efectivas de enfrentamiento a los problemas, así como nuevas habilidades para las relaciones interpersonales dentro de la familia.

Sin embargo, aunque pueden ayudar, los familiares de los alcohólicos no pueden ni deben controlar ellos mismos el consumo de alcohol de la persona enferma. El alcoholismo necesita un tratamiento que deben realizar profesionales preparados para ello.

Algunas creencias erróneas frecuentes en la “familias alcohólicas”

Muchas personas tienen una serie de creencias sobre las familias, que en realidad son mitos:

1. *Las familias “normales” se pueden distinguir fácilmente de las “anormales”.*

2. *Las diferencias de opinión en una familia siempre tienen que resolverse armoniosamente, por consenso, no deben ocasionar conflictos.*
3. *La comunicación entre los miembros de una familia es siempre natural, fluida y fácil.*
4. *Las familias sólidas solo existían en el pasado, en nuestros tiempos la verdadera familia se ha desintegrado.*
5. *Hay “buenos padres” y “malos padres”, “buenas familias” y “malas familias” y eso está predeterminado y no se puede hacer nada para cambiarlo.*
6. *Lo que pasa en la familia de cada uno no es asunto de los demás. Todos tenemos derecho a la privacidad.*

Características disfuncionales típicas de las familias alcohólicas

- Comunicación disfuncional
- Inconsistencia general y gran ambivalencia (ej: contraste entre buenos y malos momentos, estados de ánimo y ambiente emocional altamente cambiante, desde la alegría hasta la depresión, pasando por la tensión silenciosa, la explosión emocional, el llanto, etc.)
- Miedo y preocupación por la integridad de la familia (separaciones, divorcios, discusiones frecuentes, etc.) y la propia integridad física (accidentes, peleas, violencia doméstica, malos tratos, problemas económicos, etc.)
- Incapacidad para disfrutar, celebrar y jugar en familia.
- La defensa que más se utiliza es la negación de los propios problemas, y ello les lleva a creer en otra serie de mitos referidos a su propia familia:
 - Las familias agradables y felices no son alcohólicas, por tanto, si queremos ser una familia feliz no podemos ser alcohólicos.
 - El alcoholismo siempre es culpa de alguien. ¿seré yo el culpable?
 - Siempre es mejor callar. Si no hablamos del problema, el problema deja de existir. Hay que mantener el “secreto familiar”.
 - Los alcohólicos son malas personas. Uno no debe decir cosas desagradables de la gente que quiere. Por lo tanto, no se debe hablar del consumo de alcohol de los familiares porque alguien puede pensar que son alcohólicos y, por tanto, malas personas.
 - Las cosas siempre se arreglan por sí solas. Si simplemente nos mantenemos como estamos, las cosas tenderán a ir mejor.

Estos pensamientos erróneos e ilógicos, y estas esperanzas irrealistas empeoran la confusión de los hijos de alcohólicos. Por ello es importante ayudarles a enfrentar la realidad, deshaciendo esos mitos.

En las familias en las que hay problemas de alcohol suelen perderse los rituales familiares, los cuales son importantes para la cohesión e identidad de la familia, o bien hay discusiones por la ausencia del bebedor, o bien su presencia echa a perder las fiestas. Las relaciones con amigos se restringen, bien porque el bebedor está indispuerto, o bien porque los familiares prefieren evitarlas por temor al comportamiento del bebedor. Si, a pesar del alcoholismo, se consiguen mantener los rituales de cumpleaños, celebraciones, Navidades, etc. Ello constituye un factor protector.

Cuando uno de los progenitores es alcohólico, el poder y la autoridad no suelen ser compartidos por ambos padres de forma equilibrada, lo que puede dar lugar a situaciones como las siguientes:

- los hijos aprender a burlar la autoridad del padre enfermo aprovechando los momentos en que está intoxicado.
- Los hijos se enfrentan agresivamente a la autoridad de los padres.
- El que tiene mas poder no es el que proporciona más recursos y el que más se esfuerza por mantener la familia unida, sino que es el miembro alcohólico, es decir, el alcoholismo en sí.
- Conductas errática e impredecible, y el progenitor no alcohólico suele mostrar fuerte, silencioso, como un mártir que no se queja nunca. Ambos son modelos irreales. Además, entre los padres suele haber muestras de agresividad, manipulación, etc., que pueden también ser copiadas por los hijos.

Algunas investigaciones indican que, en la mayoría de ocasiones, el efecto de tener una madre alcohólica es peor que el de tener un padre alcohólico, ya que aún hoy en día suele ser la que lleva el peso de la organización de la casa y la educación de los hijos. Además es frecuente que los hijos asuman los roles y responsabilidades de los padres (el hijo "superresponsable", relacionado con una pseudo-madurez), que la madre asuma el rol del padre de aportar el salario y pase mucho tiempo fuera de casa, etc.

Otro fenómeno frecuente en las familias alcohólicas es que toda la familia focalice su atención sobre el miembro alcohólico. En estos casos los hijos, sobre todo los más pequeños, pueden sentirse ignorados, enfadados y heridos, y pueden buscar formas de llamar la atención provocando ansiedad y reocupación en los padres mediante conductas disruptivas, enfermedades psicosomáticas, etc. O bien pueden tratar de ser "perfectos" para no producir más problemas y dolor en la familia.

Problemas evolutivos en los niños y jóvenes de una familia alcohólica

Al ir evolucionando a nivel físico, cognitivo, emocional, moral y social, los niños van cambiando sus recursos para enfrentarse a los problemas, y en función del éxito que obtienen se va forjando su autoconcepto. En las familias de alcohólicos, los hijos suelen tener que encontrar nuevas vías para definir su autoconcepto de forma positiva y encontrar caminos alternativos para sortear los problemas familiares. Algunos se alían con algún familiar cercano, otros se refugian en el deporte, en el grupo de amigos, etc.

En general, los hijos de alcohólicos son más vulnerables a los mensajes de la sociedad que pretenden acelerar el proceso de maduración, puesto que la realidad de su infancia y su situación familiar resulta dolorosa. En muchas ocasiones estos jóvenes ya han tenido que tomar responsabilidades de adultos al hacerse cargo de tareas domesticas o del cuidado de sus hermanos, etc. Por lo que ya han entrado en una pseudo-madurez.

La codependencia

Es llamado al trastorno muy frecuente entre los alcohólicos y sus familiares, que combinaba los síntomas de otros trastornos para formar un patrón de mecanismos adaptativos inmaduros que se basan en una excesiva dependencia de otra persona, habitualmente un bebedor excesivo u otro drogodependiente, de forma que la persona organiza su vida alrededor de él para tratar de compensar o cubrir el comportamiento autodestructivo del adicto, facilitando que continúe su adicción, llegando a ser incapaz de regular su propia intimidad y de desarrollar un yo independiente y autónomo. Por otro lado, manifiestan una dependencia compulsiva de la aprobación de las demás personas para intentar encontrar seguridad, autoestima e identidad.

Alcoholismo y herencia

Todo el mundo puede llegar a ser alcohólico si bebe alcohol en exceso, pero algunas personas pueden tener más probabilidad debido a sus características individuales o ambientales (personalidad, metabolismo del alcohol, circunstancias estresantes, aprendizajes sociales, incitación al consumo, etc.).

En un hecho que el alcoholismo sucede con mayor frecuencia en algunas familias que en otras. Pero ello no quiere decir que se herede como tal. Algunos científicos están intentando averiguar las razones de este fenómeno y opinan que es probable que algunos miembros en las familias de alcohólicos posean características biológicas (relacionadas con el metabolismo del alcohol y con sus efectos sobre el sistema nervioso, principalmente) que les hacen más sensibles a los efectos placenteros del alcohol u otras drogas y menos sensibles a los efectos desagradables de la intoxicación, y quizás esto hace que sea más fácil que lleguen a ser adictos a estas sustancias. Otra razón de la agregación familiar del alcoholismo puede ser que los jóvenes de estas familias aprendan desde pequeños que consumir alcohol a todas horas es "normal", y pueden seguir el ejemplo.

¿Cómo ayudar a los padres que tienen problemas con el alcohol?

Los hijos no son los responsables de los problemas de sus padres, por lo tanto no deben sentirse culpables ni pensar que ellos deben ser los agentes de cambio de sus familias. Para ayudar a un familiar alcohólico que no desea hacer tratamiento se debe contar con el apoyo de un adulto cercano y/o acudir a pedir el asesoramiento de un especialista, nunca intentar enfrentarse solo y nunca cuando el familiar alcohólico este bajo los efectos del alcohol, porque puede reaccionar violentamente. Para orientar a los jóvenes sobre como pueden actuar con el alcohólico se puede consultar la información de la sesión 2 para padres y el apartado sobre técnicas motivacionales de la primera parte de este manual. Algunas de estas técnicas les pueden ser útiles también para tratar con amigos que consumen alcohol en exceso, recordándoles, sobre todo, que ellos pueden intentar ayudar pero que no tienen porque responsabilizarse de lo que corresponde hacer a las demás personas, que cada uno es libre de decidir lo que quiere hacer con su cuerpo.

MATERIAL

Debate y socio drama sobre "los problemas que se suelen producir en las familias de alcohólicos y las formas más adecuadas o saludables de enfrentarlos".

PROCEDIMIENTO

1. Debate y escenificación sobre los problemas que suelen producir en las familias del alcohólicos y las formas más adecuadas o saludables de enfrentarlos (ver anexo)
2. Simulación de un debate "televisivo" "¿el alcoholismo se hereda?" (actuado)

ANEXO. CONFLICTOS TÍPICOS ENTRE PADRES E HIJOS.

Temas sugeridos para discutir en grupo:

- Separación y divorcio
- Traer malas notas, negociar la hora de volver a casa.
- Peleas entre los padres
- Sentimientos confusos y ambivalentes
- Los demás llaman a tu padre "borracho" o "alcohólico" delante de ti
- Violencia domestica (malos tratos físicos o verbales)
- Conducta contradictoria e inconsistente: olvidos, promesas rotas, desconsideraciones.
- Ir con uno de los padres en el coche cuando ha bebido.

- No poder traer amigos a casa porque los padres “siempre te hacen quedar mal”.
- Problemas económicos.

En esta discusión sobre los temas planteados se debe ayudar a los participantes a:

1. Comprender que no pueden cambiar ni controlar la conducta de las otras personas (Ej. Consumo de los padres). A veces gastamos mucha energía y tiempo preocupándonos por cosas que no podemos cambiar y eso nos hace sentir más frustrados e infelices.
2. Comprender que tienen “poder” sobre ellos mismos y sobre sus vidas, que pueden esforzarse en ser o que desean en el futuro.
3. Diferenciar entre las cosas que se pueden cambiar fácilmente y las que no (ejemplo: quejas sobre un profesor nefasto, a veces es mejor “sobrevivir” a su asignatura que enfrentarse a él).
4. Darse cuenta de que la recuperación del alcoholismo lleva tiempo, las relaciones familiares no mejoran de un día para el otro tras la abstinencia.
5. Darse cuenta de que no están limitados por el pasado. Ellos pueden aprender nuevas maneras de pensar y actuar para que su futuro sea mejor.
6. Darse cuenta de que a medida que va creciendo van teniendo mas libertad y van siendo cada vez más capaces de decidir cosas: que desayunar, que ropa ponerse, a que jugar, qué programa de TV ver, que tipo de profesión tener, en que gastar el propio dinero, que tipo de coche se quiere tener, si se quiere tener pareja, hijos, etc.
7. Recordar que el humor y la diversión son importantes.
8. Si en la familia hay problemas, promover contactos con sistemas de apoyo social fuera de la familia nuclear: abuelos, tíos, hermanos que viven fuera de casa, organizaciones sociales culturales, centros de ocio juveniles, etc.

DEBATE. Se sugiere formar una “mesa redonda” o “panel” en la que intervendrá un moderador (el educador) y diferentes “expertos” en el tema. Se escogen entre 4 y 6 jóvenes voluntarios, que tendrán que preparar su intervención conociendo de antemano las preguntas que el moderador les van a hacer (puede prepararse leyendo algún libro que les proporcione el educador). Al resto del grupo se le dirá que también podrá participar haciendo preguntas o comentarios en la discusión final. Se les puede pedir a los participantes de la mesa que intenten sostener puntos de vista divergentes (pactados de antemano). Al final el moderador debe presentar las conclusiones (pueden ser discutidas con un rotafolio de ideas-clave). Preguntas sugeridas:

- ¿Crees que los hijos de alcohólico tienen mayor probabilidad de ser alcohólicos? ¿Por qué? ¿El alcoholismo se hereda?
- ¿Los hijos de alcohólicos podrían tener mayor riesgo que otros niños para desarrollar otros problemas, aparte del alcoholismo?
- ¿Qué factores podrían influir en que los hijos de alcohólicos tuvieran mayor riesgo que otras personas de desarrollar el mismo trastorno que sus padres? ¿Estos factores podrían ser heredados? ¿Cuáles? ¿Habría otros factores derivados de la convivencia en el hogar?
- ¿Piensan que se pueden contrarrestar de alguna manera los factores de riesgo de los que hemos hablado? ¿Cómo?
- Supongan que Uds. tienen antecedentes en su familia de personas con problemas de alcohol y tuviesen que decidir si beber alcohol o no ¿Qué decidirían? ¿Por qué?

5ª. SESION

¿POR QUÉ BEBEN LOS JOVENES? LA PUBLICIDAD Y LA PRESION GRUPAL EN LA ADOLESCENCIA

OBJETIVOS

- Ayudar a los participantes a tomar conciencia de la importancia de la presión social en general, y de presión del grupo de amigos en particular, sobre el consumo de drogas, especialmente en la adolescencia. Recordarles que los primeros consumos casi siempre van unidos a una oferta de alguien "de confianza"
- Ayudarles a reconocer la influencia de la publicidad sobre el consumo, y a formar un espíritu crítico ante los mensajes publicitarios "engañosos".
- Enseñarles la importancia de elegir libre y razona clemente y aumentar su habilidad para tomar decisiones responsables, analizando pro y contras.
- Enseñarles estrategias para hacer frente a la presión de grupo y para favorecer la asertividad.

IDEAS CLAVE

- En ocasiones, los demás nos presionan a hacer cosas que no deseamos hacer.
- La adolescencia es una etapa en la que somos muy vulnerables a la presión del grupo de amigos, porque sentirse perteneciente a un grupo es importante para desarrollar la propia identidad.
- Para un desarrollo adecuado de la personalidad es importante aprender a tomar decisiones responsable e independiente y a defenderlas ante los demás.

INFORMACION BASICA

- La adolescencia, una época de riesgo
Se puede utilizar la información del apartado correspondiente de la primera sesión para los padres, pero haciendo énfasis en las necesidades del joven en esta etapa y en la "satisfacción" que les pueden proporcionar las drogas momentáneamente a los adolescentes, debido a que:
 - a) Tienen efectos de euforia, desinhibición, relax, etc. Que el adolescente desea experimentar para "huir" temporalmente de las tensiones de esta etapa (malestar emocional ante cambios físicos y psíquicos, exigencias de los demás, frustraciones, necesidad de diversión, etc.)
 - b) Desean sentirse mayores, tomar sus propias decisiones por contraposición a las que dictan los padres y el resto de la sociedad (trasgresión de normas).
 - c) La publicidad utiliza trucos para incidir sobre lo que más motiva al adolescente: el éxito social, ligar con el otro sexo, el atractivo físico, la diversión, etc.
- **La dinámica del consumo de alcohol y otras drogas**
Nadie se hace consumidor de drogas ilegales de repente, ni empieza a consumir de repente un paquete de cigarrillos, normalmente el proceso es gradual, y habitualmente se empieza por probar las drogas legales. Por ello es importante empezar a prevenir desde las primeras etapas, es decir, sobre los primeros consumos

de tabaco y alcohol en la adolescencia. En esta etapa, la información sobre los peligros de las drogas y las actitudes “anti-droga” que suelen mostrar los niños de 10-12. el primer consumo no se realiza porque uno tenga una actitud favorable, sino porque no se había tomado una decisión previa respecto al consumo, y uno acepta la invitación de un amigo de confianza que ya consume (las drogas no las suelen ofrecer desconocidos, sino amigos). Por ello, para evitar la aceptación automática de la primera oferta de alcohol, tabaco u otro tipo de droga, es importante enseñar a los adolescentes a que tomen una decisión previa de forma consciente, voluntaria y responsable, una decisión propia que se sientan obligados a mantener ante las presiones al consumo. No podemos decidir por ellos, son ellos mismos los que lo deben hacer en función de sus conocimientos, actitudes y valores. Si, aun conociendo los riesgos, algunos de ellos escogen consumir algún tipo de droga, también estamos en la obligación de enseñarles que se considera, en nuestra sociedad, un consumo prudente, razonable, con una baja probabilidad de producir problemas importantes.

- **Habilidades a trabajar en esta sesión**

- **tomar una decisión:** se debe hacer reflexionar a los jóvenes acerca de la conveniencia de que las personas puedan decidir libremente si desean o no consumir alcohol, en cada momento determinado de su vida. En el momento en que uno debe sin haberlo decidido conscientemente, sopesando lo pros y los contra de la situación concreta, podemos preguntarnos si no se está dejando llevar por los demás, u por los efectos del propio alcohol sobre su voluntad. Y es ahí donde podrían empezar los problemas. Los pasos para tomar una decisión responsable son:

1. Piensa en el problema que requiere que tomes una decisión.
2. Piensa en posibles decisiones que podrías tomar. Ten en cuenta todas las posibles alternativas y evita conclusiones precipitadas.
3. Recoge información precisa sobre las posibles decisiones (pregunta a los demás, ves a la biblioteca a consultar algunos libros, observa, llama por teléfono a los servicios de información etc.).
4. Reconsidera las posibles decisiones en base a la información que hayas recogido. Considera los aspectos a favor y en contra de cada decisión, es decir los beneficios y los riesgos.

- **hacer frente a la presión del grupo**

1. Piensa en lo que el grupo quiere que hagas y por qué (escucha a los demás, intenta comprender el significado real de lo que dicen).
2. Decide lo que tu quieres hacer
3. Di al grupo lo que has decidido (mantener tus opiniones y tu decisión)

- **comunicación asertiva**

MATERIAL

- Acetato con ideas clave
- Ensayo de técnicas de comunicación asertiva para hacer frente a la presión de grupo.

PROCEDIMIENTO

- Rol playing de “presión de grupo” (ver anexo). Haciendo uso de técnicas de comunicación asertiva para hacer frente a la presión de grupo.

ANEXO

Rol playing (sugerencias para realizar en parejas)

- a) El chico o chica que más te gusta te ofrece un cigarrillo, e insiste en que te lo fumes
- b) Te piden que lleves bebidas con alcohol a un fiesta en la que no esta permitido
- c) Un amigo insiste en que subas a su moto cuando esta bebido.
- d) Tus amigos te llaman cobarde y aburrido porque “no te atreves” a tomar una cerveza.

HABILIDADES ASERTIVAS

- El disco rayado: se trata de repetir una y otra vez lo que quieres decir, hasta que el interlocutor se convenza de que contigo no le sirve utilizar sus técnicas de manipulación. Esta tenacidad es la base de la comunicación asertiva y el requisito previo para aprender otras habilidades. Para que no parezca tan mecánico, se puede utilizar una fórmula de introducción como “entiendo lo que me dices pero...” (ejemplos: perdona pero he pedido una hamburguesa con picante y no con mostaza”, repetirlo constantemente sea cual sea la respuesta del mesero “perdone no me interesa” o “no gracias” a un vendedor de enciclopedias” repetidamente, ante cualquier argumento).
- El compromiso viable: No se trata de ganar siempre, siempre que sea posible es preferible llegar a un compromiso, a través del cual cada persona consigue una parte de lo que desea. La única condición es que el compromiso respete tus propios valores.
- La autorrevelación: Se trata de proporcionar información al otro acerca de lo que uno siente y/o piensa. Esta técnica facilita el dialogo con el otro ya que introduce aspectos personales. (Ejemplos: “lo siento pero eso no va conmigo”, “Perdona pero no quiero hacer eso”).
- La aserción negativa: Se utiliza cuando uno ha cometido un error y tiene como objetivo afrontar estos errores y las criticas que generan. Se trata de dejar el hábito de decir frases simples como “lo siento” o “perdona”, y sustituirlas por frases mas explicitas, que incorporen de la forma más exacta posible el error que se ha cometido, sin minimizarlo pero sin exagerar su importancia. Ejemplo: “ha sido un error de mi parte haber...”, “no debería haber dicho/hecho esto...”, “ha sido una desconsideración por mi parte haber...”, “Tienes razón en eso...”.
- El banco de niebla: Se utiliza cuando alguien te critica por alguna cosa en la que no estás de acuerdo, pero no puedes demostrar lo que tu crees o piensas que es correcto. Normalmente se utiliza cuando el que hace la crítica trata de manipularte. Esta técnica utiliza los argumentos del que nos critica, pero sin que intervenga un sentimiento de confrontación. Se pueden utilizar expresiones como: “es posible...”,

“Quizás/probablemente tienes razón...”, “es verdad, podría ser más...”, “Posiblemente/probablemente será así...”, “seguro que a ti te lo parece...”, “Estoy seguro de que... pero”, “Está claro que...pero...”, “¿Estás seguro o te da la impresión...?”. La técnica del banco de niebla resulta muy útil porque:

- Reduce el sentimiento de culpa y la angustia que se produce cuando te critican
 - Reduce la cantidad de críticas, ya que el que las realiza se da cuenta que no son efectivas para intentar manipularte.
 - Reduce el conflicto porque no tiene lugar un enfrentamiento, ya que no pretendes demostrar que el otro se equivoca.
-
- La interrogación negativa: Esta técnica esta pensada para hacer frente a los juicios o críticas que otras personas emiten de nosotros, ya que obliga a la otra persona a explicar su opinión, y deja claro que no la aceptaremos así como así. Se trata de responder a la crítica de la otra persona preguntando: ¿Y que tiene de malo, de raro, de estúpido...?
 - El contraataque o contrapresión: atacar en lugar de defenderse, devolviendo la presión. Ej. “Y tu por qué no bebes algo más saludable, te vas a hacer polvo el hígado”. Esta es una estrategia poco efectiva para manejar la presión del grupo porque provoca defensividad y nuevos ataques.
 - Dar una razón verdadera o una excusa: Pues la verdad es que no bebo alcohol porque me sienta fatal al estómago”.
 - Mostrarse indiferente ante la critica: Sonreír mostrando que no le damos importancia.

6ª. SESION

¿POR QUÉ BEBEN LOS JOVENES? EL MALESTAR EMOCIONAL

OBJETIVOS

- Enseñar a reconocer y expresar adecuadamente los sentimientos (especialmente los negativos), y a aceptar los síntomas de depresión y ansiedad como reacciones normales, sobre todo en la adolescencia y especialmente cuando hay problemas en casa. Favorecer la identificación entre los miembros del grupo en estos aspectos.
- Facilitar un buen clima grupal para que los participantes puedan tener confianza de expresar sus propios sentimientos y reacciones emocionales.
- Facilitar que los miembros del grupo proporcionen “feedback” a los sentimientos que expresen sus compañeros.
- Enseñar que el alcohol no soluciona los problemas emocionales, sino que puede agravarlos, pero que hay tratamientos médicos y técnicas psicológicas que si pueden ayudar.
- Practicar algunas estrategias cognitivas y conductuales para hacer frente al malestar emocional.
- Enseñar a identificar cuando los problemas psicológicos pueden ser importantes, y donde pueden acudir a pedir ayuda.

IDEAS-CLAVE

- Cuando tengas problemas, piensa: “No soy el único, todo el mundo tiene problemas”, “siempre puedo pedir ayuda a alguien”, “mi futuro depende de mi mismo”, “seguro que dentro de un tiempo lo veré de otra manera”, etc.
- Los síntomas de ansiedad y depresión son frecuentes en nuestra sociedad, en especial en la adolescencia, en respuesta las situaciones estresantes de la vida cotidiana.
- El alcohol no ayuda a solucionar los problemas y, en cambio, puede agravar los trastornos de ansiedad y depresión porque afecta al funcionamiento del sistema nervioso.

INFORMACION BASICA

Algunas personas beben alcohol para tratar de combatir el malestar emocional. Pero esto no les soluciona el problema sino todo lo contrario, les causa aún más problemas con su familia, amigos, trabajo, salud, etc. Existen formas más útiles de enfrentarse a los problemas personales de manejar los sentimientos y las emociones que nos producen malestar. Se trata de aprender y practicar una serie de habilidades o técnicas psicológicas que muchas personas utilizan espontáneamente.

Habilidades a aprender:

- a) planificación y resolución de conflictos

Se trata de aprender a enfrentarse a los problemas de forma racional y ordenada, para evitar la desorganización y el bajo rendimiento en las tareas que nos proponemos. Una de estas técnicas es la toma de decisiones, que ya se ha explicado y practicado en la sesión 5. La técnica para resolver problemas es similar.

Pasos para resolver un problema:

1. Preguntarse cual es el problema (problema).

2. Plantearse un objetivo (hipótesis).
3. Pensar en las posibles soluciones para resolver el problema y/o en los pasos para cumplir el objetivo (análisis).
4. Para cada una de las posibles soluciones, imaginar las consecuencias positivas y negativas (datos y observaciones).
5. Escoger la que parezca la mejor solución según las circunstancias personales y ambientales (conclusión).
6. volver a pensarlo para estar seguro de que se ha adoptado la mejor solución posible (recapitación).

b) manejo de los sentimientos: reconocerlos, aceptarlos y expresarlos
 todos tenemos sentimientos agradables y desagradables. Guardar esos sentimientos para nosotros mismos puede causarnos aislamiento, soledad, dolores de cabeza, de estómago, y otras formas de malestar. En cambio, compartirlos puede ayudarnos a sentirnos menos solos, a que otras personas los conozcan y puedan responder adecuadamente a ellos, o bien puedan comprenderlos y reconfortarte.

1. concéntrate en lo que está sucediendo en tu cuerpo (sonrojo, cosquilleos en el estómago, tensión muscular, etc.)
2. Piensa en lo que ha sucedido para que te pongas así (concéntrate en los hechos externos, como una pelea, una sorpresa, etc.)
3. Piensa en como podrías denominar a lo que sientes (tristeza, enfado, miedo, nerviosismo, preocupación, turbación, alegría, felicidad, frustración, excitación, ansiedad, decepción, etc.)
4. realiza una actividad física reconfortante para que desaparezca la tensión, hablar acerca del objeto que produce esas sensaciones, escribirlo en un diario, carta o poesía, alejarse de las situaciones emotivas, posponer la actividad que preocupa). Si se decide decirselo a la persona se debe procurar utilizar la primera persona, ej: "me siento... cuando haces,... dices... y me gustaría que ..." ya que los comentarios en segunda persona hacen que quien los recibe se sienta acusado, herido, enfadado y decepcionado, y provocan actitudes defensivas.
5. Considerar como, cuando, donde y con quién se podrá expresar lo que sientes (ej: amigos, familiares, maestro o tutor, psicólogo, etc.)

Situaciones para practicar:

- decirle a un profesor que uno esta nervioso por un examen.
- Decirles a los padres que te sientes molesto cuando te tratan como a un niño, o no confían en ti.
- Abrazar a un amigo para demostrarle que estamos contentos de que haya tenido éxito en un examen, o de que hay conseguido salir con la chica que deseaba.
- Decir a un hermano que nos molesta que tome nuestra ropa sin pedir permiso.

c) saber perdonar

En ocasiones guardamos resentimiento o rencor hacia una persona que puede habernos hecho mucho daño, aunque no haya sido voluntariamente. Un ejemplo puede ser los sentimientos que producen en el resto de la familia las palabras y la conducta de un persona que padece alcoholismo. Si pretendemos cargar todos los días con nuestro "saco de sentimientos negativos" por no herir a la persona que los ha provocado involuntariamente, lo único que conseguiremos es gastar una gran cantidad de energía. Es importante aprender a reconocer y aceptar estos sentimientos negativos, y analizar las razones que nos han llevado a tenerlos. Lo más saludable sería poder expresar esos

sentimientos negativos a la persona que los ha ocasionado, sin agresividad, pero en el caso de que no sea posible o adecuado, es preferible aprender a perdonar a la persona. Perdonar no quiere decir olvidar, porque eso no está bajo nuestro control, sin intentar comprender las razones que han llevado a la persona que no ha herido a actuar como lo hizo, entender que a veces nos comportamos mal con los demás sin pretenderlo, porque o bien tenemos problemas propios que no sabemos manejar, o bien una enfermedad, etc. Se trataría de dar una segunda oportunidad y centrarse en lo positivo de la relación con esa persona para lograr una mejor convivencia. Si la convivencia no mejora aunque lo intentemos y hayamos perdonado a la persona, lo más saludable sería separarse a tiempo para evitar que nos pueda hacer más daño.

d) superar el perfeccionismo

A veces creemos que los demás desean que seamos perfectos y que si no lo somos no nos van a querer. Lo creemos tan firmemente que nosotros mismos no exigimos la perfección. A veces son los padres los que desean que sus hijos sean perfectos y destaquen en todo para que les vaya muy bien en la vida y se enfadan cuando los hijos se equivocan o no hacen las cosas bien.

Recuerda que:

- Los errores son necesarios porque nos permiten aprender cómo solucionarlos o evitarlos.
- Uno debe darse permiso para equivocarse, pues es la única manera de avanzar en el desarrollo personal, intentándolo hacer mejor la próxima vez.
- Las cosas se deben hacer lo mejor que uno puede, teniendo en cuenta las circunstancias.
- No es saludable pensar cosas del estilo de:
 - *si no tengo un diez en todas mis clases no soy buen estudiante
 - * si no soy físicamente atractivo nadie querrá salir conmigo
 - * si no tengo un tipo perfecto los demás se reirán de mí.
 - *si no resuelvo todos los problemas soy un desastre
 - *si no soy muy inteligente nunca encontrare un buen trabajo

e) aumentar la autoestima, la seguridad y la confianza en si mismo

Hay estrategias para ayudarnos a sentirnos bien con nosotros mismos, aprendiendo a reconocer los aspectos positivos y a aceptar e intentar mejorar aspectos negativos de uno. La autoimagen no es inamovible. Si uno se compromete a hacerlo, puede cambiar sus pensamientos sobre si mismo.

Actividad propuesta (para hacerla en casa y llevarla en la siguiente sesión)

- a. hacer una lista de cualidades positivas y negativas de uno mismo (habilidades y deficiencias, cosas que te gustan o te disgustan de ti, cosas que les gustan o disgustan a los demás de ti. Se debe pensar en uno mismo como persona, amigo, hijo, hermano, estudiante, deportista, en sus aficiones, etc.
- b. Comprobar cual de las dos listas es mas larga y compensarlas
- c. Colgar la lista de aspectos positivos a la vista para darle un vistazo de vez en cuando, o siempre que se tenga un mal día.
- d. Pensar en diferentes maneras de cambiar las cosas que no gustan de uno mismo. Se puede proponer que el resto del grupo dé consejos e intente rebatir los autoconceptos negativos.

f) Autorrecompensarse

Pasos:

1. piensa si has hecho algo que merezca una recompensa (algún éxito, algún aspecto en que hayas mejorado).
2. Piensa en lo que podrías decirte a ti mismo para recompensarte (emplea el elogio, la aprobación o date aliento).
3. Decide si puedes hacer algo para recompensarte (comprarte algo, ir a algún sitio, hacer alguna actividad interesante, o dejar de hacer alguna actividad pesada).
4. recompénsate (con palabras y/o con hechos). Recuerda que para que la autorrecompensa sea eficaz tienes que seguir las siguientes reglas:
 - Recompénsate lo mas pronto posible después de haber hecho algo bien.
 - Recompénsate únicamente después de haber hecho algo bien, nunca antes.

g) superar la tendencia a preocuparse excesivamente por las cosas

Algunas personas tienden a preocuparse mucho por todo, incluso por las cosas que ocurrieron en el pasado, o por cosas que ya no tienen remedio, y eso les hace sentirse mal (ej: posibles enfermedades, comentarios o hechos propios o de los demás, errores pasados, cosas que pueden ocurrir en el futuro, etc.)

Para intentar superar esta tendencia es útil pensar:

- Puede que esas cosas nunca ocurran, y en cambio habré malgastado una gran cantidad de energía pensando en ellas.
- Si sucedieran, las podría enfrentar en ese momento con mucha más energía, ya que no la habría agotado preocupándome antes de tiempo.

h) hacer frente a la ansiedad, el estrés y todos los impulsos reaccionamos con una respuesta de estrés, tensión o sobrecarga del sistema nervioso, ante determinadas personas, situaciones, lugares, o cosas. Esta respuesta de estrés tiene una serie de efectos o repercusiones sobre nuestro organismo.

- efectos fisiológicos: aceleración del ritmo cardiaco, sensación de falta de aliento, dolor de cabeza, de espalda, de tórax, poliuria, sequedad de boca, excitación, nerviosismo, problemas de fluidez del habla, sudoración, malestar gástrico, diarreas, vómitos, aumento o disminución de apetito, alteraciones el sueño, etc.
- Efectos psicológicos. Problemas de memoria, inestabilidad emocional, depresión o irritabilidad, preocupación excesiva, etc.
- Efectos conductuales: Agresividad, discusiones, arrebatos emocionales, respuestas de evitación de ciertos lugares o actividades (ej: no ir a un examen por temor a fracasar), realizar comportamientos problemáticos para llamar la atención, crisis de llanto, tamborilear los dedos, morderse las uñas, los labios, etc.

Pasos:

1. Reconocer los síntomas (se puede hacer que los jóvenes los dibujen en una silueta humana). Concéntrate en lo que sucede en tu cuerpo, esto te ayudara a saber si vas a perder el control (¿estas en tensión, enfadado, acalorado, agitado, tembloroso?)
2. Piensa en lo que ha pasado para que te sientas así (ten en cuenta tanto los hechos exterior como los "internos", es decir los pensamientos).
3. Piensa en varias formas de recuperar el control de ti mismo: respirar profundamente, contar hasta diez, repetir la palabra "calma", hacer otra cosa para distraerte, formular autoinstrucciones tranquilizadoras o autoinstrucciones de afrontamiento.

i) la relajación

- Se explicara, con ejemplos prácticos, la diferencia entre tensión y relajación muscular (ej.: mano, cejas, bíceps).
- Practica de algunos ejercicios respiratorios abdominales para relajarse
- Relajación progresiva o imaginaria
- Se alentara la practica de estas técnicas de relajación fuera de las sesiones (en el autobús, en el metro, esperando a alguien, cuando uno se empieza a poner tenso o nervioso...)

j) no entrar en peleas cuando “nos provocan”

Pasos:

1. detente a pensar por qué quiere pelearse (ejercicio de autocontrol)
2. piensa en lo que pretendías conseguir antes de la pelea (cuales eran tus objetivos y que consecuencias tendrá realmente la pelea)
3. piensa en otras formas de conseguir lo que quieres (negociar, defender tus derechos siendo asertivo, pedir ayuda o tranquilizar a la otra persona).

MATERIAL

Rotafolio de las habilidades a practicar y sus pasos.

PROCEDIMIENTO

1. Explicación de las ideas clave de la sesión con ayuda de un acetato o rotafolio, así como de los objetivos y metodología de la sesión.
2. Practica de las técnicas de enfrentamiento al malestar emocional.

ANEXO

Se sugiere practicar algunas de las técnicas propuestas, aquellas que pensemos que serán más útiles a los individuos de cada grupo concreto, o aquellas que escojan los participantes. Se deben trabajar, como mínimo, las técnicas de reconocer, aceptar y expresar los sentimientos, aumentar la autoestima y alguna técnica para autocontrolarse ante el estrés. Cada pareja o trío puede practicar una de las técnicas y después se puede hacer representación de roles y modelamiento delante de todo el grupo.

7ª. SESION

OBJETIVOS

- Favorecer el proceso de separación del grupo.
- Promover los intercambios y los contactos posteriores con el centro que realiza el programa, con otros centros para jóvenes, e incluso entre los participantes.
- Facilitar el surgimiento de mensajes o slogans preventivos de los jóvenes.
- Administrar los cuestionarios de evaluación del programa y valorar los cambios en los conocimientos, actitudes y expectativas sobre el alcohol.

ACTIVIDADES

- Últimas dudas y preguntas
- Póster
- Cuestionario de evaluación del programa
- Despedida

MATERIAL

Se puede realizar un “cuadernillo para jóvenes” con la información más relevante que se les ha ofrecido en el programa.

Revistas, periódicos o fotografías, pegamento, tijeras, plumones, colores, etc.

PROCEDIMIENTO

1. Últimas dudas y preguntas
2. Poster
3. Cuestionarios e instrumentos de evaluación
4. Despedida/convivio.

Anexo 2

RQC

NOMBRE DE LA INSTITUCION DONDE SE APLICA EL CUESTIONARIO

NOMBRE DEL NIÑO (A)

Por favor dígame si en los últimos 12 meses, su hijo(a) se ha comportado frecuentemente así o no, y/o si hace mas de un año que se comporta de esa manera.

No. hijo:	Últimos 12 meses	Más de un año	Edad de inicio	Ultima vez conducta	No conducta
1. ¿Su lenguaje es anormal (retardado, incomprendible, tartamudo)?					
2. ¿Tiene problemas para dormir?					
3. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?					
4. ¿Se fuga de la casa?					
5. ¿Roba dinero o cosas de la casa o fuera del hogar?					
6. ¿Es muy nervioso(a) o miedoso(a) sin haber una buena razón?					
7. ¿Es lento(a) para aprender en comparación con otros niños/jóvenes?					
8. ¿Se aísla y casi nunca juega con otros(as) niños(as)?					
9. ¿Se orina en la cama en la noche?					
10. ¿Es demasiado dependiente o apegado a los adultos?					
11. ¿Le da miedo ir a la escuela?					
12. ¿No se puede estar quieto(a) en su asiento y siempre se está moviendo?					
13. ¿No termina lo que empieza, es muy distraído(a)?					
14. ¿Muchas veces esta de mal humor, es irritable y genioso(a)?					
15. ¿Muchas veces se le ve triste, infeliz o deprimido(a)?					
16. ¿Se queja de dolores o molestias físicas sin que haya un problema médico?					

17. ¿Tiene pesadillas con frecuencia?					
18. ¿Tiene bajo peso porque rechaza la comida?					
19. ¿Come demasiado y tiene sobrepeso?					
20. ¿Es muy desobediente y peleonero(a)?					
21. ¿Dice muchas mentiras?					
22. ¿Se niega a trabajar en la escuela?					
23. ¿Es muy explosivo(a), pierde el control con facilidad?					
24. ¿Ha padecido de ataques (convulsiones) o caídas al piso sin razón?					
25. ¿Se queda mirando al vacío, se queda en Babia?					
26. ¿Se junta con niños/muchachos(as) que se meten en problemas?					
27. ¿Toma alcohol o usa drogas?					

28. Anteriormente menciono que su hijo(a), tiene alguna de las conductas que revisamos ¿Considera que se le debería proveer de servicio de salud mental para ayudarlo(a)?

1. Si 2. No

29. ¿El (ella) ha sido llevado a consulta con el médico, psicólogo, psiquiatra, sacerdote, espiritista, u otro profesional para ayudarlo?

1. Si 2. No

30. ¿Con quienes?

- Médico general/Médico familiar
- Psiquiatra
- Psicólogo
- Consejero
- Cardiólogo/Ginecólogo/Internista
- Hierbero
- Curandero
- Espiritista
- Trabajador social
- Quiropráctico
- Sacerdote
- Otro profesional. Especifique: _____

CUESTIONARIO SOBRE EL USO DE ALCOHOL

CUA-1

Instrucciones: Lea con cuidado las preguntas de este cuestionario, a continuación seleccione la respuesta adecuada, de acuerdo a su propia experiencia. Solo debe anotar una respuesta para cada pregunta, tachando la letra correspondiente. No escriba en los espacios sombreados.

Nombre del paciente: _____

Folio: _____

Fecha: _____

- 1) ¿Cuánto tomo, la última vez que ingirió alcohol?
 - a) Lo suficiente como para ponerme contento
 - b) Lo suficiente para emborracharme
 - c) Lo suficiente para perderme

- 2) ¿Con frecuencia tiene crudas los domingos o los lunes por la mañana?
 - a) No
 - b) Si
- 3) ¿Tiene temblores cuando deja de tomar? (en las manos o un temblor interno)
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre que toma
- 4) ¿Se pone mal (vómitos, dolor de estómago) cuando toma?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre que toma
- 5) Ha tenido Delirium tremens –ver, sentir u oír cosas que no existen, estando muy nervioso inquieto y alterado-
 - a) No
 - b) Una vez
 - c) Algunas veces
- 6) Cuando toma se tropieza, se va de lado o camina en “Zig-Zag”
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
- 7) Se ha sentido con mucho calor o excesivamente sudoroso (afiebrado) después de haber tomado
 - a) No
 - b) Una vez
 - c) Frecuentemente
- 8) Ha visto cosas que en realidad no existen como consecuencia de haber tomado
 - a) No
 - b) Una vez
 - c) Varias veces
- 9) Le da miedo pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite
 - a) No
 - b) Si
- 10) ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria, sin perderse totalmente) como resultado de la bebida?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Frecuentemente
 - d) Casi siempre que tomo
- 11) ¿Carga una botella con usted o la esconde en algún lugar para tenerla a la mano?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) La mayor parte del tiempo
- 12) Después de un periodo de abstinencia (sin beber) termina usted por tomar fuertemente de nuevo?
 - a) No
 - b) Algunas veces
 - c) Casi siempre
- 13) En los pasados 12 meses llego usted a perderse completamente como resultado de haber tomado?
 - a) No
 - b) Una vez
 - c) Más de una vez
- 14) Ha tenido ataques (convulsiones) después de un periodo en que tomó

a) No b) Una vez c) Varias veces

15)Toma usted a lo largo del día?

a) No b) Si

16)¿Después de beber fuertemente, ha sentido que su pensamiento está confuso o poco claro?

a) No b) Si pero solo unas horas
c) Si durante uno o dos días d) Si por muchos días

17)Como resultado de la bebida ha sentido que su corazón lata rápidamente

a) No b) Una vez c) Varias veces

18)Piensa usted casi constantemente en tomar o en el alcohol

a) No b) Si

19)Como resultado de haber tomado, ha oído cosas que realmente no existían

a) No b) Una vez c) Varias veces

20)Ha tenido sensaciones raras o atemorizantes cuando toma?

a) No b) Una o dos veces c) Frecuentemente

21)¿Como resultado de haber tomado, ha sentido cosas que se arrastra en su cuerpo y que realmente no existían (gusanos, arañas, etc.)?

a) No b) Una vez c) Varias veces

22)Con relación a las lagunas mentales (pérdida de la memoria)

a) Nunca ha tenido una laguna
b) Ha tenido lagunas duran menos de una hora
c) Ha tenido lagunas que duran varias horas
d) Ha tenido lagunas que duran un día o más

23)Ha tratado de dejar de beber sin lograrlo?

a) No b) Una vez c) Varias veces

24)Se toma de una sola vez los tragos (toma muy rápido)

a) No b) Si

25)Después de tomar una o dos copas, generalmente puede dejar de tomar?

a) No b) Si

PUNTAJES Claves: a=0 b=1 c=2 d=3

Puntaje obtenido: _____ Nivel de dependencia: _____

0. No evidencia de dependencia

1-13 Nivel de dependencia bajo

14-21 Nivel de dependencia moderado

22-30 Nivel de dependencia sustancial

31-51 Nivel de dependencia severo

Autores: H.A. Sidnner, JLHoru,K Wauberg y FM Faster. Addiction. Research Foundation. Toronto, Canadá. 1984. Traducido y adaptado por Luis Solís. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997.

Centros de Integración Juvenil realiza actualmente un estudio acerca de diversos aspectos de la vida de los jóvenes mexicanos. Agradecemos tu colaboración para responder el siguiente cuestionario. Toda la información es **confidencial** (solo la conocerán los investigadores participantes en el estudio) por lo que te solicitamos responder a las preguntas con el mayor cuidado y sinceridad posibles. Los resultados de este estudio serán de gran utilidad para la prestación de servicios en beneficio de los jóvenes y habitantes de esta ciudad.

Nombre: _____

- 1. Edad:** _____ (años cumplidos) **2. Sexo:** 1. M 2. F
- 3. Escolaridad** 1. Primero de Secundaria 2. Segundo de Secundaria 3. Tercero de Secundaria
- 4. Ocupación:** 1. Solamente estudias 2. Estudias y trabajas

INSTRUCCIONES

Por favor, responde todas las preguntas, aunque no se ajusten exactamente a tu experiencia. Marca "SÍ", si la mayoría de las veces es cierto, o "NO", si la mayoría de las veces es falso. Marca con una **X** la respuesta correspondiente. Para eso considera los últimos 12 meses. (Si hay alguna pregunta que no entiendas, subráyala y pasa a la siguiente).

ÁREA I. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. ¿Has discutido mucho? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has hablado con frecuencia muy bien de ti mismo? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has molestado o hecho daño a los animales? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Te has exaltado con frecuencia al hablar? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has sido terco? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has desconfiado de otras personas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has usado un lenguaje soez (vulgar) con frecuencia? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has molestado a otros con frecuencia? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Te has sentido de mal humor? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has sido muy tímido? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has amenazado con lastimar o hacer daño a otras personas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has hablado, por lo general, más fuerte que tus compañeros? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Te has molestado con facilidad? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has actuado muchas veces sin pensar en las consecuencias? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has actuado muchas veces en forma peligrosa o riesgosa? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Te has aprovechado de otras personas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Te has enojado con frecuencia? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has pasado solo(a) la mayor parte del tiempo libre? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has sido una persona solitaria? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Has sido muy sensible a la crítica? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| ¿Han sido tus modales mejores cuando estás fuera de casa? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |

Continúa al reverso

ÁREA II. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

- ¿Has dañado intencionalmente objetos de otras personas? 1. Sí 2. No
- ¿Has robado? 1. Sí 2. No
- ¿Has tenido más peleas que la mayoría de tus compañeros? 1. Sí 2. No
- ¿Te has sentido intranquilo? 1. Sí 2. No
- ¿Has tenido dificultad de permanecer largo rato en una misma posición? 1. Sí 2. No
- ¿Te has frustrado con facilidad? 1. Sí 2. No
- ¿Has tenido problemas para concentrarte? 1. Sí 2. No
- ¿Te has sentido triste con mucha frecuencia? 1. Sí 2. No
- ¿Has acostumbrado comerte las uñas? 1. Sí 2. No
- ¿Has tenido problemas para dormir? 1. Sí 2. No
31. ¿Te has sentido nervioso? 1. Sí 2. No
32. ¿Has sentido miedo o te has asustado fácilmente? 1. Sí 2. No
33. ¿Te has preocupado mucho? 1. Sí 2. No
34. ¿Has tenido dificultad para quitarte algún pensamiento fijo? 1. Sí 2. No
35. ¿Has sentido que la gente te mira fijamente? 1. Sí 2. No
36. ¿Has escuchado ruidos o voces alrededor tuyo, que nadie más oía? 1. Sí 2. No
37. ¿Has sentido que posees poderes especiales que nadie más tiene? 1. Sí 2. No
38. ¿Has tenido miedo de estar con otras personas? 1. Sí 2. No
39. ¿Has tenido ganas de llorar con frecuencia? 1. Sí 2. No
40. ¿Te has sentido con exceso energía que te provoca desasosiego? 1. Sí 2. No
41. ¿Has tenido, alguna vez, la tentación de robar algo? 1. Sí 2. No

ÁREA III. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

43. ¿Has sido rechazado por tus compañeros u otros jóvenes de tu edad? 1. Sí 2. No
44. ¿Te has sentido generalmente mal por tu desempeño en las actividades con tus compañeros? 1. Sí 2. No
45. ¿Te ha sido difícil hacer amigos en un grupo nuevo? 1. Sí 2. No
46. ¿Se han aprovechado de ti otras personas? 1. Sí 2. No
47. ¿Has tenido miedo de defender tus derechos? 1. Sí 2. No
48. ¿Te ha sido muy difícil pedir ayuda a otros? 1. Sí 2. No
49. ¿Te has dejado fácilmente influenciar por tus compañeros? 1. Sí 2. No
50. ¿Has preferido andar con amigos mucho mayores que tú? 1. Sí 2. No
51. ¿Te has preocupado demasiado de como tus acciones podrían afectar a otros? 1. Sí 2. No
52. ¿Has tenido dificultades para defender tus opiniones o puntos de vista? 1. Sí 2. No
53. ¿Has tenido problemas para decir "No" a la gente? 1. Sí 2. No
54. ¿Te has sentido incómodo cuando alguien te felicita o te elogia? 1. Sí 2. No
55. ¿Te ha percibido la gente como una persona poco amigable? 1. Sí 2. No
56. ¿Has evitado mirar a los ojos a otra persona al hablarle? 1. Sí 2. No
57. ¿Has tenido, alguna vez, cambios en tu estado de ánimo? 1. Sí 2. No

ÁREA IV. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

58. ¿Ha consumido algún miembro de tu familia (padre, madre, hermano o hermana) marihuana o cocaína? 1. Sí 2. No
59. ¿Ha ingerido alcohol algún miembro de tu familia hasta el punto de causar problemas en la casa, en el trabajo o con amigos? 1. Sí 2. No
60. ¿Ha sido arrestado algún miembro de tu familia (Madre, Padre, o Hermano)? 1. Sí 2. No
61. ¿Has tenido discusiones frecuentes con tus padres o tutores, que terminaran en gritos y peleas? 1. Sí 2. No
62. ¿Rara vez en tu familia realizaban actividades todos juntos? 1. Sí 2. No
63. ¿Han conocido tus padres o tutores lo que a ti te gustaba o disgustaba? 1. Sí 2. No
64. ¿Existían reglas claras acerca de lo que podías hacer y lo que no podías hacer? 1. Sí 2. No
65. ¿Han sabido tus padres o tutores lo que piensas o sientes sobre las cosas que son importantes para ti? 1. Sí 2. No
66. ¿Han discutido mucho tus padres o tutores entre ellos? 1. Sí 2. No
67. ¿Generalmente tus padres o tutores estaban enterados de dónde estabas y que hacías? 1. Sí 2. No
68. ¿Han estado tus padres o tutores fuera de casa la mayor parte del tiempo? 1. Sí 2. No
69. ¿Has sentido que eres importante para tus padres o tutores? 1. Sí 2. No
70. ¿Te has sentido mal con las personas y el ambiente en que vives? 1. Sí 2. No
71. ¿Has sentido que corrías peligro en tu casa? 1. Sí 2. No
72. ¿Te has enojado alguna vez? 1. Sí 2. No

ÁREA V. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

73. ¿Te ha disgustado asistir a la escuela o colegio? 1. Sí 2. No
74. ¿Has tenido problemas de concentración durante las clases o cuando estudiabas? 1. Sí 2. No
75. ¿Han sido tus notas inferiores que las del promedio de tus compañeros? 1. Sí 2. No
76. ¿Has fallado en la escuela o al colegio más de dos días seguidos al mes? 1. Sí 2. No
77. ¿Te has ausentado con frecuencia de tus clases? 1. Sí 2. No
78. ¿Has pensado seriamente en abandonar los estudios? 1. Sí 2. No
79. ¿Dejabas de cumplir con regularidad las tareas asignadas por la escuela? 1. Sí 2. No
80. ¿Has tenido frecuentemente sueño durante las clases? 1. Sí 2. No
81. ¿Has llegado tarde a clases con frecuencia? 1. Sí 2. No
82. ¿Son diferentes tus compañeros de clase de este año que los del año anterior? 1. Sí 2. No
83. ¿Te has sentido irritable o enojado durante las clases? 1. Sí 2. No
84. ¿Te ha aburrido durante las clases? 1. Sí 2. No
85. ¿Has empeorado tus calificaciones este año? 1. Sí 2. No
86. ¿Te has sentido en peligro en la institución donde estudiabas? 1. Sí 2. No
87. ¿Has perdido o retrasado algún año escolar? 1. Sí 2. No
88. ¿Te has sentido rechazado en actividades grupales fuera o dentro de la escuela o colegio? 1. Sí 2. No
89. ¿Has faltado o llegado tarde a clases por el consumo de drogas o alcohol? 1. Sí 2. No
90. ¿Has tenido problemas de estudio por el consumo de alcohol o drogas? 1. Sí 2. No
91. ¿Se han visto afectadas tus tareas y trabajos escolares debido al consumo de alcohol o drogas? 1. Sí 2. No
92. ¿Te han suspendido en la institución donde estudiabas? 1. Sí 2. No
93. ¿Alguna vez has dejado de cumplir con los deberes o tareas escolares que necesitabas hacer? 1. Sí 2. No

Continúa al reverso

ÁREA VI. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

94. ¿Ha consumido alguno de tus amigos alcohol o drogas con regularidad?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
95. ¿Alguno de tus amigos le ha vendido o dado drogas a otro compañero?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
96. ¿Ha hecho trampa alguno de tus amigos en los exámenes en la escuela o colegio?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
97. ¿Han sido tus amigos rechazados por tus padres o encargados?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
98. ¿Ha tenido problemas alguno de tus amigos con las autoridades?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
99. ¿Han sido mayores que tu, la mayoría de tus amigos?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
100. ¿Has faltado mucho tus amigos a la escuela o al colegio?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
101. ¿Se han aburrido tus amigos en fiestas donde no había licor?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
102. ¿Han llevado tus amigos drogas o alcohol a las fiestas?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
103. ¿Han robado o causado daños tus amigos a la propiedad privada a propósito?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
104. ¿Has pertenecido a alguna pandilla?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
105. ¿Te ha disgustado mucho cuando has tenido diferencias con un buen amigo?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
106. ¿Has estado sin un amigo en quien confiar?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
107. ¿Has tenido pocos amigos en comparación con la mayoría de tus compañeros?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
108. ¿Te han incitado alguna vez a hacer lo que tú no querías?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No

AREA VII. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

109. ¿Has practicado menos deporte en comparación con la mayoría de tus compañeros?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
110. ¿En tiempo de clases, has salido a divertirte en las noches sin permiso?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
111. ¿Has visto televisión más de tres horas en un día, entre semana?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
112. ¿En la mayoría de las fiestas en las que has participado, no hubo supervisión de adultos?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
113. ¿Has hecho menos ejercicio que la mayoría de tus compañeros?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
114. ¿Has usado tu tiempo libre con tus amigos para simplemente “pasar el tiempo”?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
115. ¿Has pasado aburrido la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
116. ¿Has hecho la mayoría de actividades recreativas sólo?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
117. ¿Has consumido alcohol o drogas por recreación o diversión?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
118. ¿Has tenido menos pasatiempos o “hobbies” que tus compañeros?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
119. ¿Te has sentido insatisfecho con la manera como has gastado el tiempo libre?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
120. ¿Te has cansado muy rápido cuando has hecho algún esfuerzo físico?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No
¿Has comprado alguna vez algo que no necesitabas?	<input type="checkbox"/> 1. Sí	<input type="checkbox"/> 2. No

ÁREA VIII. RESPONDE EN RELACIÓN CON LOS ÚLTIMOS 12 MESES

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 122. ¿Has sentido un deseo muy intenso por consumir alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 123. ¿Has tenido que aumentar la cantidad de alcohol o de droga para obtener el efecto que deseas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 124. ¿Has sentido alguna vez que no puedes controlar el consumo de alcohol o de las drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 125. ¿Te has sentido "atrapado" en el alcohol o en las drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 126. ¿Has dejado de participar o realizar actividades por gastar mucho dinero en drogas o alcohol? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 127. ¿Has faltado a las reglas, tales como llegar tarde a la casa, no asistir a clases por estar bajo el efecto de las drogas o del alcohol? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 128. ¿Has cambiado rápidamente tu estado de ánimo, de muy triste a muy contento o de muy contento a muy triste, debido al consumo de drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 129. ¿Has tenido algún accidente de tránsito (como peatón o conductor) después de consumir alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 130. ¿Te has lesionado accidentalmente a ti mismo o a otras personas, como consecuencia del consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 131. ¿Has peleado o discutido fuertemente con un amigo o un miembro de su familia debido a tu consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 132. ¿Has tenido problemas para llevarte bien con alguno de tus amigos, debido a tu consumo de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 133. ¿Has presentado algún síntoma de abstinencia (dolor de cabeza, náuseas, vómitos, temblor) después de consumir alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 134. ¿Has tenido alguna dificultad para recordar lo que hiciste cuando estabas bajo los efectos del alcohol o las drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 135. ¿Te ha gustado competir "a ver quién toma más"? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 136. ¿Has tenido problemas para decir "No" cuando te ofrecían alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |
| 137. ¿Has mentido alguna vez? | <input type="checkbox"/> 1. Sí | <input type="checkbox"/> 2. No |

Continúa al reverso

