

PROGRAMA ALFIL

**GRUPOS PSICOEDUCATIVOS PARA JÓVENES CON
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ALCOHOLISMO**

Manual para educadores y terapeutas

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías



Financiado por:



Delegación del Gobierno para
el Plan Nacional sobre Drogas

Edita:

© SOCIDROGALCOHOL. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.

Domicilio social: c/ Vía Augusta, 229, bajos - 08021 Barcelona

Tel: 93 201 98 56, Fax: 93 414 75 88, e-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

1ª edición: Barcelona, mayo de 2000

Patrocina: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Diseño del programa: Rosa Díaz

Ilustraciones: M^a José Ferri y Rosa Díaz

Denominación y figura de identificación del programa: Presentación Pineda y Patricia Cabello

Supervisión: Antoni Gual, Alicia Rodríguez-Martos y Amador Calafat

Impresión: Anagrafic, S.A.

Depósito Legal: B-36.367-00

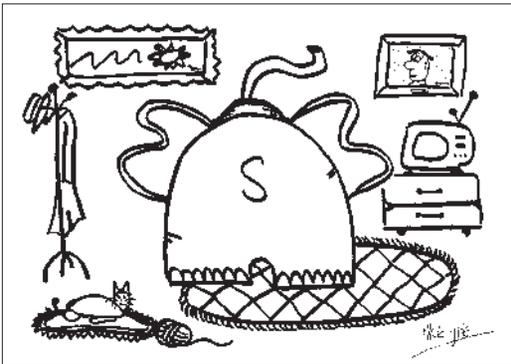
Agradecimientos:

El diseño del Programa ALFIL, en 1996, fue posible tras varios años de investigación sobre factores de riesgo neurocognitivos en los hijos de alcohólicos, línea de trabajo que se ha venido desarrollando desde 1991 en colaboración entre la Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona) y el Laboratori de Neurodinàmica del Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica de la Universitat de Barcelona, gracias a diversas becas y ayudas de la Generalitat de Catalunya y la Universitat de Barcelona, entre las que se encuentran en la actualidad la ayuda para el mantenimiento de la Xarxa Temàtica "Psicofisiologia Cognitiva i Neurodinàmica Clínica" 1996XT-00036 y 1998XT-00046, así como la consideración de Grup de recerca consolidat "Neurociència Cognitiva" de la Generalitat de Catalunya 1999SGR00264 (investigador responsable: Carles Grau i Fonollosa).

En 1997 el programa se realizó, como experiencia piloto, en tres centros de diferentes comunidades autónomas españolas (Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat, en Barcelona; Unitat d'Alcoholologia d'Alcoy, en Alicante y Colegio de Psicólogos de Aragón, en Zaragoza) gracias a la colaboración de profesionales de Socidrogalcohol y a la subvención del Plan Nacional sobre Drogas. Agradecemos muy especialmente su valiosa contribución a este manual a los profesionales que participaron en estas primeras experiencias del programa: A Lourdes Serrano, Presentación Pineda y Silvia Costa, de la Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya, Hospital Clínic de Barcelona; a Francisco Pascual y M^a José Ferri, de la Unitat d'Alcoholologia de Alcoi -Alicante- y a Rosario Carcas, M^a Soledad Lorente e Isabel Garbayo, del Colegio de Psicólogos de Zaragoza.

A partir de 1998, las sesiones del Programa ALFIL se extendieron a otras comunidades españolas. Agradecemos también sus aportaciones innovadoras a Miguel Ángel Torres, Irene Ventura, Raquel Valdés y Castora Silva, de la Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent -Valencia-; a Bartolomé Cañuelo, Victoriana García, Isabel Sánchez, Eva Navajas, Manuel Luna; Jose Jamilena, Juan Luís Mejías, Inmaculada Báez, Mayte Galán, M^a Victoria de Larriba y Sonia Fernández, del Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja de Córdoba; a Gabriel Rubio, Lidia Alvarado, Antonio Blazquez, M^a Luisa del Campo y Covadonga Hernández, del Hospital Psiquiátrico Sgdo. Corazón de Jesús -Complejo Asistencial Benito Meni- de Ciempozuelos, Madrid; a M^a Ángeles Lorenzo, M^a Carmen Fernández, María Montiel e Isabel M^a Varela, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Xeral de Galicia -Santiago de Compostela- y, por último, a las personas que se han incorporado más recientemente: M^a Luisa Cobo y Amor Numancia, de Zaragoza; Yolanda de Dios y Rosa Vaquero, de "5 y más", Servicios Socio-culturales de Salamanca, así como a todos los que puedan ir incorporándose en el futuro.

Este manual está dedicado a todas las familias que han participado en el programa, y a todas las que participarán, porque a ellas va dirigido, y sin ellas no hubiese sido posible.



“Convivir con el alcoholismo en la familia es muy parecido a tener un molesto elefante en medio del salón, del que no puedes hablar con nadie.”

Adaptado de “An elephant in the living room” Typpo y Hastings (1984 a,b).

PRESENTACIÓN

Los profesionales sociosanitarios que tratan el alcoholismo reconocen que se trata de una “enfermedad familiar”. Ello tiene, al menos, dos significados. Por un lado, es bastante probable que cuando un miembro de la familia es alcohólico, el resto de los familiares acabe sufriendo las consecuencias derivadas de un ambiente familiar distorsionado por la enfermedad, llegando incluso a sufrir trastornos característicos en estas familias como el comportamiento codependiente, los roles desadaptativos típicos de los hijos de alcohólicos, o bien trastornos inespecíficos como problemas de conducta, depresión, 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 acaben desarrollando la misma enfermedad que sus padres.

Desde hace algunos años, los profesionales de Socidrogalcohol hemos venido mostrando nuestro interés por las repercusiones del alcoholismo sobre la descendencia, como lo muestra la presencia de este tema en varias de las Jornadas Nacionales anuales de la Sociedad. Por ello, en respuesta a la elevada demanda social y gubernamental de programas de intervención preventiva sobre poblaciones de alto riesgo en relación con el consumo de drogas, desde Socidrogalcohol hemos desarrollado un estudio piloto multicéntrico que incorpora un programa de intervención psicoeducativa grupal, dirigido específicamente a prevenir el desarrollo de problemas en los hijos de alcohólicos. Esta iniciativa se adhiere a la tendencia actual al abordaje integral del alcoholismo, como una enfermedad que afecta no solo al alcohólico sino a todo su entorno y no sólo a una sino a múltiples facetas de la vida del enfermo. También resulta acorde con los recientes cambios en el abordaje del alcoholismo desde una perspectiva motivacional.

El Programa ALFIL se diseñó, en 1996, en respuesta a una necesidad social, pero con el interés de enmarcarse en una línea de investigación científica dirigida a mejorar la práctica clínica de atención al alcoholismo. Esta línea trata de aplicar los conocimientos adquiridos a partir de la investigación básica con hijos de alcohólicos al desarrollo, la experimentación, la extensión y la evaluación de intervenciones específicas dirigidas a esta población de riesgo.

El objetivo principal de este manual para profesionales que tratan con “familias alcohólicas” consiste en dar a conocer 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. En realidad, la mayoría de estrategias de intervención que se proponen en este manual para realizar grupos educativos con hijos de alcohólicos, podría extenderse a todos los jóvenes que crecen en familias en las que el consumo de cualquier droga ha llegado a constituir un problema, así como a otros grupos de riesgo debido a otros factores biopsicosociales.

Desde el Programa ALFIL también se pretende favorecer el acercamiento entre la práctica clínica y la investigación científica aplicada, facilitando un programa flexible pero

suficientemente estructurado para permitir su generalización, con el fin de que sea posible evaluar su efectividad en diversos ámbitos socioculturales de nuestro país.

Sirva pues este manual como un intento de aproximación entre la clínica y la investigación, que en el tema de los hijos de alcohólicos se han mantenido, hasta este momento, como dos cuerpos de conocimientos diferenciados, con escaso intercambio entre ellos.

Antoni Gual i Solé

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Antoni Gual i Solé', written in a cursive style.

Presidente de Socidrogalcohol
Barcelona, a 12 de marzo del 2000

ÍNDICE

PRIMERA PARTE: Presentación del Programa ALFIL

1. Introducción: Los hijos de alcohólicos, ¿debemos intervenir?	7
1.1. Los hijos de alcohólicos son una población de alto riesgo	9
1.2. Factores de riesgo característicos	9
1.3. La demanda social de intervención	14
1.4. Beneficios humanos y económicos de la intervención	15
1.5. Efectividad de este tipo de intervenciones en otros países	16
1.6. ¿Una intervención con características específicas?	19
2. Conocimientos básicos para educadores y terapeutas	25
2.1. Adolescentes y alcohol: cóctel explosivo	25
2.2. Características específicas de las familias alcohólicas	26
2.3. Características óptimas del educador-terapeuta	29
2.4. Técnicas de dinamización de grupos para jóvenes	33
2.5. Técnicas motivacionales específicas para familias alcohólicas	34
3. Diseño del programa	39
4. Utilización de este manual	49

SEGUNDA PARTE: Sesiones

1ª sesión para padres: Educar a los hijos para prevenir: una tarea difícil	51
2ª sesión para padres: ¿Cómo hablar con los hijos del alcohol y otras drogas?	60
1ª sesión para hijos: Opiniones sobre el alcohol	68
2ª sesión para hijos: Información objetiva sobre el alcohol	73
3ª sesión para hijos: El alcoholismo, una enfermedad con tratamiento	78
4ª sesión para hijos: Alcoholismo y familia	85
5ª sesión para hijos: ¿Por qué beben los jóvenes? La publicidad y la presión grupal en la adolescencia	101
6ª sesión para hijos: ¿Por qué beben los jóvenes? El malestar emocional	109
7ª sesión para hijos: ¿Por qué beben los jóvenes? La timidez y la falta de habilidades sociales	116
8ª sesión para hijos: Los primeros síntomas de problemas con el alcohol. ¿Cómo actuar?	121
9ª sesión para hijos: Despedida	124

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
----------------------------------	-----

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de evaluación del programa para padres	132
ANEXO 2. Cuestionario de evaluación del programa para hijos	136
ANEXO 3. Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y expectativas sobre el alcohol	138

PRIMERA PARTE

Presentación del Programa ALFIL

1. Introducción: los hijos de alcoholicos ¿debemos intervenir?

Desde que en 1969 Margaret Cork describiese los problemas psicológicos que pueden sufrir los hijos de alcoholicos en “*The forgotten children*”, el amplio desarrollo del movimiento COAs (*Children of Alcoholics*) en los EE.UU. puso en evidencia la necesidad de elaborar estrategias preventivas específicas para esta población de riesgo (Roosa *et al.*, 1990; Williams, 1990; Sher, 1991; Short *et al.*, 1995). Este movimiento dio lugar a una corriente intervencionista de la que han surgido multitud de publicaciones especializadas, programas educativo-preventivos, terapéuticos y grupos de autoayuda como *Al-Anon* y *Al-Ateen*. Incluso se han originado asociaciones como *The National Association for Children of Alcoholics* o *The Children of Alcoholics Foundation*. En Europa también existen algunos programas específicos para hijos de alcoholicos, como el programa finlandés “*A Fragile Childhood Project*” (Peltoniemi, 1982) y otras experiencias más recientes en Italia y Suecia (Informe para la Unión Europea, 1999).

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 alcoholicos 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 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).

Probablemente los detractores de la corriente intervencionista muestran un gran acierto al criticar el hecho de que este tema ha adquirido un componente emocional exagerado en los EE.UU., llegando a convertirse en un negocio lucrativo a partir de la venta de libros de amplia difusión (*best sellers*) y de la oferta de grupos para hijos de alcoholicos por doquier. Sin embargo, sus argumentos no se sostienen si los analizamos en profundidad. En primer lugar, la mayoría de los trabajos en los que no se han mostrado diferencias entre las características psicológicas de hijos de alcoholicos y controles han sido realizados con sujetos universitarios, que reflejan una realidad sesgada de este sector de la población debido a que presentan un mejor nivel de adaptación general. En nuestra opinión, no parece razonable defender que todos los hijos de alcoholicos deban realizar psicoterapia. Además, consideramos que los profesionales que trabajamos en este

campo debemos ser extremadamente cautos al divulgar determinado tipo de información en los medios de masas, exigiendo a los comunicadores que no caigan en la exageración y el sensacionalismo alarmista, en particular con respecto al tema de la herencia de factores de riesgo relacionados con el alcoholismo. 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 ha 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 (Bates y Lavouvie, 1997), siempre que procuremos ser extremadamente cuidadosos en la forma de adaptarlos a nuestra realidad sociocultural.

En una sociedad como la nuestra, de tradición cultural vitivinícola, existen numerosos factores socioambientales que incitan al consumo de alcohol. Además, en las últimas décadas se ha producido un cambio en el uso social del alcohol por parte de los jóvenes que se caracteriza por el inicio precoz del consumo y el abuso de bebidas de alta graduación concentrado en el fin de semana (Observatorio Español sobre Drogas, 1999; Calafat y Amengual, 1999). Este patrón de consumo, de origen anglosajón, constituye un importante factor ambiental de riesgo para el desarrollo de problemas derivados del consumo abusivo de alcohol, que podría incidir especialmente en los jóvenes que presentan factores de vulnerabilidad individual añadidos por tener historia familiar de alcoholismo. De hecho, en la última década, en nuestro entorno se ha registrado un incremento del *alcoholismo juvenil*, también llamado “de inicio precoz o tipo 2” (Cloninger, 1987), que sería más frecuente entre las personas que presentan antecedentes familiares de alcoholismo (Bach y Gual, 1985).

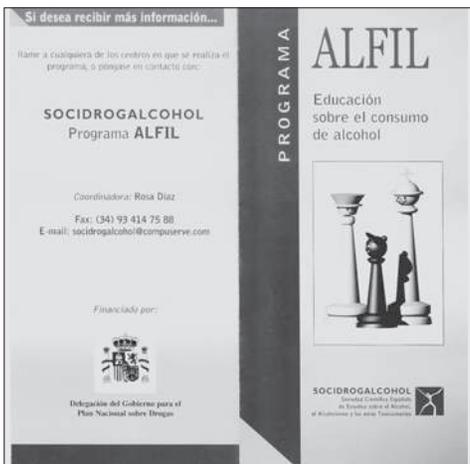


Figura 1. Tríptico informativo del Programa ALFIL

En nuestro país hace varios años que existen experiencias puntuales de intervención con hijos de alcohólicos. Como muestra se pueden citar los grupos de autoayuda de *Al-Ateen*, la experiencia de la asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid (IDEA-Prevención, 1997) y el programa de AEPA “Detección precoz y prevención de consecuencias en hijos de alcohólicos” (AEPA, Boletín Contrastes, 1999). Sin embargo, hasta el momento no se ha publicado ninguna experiencia sistematizada susceptible de evaluación y generalización referente a grupos psicoeducativos con hijos de alcohólicos.

El Programa ALFIL se diseñó en 1996 con el objetivo de responder a varias preguntas: ¿Son los hijos de alcohólicos una población de alto riesgo en nuestro país?, ¿Debemos intervenir preventivamente de forma generalizada con los hijos de alcohólicos?, ¿Cuál sería la forma óptima?, ¿Cómo podemos adaptar los programas americanos a las características particulares de nuestro entorno? Este programa, que se está llevando a cabo en centros de diferentes comunidades españolas consta de dos partes: un estudio epidemiológico-descriptivo de hijos de alcohólicos cuyos padres están en contacto con un centro de tratamiento y una serie de sesiones educativo-preventivas para adolescentes (Figura 1).

Cuando nos planteamos iniciar el Programa ALFIL sólo teníamos unas cuantas razones teóricas para justificar su necesidad. Sin embargo, después de tres años de andadura, hemos encontrado nuevos argumentos que se exponen a continuación.

1.1. Los hijos de alcohólicos son una población de riesgo

Los estudios realizados en los EE.UU. indican que aproximadamente el 25% de los jóvenes menores de 18 años viven con progenitores que abusan de sustancias psicoactivas, de los que algo más del 10% son hijos de alcohólicos (Ackerman, 1987). Estos datos coinciden con las cifras estimadas en nuestro país (Pérez-Galvez, 1992) y también con los datos epidemiológicos de otros países (McNamee y Offord, 1994). Los hijos de alcohólicos han sido identificados en numerosas ocasiones como *población de alto riesgo* no sólo para el alcoholismo (Goodwin, 1979; Cloninger *et al.*, 1981; Russell, 1990; Dawson *et al.*, 1992), sino también para el desarrollo de otros problemas biopsicosociales relacionados, directa o indirectamente, con el consumo de alcohol paterno (Norberg *et al.*, 1994; Sher *et al.*, 1997; Lynskey *et al.*, 1994; Adger, 1997; Weinberg, 1997; Clark *et al.*, 1997; Hawkins, 1997; Hill y Muka, 1996; Hill *et al.*, 1997; véase la revisión de Aragón *et al.*, 1997). Algunos de estos trastornos continúan afectándoles en su adaptación a la vida cotidiana adulta (Belliveau y Stoppard, 1995; Hall *et al.*, 1994), y generan elevados costes en tratamientos médicos y psicológicos a la sociedad (Woodside *et al.*, 1993). En estudios realizados en nuestro país también se ha encontrado una elevada prevalencia de psicopatología en este grupo de la población (Rodríguez-Martos, 1976 a y b; Alonso-Fernández, 1970; Pérez-Galvez y Vicente, 1992; García-Prieto *et al.*, 1986; González-Marín, 1988; Alarcón *et al.*, 1980; Alba-Chica, 1983; Jiménez *et al.*, 1992). 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.

Los resultados preliminares del estudio epidemiológico del Programa ALFIL (Díaz, 1999a; Gual y Díaz, 1999) 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). Según los resultados del estudio piloto realizado, el 25% de los hijos de alcohólicos estudiados, frente a sólo el 5% de los controles, había necesitado algún tipo de intervención psicológica a lo largo de su vida.

1.2. Algunos factores de riesgo característicos

Los hijos de alcohólicos constituyen una *población de alto riesgo* debido a la influencia de tres tipos de factores que se pueden transmitir intergeneracionalmente (Steinhausen, 1993; Seilhamer y Jacob, 1990; Schuckit, 1994, McGue *et al.*, 1992; Goodwin, 1979; Gregory, 1960):

- a) Los efectos del alcohol consumido por los padres en el feto.
- b) Los factores psicobiológicos de vulnerabilidad genética.
- c) Los factores psicosociales del ambiente familiar compartido.

La interacción entre estos tres tipos de factores determina que los hijos de alcohólicos muestren, con mayor frecuencia que el resto de la población, una serie de características particulares que podrían conducirles, en determinadas circunstancias, a tener problemas con el alcohol. En la Figura 2 se representa el modelo de vulnerabilidad familiar para el alcoholismo de Sher (1991), que propone la existencia de tres vías de explicación con numerosas interacciones entre ellas. La primera sería la vía de la predisposición a la desviación social (1), que hipotetiza que la presencia de alcoholismo en uno de los progenitores llevaría a una conducta de cuidado

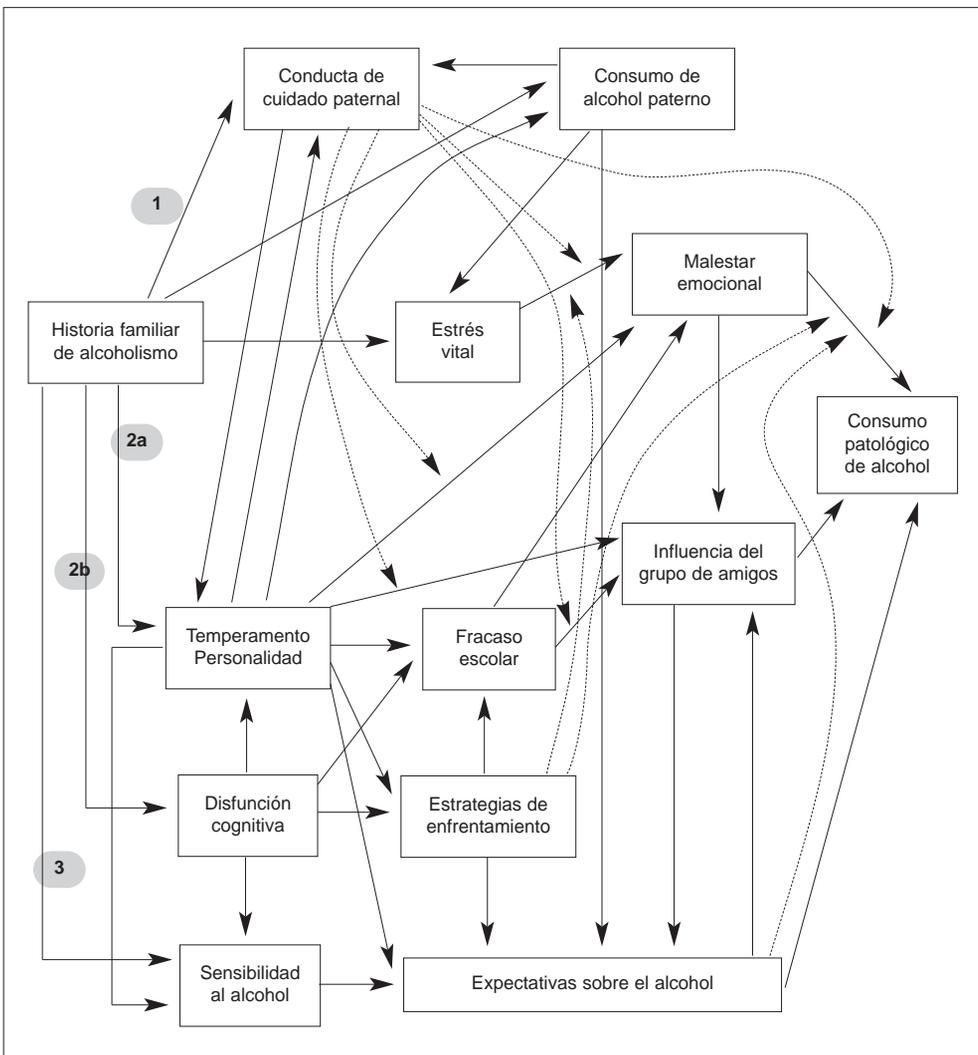


Figura 2. Modelo etiológico integral del alcoholismo familiar que propone tres vías de transmisión de la vulnerabilidad familiar para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. (1): Vía de predisposición a la desviación social. (2): Vía del afecto negativo. (3): Vía del refuerzo aumentado. Modificado de Sher (1991).

paternal deficiente que, junto con factores de predisposición genética, produciría dificultades en el desarrollo cognitivo y de la personalidad de los hijos. Estas dificultades podrían conducir al fracaso escolar y a la desadaptación social que, a su vez, harían más probable la relación con compañeros que presentan conductas desviadas, que presionarían al individuo al consumo de alcohol u otras drogas. La segunda vía sería la del afecto negativo (2a y 2b), según la cual la historia familiar de alcoholismo predispondría al sujeto a desarrollar características temperamentales y cognitivas que le llevarían a experimentar malestar emocional ante las situaciones de estrés vital, frecuentes en el hogar del alcohólico. Por otro lado, los hijos de alcohólicos podrían tener dificultades para desarrollar estrategias adecuadas para enfrentarse a esas situaciones. En estas circunstancias, si la persona comprueba en alguna ocasión que el consumo de alcohol “alivia” temporalmente su malestar, puede continuar buscando este efecto liberador repetidamente hasta desarrollar una dependencia. La tercera y última vía propuesta por Sher (1991) para explicar la transmisión familiar del riesgo de alcoholismo sería la del refuerzo aumentado (3), según la cual los factores de vulnerabilidad familiar influirían en el desarrollo de una sensibilidad particular a los efectos reforzadores del alcohol que haría que la persona crease expectativas positivas de estos efectos que le llevarían al abuso de esa sustancia.

Las características halladas frecuentemente entre los hijos de alcohólicos podrían constituir *marcadores de riesgo* para el desarrollo de alcoholismo u otros trastornos relacionados (véanse las revisiones de Díaz *et al.*, 1999 y Sher, 1991). Algunos de estos marcadores han demostrado tener capacidad predictiva sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol o de otras sustancias adictivas (Pogge *et al.*, 1992; Berman *et al.*, 1993; Schuckit y Smith, 1996; Volavka *et al.*, 1996), por lo que se ha propuesto su utilidad no sólo para el *screening* o detección precoz de sujetos vulnerables, sino también para el diseño de intervenciones preventivas específicas como la que describimos en este manual (Webb *et al.*, 1995; Poikolainen, 1997; Vitaro *et al.*, 1996; Dobkin *et al.*, 1994). En la Tabla 1 se resumen los marcadores de riesgo que han sido relacionados más frecuentemente con la historia familiar de alcoholismo.

Efectos del alcohol consumido por los padres sobre el desarrollo físico del feto

Desde la primera definición del Síndrome de Alcoholización Fetal (SAF) en 1968 por Lemoine of Nantes, 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).

Características psicobiológicas

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 (monoaminoxidasa plaquetaria, enzima que degrada las catecolaminas), hiperreactividad en la respuesta eléctrica cerebral y vegetativa ante estímulos novedosos o motivadores, exceso de actividad de alta frecuencia en el EEG y disminución de la amplitud del componente cognitivo P300 de los potenciales evocados (Sher, 1991, Begleiter y Porjesz, 1995; Pihl *et al.*, 1990). Algunos autores sostienen que el alcohol podría tener un efecto “normalizador”

Tabla 1. Marcadores de riesgo para el alcoholismo familiar

MARCADORES DE RIESGO CON PROBABLE ORIGEN GENÉTICO	
Grado de "riesgo genético"	<ul style="list-style-type: none"> • Número y parentesco de los antecedentes familiares de alcoholismo o de otras drogadicciones • Número y parentesco de antecedentes familiares de otros trastornos psiquiátricos
Psicobiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la actividad del sistema opioide, el enzima MAO B y la serotonina • Presencia del alelo A1 del receptor de dopamina D2 • Hiperreactividad del sistema nervioso ante estímulos novedosos o intrínsecamente motivadores • Hiporreactividad ante estímulos que requieren atención sostenida y almacenamiento en la memoria de trabajo (disminución de la amplitud de P300) • Mayor actividad de frecuencia rápida (β) y menor actividad lenta (α) en el EEG
Neuropsicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo rendimiento en tests cognitivos (especialmente en los que evalúan funciones frontales) • Bajo rendimiento escolar • Dificultades de aprendizaje (especialmente en tareas visuoespaciales)
Temperamento, personalidad y psicopatología	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit atencional, hiperactividad, impulsividad • Trastorno de conducta (disocial) o personalidad antisocial • Trastornos afectivos (depresión, ansiedad) • Rasgos de personalidad vulnerable: timidez, retraimiento, falta de habilidades sociales, impulsividad, intolerancia a la frustración, búsqueda de sensaciones, miedo al castigo o al sufrimiento, excesiva dependencia de la recompensa, inestabilidad emocional, autoexigencia, rigidez, compulsión, locus de control externo, dificultad para desarrollar estrategias cognitivas de enfrentamiento al estrés, de resolución de problemas, etc.
Respuesta al alcohol y/o a otras drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor efectividad del alcohol para reducir la respuesta psicofisiológica ante el estrés. • Mayor sensibilidad a los efectos placenteros del alcohol y mayor tolerancia a los displacenteros, tanto en medidas objetivas como subjetivas • Signos o síntomas de consumo abusivo, tolerancia, facilidad para desarrollar dependencia física o psíquica, etc.
MARCADORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL AMBIENTE FÍSICO PRENATAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Signos evidentes o sospecha de exposición al alcohol o a otras drogas <i>in utero</i> 	
MARCADORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL AMBIENTE FAMILIAR DE CRIANZA	
<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos vitales estresantes (número e intensidad): enfermedades, hospitalizaciones, muertes, cambios, etc. • Abandono o negligencia en las funciones paternas: malnutrición, malos tratos físicos y psíquicos, abusos sexuales, falta de atención, afecto, supervisión y control, etc. • Pautas educativas inconsistentes (normas, recompensas y castigos arbitrarios). • Conflictos familiares • Baja vinculación o cohesión familiar, interrupción de los rituales familiares • Dificultades socioeconómicas y falta de oportunidades culturales • Contacto precoz con el alcohol u otras drogas: modelaje de pautas familiares, fácil acceso, permisividad, etc. • Transmisión intergeneracional de actitudes favorables hacia el consumo, expectativas positivas y creencias falsas sobre los efectos del alcohol (las expectativas estarían determinadas, en parte, por factores genéticos). 	
MARCADORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIOCULTURAL	
<ul style="list-style-type: none"> • Presión del grupo de amigos (contacto con consumidores) • Presión de la publicidad • Costumbres y mitos de las culturas vitivinícolas (incitación al consumo) • Importación de patrones de consumo anglosajón (consumo abusivo de fin de semana, bebidas de alta graduación, búsqueda de los efectos psicotrópicos del alcohol, etc.) • Disponibilidad de alcohol u otras drogas (leyes permisivas, escaso control) • Características propias de la sociedad actual (desesperanza juvenil relacionada con la inseguridad laboral, la competitividad, el consumismo, etc.) • Rechazo por parte de los amigos • Falta de compromiso con la escuela u otras organizaciones prosociales • Situaciones extremas de desarraigo cultural, marginación social o convivencia en barrios conflictivos. 	

sobre la actividad electroencefalográfica y vegetativa de los sujetos de alto riesgo, lo que podría explicar su mayor predisposición para desarrollar problemas derivados del consumo abusivo de alcohol (Pihl *et al.*, 1990; Begleiter y Porjesz, 1999).

Características cognitivas

Un elevado número de estudios ha demostrado que los sujetos con antecedentes familiares de alcoholismo presentan, en general, menor rendimiento que sus controles en tests neuropsicológicos, especialmente en aquellos que miden las funciones frontales de abstracción, categorización, planificación, flexibilidad cognitiva y organización de la información novedosa (Berman y Noble, 1995; Harden y Pihl, 1995; Tarter *et al.*, 1993). La alteración de estas funciones sugiere la existencia de una disfunción mínima en el eje antero-basal del cerebro, que también ha sido relacionada con la historia familiar de personalidad antisocial (Hesselbrock *et al.*, 1993). Igualmente, se han obtenido diferencias significativas entre hijos de alcohólicos y controles en tareas visuoespaciales de atención, aprendizaje y memoria (Garland *et al.*, 1993) y, además, los hijos de alcohólicos se caracterizan por obtener menor rendimiento escolar que los controles (Sher, 1991).

En general, se asume que las alteraciones cognitivas halladas en los hijos de alcohólicos podrían tener un papel importante en la etiología del alcoholismo, a través de diversas vías (Sher, 1991). En primer lugar, se ha propuesto que los efectos neurofarmacológicos agudos del alcohol podrían mejorar, al menos en un principio, el procesamiento cognitivo de los sujetos de alto riesgo. Otros autores han sugerido que, debido a sus peculiaridades neurocognitivas, los sujetos de alto riesgo podrían tener dificultades para desarrollar estrategias cognitivas de enfrentamiento (*coping*) adecuadas ante los problemas cotidianos, y podrían llegar a utilizar el alcohol como un medio para evadirse de esos problemas. En tercer lugar, se ha argumentado que las dificultades en determinadas habilidades verbales y de resolución de problemas podrían contribuir al fracaso escolar de estos sujetos y, consecuentemente, a la disminución de su autoestima y a la adopción de roles desviados entre los que se encontraría el abuso de sustancias. Por último, se ha descrito que los hijos de alcohólicos podrían desarrollar expectativas más positivas que las personas sin antecedentes paternos de alcoholismo con respecto a los efectos del alcohol sobre su rendimiento cognitivo y social. Puesto que se ha demostrado que las expectativas sobre los efectos del alcohol permiten predecir el consumo de esa sustancia (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).

Características de personalidad y conducta

En una revisión de los trabajos en este campo, 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 del alcohol u otras drogas. Según Sher (1991), las características de personalidad y psicopatología que se han asociado más frecuentemente con el riesgo de alcoholismo giran en torno a tres dimensiones: la capacidad de autocontrol de la propia conducta, el proceso de socialización y la estabilidad emocional. Con respecto a la primera dimensión, los hijos de alcohólicos parecen tener mayores dificultades de autocontrol que otras personas, que se manifestarían a través de déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, agresividad, baja

tolerancia a la frustración, adopción de conductas de riesgo y patrones de desinhibición conductual. En segundo lugar, presentan frecuentemente dificultades en el proceso de socialización que, ligadas al déficit de autocontrol, podrían ocasionar problemas de disciplina, conductas antisociales, delincuencia, consumo de sustancias adictivas, etc. Por último, en varios trabajos se ha encontrado que los hijos de alcohólicos presentan frecuentemente baja autoestima y reacciones de ansiedad y depresión que estarían relacionadas con la dimensión de neuroticismo o inestabilidad emocional. Varios autores han propuesto la existencia de diferentes tipos de alcoholismo que podrían estar relacionados con distintas características de personalidad premórbida (Cloninger, 1987; Babor *et al.*, 1992; Chassin *et al.*, 1993; Zucker *et al.*, 1994; Tarter y Vanyukov, 1994).

Respuesta psicobiológica diferencial al alcohol

Los hijos de alcohólicos también podrían “heredar” de sus progenitores una respuesta metabólica peculiar de su organismo en general, y de su sistema nervioso en particular, ante el consumo de alcohol. Pihl *et al.* (1990), en una revisión sobre los estudios en los que se había administrado una dosis alcohol a hijos adultos de alcohólicos llegaron a la conclusión de que su respuesta psicobiológica al alcohol es diferente a la de los individuos sin antecedentes familiares de esa enfermedad. Para explicar esta respuesta “peculiar”, Newlin y Thomson (1990) propusieron un modelo diferencial bifásico, según el cual los sujetos con antecedentes familiares de alcoholismo presentarían una mayor sensibilidad a los efectos del alcohol en la fase ascendente de la curva de alcohol en sangre, en la que predominan los efectos subjetivos agradables de reducción de la tensión, y una menor sensibilidad, es decir una mayor tolerancia, a los efectos subjetivos desagradables de la fase descendente. Esta sensibilidad diferencial a los efectos reforzadores del alcohol podría explicar la mayor predisposición de los hijos de alcohólicos para desarrollar problemas debidos al consumo excesivo de esta sustancia (Schuckit, 1994; Schuckit y Smith, 1996; Schuckit *et al.*, 1997).

Factores ambientales

Entre los factores de vulnerabilidad individual específicos de los hijos de alcohólicos también se incluirían los factores propios de su ambiente familiar disfuncional, debido a que pueden aumentar la probabilidad de sufrir consecuencias negativas durante su desarrollo. Algunos de estos factores serían la interrupción de los rituales familiares, la discordia, las separaciones, las hospitalizaciones o muertes, el modelamiento de la conducta paterna, el maltrato físico o psíquico, el abuso sexual y las dificultades económicas (Jiménez *et al.*, 1992; Hawkins, 1997; Hill *et al.*, 1997). Y, por último, los hijos de alcohólicos, como el resto de los jóvenes, estarían expuestos a los factores del ambiente sociocultural que incitan al consumo de alcohol, como la publicidad, la presión del grupo de amigos, las costumbres tradicionales de nuestra cultura vitivinícola, la influencia de los patrones de consumo de tipo anglosajón, etc (Hawkins *et al.*, 1992).

1.3. La demanda social de intervención

Frecuentemente, tanto en las visitas individuales como en los grupos de terapia, los alcohólicos y sus familiares expresan su preocupación y su sentimiento de culpabilidad sobre las repercusiones que el alcoholismo ha podido tener sobre sus hijos, sus dudas sobre la posible transmisión familiar de factores de riesgo y sus dificultades para hablar de estos temas con sus familiares.

Por otro lado, los profesionales que se enfrentan diariamente con jóvenes que tienen un riesgo elevado de sufrir problemas relacionados con el alcoholismo paterno opinan que no tienen suficiente preparación para intervenir eficazmente (Peltoniemi, 1982; Peltoniemi y Aho, 1995). Las dificultades con las que se encuentran tienen relación, principalmente, con el hecho de que los padres niegan su abuso de alcohol u otros tóxicos 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, y algunos de ellos presentan problemas de conducta importantes que requieren atención terapéutica específica. Otra dificultad consiste en 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. En general, los profesionales se quejan de falta de conocimientos, habilidades, tiempo y recursos para intervenir en estas familias, y temen perder el tiempo sin conseguir resultados positivos. Los profesionales entrevistados en el estudio finlandés citado opinan que deben ser los servicios de atención al alcoholismo los encargados de la formación y el asesoramiento a los profesionales que tratan con estos niños, para que puedan actuar convenientemente. Las demandas concretas de estos profesionales consisten en material educativo específico para familias (41%), formación (53%), consejo y apoyo de expertos (50%). También denuncian que, en general, existe una falta de cooperación y coordinación entre los diferentes servicios comunitarios implicados en estos casos.

En estos últimos años, la experiencia piloto del Programa ALFIL nos ha permitido constatar que, en nuestro país, existen numerosos profesionales de la salud y la educación interesados en realizar intervenciones preventivas y terapéuticas con grupos de alto riesgo como los hijos de alcohólicos, desde las escuelas, desde los centros de atención al menor, desde los centros de tratamiento de las drogodependencias, etc. La demanda de formación específica por parte de estos profesionales hace necesario el desarrollo de equipos especializados. En los últimos años, los gobiernos europeos, sensibilizados por las organizaciones de profesionales, han promovido este tipo de actividades (Informe para la Unión Europea, 1999).

1.4. Beneficios humanos y económicos de la intervención

La intervención psicoeducativa en los hijos de alcohólicos y en sus padres podría tener una serie de beneficios que irían más allá de la función preventiva para los hijos, incluso en el caso de que no se consiguiera mantener la abstinencia paterna. Algunos de estos beneficios serían:

- La disminución del alto coste del tratamiento médico y psicológico en los hijos de alcohólicos *a posteriori*, una vez se presentan los problemas (Children of Alcoholics Foundation, 1990).
- Una mayor rentabilidad de la prevención, debido a que estaría dirigida a una población en la que, supuestamente, hay mayor número de individuos que desarrollarían 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 y, por tanto, la posibilidad de intervención lo antes posible, lo cual es más efectivo;
 - la intervención focalizada sobre los factores de riesgo específicos.
- El hecho de agrupar niños con experiencias similares facilita la identificación entre ellos y

también la disminución del aislamiento y la negación, lo que es terapéutico en sí mismo.

- Mejor pronóstico del tratamiento del progenitor alcohólico, debido a:
 - Mayor adherencia al tratamiento, ya que la familia está más implicada con el equipo de profesionales que atiende al paciente.
 - Mejor acogida y comprensión del paciente en el hogar.
 - 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 más favorable en el enfrentamiento del estrés que ocasiona la presencia del alcoholismo en la familia.

1.5. Efectividad de este tipo de intervenciones en otros países

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 que tradicionalmente constituían la *prevención secundaria* y que, según clasificaciones más actuales, 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. (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 1998). Hoy en día disponemos de algunos datos sobre el diseño, la experimentación y la evaluación de programas específicos para hijos de alcohólicos aunque, por el momento, los datos disponibles aún son insuficientes para ofrecer conclusiones definitivas respecto a su efectividad (Price y Emshoff, 1997; Nastasi y DeZold, 1994; Nastasi, 1998; Nye et al., 1995).

La intervención con hijos de alcohólicos requiere elaborar un plan integral de detección, evaluación y tratamiento, que puede incluir una o varias de las siguientes actuaciones:

a) Screening o detección precoz. Los hijos de alcohólicos normalmente se identifican cuando los padres entran en tratamiento. Sin embargo, este tipo de identificación es inefectiva para alcanzar a la mayoría de estos niños, ya que muchos alcohólicos no reciben nunca tratamiento. Por otro lado, estos niños no suelen buscar ayuda por sí mismos debido a que el mecanismo de negación de su familia les presiona a mantener “el secreto familiar”. Por ello, se ha propuesto que la identificación de los hijos de alcohólicos requeriría un proceso de *screening* activo por parte de los profesionales, a través de instrumentos específicos. Uno de estos instrumentos es el *Family CAGE*, que consta de 4 preguntas:

1. ¿Crees que tu padre/madre necesita disminuir su consumo de alcohol?
2. ¿Se enfada tu padre/madre ante los comentarios de los demás sobre su consumo de alcohol?
3. ¿Alguna vez tu padre/madre se ha sentido culpable por su consumo de alcohol?
4. ¿Alguna vez tu padre/madre toma una bebida con alcohol por la mañana temprano, nada más levantarse?

Otro cuestionario útil para detectar niños de riesgo debido al alcoholismo familiar es el CAST (*Children of Alcoholics Screening Test*), que consta de 30 ítems sobre actitudes, sentimientos,

percepciones y experiencias relacionadas con el consumo de alcohol paterno (Sheridan, 1995). El COALES (*Children of Alcoholics Life Events Schedule*) consiste en una escala para determinar la cantidad de estrés que los hijos han experimentado en relación con el alcoholismo paterno. Algunos de los signos que se utilizan como indicadores de posibles problemas de adicción en la familia son aquellos que reflejan falta de supervisión parental, como llegar tarde o no acudir a la escuela, no hacer los deberes, o la falta de aseo personal. Otros síntomas serían que el joven se muestra inestable emocionalmente, inmaduro, tiene conflictos con los compañeros, se aísla, rinde poco, o bien muestra problemas psicosomáticos como dolores frecuentes de cabeza o estómago, o reacciones alérgicas como asma, urticaria, etc. Recientemente Schuckit y Smith (1997) han propuesto la utilización de un cuestionario de sensibilidad subjetiva a los efectos del alcohol con el fin de evaluar el riesgo de desarrollar alcoholismo en los hijos de alcohólicos.

- b) Primera entrevista. El objetivo de esta entrevista suele ser aclarar el “motivo de consulta” de la familia. Si los padres acuden a esta entrevista convencidos de que el problema en su familia es la conducta del niño y desean que le “arreglen al niño”, no debemos enfrentarlos todavía a otra posible realidad relacionada con el consumo de sustancias, sino aceptar su versión e iniciar la intervención “allí donde se encuentra la familia”. Se trata de intentar responder a la petición inicial de la familia para favorecer la continuación del contacto. Más adelante se podrá ayudar a los padres a explorar el resto de problemas familiares.
- c) Sesiones de evaluación. Se trataría de elaborar la historia psiquiátrica del niño y de su familia y de recoger datos médicos, escolares, de rendimiento cognitivo, etc., para averiguar las características de riesgo individuales y ambientales para el funcionamiento psicológico del niño.
- d) Sesiones de psicoterapia individual.
 - Counselling y asesoramiento al joven y/o a la familia sobre los problemas relacionados con el alcoholismo en la familia. En este asesoramiento tiene una gran importancia el apoyo al progenitor no-alcohólico, tutor o figura de referencia del niño, ya que la repercusión del alcoholismo paterno sobre los hijos depende, en gran medida, del nivel de funcionamiento y la resistencia de esta persona.
 - Terapia individual para niños y adolescentes. Dependiendo de la edad, se puede optar por terapia de juego, artística, o cognitivo-conductual, con el objetivo de identificar y expresar conflictos, sentimientos, aprender habilidades sociales, controlar conductas agresivas, impulsivas, etc. Conviene realizar algunas sesiones educativas sobre temas relacionados con el alcoholismo, si no hay posibilidad de realizar esta educación en grupo.
- e) Terapia familiar. Este tipo de terapia es extremadamente útil para reducir el nivel de negación de las familias alcohólicas. El enfrentamiento de las opiniones y vivencias de los diferentes miembros de la familia permite el reconocimiento conjunto de que el problema principal es el alcoholismo.
- f) Grupos de apoyo y autoayuda. Consisten en reuniones abiertas de familiares adultos de alcohólicos (*Al-Anon*), o de adolescentes hijos de alcohólicos (*Al-Ateen*), que están basadas en los 12 pasos de AA.AA. El problema de estos grupos es que no están guiados ni asesorados por profesionales especializados. Además, el hecho de tener que guardar el anonimato de los participantes hace difícil la evaluación de su efectividad real.
- g) Grupos psicoeducativos. Estos grupos suelen ser cerrados (individuos concretos y sesiones predeterminadas), pero también se pueden realizar en formato semiabierto (permiten la

incorporación progresiva de participantes hasta un determinado número, y cada individuo permanece un tiempo determinado en el grupo). Suelen tener una duración corta (8 a 16 semanas aproximadamente). Pueden realizarse en centros de tratamiento del alcoholismo, en centros de asistencia psicológica a la población infanto-juvenil, en centros de atención a las familias, en la escuela (grupos seleccionados), o bien en centros educativos o de ocio infanto-juveniles. En el entorno asistencial en el que se enmarcan la mayor parte de las actividades del Programa ALFIL, los grupos psicoeducativos para hijos de alcohólicos constituyen un recurso más que se ofrece a los padres en tratamiento o a los familiares que contactan con el programa. Habitualmente es necesaria intervención motivacional previa para ayudar a la familia a contemplar las ventajas de esta opción educativa para sus hijos. Sin embargo, la realización de este tipo de programas psicoeducativos desde las escuelas podría suponer una serie de ventajas con respecto a su realización en centros de asistencia o tratamiento del alcoholismo, e incluso en centros de salud mental infanto-juvenil. En primer lugar, la escuela es el entorno en el que se accede a más niños de riesgo, entre ellos los hijos de alcohólicos, debido a que todos ellos están obligatoriamente escolarizados y pasan en la escuela una buena parte del día (Nastasi y DeZolt, 1994; Dies y Burghardt, 1991). Además, en la escuela la participación en estos grupos no resulta tan estigmatizante, ya que nunca son etiquetados como “grupos de alto riesgo” sino como “grupos para conectar a los jóvenes” (Eggert *et al.*, 1994, 1995) “grupos para aprender habilidades para la vida” (Botvin, 1995), etc. Una solución intermedia sería realizar estos grupos en los centros educativos o de ocio infanto-juvenil, en los que los niños pasan parte de su tiempo libre, o bien en los centros de asistencia social a las familias.

- Grupos psicoeducativos para hijos de alcohólicos. Suelen dividirse por edades, de 7 a 12 años, de 12 a 16 años y de 16 a 18 años. 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.
- Grupos psicoeducativos para padres. Es crucial que al menos uno de los padres, aunque sólo sea el progenitor no-alcohólico, acuda a este tipo de sesiones y esté involucrado activamente en el tratamiento del niño, para sostener su proceso de recuperación. Sin embargo, se debe procurar involucrar también al padre adicto, aunque no se encuentre en tratamiento en ese momento, ya que la preocupación por sus hijos puede motivarle a realizar el tratamiento correctamente.

Entre los programas que incluyen intervenciones específicas para hijos de alcohólicos o de otros drogodependientes, que han sido evaluados con resultados positivos, podemos citar el SMAAP - *Stress Management and Alcohol Awareness Program* (Roosa *et al.*, 1990; Short *et al.*, 1995), el STAR - *Students Together and Resourceful* (Emshoff, 1990), el SFP - *Strengthening Families Program* (Kumpfer *et al.*, 1996), el CASPAR - *Cambridge and Somerville Program for Alcoholism Rehabilitation* (Davis *et al.*, 1994) y el ESCAPE (Nastasi y DeZolt, 1994).

1.6. ¿Una intervención con características específicas?

A la hora de plantear el tipo de intervención que deben recibir los hijos de alcohólicos debemos tener en cuenta los argumentos planteados por los detractores del movimiento COAs, con objeto de no alarmar ni estigmatizar a los alcohólicos y a sus familias. No todos los hijos de alcohólicos presentan problemas importantes, por lo tanto, no puede justificarse una intervención terapéutica indiscriminada en esta población. Sin embargo, la mayor parte de los trabajos realizados hasta el momento han demostrado que los hijos de alcohólicos, especialmente si conviven con sus padres durante la infancia, tienen un nivel de riesgo genético y ambiental que justifica una intervención de tipo educativo-preventiva, que podría hacer más énfasis en los jóvenes que presentasen un número significativo de factores de riesgo relacionados con la historia familiar del trastorno. Por ello, resultaría de gran utilidad disponer de instrumentos de *screening* para detectar lo más precozmente posible a estos individuos. Además, el hecho de compartir experiencias familiares semejantes permite el abordaje grupal de estos niños, que facilita la identificación entre ellos y la ruptura del silencio y la negación. Por último, si bien es cierto que muchas de las consecuencias que sufren los hijos de alcohólicos no son diferentes de las que sufren los niños expuestos a otras experiencias traumáticas en la infancia, no podemos olvidarnos que existen algunas consecuencias del alcoholismo familiar que son específicas: los efectos del alcohol consumido por la madre gestante sobre el feto, la elevada tolerancia de la violencia doméstica y callejera ligada al consumo excesivo de alcohol en nuestra sociedad y el alarmismo actual respecto la transmisión genética de factores de vulnerabilidad para el alcoholismo, entre otras que irán apareciendo en este manual. Por ello, cualquier intervención con hijos de alcohólicos debería tener en cuenta unos principios básicos (Kern, 1985; Wolin y Wolin, 1996) (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de los principios básicos de la intervención con hijos de alcohólicos

- Lo más precoz posible (técnicas de *screening* o detección precoz)
- Énfasis en los sujetos más vulnerables (evaluación de marcadores de riesgo y uso de técnicas motivacionales)
- Dirigida no sólo al riesgo de alcoholismo, sino de otros trastornos asociados al alcoholismo paterno, por dos razones: 1) pueden actuar como mediadores o moderadores para el desarrollo de alcoholismo y 2) representan un aspecto preocupante en sí mismos.
- Requiere un abordaje integral: 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 la involucración de, al menos, un progenitor o del tutor del niño ("referente" del niño).
- 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. Sólo en algunos casos sería necesaria la derivación a 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).
- Advertir del riesgo de forma natural, sin alarmismo ni exageración.
- Enseñar estrategias contra el etiquetaje y el estigma del alcoholismo en nuestra cultura.
- Requiere mucho tacto al hablar de temas delicados como el riesgo genético, los efectos fetales del alcohol, los malos tratos, los efectos orgánicos del consumo crónico de alcohol, como la cirrosis, el cáncer, etc.

Uno de los principios básicos de la intervención con hijos de alcohólicos consiste en realizar la intervención sobre su familia lo antes posible, nada más detectar el problema en los progenitores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que a menudo es preciso realizar trabajo motivacional durante cierto tiempo hasta que la familia esté preparada para aceptar la intervención. La edad óptima para realizar las tareas psicoeducativas con los hijos de alcohólicos, siempre que no presenten problemas especiales que requieran intervención individualizada, sería en los años de la preadolescencia, entre los 9 y los 12-13 años.

En la intervención psicoeducativa con hijos de alcohólicos es imprescindible ofrecer información básica sobre el alcohol y el alcoholismo (Tabla 3). Esta información debe proporcionarse de manera adecuada a la edad de los jóvenes y nunca en formato de clase magistral.

Tabla 3. Información básica para los hijos de alcohólicos sobre el alcohol y el alcoholismo

Información básica	Importancia para la recuperación 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" 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 cómo 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 sólo 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 la 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 estás solo. Otros jóvenes viven en familias que tienen problemas semejantes a la tuya.	Facilita la "identificación terapéutica" y el sentimiento de pertenencia a un grupo.
Los alcohólicos pueden recuperarse, y sus familiares también.	Ofrece esperanza en la recuperación 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" su consumo de alcohol. El propio alcohólico debe hacerse responsable de ello.	Fomenta la focalización en ellos mismos, ayudándoles a ver el camino hacia el cambio personal, independientemente del camino que elija el resto de los miembros de la familia, para mantener la propia salud.
Los sentimientos no son "buenos" o "malos" en el sentido moral, simplemente pueden ser más o menos agradables para el que los experimenta.	Ayuda a redefinir los sentimientos y a concederse permiso para tener sentimientos de todo tipo y actuar en consecuencia.

Para los chicos en edad de latencia (9-12 años) suele utilizarse el formato del grupo educativo en el que se explican contenidos básicos y los niños realizan juegos y otras actividades grupales para discutirlos de una forma más o menos estructurada. En cambio, los adolescentes responden mejor a un grupo en el que el educador es más un guía que un líder, en el que la información suele ofrecerse de forma menos estructurada, improvisando a medida que van surgiendo los diferentes temas en los debates del grupo.

Si los padres así lo expresan, los hijos de alcohólicos deben ser aceptados como los “clientes primarios”, aunque sin olvidar que en realidad son miembros de un sistema familiar disfuncional. Algunos profesionales que tratan a alcohólicos sólo responden a las necesidades del adulto, esperando que el niño vaya mejorando su comportamiento cuando el adulto mejore. En cambio, otros se centran casi exclusivamente en el bienestar de los niños, y no consideran las necesidades y las dificultades de los padres para luchar contra su enfermedad. Ni un extremo ni el otro. Los padres alcohólicos suelen tener dos tipos de reacciones para defenderse de sus sentimientos de culpabilidad. O bien expresan que la conducta problemática de sus hijos es la causante de todos sus problemas (incluido el abuso de alcohol), o bien minimizan los problemas que su alcoholismo ha podido ocasionar a sus hijos. En un primer momento no es adecuado enfrentarse a la opinión de los padres, sino que hay que aceptarla e ir trabajando con el niño y con los familiares más receptivos, ya que no se puede esperar que el niño vaya mejorando espontáneamente a medida que mejore el adulto, sino que hay que apoyar adecuadamente su progreso individual, independientemente de la evolución del tratamiento paterno.

Los clínicos también debemos tener especial precaución de no caer en la trampa de centrarnos únicamente en el hijo que los padres traen a la consulta en primer lugar (habitualmente, el “chivo expiatorio” o “niño problemático”), ya que esto sólo sirve para reforzar la negación familiar del alcoholismo. Todos los miembros de la familia deben ser evaluados y a todos se les debe proporcionar educación básica sobre el alcohol y el alcoholismo. Habitualmente las familias alcohólicas tienden a no reconocer los problemas de los “heroes” y de los “niños perdidos” (roles típicos en los hijos de familias disfuncionales, cuya descripción es abordada en la sesión 4 para hijos) y, frecuentemente, los presentan como niños-modelo, que no necesitan ayuda. Sin embargo, se debe enfatizar el hecho de que todos los hijos de alcohólicos tienen un alto riesgo de desarrollar problemas en el futuro. Independientemente de su conducta superficial, arrastran durante largo tiempo el secreto, la culpa y la responsabilidad del fracaso familiar. En los grupos psicoeducativos, incluso los niños aparentemente bien adaptados son capaces de identificar en sí mismos roles típicos que pueden ser desadaptativos en el futuro, y aprenden cómo buscar ayuda para actuar de forma independiente y saludable con respecto a su familia.

Cuando se interviene directamente sobre los hijos se recomienda que, como mínimo, uno de los padres esté involucrado en el tratamiento (aunque no sea el propio alcohólico), debido a que los cambios producidos por la intervención en el niño pueden tener un “efecto dominó” en el resto del sistema familiar, desequilibrándolo. Por ejemplo, el niño “perfecto” puede no querer hacerse cargo de su hermano pequeño, al darse cuenta que ese rol no le corresponde. La madre, por ejemplo, puede decirle al hijo mayor frases culpabilizadoras como la siguiente: “Ahora ya no quieres hacerte cargo de tu hermano pequeño ¿eh?, pobrecito... ya no le quieres... ¿qué culpa tiene él?”. Por ello, es necesario que algún adulto cercano (figura del “referente”) pueda entender y apoyar el crecimiento del joven dentro del sistema familiar. Si no ocurre así, es muy probable que la familia no pueda soportar el “crecimiento” del niño y acabe retirándole del tratamiento para tratar de reestablecer el “equilibrio” anterior. Este fenómeno ocurre con frecuencia en las familias

con niños que presentan problemas de conducta. Cuando éstos mejoran sus habilidades académicas e interpersonales, la familia alcohólica pierde la excusa que les permite explicar su disfunción familiar y necesitan un nuevo foco para expiar sus problemas. En ocasiones sus actuaciones consiguen que el niño “vuelva a las andadas”, a pesar de los esfuerzos de sus educadores en la escuela o de los profesionales de los servicios sociales.

Es conveniente que el procedimiento de entrada del joven en el tratamiento incluya, al menos, una sesión con todos los miembros posibles de la familia. El terapeuta debe transmitirles que en el centro se realiza el tratamiento del alcoholismo desde una perspectiva familiar, con el fin de que se involucren todos los miembros posibles. En el caso de que lleven a cabo sesiones educativas grupales, esta sesión inicial puede realizarse con varias familias a la vez. El objetivo es que todos los miembros de una determinada familia reciban idéntica información, particularmente la referida a los aspectos de confidencialidad y anonimato. En esta sesión se debe aclarar, específicamente, que la información proporcionada por los niños no será compartida con los padres, salvo que los niños expresen su consentimiento. Los padres suelen tener la fantasía de que los niños les criticarán y compartirán el “secreto familiar”. Esta fantasía debe ser verbalizada lo antes posible y se les debe aclarar las posibles expectativas distorsionadas que pudieran tener, indicándoles que los clínicos tratan de ayudarles en su función de padres, y que no pretenden competir con ellos por el afecto de sus hijos. El clínico también debe aclarar que su función es ayudar a toda la familia y que eso implica no tomar parte por ninguno de sus miembros ante los conflictos concretos que puedan surgir. Resulta útil, igualmente, especificar que aunque sólo se atiende a uno de los miembros, aquél que la familia designa como “disfuncional” o “problemático”, la intervención sobre él puede ayudar a cambiar cosas de forma positiva en el resto de miembros de la familia. El procedimiento para involucrar a la familia al completo debería ser claro desde el principio. Por ejemplo, los padres pueden hablar con el terapeuta de su hijo para saber cómo van las cosas, pero el terapeuta debe aclarar delante del niño que no compartirá información confidencial, para que se sienta protegido. También es bastante frecuente que el progenitor que no asistió a la primera sesión de acogida llame por teléfono cuestionando la participación del niño en el tratamiento. En este caso, se le debe explicar que en su día se realizó una sesión inicial en la que se discutió sobre la confidencialidad y se le debe invitar a acudir personalmente al centro si desea recibir más información, y que sería necesario plantear una nueva sesión con la familia al completo para revisar las reglas básicas. También es importante avisar que cuando el niño mejore, probablemente la familia se desequilibrará un poco y se les puede sugerir varias maneras de enfrentarse a ese cambio predecible para que estén preparados.

Si en el centro de tratamiento del alcoholismo se adopta un abordaje familiar del problema, es apropiado que haya un miembro de la plantilla que se dedique, exclusivamente, a trabajar con los hijos de alcohólicos. El clínico que trate a los niños debe tener una formación específica en psicopatología y terapia infantil y familiar, además de conocimientos sobre el alcohol y el alcoholismo. Las características óptimas en este profesional se describen en el apartado 2.3. Además, es recomendable que el centro de tratamiento cuente con un espacio separado de las actividades de los adultos, reservado para los niños, con pósters, dibujos, juguetes, libros y otros materiales específicos para ellos. El objetivo es dignificar la presencia de los niños en el centro e indicar su compromiso de ayudarles también a ellos. Es importante que el personal del centro conozca a los niños que acuden regularmente y les trate con afecto. Esta perspectiva familiar de abordaje del alcoholismo añade calidez al lugar de tratamiento y ayuda a proporcionar una experiencia positiva para todos los usuarios, incluso para los que aún no traen a sus hijos. La

flexibilidad y el trato humano suele ser una buena estrategia para salvar los problemas de infraestructura de los centros de tratamiento del alcoholismo actuales, ubicados en hospitales, o en lugares no adaptados para los niños.

La supervisión clínica es un aspecto crítico para los terapeutas que trabajan con hijos de alcohólicos, ya que éstos pueden disparar sentimientos muy profundos y hacer actuar a sus terapeutas de forma inadecuada. A menudo, los propios terapeutas infantiles han tenido una infancia difícil, o bien los comentarios de los niños les hacen sentir inseguros con su papel de padres. El supervisor debe ser consciente de este impacto y trabajar estos aspectos en las reuniones de equipo. En ocasiones deberá facilitar que los diferentes terapeutas que se encargan de proteger los derechos del alcohólico y de sus hijos dialoguen para resolver sus conflictos profesionales de una forma madura.

Kern (1985) ha sugerido que el lugar óptimo para tratar a los hijos de alcohólicos es un centro específico de atención al alcoholismo y ofrece cuatro argumentos para apoyar su sugerencia. En primer lugar, los niños necesitan identificar el alcoholismo como una enfermedad orgánica y no como un problema moral de su familia, ya que muchos tienen importantes sentimientos de culpa y vergüenza. La identificación con el modelo de enfermedad despersonaliza la responsabilidad de la familia, ayuda a los niños a identificar sus roles como consecuencia de un intento de adaptación a la enfermedad, les enseña que se encuentran "atrapados" en esos roles, pero les ofrece esperanza en el cambio. Por otro lado, el ambiente que se crea en el grupo de hijos de alcohólicos suele ser muy recompensante para ellos, ya que les permite identificarse y apoyarse mutuamente. Además, al unificar el tratamiento de toda la familia en el mismo centro se reduce la negación del problema. Esta concienciación es crucial para la recuperación del sistema familiar. Por último, la familia alcohólica tiene unas características específicas que hacen que el proceso de identificación grupal sea muy importante, como lo muestra la existencia de numerosos grupos de autoayuda. Por lo tanto, el tratamiento integral de la familia alcohólica debería facilitarse en los centros de tratamiento específicos para el alcoholismo, que deberían tener capacidad para tratar a cada miembro de la familia en las modalidades adecuadas, por separado, pero de forma unificada, facilitando el proceso de recuperación del sistema familiar al completo.

El grupo es la forma de abordaje más adecuada para los hijos de alcohólicos, ya que proporciona un espacio adecuado para trabajar aspectos como el aislamiento, la socialización y la confianza. El grupo proporciona un lugar "familiar" en el que los miembros pueden experimentar y practicar las nuevas habilidades aprendidas. Además, después de poner en práctica estas habilidades en la propia familia es posible devolver la experiencia al grupo para analizarla. Un centro de tratamiento especializado debe facilitar grupos psicoeducativos adecuados para cada momento evolutivo. En principio, bastaría con separar a los niños en "edad de latencia" o pre-adolescentes (9 a 12-13 años) de los de "plena adolescencia" (14 a 16-18 años). La división de grupos debería realizarse más en función de la edad de desarrollo que de la edad cronológica. Un niño de 12 años muy espabilado puede sentirse mejor en un grupo de chicos mayores que en un grupo para niños de su misma edad, pero menos maduros que él y, en cambio, un niño de 15 años puede ser tan infantil que se acomode mejor a un grupo de latencia que a un grupo de adolescentes. Sin embargo, a menudo ocurre que no se dispone de suficientes niños para formar un grupo de una determinada edad, y no parece conveniente esperar demasiado tiempo para que un niño concreto pueda beneficiarse de asistir a un grupo educativo. En este caso, el terapeuta debe plantearse la posibilidad de mezclar niños con diferentes niveles evolutivos. En ocasiones, esto es posible y, si se maneja con cuidado, puede resultar enriquecedor para todos los niños, ya

que en este tipo de grupos se plantean puntos de vista de diferentes “niveles” y pueden establecerse relaciones de enseñanza-aprendizaje entre los propios participantes. La mezcla de individuos con características de personalidad y conducta diferentes también les puede ayudar a aceptar la diversidad y a aprender formas alternativas de enfrentarse a los problemas. Por ello, suele resultar útil mezclar niños problemáticos con niños más normativos, siempre que los primeros sean pocos y se adapten mínimamente a la dinámica grupal. Sin embargo, la posibilidad de mezclar niños con características diferentes debe ser valorada para cada caso individual, en función del tipo de grupo y de sus componentes, procurando no arriesgar la correcta dinámica grupal. Por último, es necesario advertir que es preferible no incluir en este tipo de grupos a jóvenes que estén abusando del alcohol o de otras drogas para no confundir a los participantes. Estos casos deben recibir un tratamiento adecuado para su problema concreto.

Idealmente, los grupos de hijos de alcohólicos estarían formados por entre 6 y 10 miembros. Una vez se llega a este número debería cerrarse la entrada de nuevos miembros, ya que es la interacción prolongada en el mismo pequeño grupo la que crea la posibilidad de construir la confianza necesaria para que el intercambio de experiencias se produzca cada vez a un nivel de profundidad mayor. Sin embargo, inicialmente, los grupos deben estructurarse de forma que se evite una intimidad para la que aún no están preparados. Los hijos de alcohólicos necesitan tener tiempo y espacio para empezar a abrirse y a compartir experiencias y este proceso no debe apresurarse. Para ello, al principio el guía debe tomar una posición dominante y establecer un foco más educativo que terapéutico. Esto les protege de la introspección prematura y permite ir sondeando la seguridad que proporciona el grupo para poder compartir, más adelante, aspectos más íntimos. En algunos casos la experiencia grupal puede resultar demasiado dolorosa o intimidante y el niño puede preferir la intervención individual a la grupal. El terapeuta debe acceder al deseo del niño, aunque debe motivarle a aceptar el grupo cuando se encuentre preparado. En ocasiones, pueden ser necesarias varias sesiones individuales para preparar a los niños para la experiencia grupal. Por otro lado, algunos niños pueden requerir, además de la intervención educativa grupal, psicoterapia individual y/o familiar.

Las intervenciones grupales con hijos de alcohólicos pueden ir desde el grupo educativo de 8-10 semanas a un grupo más terapéutico de hasta tres años de duración. En general, los grupos educativos son apropiados para los niños que viven en una familia cuyos miembros siguen un tratamiento o cuentan con el apoyo de grupos de autoayuda. Sin embargo, la mayoría de los alcohólicos no reciben tratamiento ni apoyo adecuado, por lo que sus hijos pueden necesitar una intervención más larga, de entre un año y medio y tres años, para que los cambios en el niño tengan un “efecto dominó” en el equilibrio de la familia que promueva la búsqueda de ayuda en los demás miembros. Además, durante el tratamiento de los padres, los niños necesitan apoyo continuado para ajustarse a los cambios y, especialmente, para comprometerse con su propio crecimiento personal, que suele enfrentarse a la desaprobación del resto de la familia. Una falsa concepción que sostienen muchos terapeutas es que cuando un padre alcohólico logra mantenerse abstinentes, automáticamente recupera su papel de padre y puede cubrir las necesidades de sus hijos. El niño también tiene la fantasía de que su padre se recuperará instantáneamente, pero esto no suele ser así. El niño debe aprender que la recuperación necesita un tiempo durante el que los padres suelen estar muy comprometidos con su tratamiento, sus sesiones de grupo, etc. A los niños se les debe explicar esto, pero no se les debe hacer esperar a que su padre esté bien para recuperarse él mismo. El proceso de recuperación de la familia debe realizarse desde diferentes frentes, poco a poco, y todos los miembros deben ser apoyados adecuadamente. Por otro lado, algunos

adolescentes hijos de alcohólicos ya han incorporado a su personalidad roles típicos disfuncionales que requieren un tratamiento más largo para que no se perpetuen en la vida adulta.

Un último aspecto de los grupos para hijos de alcohólicos es que éstos suelen ser usuarios involuntarios. Habitualmente acuden al centro debido a la presión de sus padres, o bien son referidos desde la escuela o desde el sistema de justicia. Por otro lado, el chico ve al terapeuta como una figura de autoridad que inicialmente parece similar a sus padres. Por consiguiente, se mostrarán tan resistentes a la intervención profesional como los alcohólicos que son enviados a tratamiento por su empresa o por orden judicial, y requieren tiempo y paciencia por parte del clínico para trabajar la resistencia inicial a la intervención y conseguir desarrollar una relación de confianza. Por lo tanto, el terapeuta no debe sentirse decepcionado por la aparente falta de respuesta inicial del joven, sino que debe aceptar su distancia y su enfado como reacciones normales, respetarlas y entenderlas, y trabajar su motivación hasta que desee realizar cambios.

2. Conocimientos básicos para educadores y terapeutas

2.1. Adolescentes y alcohol: un cóctel explosivo

Debido a que la población destinataria de este programa son los jóvenes entre 12 y 16 años aproximadamente, es importante que el educador recuerde los elementos básicos de la “crisis adolescente”, caracterizada por:

- 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.

En la adolescencia, los primeros consumos de una droga no suelen estar determinados por sus efectos reales, ni por las actitudes o valores previos del individuo, sino que suelen realizarse para cubrir algunas de las necesidades y angustias que acabamos de citar (Calafat *et al.*, 1995).

Esas características típicas del adolescente se convierten en factores de riesgo que hacen que sea especialmente vulnerable al ofrecimiento de drogas por parte de sus amigos. Por ejemplo, aceptar la oferta de alcohol puede tener para el adolescente una serie de “ventajas” o aspectos positivos. Por un lado, supone una autoafirmación, por oposición a las normas paternas. Además, constituye una adaptación a las normas del grupo de amigos, cuya aceptación es sumamente importante para crear la propia identidad. También puede disminuir momentáneamente el malestar emocional, permite escapar temporalmente de las tensiones y experimentar “nuevas

sensaciones”. Por último, al menos en un primer momento, facilita el contacto social y ayuda a vencer la timidez en las primeras relaciones con el otro sexo. ¿Qué más pueden pedir?. Sin embargo, hay algunos aspectos del alcohol y de las otras drogas que los adolescentes deberían conocer antes de tomar una decisión respecto a su consumo, para evitar problemas en el futuro. De ahí que cada vez se conceda mayor importancia a la educación sobre las drogas en nuestra sociedad, haciéndose especial énfasis en los jóvenes con mayor riesgo de desarrollar problemas, entre ellos, los descendientes de alcohólicos. En éstos, por ejemplo, sería crucial eliminar la falsa creencia de que el que mejor tolera los efectos del alcohol es más fuerte y está protegido de desarrollar alcoholismo, ya que un porcentaje elevado de hijos de alcohólicos son altamente tolerantes (Schuckit, 1994).

Por último, quisiéramos recordar que el trato con adolescentes requiere unas habilidades especiales en el educador. Por ello, sugerimos a los que deseen hacer grupos educativos para adolescentes hijos de alcohólicos, la lectura de artículos especializados como el de Funes (1994) o del texto de Grinder (1993).

2.2. Características específicas de los grupos con hijos de alcohólicos

Aunque las características específicas de las familias alcohólicas se tratarán con mayor profundidad en la sesión 4 para hijos (2ª parte de este manual), en este apartado describiremos brevemente las consecuencias que puede tener sobre el desarrollo psicológico del niño el hecho de vivir en una familia en la que se aprenden, desde muy temprana edad, “reglas implícitas” (Tabla 4) que pueden afectar el desarrollo de la personalidad y el comportamiento de los jóvenes en el grupo hasta el punto de llegar a distorsionar su dinámica (Kern, 1985). El conocimiento de estas reglas puede ser útil para desarrollar intervenciones específicas en el grupo.

La convivencia en una familia disfuncional, en la que el estado de estrés y de crisis ha sido permanente, en la que la norma ha sido la inconsistencia y el caos, hace que los hijos de alcohólicos acaben teniendo una “sensación crónica de pérdida”, pérdida de la seguridad física y económica, de los límites, de las reglas, de la comunicación, del apoyo y el cariño, de la infancia, de la protección paterna, etc. Como consecuencia de ello, los hijos de alcohólicos desarrollan, por un lado, problemas semejantes a los de otros niños que viven en hogares disfuncionales, pero también sufren problemas específicos relacionados con la experiencia alcohólica. En la sesión 4 para niños se describen las características específicas de las familias alcohólicas y algunos de los roles adaptativos que pueden desarrollar los hijos de alcohólicos. Estos roles típicos acaban convirtiéndose en patrones de conducta disfuncionales e incluso autodestructivos durante la adolescencia y la vida adulta, y también se manifiestan en las relaciones que establecen los jóvenes en el grupo educativo con el guía y los demás participantes.

Un aspecto crítico que influye notablemente en las relaciones de los hijos de alcohólicos con los demás es el temor profundo al abandono, tanto emocional como físico. Cuando son pequeños, asumen que el caos en casa puede hacer que se olviden de él y aprenden a hacer cualquier cosa para evitarlo. Procuran no pedir demasiado, conformarse con poco, tanto en sus necesidades básicas de alimento y cuidado físico, como en las de atención emocional. Funcionan a un nivel primitivo de satisfacción de sus necesidades básicas (seguridad física, alimento, etc.) y raramente buscan satisfacer necesidades de orden superior (amor, reconocimiento, etc.). De esta forma, se convierten en adultos con dificultades para desarrollar relaciones cálidas y abiertas con los demás y con tendencia al aislamiento, debido a que tienden a ser “autosuficientes” en la

Tabla 4. Reglas implícitas aprendidas desde la infancia en una familia alcohólica y su manifestación en las relaciones con los demás (Adaptado de Kern, 1985).

Reglas implícitas en la familia alcohólica	Manifestación en las relaciones adultas (CODEPENDENCIA)
1. La vida de la familia gira en torno a la conducta de consumo de alcohol del alcohólico. Todo lo demás depende de ello. La necesidad de apoyo emocional, el tiempo de ocio personal, etc. no son importantes.	<p>Búsqueda de aprobación constante de los demás, pérdida de la identidad y de la capacidad para decidir por sí mismo.</p> <p>Sentido exagerado de responsabilidad y preocupación por los demás, olvidando las propias necesidades, llegando a sentirse culpables cuando se preocupan por sí mismos en lugar de por los demás.</p> <p>Confusión del amor con la lástima y tendencia a enamorarse de personas que buscan que alguien las "rescate" de una situación difícil.</p>
2. Todos en la familia deben "disimular" fingiendo que no pasa nada. El valor de los miembros de la familia se mide por su capacidad para controlar la conducta del alcohólico y para disimular los problemas ante los demás.	<p>Comportamiento victimista, buscando amistades que cubran compulsivamente la sensación de abandono emocional por parte de la familia.</p> <p>Tendencia a autojuzgarse duramente y a tener una baja autoestima.</p> <p>Falta de flexibilidad. Límites demasiado rígidos o bien demasiado débiles.</p>
3. El alcohol no es la causa de los problemas de la familia. Alguien, de dentro o de fuera de la familia, es el responsable de los problemas.	<p>Necesidad de controlarlo todo para sentirse seguro.</p> <p>Desarrollo de conductas y defensas semejantes a las del propio alcohólico: justificación del consumo, negación de los problemas, proyección de la culpa, etc.</p>
4. Alguien o algo ha causado la dependencia del alcohólico y él no puede hacer nada por salir de ello.	<p>Aislamiento social, temor a las figuras de autoridad y al compromiso en las relaciones íntimas.</p> <p>Elevada sensibilidad ante las críticas y el enfado de los demás y tendencia a reaccionar excesivamente ante los conflictos, llegando a malinterpretar señales sutiles.</p>
5. El <i>estatus quo</i> de la familia (aparición externa) debe ser mantenido al coste que sea.	<p>Dificultad para modular las respuestas emocionales.</p>
6. Nadie puede discutir lo que está ocurriendo realmente en la familia, ni con los de dentro ni con los de fuera de ella.	<p>Negación de los sentimientos relacionados con la infancia traumática y pérdida de la capacidad para sentir o expresar sentimientos por temor a sufrir o a hacer daño a los demás.</p> <p>Dificultad para imaginarse un futuro feliz y dar los pasos necesarios para llegar a conseguirlo.</p>
7. Nadie puede decir lo que siente realmente, por temor a herir a los demás miembros de la familia.	<p>Creencia en valores irreales e ilusorios, sin ser capaz de contrastarlos con la realidad.</p>

satisfacción de sus propias necesidades y, por otro lado, tienen dificultades para percibir y responder a las necesidades emocionales de los demás. Para evitar esto es importante que estos niños se relacionen desde pequeños con adultos en los que puedan confiar y cuya conducta pueda ser predecible. En el grupo, el educador también debe asumir ese papel.

En general, los hijos de alcohólicos no son capaces de identificar claramente las razones de su infelicidad. La familia alcohólica cree que el alcoholismo es un problema moral. Para tratar de evitar ese estigma, definen el problema como cualquier cosa excepto alcoholismo (como depresión, ansiedad, problemas de pareja, problemas con la crianza de los hijos, etc.). A veces, los problemas de la familia son externalizados y proyectados en el ambiente (problemas laborales, de la sociedad, de relación con el resto de la familia, etc.). En otros casos, los hijos de alcohólicos muestran una sobreidentificación con el alcohólico y acaban sintiendo odio hacia el progenitor no-alcohólico, porque piensan que no quiere ayudarle. A menudo se creen los argumentos del

alcohólico y culpabilizan al progenitor no-alcohólico de los problemas de éste. Esto ocurre especialmente en los niños más pequeños, que no son capaces de ver más allá de las apariencias, aunque algunos adolescentes siguen manteniendo este patrón de creencias sin poder llegar a comprender lo que ocurre realmente en su familia. En otras ocasiones los niños internalizan la culpa y la responsabilidad del caos familiar y llegan a asumir que su conducta ha sido la causa de los problemas en casa. Algunos incluso mantienen la ilusión de que pueden controlar la conducta del alcohólico mediante su propio comportamiento. Cuando comprueban que nada de lo que ellos hacen puede cambiar esa conducta, que es errática e inconsistente, pueden acabar con el convencimiento firme e inamovible de que no se puede hacer nada para cambiar la situación, a no ser que ocurra alguna cosa desde el exterior, es decir desarrollan un locus de control externo y una indefensión aprendida, que les lleva a reaccionar con apatía, sin motivación por cambiar las cosas de su vida ("Total, por mucho que me esfuerce, todo va a seguir igual..."). En general, los hijos de alcohólicos se muestran resistentes al cambio ("más vale lo malo conocido..."). Por todo ello, durante la intervención grupal es importante que se explique que el alcoholismo es una enfermedad. Ello puede ayudarles a no sentirse culpables y a disculpar también los errores de sus padres. Y, sobre todo, se debe procurar que los jóvenes entiendan que ellos no pueden ser el agente de cambio de sus familias pero que si de algo tienen responsabilidad es de su vida futura, independientemente de la conducta de sus padres.

Al principio de un grupo educativo, los hijos de alcohólicos suelen tener dificultades importantes para hablar del alcohol, puesto que en sus familias suele existir la regla implícita de que no se debe hablar de ese tema, ni dentro ni fuera de casa. Muestran una lealtad extrema a su familia y consideran que hablar con otros del "secreto familiar" sería un signo de deslealtad. De alguna manera, ese "secreto compartido" es uno de los pocos vínculos de intimidad que mantienen a la familia unida. Para que lleguen a hablar abiertamente de este tema deben aprender a confiar en el grupo y en los educadores.

En ocasiones, los participantes en un grupo para hijos de alcohólicos pueden reaccionar con negación, miedo o confusión acerca de la razón de su participación en el grupo. Algunos chicos pueden, incluso, comportarse de forma agresiva con los terapeutas o educadores, mostrando su sentimiento de rabia y rechazo contra la decisión de sus padres de llevarles a ese tipo de grupos. Por ello, los jóvenes deben tener la oportunidad de discutir sus sentimientos al respecto y de obtener respuestas a sus preguntas desde la primera sesión del programa.

Otra de las dificultades iniciales en un grupo con hijos de alcohólicos es que suelen tener pocas habilidades sociales para relacionarse entre sí. Habitualmente, a estos niños no se les ha permitido llevar amigos a casa, o bien no han deseado llevarlos por temor a que se encontrasen en una situación desagradable, y han pasado demasiado tiempo solos. Debido a ello, suelen tener dificultades para compartir sus problemas y crear relaciones personales de apoyo mutuo y crean relaciones amistosas y de pareja desastrosas. Por ello, es importante que, a lo largo de las sesiones, se fomente la creación de nuevas amistades, tanto dentro del propio grupo como en otros ambientes que pueden frecuentar los jóvenes que participan, facilitando el aprendizaje de habilidades específicas (véase la sesión 7 para hijos).

Los hijos de alcohólicos también aprenden que no resulta adecuado expresar espontáneamente los propios sentimientos, especialmente los negativos (rabia, enfado, etc.), ya que ello puede provocar que sus padres se enfaden. Por falta de práctica, acaban perdiendo la capacidad de conectar con sus propios sentimientos y necesidades emocionales. Aprenden muy

pronto a negar esos sentimientos y a no arriesgarse a ser honestos al expresarlos. Una función importante del grupo para los hijos de alcohólicos es que encuentren en él un lugar seguro para expresar y compartir el dolor que han sentido. Sin embargo, el grupo no debe convertirse en un “valle de lágrimas” difícil de contener. Tras la expresión de emociones y sentimientos profundos, el educador-terapeuta debe saber manejar con habilidad al grupo para mostrarles “la otra cara de la moneda”, los aspectos positivos de su vida pasada y futura.

Otro aspecto importante en un grupo con hijos de alcohólicos es aprender a “jugar con el lenguaje”, haciendo frecuentemente bromas, utilizando palabras con doble significado para provocar la risa, etc. Habitualmente, los hijos de alcohólicos suelen tener poca experiencia con este tipo de bromas y juegos lingüísticos, y facilitar este aprendizaje es muy saludable para su desarrollo cognitivo. Además, les puede resultar muy útil para enfrentar las situaciones dolorosas con las que pueden encontrarse en su vida. En el grupo debe facilitarse la creación de un clima distendido y seguro en el que los jóvenes puedan reaccionar libremente a una broma o juego de palabras.

Por último, como se ha indicado anteriormente, trabajar con los hijos de alcohólicos requiere aprender a tratar con mucho tacto algunos temas relacionados con los efectos del alcohol y con el alcoholismo familiar. Algunos ejemplos de estos temas son los efectos orgánicos del abuso crónico de alcohol, que sus padres pueden haber sufrido (cirrosis, merma de capacidades físicas y psíquicas, cáncer, muerte prematura, etc.), los factores de riesgo genéticos, los efectos fetales del alcohol, los abusos físicos y psíquicos, etc. Concretamente, respecto al tema de la transmisión de factores genéticos de riesgo para el desarrollo de alcoholismo, se les debe explicar en qué consiste exactamente para evitar la exageración y el alarmismo, además de enfatizarles que pueden aprender cosas para protegerse y enseñarles estrategias contra la estigmatización que supone ser etiquetado como “hijo de alcohólico” en su ambiente natural. Los propios terapeutas o educadores deben tener mucho cuidado con las etiquetas y los prejuicios sobre ellos, ya que ello crea distancia y dificulta la empatía y la posibilidad de ayudar.

2.3. Características óptimas del educador-terapeuta

La metodología propuesta en el programa ALFIL se fundamenta en los principios de la pedagogía activa y de la psicología motivacional. Según uno de los principios básicos de la pedagogía activa, para que un aprendizaje sea realmente efectivo y duradero, el conocimiento no se debe transmitir unidireccionalmente del educador al alumno sino que debe ser construido por este último de forma participativa. Así, para que los adolescentes aprendan los conceptos y habilidades que pretendemos enseñarles en las sesiones del Programa ALFIL, la actitud óptima en el educador incluiría:

- Suscitar y promover 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 sobre posibles respuestas hasta llegar a una conclusión conjunta.
- Al preparar la sesión, planificar los pasos y el tiempo necesario para cada paso.
- Entregar el material de forma ordenada.

- Procurar la participación de todos, incluso de los más tímidos, aunque sin forzar.
- Moderar y gestionar adecuadamente el tiempo de cada uno.

Por otro lado, de acuerdo con el principio básico de la psicología motivacional “generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren en ellas mismas que por las que les explican los otros” (Pascal, siglo XVII). Para facilitar en los jóvenes el proceso de “autoconvencimiento” de que no vale la pena arriesgarse a consumir drogas o abusar del alcohol, al educador le pueden resultar de utilidad las siguientes recomendaciones generales:

- Procurar una comunicación abierta y honesta. Ayudar a expresar tanto los sentimientos positivos como los negativos y aceptar las diversas opiniones sin juzgar, burlarse ni culpabilizar, sino ayudando a reflexionar y explorar las propias conductas, motivaciones y actitudes.
- Empatizar con los sentimientos de los participantes, sin compadecerlos. Para ello se debe procurar escuchar activamente las opiniones de los participantes para demostrarles que estamos interesados en ellas, mirando a la cara de quien habla, asintiendo con la cabeza, reflejando lo que han dicho con otras palabras, situándonos a la misma altura del que habla, sin interrumpir, escribir ni jugar con bolígrafos u otros objetos mientras se escucha, agradeciendo sus comentarios, mostrando interés, atención y respeto, centrándose en lo que la persona comunica no sólo a través del lenguaje sino también de sus gestos, procurando no pensar en otra cosa, etc.
- No preocuparse tanto por transmitir información sino porque los jóvenes participen activamente.
- Procurar ser flexible para adaptarse sobre la marcha a las necesidades del grupo.
- Intentar mantener una actitud neutra hacia el consumo de alcohol y de drogas en general. Se trata de hacerles entender que no estamos ni a favor ni en contra del consumo, que es una opción personal que uno toma en función de sus conocimientos, sus actitudes y sus expectativas, basándose en las propias experiencias o en las que le transmiten los demás. Se ha demostrado que una actitud excesivamente moralista por parte del educador puede favorecer que los jóvenes adapten sus comentarios a lo que creen que espera el educador para “dorarle la píldora” o, por el contrario, puede provocar que mantengan un enfrentamiento abierto con él que puede alterar la dinámica grupal. La neutralidad permitirá la manifestación espontánea de todo tipo de opiniones y la posibilidad de discutirlos y de elaborarlos hasta llegar a una serie de conclusiones. A partir de ahí, la decisión es suya. Debemos transmitirles nuestra confianza en su proceso madurativo, y en que ellos acabarán decidiendo por sí mismos lo que más les conviene.
- Responsabilizar a los adolescentes de sus decisiones y actuaciones. Transmitir la idea de que son libres para decidir, en función de sus conocimientos y valores, y que las consecuencias que se deriven dependerán de sus propias decisiones. Si se equivocan tendrán la responsabilidad de subsanar su error, los demás sólo podrán ayudarles, pero no hacer las cosas por ellos.
- Tratar a los adolescentes con amabilidad y respeto, sin severidad, ni ironías, ni actitudes paternalistas, ni haciéndoles sentir infantiles.
- Utilizar como ejemplos situaciones cercanas a los jóvenes, con las que puedan sentirse identificados.

- Favorecer una relación positiva entre los compañeros del grupo. Procurar crear un clima relajado, de confianza, en el que se permita hablar, escuchar y sentir, con objeto de facilitar el trabajo en el grupo. Integrar a los diversos participantes en las discusiones. Armonizar cuando haya opiniones divergentes. Favorecer la aceptación y análisis crítico de las diferentes posiciones.
- Procurar ofrecer la información de forma divertida y mostrar un buen sentido del humor y de la diversión.
- Procurar crear expectativas realistas en los jóvenes, tanto con respecto a ellos mismos y a sus posibilidades en el futuro, como a su relación con nosotros (no asumir en ningún caso el papel de “padre sustituto”, sino en todo caso facilitar que sus propios padres o alguien de su entorno cumpla este papel).
- Estar atentos a las señales de los jóvenes. Por ejemplo, cuando dejan de prestar atención puede ser un síntoma de que se sienten incómodos con el tema que se está tratando, o de que están cansados, o de que, simplemente, no les interesa el tema, o lo estamos planteando de forma aburrida. En todo caso, es una señal de que es necesario hacer un descanso, o bien de que se deben tratar temas más interesantes o menos conflictivos.

Según St. Pierre y Kaltreider (1997), el trabajo con hijos de alcohólicos requiere profesionales con unas características particulares que les permitan liderar los grupos con éxito. Kern (1985) ha identificado algunas de esas características óptimas que pueden facilitar el proceso de aprendizaje grupal y el *counselling* individual con los hijos de alcohólicos. En primer lugar, es importante que sean personas abiertas y dinámicas, que tengan una sensibilidad especial para el trato con los jóvenes y que puedan entender su lenguaje y sus problemas. También se requiere una buena dosis de paciencia, capacidad de empatía y, sobre todo, flexibilidad para adaptarse sobre la marcha a las características y reacciones de este tipo de grupos, sin perder de vista los objetivos básicos. Se recomienda, asimismo, que tengan una formación específica en psicopedagogía, psicopatología, psicoterapia infantil y adolescente, técnicas motivacionales, así como conocimientos básicos sobre el alcoholismo y la dinámica de la familia alcohólica. El mejor perfil profesional podría ser el del educador o el psicólogo infanto-juvenil, que añaden a su bagaje conocimientos específicos sobre el alcoholismo, debido a que estos profesionales suelen tener un mayor compromiso con los intereses y necesidades 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.

Puesto que muchos educadores y terapeutas han crecido en hogares con problemas familiares semejantes a los de los niños que atenderán, deben tener especial cuidado con la sobreidentificación con ellos, o con forzarlos a elegir su propia vía de recuperación. El guía del grupo debe evitar que le influyan sus propias experiencias infantiles. Para ello, debe procurar revisarlas y resolver previamente los posibles conflictos de forma saludable; si es necesario, mediante psicoterapia. Asimismo, el educador-terapeuta debería ser capaz de analizar su propia contratransferencia y evitar tomar parte por ningún miembro de la familia. También debe resistir el impulso de intentar resolver todos los problemas del joven y asumir el papel de “padre

rescatador”. Aunque en un primer momento pueda parecer que ayuda, tomar este papel más allá de lo imprescindible sólo servirá para debilitar la habilidad del joven para resolver sus propios problemas.

Otro aspecto importante que debe tenerse en cuenta al escoger el educador para guiar un grupo con hijos de alcohólicos es asegurarse de que es capaz de reconocer y analizar previamente sus propias opiniones y actitudes hacia el consumo de drogas, con el fin de poder ofrecer un modelo claro y coherente de identificación, así como inspirar confianza y credibilidad para los jóvenes. Para ello no es necesario que sean un modelo de virtudes, ni que no haya probado en su vida una droga. Sólo es imprescindible una buena preparación y, sobre todo, ser capaz de aceptar los propios errores y limitaciones ante los jóvenes.

El educador-terapeuta de un grupo para hijos de alcohólicos no debe tomarse como un asunto personal las cosas que surjan en el grupo. Debe asumir que las conductas *acting out* de algunos jóvenes son parte del propio tratamiento. También es muy importante que se sienta comfortable con la honestidad, y con cierto grado de auto-revelación, siendo capaz de recibir los mensajes sinceros de los jóvenes, que en ocasiones son demasiado directos e hirientes, y también de mostrarse sincero. El guía de un grupo de hijos de alcohólicos debe estar dispuesto a utilizarse a sí mismo como instrumento terapéutico y modelo de identificación. Puesto que en el hogar del alcohólico hay pocas posibilidades de desarrollar habilidades de resolución de conflictos, a medida que el grupo progresa y se crea un nivel suficiente de confianza, el guía debe encontrar ejemplos de cómo resolver conflictos dentro del propio grupo.

El terapeuta de este tipo de grupos debe ser sensible y comprensivo, pero exigente al mismo tiempo. Por ejemplo, los jóvenes que viven en hogares disfuncionales se quejan a menudo de que no obtienen buenas calificaciones porque les resulta imposible hacer sus deberes en el caos de su casa. El terapeuta debe aceptar la realidad de los impedimentos para completar los deberes escolares, pero debe ayudar al niño a encontrar maneras de cumplir con las demandas escolares (por ejemplo: terminar los deberes en el colegio, ir a casa de algún amigo o familiar a hacerlos, etc.). También debe mostrar paciencia y confianza en el tratamiento. Al principio del tratamiento, el alcohólico suele manifestar enfado y la pareja codependiente suele mostrar una actitud de mártir o de víctima. Los jóvenes de la familia pueden presentar cierta distancia emocional, como si el asunto no fuera con ellos. Es su forma particular de negación, parece que nada les importa. Se trata simplemente de una defensa contra su profundo deseo de aceptación y aprobación. El terapeuta debe ser paciente y permitir al joven tomarse su tiempo para abandonar la defensa del “no me importa” a medida que empiezan a confiar en el terapeuta y en el proceso de tratamiento y abren sus propios deseos y sentimientos.

Habitualmente, los hijos de alcohólicos minimizan el impacto del alcoholismo en sus vidas. Esta negación no debe enfrentarse directamente. La minimización del impacto de acontecimientos traumáticos como las peleas entre los padres, la separación, el abuso, o los problemas legales es una forma de defenderse ante los sentimientos desagradables que le producen. A menudo, esta negación puede ser malinterpretada por el terapeuta como un indicador de que el joven se está enfrentando bien con el problema. El terapeuta debe tener cuidado en no crear la ilusión de que los jóvenes que pueden funcionar más o menos bien ante esas circunstancias no están siendo afectados negativamente por esas experiencias. Una técnica para sondear el verdadero impacto de un determinado acontecimiento traumático en un joven concreto del grupo consiste en preguntarle cómo cree que se sentiría otra persona en su lugar, o bien preguntar a los compañeros del grupo cómo se sentirían ellos si estuvieran en una situación semejante a la de su compañero.

En otras ocasiones, resulta útil hablar de un problema semejante que le ocurre al protagonista de una película o historieta que el grupo conoce.

Otro aspecto para el que se debe estar preparado en un grupo con hijos de alcohólicos es para percibir y reforzar adecuadamente los pequeños cambios positivos en los jóvenes. Estos cambios no son tan espectaculares como los de los adultos. El crecimiento del niño es sutil e interno y a menudo tarda tiempo en ser evidente, o bien sucede de forma brusca, o incluso puede experimentar avances y retrocesos.

El terapeuta también debe ser capaz de entender la importancia del juego en el proceso terapéutico. Los hijos de alcohólicos a menudo se comportan como pseudo-adultos que toman responsabilidades antes de estar maduros para ello. Parte del proceso terapéutico consiste en aprender otra vez cómo ser niños. Algunos terapeutas han adaptado juegos populares con temas relacionados con el alcohol. Esto combina la actividad lúdica con la necesidad de aprender sobre el alcoholismo.

El guía de un grupo de hijos de alcohólicos debe conocer las normas comunitarias a seguir con los niños en situación de riesgo, las fórmulas legales adecuadas y los procedimientos para derivarlos a los servicios sociales correspondientes de su comunidad, en caso necesario. En ocasiones tendrá que actuar como abogado y negociar por el joven o la familia con la justicia, la escuela u otros sistemas legales.

Por último, debido a las dificultades que entraña la intervención con familias alcohólicas y con niños de riesgo, es fácil que los educadores se “quemem” en algunas ocasiones y pierdan la motivación por su trabajo. Para fomentar la motivación para realizar este tipo de programas podría ser útil la figura de un “dinamizador”, que sería un experto en el tema encargado de motivar a los educadores, pediatras, mediadores juveniles, asistentes sociales y a los profesionales de los centros de salud mental a realizar detección de casos e intervenciones grupales con hijos de alcohólicos y otros niños con problemas de consumo de drogas en sus familias, así como de asesorarles sobre la forma óptima de realizarlas, para que no decaigan en su esfuerzo ante las dificultades.

2.4. Técnicas de dinamización de grupos para jóvenes

El desarrollo de un programa educativo para jóvenes requiere una dinámica grupal muy activa. Por ello, en el caso de que el profesional que vaya a llevar a cabo un programa similar al ALFIL no esté familiarizado con las técnicas de dinamización de grupos para niños y adolescentes, se recomienda la lectura algún manual en el que se expliquen técnicas como la mesa redonda, el simposium, el panel, la discusión grupal, el Phillips 6/6, la lluvia de ideas o *brainstorming*, el modelaje grupal, el juego dramático, la representación de roles, el psicodrama, etc. (Calafat *et al.*, 1995; Agallo, 1992; Cirigliano y Villaverde, 1996; Pallarés, 1993).

Para trabajar en grupo los temas de presión de grupo, habilidades sociales y relaciones familiares distorsionadas por el consumo de alcohol, son especialmente útiles las técnicas del juego dramático, la representación de roles (*role playing*) y el psicodrama. Consisten en que algunos de los participantes escenifiquen una situación planteada por el guía o por alguno de los participantes del grupo. Durante la representación se pueden utilizar diferentes “trucos” para ayudar a que los jóvenes analicen la situación que se plantea, como el “aparte”, para explicar al auditorio lo que un actor siente o piensa pero no dice, el “espejo”, sustituyendo a un actor por otro que debe representar el papel del primero tal como lo ha visto en escena, el “intercambio de papeles”, para facilitar la comprensión de la situación desde el punto de vista del otro, el “soliloquio” o reflexión final sobre los pensamientos y sentimientos que se han experimentado durante la representación,

el “doblaje”, que consiste en que otro exprese los sentimientos que él cree propios del actor y, por último, el “eco” o discusión, en la que todos los participantes en el grupo pueden expresar qué les recuerda o en qué les ha afectado la escena. El educador debe procurar mantener un clima de confianza y libertad de expresión, aunque se cometan errores o los jóvenes digan algo que parezca una tontería. Se debe evitar emitir juicios de valor, aunque se puede confrontar lo que sucede en la representación con la realidad preguntando: “¿qué podría pasar si hicieras eso?”, “¿cómo podría continuar esta escena?”, “¿qué otra cosa podría haber ocurrido?”, “¿es posible que esto ocurra en la realidad?”. En ocasiones, cuando es difícil motivar a los jóvenes a la actuación espontánea (bastante común en las primeras representaciones) resulta útil ofrecerles guiones diseñados a los que tengan poco que añadir y, a partir de las primeras intervenciones, introducir cambios en los papeles, nuevos actores, nuevas situaciones, etc. Esos primeros guiones constituyen un modelo de las habilidades que queremos potenciar en los jóvenes, etc.

2.5. Técnicas motivacionales específicas para familias alcohólicas

El aprendizaje de técnicas motivacionales es un aspecto crucial en la formación de los profesionales que tratan con familias alcohólicas, ya que éstas suelen ser muy resistentes al tratamiento debido a su tendencia a la negación de los problemas relacionada con sentimientos de vergüenza y culpabilidad (Rollnick y Miller, 1995). Hasta el momento, el programa que se describe en este manual se ha llevado a cabo principalmente en centros de tratamiento del alcoholismo, aunque también se ha aplicado en asociaciones de alcohólicos rehabilitados y se está trabajando en su adaptación a otros centros educativos y terapéuticos. En el caso de que el programa se aplique en centros de tratamiento o en asociaciones de alcohólicos rehabilitados, la familia ya ha iniciado su enfrentamiento al problema, aunque sigue siendo muy importante que el profesional mantenga una actitud motivacional al ofrecer a los padres alcohólicos programas educativos para sus hijos y para ellos mismos.

En la primera entrevista con los padres se les explica en qué consiste el programa a grandes rasgos, y si desean participar firman un consentimiento que nos permite utilizar los datos de su familia para el estudio descriptivo. En este programa no se utiliza el consentimiento escrito de los niños, aunque en la mayoría de los que se realizan en los EE.UU. a los jóvenes participantes se les hace leer y firmar una carta en la que se les explican los objetivos de su participación y las reglas del grupo. En el caso de que se utilice este “compromiso por escrito”, tanto el guía del grupo como los niños y los padres guardan copia de sus respectivas cartas de compromiso. En ese primer contacto previo con los padres es importante informarles de los objetivos y el contenido de las sesiones educativas, ofrecerles la oportunidad de expresar sus preocupaciones sobre el material que se utiliza en ellas y obtener su consentimiento para permitir la participación de su/s hijo/s en las sesiones. Si los padres niegan que sus hijos hayan sido afectados negativamente por el alcoholismo y no desean que participen en las sesiones educativas, los miembros del equipo que atiende al paciente y a su familia les pueden intentar motivar a participar explicándoles que puede ser beneficioso tanto para el niño como para la familia, y que puede ser de gran ayuda en el proceso de recuperación del alcohólico. También se les puede explicar que aunque no tengan problemas evidentes, los adolescentes suelen tener preocupaciones y dudas sobre estos temas que no se atreven a preguntar en casa, que este tipo de programas son beneficiosos para todos los adolescentes y que, de hecho, también se realizan programas similares en la escuela. Se les deben presentar los objetivos de las sesiones de forma positiva, diciéndoles que se trata de ayudar a los jóvenes a que se sientan mejor consigo mismos y con su familia, así como a entender en qué

consisten los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, para que sean capaces de prevenirlos en sí mismos o en sus amigos. Igualmente, se debe aclarar a los padres que el Programa ALFIL no es un programa de tratamiento para jóvenes que tienen problemas psicológicos, sino un programa educativo en el que se enseñan estrategias para tomar decisiones saludables respecto al consumo de alcohol u otras drogas, y a entender algunos problemas típicos en las familias en las que el alcohol ha producido problemas. También se les puede decir que los contenidos del programa son muy similares a los que se realizan en las escuelas, pero que en el caso de existir antecedentes familiares de problemas creemos que es conveniente dedicar algo más de tiempo a los jóvenes para resolver sus dudas.

Los padres deben ser informados de que en algunas de las actividades grupales se discutirá sobre el alcoholismo y sus efectos en la familia, y que a los chicos se les enseñará que suele ser saludable expresar sus sentimientos y emociones, por lo que es probable que empiecen a hablar sobre estos temas en casa. Se les debe advertir que, a pesar de que al principio puede parecer embarazoso, hablar abiertamente de estos temas puede ser muy beneficioso para todos los miembros de la familia. También deben ser informados de la confidencialidad de lo que se diga en las sesiones, aunque si lo desean pueden conocer el contenido general a través del educador. De hecho, los chicos pueden hablar de las actividades realizadas de forma general, pero se les pedirá que no comenten fuera del grupo las cosas personales de sus compañeros. Se les debe asegurar que durante las sesiones se respetará la voluntad de los participantes, nadie obligará a sus hijos a hablar o a realizar las actividades propuestas si ellos no lo desean. Si, a pesar de la insistencia en la conveniencia de que sus hijos participen en sesiones educativas, los padres las rechazan, debemos mostrarnos respetuosos con su decisión en este momento, ofreciéndoles la posibilidad de asistir sólo ellos a las sesiones educativas para padres, ya que es posible que cambien de opinión cuando comprueben qué tipo de cosas se pueden aprender en esas sesiones. Los padres suelen mostrarse más dispuestos a dejar participar a sus hijos si ven que los educadores, además de ayudar a sus hijos, no les juzgan pretenden ayudales también a ellos a educar a sus hijos. Es importante que no vean a los educadores como padres sustitutos que les critican y usurpan sus roles y responsabilidades parentales. También es muy importante reforzar a los padres, asegurándoles de que están siendo unos padres responsables al permitir que sus hijos participen en este tipo de grupos educativos. En la primera sesión educativa grupal con los padres se repetirán algunas de las explicaciones anteriores y se aclararán las dudas que hayan surgido. Las sesiones con los padres pueden ayudar a que vean que no son la única familia que se enfrenta con el problema del alcoholismo. En estas sesiones el tono de la conversación y el clima de confianza suelen ser más importantes que el contenido en sí, especialmente teniendo en cuenta que en la experiencia piloto del Programa ALFIL sólo hemos realizado dos sesiones para padres, insuficientes para abordar todos los temas que ellos desearían, a juzgar por sus respuestas a los cuestionarios de evaluación.

Uno de los problemas básicos en los programas educativos para población de alto riesgo es que las familias que están en peor situación debido a la existencia de problemas importantes de salud, económicos, cognitivos, relacionales, etc., suelen ser las más reacias a participar y, en el caso de aceptar, no suelen adaptarse bien a los programas estructurados, que se ofrecen en sesiones semanales, contienen material didáctico, deberes para casa, etc., ya que a veces faltan a las sesiones, acuden pidiendo atención personal cuando no han solicitado hora de visita, etc. Para motivarlas a participar y a cumplir las normas de este tipo de programas es necesario esforzarse un poco más de lo habitual, tratando de utilizar todos los recursos disponibles. Precisamente, el gran desafío de estos programas consiste en desarrollar estrategias para captar no sólo a los individuos

vulnerables, sino también para motivar la participación activa de sus familiares (St. Pierre y Kaltreider, 1997). Algunos autores se han especializado en este tipo de estrategias, algunas de las cuales se resumen en la Tabla 5 (Seleckman, 1996; Rollnick y Miller, 1995; Digiuseppe *et al.*, 1996; Draycott y Dables, 1998; van-Bielsen y Wilke, 1998; Hohman, 1998; Migneault *et al.*, 1997).

Tabla 5. Principios básicos para mantener una actitud motivacional ante familias alcohólicas reacias a participar en programas educativos.

Principios motivacionales básicos para familias alcohólicas
<ul style="list-style-type: none"> • Principios de la psicología motivacional para promover el cambio de conductas disfuncionales: <ol style="list-style-type: none"> 1. Expresar <u>empatía</u> (escucha activa y reflejo de lo que dice el paciente para demostrar que tratamos de entenderle). 2. Desarrollar la <u>discrepancia</u> entre los aspectos positivos y negativos de la conducta. Resumir al usuario los aspectos conflictivos de su conducta y ayudarle a manejar esa <u>ambivalencia</u>. 3. Evitar enfrentar la <u>resistencia</u> con argumentos y discusiones bizantinas. Se debe procurar cambiar el foco de la conversación a un tema menos conflictivo y abordar el tema conflictivo desde otro punto de vista. 4. Cuando la persona haya realizado el balance decisional y los contras superen a los pros de la conducta evaluada, ofrecer información sobre las diferentes <u>alternativas</u> para ayudarle a cambiarla. 5. Apoyar la <u>propia responsabilidad</u> y la <u>autoeficacia</u> en la consecución de sus objetivos. • Procurar construir una relación de <u>confianza mutua, sinceridad, respeto e igualdad</u> entre los participantes en el grupo. • Potenciar el <u>sentido de pertenencia al grupo</u> y la <u>identificación</u> entre los miembros. Procurar crear una sensación de “buen rollo” y un ambiente amistoso, informal y divertido. • <u>Reforzar las potencialidades y los pequeños avances</u> de los miembros de la familia para aumentar su autoestima. • <u>Reforzar el esfuerzo</u> por asistir a las sesiones y mostrarles que se les echa de menos si faltan. • <u>Facilitar el acceso</u> a las sesiones (medios de transporte, lugares accesibles, horarios flexibles, “guardería” para los niños más pequeños de la familia, etc.) • <u>Utilizar incentivos</u> para que acudan a las sesiones, como meriendas o aperitivos, darles un regalito sencillo a los niños, o un informe a los padres con los resultados de la evaluación psicológica de sus hijos. • <u>Utilizar recordatorios</u> como cartas o llamadas telefónicas para comunicarles el día y la hora de la siguiente reunión, regalarles calendarios con las fechas de reunión señaladas, etc.) • <u>Darles la opción de escoger</u>, mostrándoles confianza en su capacidad para decidir lo que más conviene a su familia. Se trata de ofrecerles la posibilidad de participar en el programa sin forzar ni imponer, sino como una recomendación que ellos tienen la opción de escoger o no, en el momento presente o incluso más adelante. • <u>No juzgar ni culpabilizar</u> a los padres por las posibles repercusiones de su conducta sobre los hijos, ni cuestionar su papel de padres responsables. • <u>Reforzar a los padres su apertura y responsabilidad</u> al interesarse por estos temas y acudir a la primera entrevista. Muchas veces focalizarse en el rol de padres que desean lo mejor para sus hijos puede ser altamente motivador para abandonar el consumo de alcohol definitivamente, más que centrarse en su propia salud. Eso sí, se debe tener mucha precaución en las frases que se utilizan para no culpabilizarles. • Explicarles claramente que el <u>propósito del programa es ayudar a la familia</u> a manejar adecuadamente los problemas que les ha ocasionado el alcohol en sus relaciones y en el desarrollo de sus hijos. Para ello se procura enseñar tanto a los hijos como a los padres nuevos recursos para prevenir problemas. • Ofrecerles <u>asistir a las sesiones educativas para padres</u>, hasta que estén convencidos de la conveniencia de que sus hijos participen en las sesiones para jóvenes. • Utilizar respuestas motivacionales para <u>manejar la resistencia inicial</u> de padres e hijos (ejemplos en las Tablas 6 y 7). • <u>Persistencia y presión muy suave</u>, sin forzar ni culpabilizar. Si al principio se resisten a participar, se debe insistir en ofrecerles nuevas actividades más adelante. • <u>Paciencia y flexibilidad</u> para adaptarse a los cambios, las crisis, los avances y retrocesos y la discontinuidad de estas familias, reorganizar o reprogramar actividades concretas si no pueden llevarse a cabo como se planificaron, aceptar que algunas familias no podrán beneficiarse del programa por dificultades para motivarlas, etc. • Mostrar <u>interés por los temas de los adolescentes</u> (empatía) sin caer en el “colegismo”. • Utilizar <u>incentivos para los jóvenes</u> como tiempo extra para utilizar los ordenadores, para jugar o consultar Internet, atención individual antes o después de las sesiones, meriendas o tentempiés a media sesión para descansar, una pequeña fiesta de despedida al final de las sesiones, junto con los padres, etc. • Pedir a los jóvenes que <u>acudan sólo a una de las sesiones</u>, para que vean cómo se sienten, sin obligarles a más.

Tabla 6. Ejemplos de resistencias y preguntas típicas de los padres y respuestas motivacionales del terapeuta.

Resistencias de los padres	Respuestas motivadoras del terapeuta
Mis hijos no tienen problemas, van muy bien en la escuela. Además, en casa hablamos de todo. No les hace falta acudir a las sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> - También es muy útil para nosotros tener datos de los niños que funcionan bien, para conocer qué factores personales o familiares pueden resultar protectores en el desarrollo de problemas. Pueden servir de modelo a otros niños con más dificultades. - El programa no es un tratamiento para los jóvenes que presentan problemas en la actualidad, sino un programa educativo para ayudar a prevenir posibles problemas futuros. - Aunque los niños no manifiesten problemas, suelen tener preocupaciones y dudas respecto a estos temas que no se atreven a preguntar en casa, y es conveniente que se les resuelvan estas dudas.
Mis hijos no saben nada de "lo mío", y no quiero que lo sepan, de momento. No creo que deban saberlo y además, no estoy preparado/a.	<ul style="list-style-type: none"> - Los hijos habitualmente saben más de lo que parece a simple vista, lo que ocurre es que no se atreven a comunicarlo en casa porque piensan que es un tema "tabú", que pueden hacer daño o provocar problemas ("un elefante en el salón"). - La opinión de los expertos es que lo más saludable para el desarrollo de los niños es hablarles de los problemas que le ha ocasionado a uno mismo el alcohol, porque así les podemos ayudar a prevenirlos, y también para estrechar los lazos de comunicación emocional en la familia. - Sin embargo, tiene Ud. razón en que este tipo de comunicación se debe tener cuando los padres están preparados para ello. No se trata de forzar la situación. Probablemente Ud. mismo encontrará el momento oportuno y entonces puede pedirnos consejo, si lo desea.
A mis hijos no les ha afectado "lo mío" para nada, porque hemos mantenido el secreto. Además, yo nunca me he comportado mal con ellos.	<ul style="list-style-type: none"> - La participación en el programa puede ser beneficiosa no sólo para los hijos, sino también para que los padres puedan aprender cómo mejorar las relaciones familiares, para apoyar el tratamiento de la persona que tiene problemas con el alcohol, para aprender pautas educativas adecuadas con los hijos adolescentes, etc.
Mis hijos son demasiado pequeños para hablarles de esas cosas, ya se lo contaré más adelante, cuando lo puedan entender.	<ul style="list-style-type: none"> - Las sesiones del programa actual están diseñadas para niños de 12 a 16 años. Sin embargo, las explicaciones sobre temas complejos como la muerte, el sexo, etc. se pueden adaptar a la edad del niño. Incluso los niños más pequeños pueden comprender en qué consiste la dependencia de las drogas si se les explica con palabras que puedan entender.
Pero en las sesiones ¿conocerán a niños con problemas graves, o a niños de la calle, que les pueden influir negativamente?	<ul style="list-style-type: none"> - Todos los niños que participan en los programas grupales son niños como los suyos, que pueden tener problemas más o menos importantes, y sus padres están de acuerdo en que acudan a estas sesiones preventivas. Son niños como los que pueden encontrar en su propia escuela, o en su barrio. - Conocer a otros niños que pueden tener los mismos problemas que uno, o incluso problemas más importantes, lejos de influirles en el sentido negativo, puede ser de gran ayuda para su desarrollo personal.
¿Les darán información sobre drogas? Mis hijos son muy inocentes y yo prefiero que no sepan nada de esas cosas.	<ul style="list-style-type: none"> - El contenido del Programa ALFIL es similar al de los programas escolares. No se detallan las características de las drogas ni las formas de consumirlas, sino conceptos útiles para la prevención. Se trata de información objetiva, no sesgada como la que pueden recibir de sus compañeros o de algunos medios de comunicación.
¿Les puede afectar emocionalmente tener que hablar del problema del alcoholismo en su familia?	<ul style="list-style-type: none"> - Al contrario, suele ser beneficioso para los jóvenes hablar de estos temas abiertamente en un grupo en el que pueden sentirse comprendidos. Aprenden que el alcoholismo no es un tema "tabú", sino una enfermedad como otra, de la que no deben esconderse ni avergonzarse. - Además, en estas sesiones se suele hablar de situaciones ficticias, de los vídeos, etc., y nunca se les fuerza a hablar de cosas personales, a no ser que lo deseen.
¿Les harán hacer o decir cosas que les hagan sentir incómodos?	<ul style="list-style-type: none"> - A los niños no se les fuerza a hacer ni decir nada que no deseen, o que les pueda hacer sentir incómodos. Cada niño participa en las actividades al nivel que desea. Si son tímidos, por ejemplo, pueden preferir escribir las conclusiones sobre una sesión que interpretar una escena, aunque también se les enseña que pueden aprender habilidades sociales para ser menos tímidos (de hecho, se practica alguna de estas habilidades durante las sesiones).
¿Quedarán marcados o etiquetados como "hijos de alcohólicos" en el futuro? ¿Quedará algún registro con sus nombres?	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto los datos de sus tests y entrevistas como las cosas personales que pueden decir en las sesiones son absolutamente confidenciales, y se procura la máxima discreción. A ellos también se les pide confidencialidad sobre lo que puedan explicar los demás. - Por otro lado, a los niños se les enseña estrategias para que no se dejen "etiquetar" por las personas de su entorno que puedan conocer su situación familiar.

<p>Si se les explica que el alcoholismo se "hereda" ¿pueden tener miedo? o por el contrario ¿puede ser que no hagan nada por evitarlo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A los niños se les explica que en el alcoholismo, como en otras enfermedades, intervienen múltiples factores, algunos de los cuales pueden ser genéticos (se les dan ejemplos). También se les dice que todos tenemos problemas y factores de riesgo para una u otra cosa en nuestras familias, que no somos culpables de ello, que en todo caso podemos procurar protegernos, y que es precisamente eso lo que les enseñamos en este programa.
<p>Y si empiezan a hablar sobre este tema en casa ¿cómo le explicamos el problema que ha tenido su padre/madre?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En las sesiones con padres se hablará de cómo abordar este tema con los hijos. - A los niños se les enseña que es saludable expresar los sentimientos y las dudas que uno tiene, y por tanto, es probable que comiencen a expresarlos en la familia. Los padres han de intentar responder con la máxima naturalidad, procurando no sentirse excesivamente culpables ni heridos por los posibles reproches de los hijos. - Tanto los hijos como los padres han de aceptar y comprender que todos tenemos problemas, limitaciones, debilidades, y cometemos errores, y que lo importante es aprender de ellos y procurar hacerlo cada vez mejor. - Para explicar a los hijos la enfermedad del alcoholismo no es necesario buscar un momento especial, ni hablar con tecnicismos. Es suficiente explicarlo de la forma más llana posible cuando surja el tema en la conversación.

Los jóvenes también suelen realizar en el grupo conductas que son síntomas de problemas. Se trata de conductas que han aprendido a utilizar rígidamente, en un intento de adaptarse a la situación familiar disfuncional. En realidad son respuestas automáticas para tratar de defenderse del malestar que le provocan sus sentimientos negativos hacia su familia, que no han aprendido a expresar adecuadamente. En el grupo, el guía-terapeuta debe facilitar la expresión adecuada de esos sentimientos, haciendo ver a los jóvenes que en el grupo está permitido quejarse de lo que a uno le molesta, siempre que se respeten las reglas y se utilicen los medios de expresión que la situación de grupo permite.

Tabla 7. Trucos para manejar las conductas disruptivas o pasivas de los jóvenes en el grupo

Conducta del joven	Respuesta del terapeuta-educador
<p>Negativismo, oposicionismo, agresividad, interrupciones constantes (demanda de atención).</p>	<p>Dejar claras las reglas del grupo, que no se tolerarán enfrentamientos, etc., pero dar la oportunidad de explicar la razón de ese tipo de conducta y de expresar el enfado de una forma aceptable para el grupo. Dedicarles tiempo extra tras las sesiones para sondear los problemas particulares y, si es necesario, derivarlos a intervención individual.</p>
<p>Timidez y/o pasividad extrema en las actividades propuestas.</p>	<p>Estimular la participación sin forzarles ni avergonzarles, reforzar y valorar sus intervenciones, destacar sus cualidades, etc., para tratar de aumentar su autoestima. Dedicarles tiempo extra tras las sesiones para sondear los problemas particulares y, si es necesario, derivarlos a intervención individual.</p>
<p>Desean marcharse en medio de la sesión.</p>	<p>La respuesta dependerá del motivo de la conducta. Si se intuye que se trata de una forma de manifestar su rechazo y su malestar ante la problemática que se está tratando en la sesión, se les debe dar la oportunidad de expresarlo ante el grupo, controlando en lo posible la forma de hacerlo. En el caso de que lo hagan por llamar la atención, no ofrecer excesiva importancia a la conducta en sí y procurar retenerles con alguna excusa demostrándoles que deseamos que se quede, que confiamos en ellos, que sus opiniones son muy valiosas para el grupo, que necesitamos su ayuda para preparar la sesión, etc.</p>
<p>No desean acudir a nuevas sesiones.</p>	<p>Darles la opción de escoger, aclarándoles antes el propósito de las sesiones. Dejarles la puerta abierta para futuros contactos si lo desea (p.ej. si algún amigo suyo tiene problemas con el alcohol, si desea algún tipo de información sobre el tema, o si tiene algún problema por el que desee pedir consejo profesional).</p>

3. Diseño del programa

3.1. Base teórica y antecedentes del programa

El diseño del programa ALFIL se fundamenta en el modelo de vulnerabilidad familiar para el alcoholismo de Sher (1991), 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). El programa pretende disminuir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores en los hijos de alcohólicos para reducir la probabilidad de que desarrollen trastornos.

En el programa se utilizan materiales preventivos editados en nuestro país para la población general, así como técnicas cognitivas y motivacionales diseñadas específicamente para jóvenes consumidores de drogas y otros grupos de alto riesgo (Miller, 1995; Milgram, 1996; Orlandi, 1996; Seleckman, 1996; Kim *et al.*, 1998; van-Bielsen y Wilke, 1998; Goldstein *et al.*, 1989; Michelson *et al.*, 1987; Morganett, 1995). Profesionales de Sociodrogalcohol de ocho comunidades autónomas están experimentando este tipo de grupos educativos desde 1997 y, en este momento, centros de otras comunidades de nuestro país y de otros países de la Comunidad Europea y de Sudamérica están interesados en llevar a cabo intervenciones similares (Gual y Díaz, 1999).

Actualmente el programa ALFIL se lleva a cabo en centros sanitarios de atención a las drogodependencias, en asociaciones de alcohólicos rehabilitados y en centros de asistencia social, y se presenta como una actuación selectiva complementaria de otros programas preventivos escolares y comunitarios dirigidos a la población general.

3.2. Objetivos

El Programa ALFIL tiene como objetivo general la disminución del riesgo de alcoholismo y 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, promoviendo cambios en los conocimientos, las actitudes y las expectativas sobre el alcohol y otras drogas hacia una posición más acorde con la realidad que permita a los jóvenes tomar decisiones responsables, a través de:
 - 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 cómo se puede evitar.
 - Reforzar las actitudes de abstinencia de drogas en general.
 - Reflexionar sobre alternativas saludables para disfrutar del tiempo libre.
2. Aumentar las habilidades de enfrentamiento al estrés y a los factores de riesgo individuales y ambientales (problemas emocionales y de autoestima, impulsividad, falta de habilidades sociales y de solución de problemas, presión del grupo, publicidad).

3. Utilizar el grupo como recurso educativo y terapéutico, procurando crear un clima de confianza mutua que facilite:

- La identificación y expresión de sentimientos, problemas emocionales y dudas respecto al alcohol, el alcoholismo y las 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.

4. Facilitar la atención global de la familia, a través de:

- Desresponsabilizar a los familiares de la enfermedad del alcohólico.
- Desculpabilizar a los padres de los trastornos que han podido ocasionar a sus hijos involuntariamente.
- Ayudar a evitar las actitudes protectoras de 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: cómo establecer límites, normas, valores, libertad y responsabilidad progresivas, entender la crisis adolescente, mantener una actitud abierta, flexible y comunicativa con los hijos, etc.
- Ayudar a la reestructuración y a la cohesión familiar a través de la enseñanza de habilidades de comunicación, cooperación y convivencia, potenciar los lazos afectivos, etc.
- Enseñar estrategias de búsqueda de soluciones flexibles a los conflictos.
- Ofrecer esperanza en el futuro.

Aunque los contenidos del programa están centrados en la temática del alcohol, en realidad sus objetivos van más allá de la prevención del abuso de alcohol y del alcoholismo. Estos contenidos son una excusa para educar en valores, actitudes y habilidades generales que pueden ayudar a prevenir problemas de drogadicción en general, problemas emocionales y dificultades en las relaciones familiares y sociales en general. Se espera, asimismo, que las pautas educativas ofrecidas a los padres en torno a la problemática del alcohol, se generalicen a otros ámbitos, y que la mejora de la dinámica familiar permita prevenir y abordar adecuadamente otros problemas típicos en las relaciones entre padres e hijos adolescentes.

3.3. Metodología

El Programa ALFIL consta de dos partes: un estudio epidemiológico-descriptivo de la población de hijos de alcohólicos (de 7 a 16 años) que entran en contacto con centros de

tratamiento en nuestro país y una intervención psicoeducativa grupal para hijos de alcohólicos de 12 a 16 años y para sus padres (Díaz *et al.*, 1997).

Evaluación previa de los participantes en las sesiones educativas

En la primera fase de implementación de este programa, con el fin de facilitar la evaluación de su efectividad a medio y largo plazo, todos los participantes en las sesiones de grupo y sus familiares han sido evaluados a través de una amplia batería de pruebas (Tabla 8), compuesta por tests cognitivos estandarizados, diversos cuestionarios y la entrevista ESDA (Entrevista Semiestructurada para Descendientes de Alcohólicos), cuyos apartados se indican en la Tabla 9. En este momento se dispone de los datos descriptivos de más de 320 hijos de alcohólicos, y se están realizando análisis comparativos con una muestra de alrededor de 100 controles de la población general, sin antecedentes familiares de alcoholismo.

Tabla 8. Procedimiento de evaluación de los sujetos que participan en el programa ALFIL.

Sesión de evaluación	HIJO	PADRE
1ª parte	<ul style="list-style-type: none"> • WISC-R (orden del manual) • Test de Re 	<ul style="list-style-type: none"> • ESDA (anexos autoadministrables)
Intermedio	Tentempié y descanso	<ul style="list-style-type: none"> • ESDA (apartados para padres)
2ª parte	<ul style="list-style-type: none"> • Tolouse-Piéron • Test de memoria auditiva MAI • Test Stroop • ESDA (apartados hijo) • Cuestionario sobre alcohol: conocimientos, actitudes y expectativas (12-16 a.) • Cuest. de personalidad HSPQ (12-16 a., opcional) 	<ul style="list-style-type: none"> • ESDA (apartados para padres)

Tabla 9. Apartados de la entrevista ESDA (Entrevista Semiestructurada para Descendientes de Alcohólicos) para padres e hijos.

ESDA - Padre	ESDA - Hijo
Datos de identificación	Escuela (confirmación)
Datos demográficos familiares	Apartados de psicopatología (confirmación)
Consumo de tóxicos en los padres	Alcohol
Árbol genealógico	Tabaco
Historia psiquiátrica familiar	Marihuana
Historia médica del hijo y exploración física	Otras drogas
Escuela	Relaciones sociales
Apartados de psicopatología del hijo	
Anexos: Informe de consentimiento	
Escala de acontecimientos vitales	
Escala de clima social familiar	

Para facilitar la evaluación del programa, en la fase piloto la asignación de los sujetos a los grupos de prevención se realizó de forma quasi-aleatoria. El día de la evaluación previa que forma parte del estudio epidemiológico, a los padres se les informaba de que, si lo deseaban, ellos y sus hijos podían participar en una serie de sesiones educativo-preventivas sobre el consumo de alcohol. Les indicábamos también que el programa de sesiones educativas se iba repitiendo a lo

largo del tiempo, de modo que si no les avisábamos para el primero que se realizase, podíamos avisarles más adelante.

Sesiones psicoeducativas

El programa psicoeducativo grupal consta de 11 sesiones, 2 para los padres y 9 para los hijos. Si se dispone de personal suficiente para realizar grupos en horario paralelo, las dos sesiones para padres pueden hacerse coincidir con la primera y la última sesión de los niños. Si el educador dispone de tiempo y lo considera oportuno puede ampliar las sesiones para padres, ya que en la experiencia piloto se ha comprobado que faltaba tiempo para profundizar en algunos aspectos. Las sesiones tienen una duración aproximada de 90 minutos y se pueden realizar con una frecuencia de una o dos sesiones semanales. Si es posible, es preferible que la sala donde se realicen las sesiones educativas no tenga ningún rótulo que indique su vinculación a una Unidad de Alcoholismo o de Drogodependencias, para evitar el etiquetaje de los jóvenes.

Tabla 10. Esquema de las sesiones del Programa ALFIL para padres e hijos

SESIONES PARA PADRES		
Sesión	Título	Material y técnicas sugeridas
1	Educar a los hijos para prevenir: una tarea difícil.	Presentación. Vídeo y transparencias sobre las características de los adolescentes y algunas normas educativas saludables. Folleto para padres.
2	¿Cómo hablar con los hijos del alcohol y otras drogas?	Discusión grupal sobre casos prácticos: Historias de padres e hijos relacionadas con el consumo de drogas. Debate: "¿Es conveniente hablar con los hijos de la propia experiencia?"

SESIONES PARA HIJOS		
Sesión	Título	Material y técnicas sugeridas
1	Opiniones sobre el alcohol y sus efectos.	Presentación. Vídeo sobre el consumo de alcohol en nuestro país (la progresión del uso social al alcoholismo). Discusión grupal, sugerencia de temas y buzón de dudas "anónimas".
2	Información objetiva sobre los efectos del alcohol (hechos reales y mitos).	Transparencias con conceptos básicos. Vídeos sobre los efectos del alcohol y la conducción de vehículos. Historieta 1ª del programa "Tú decides". Mesa redonda de "expertos".
3	El alcoholismo, una enfermedad con tratamiento	La progresión del uso al abuso y la dependencia. Transparencias y ejemplos. Vídeo sobre la experiencia de alcohólicos rehabilitados.
4	¿Por qué empiezan a beber algunos jóvenes?	Explicación de factores de riesgo y entrenamiento en técnicas cognitivas para enfrentarse a ellos:
5	• Presión del grupo de amigos y la publicidad	• Toma de decisiones, presión de grupo (vídeo), análisis de la publicidad (vídeo). Historietas 2ª y 3ª del "Tú decides".
6	• Malestar emocional	• Técnicas para combatir el estrés y la "depre".
6	• Facilitación de las relaciones sociales.	• Habilidades sociales. Representación de roles.
7	El alcoholismo, una enfermedad "familiar": repercusiones en la convivencia y "heredabilidad".	Vídeo sobre los problemas familiares de una adolescente cuyo padre es alcohólico. Discusión grupal y juego dramático. Mesa redonda o forum a partir de un fragmento del vídeo sobre el tema de la "heredabilidad" del alcoholismo. Comentario de un artículo periodístico sensacionalista sobre ese tema.
8	Los síntomas iniciales de problemas con el alcohol en los jóvenes.	Historieta 4ª del "Tú decides" sobre adolescentes que empiezan a tener problemas con el alcohol. Los "límites" en el consumo y la progresión del uso al abuso y la dependencia. Discusión grupal sobre "¿Cómo ayudarse a sí mismo y/o a los demás si surgen problemas?"
9	Despedida	Dudas y comentarios finales. Póster. Cuestionario de evaluación del programa. Merienda con los hijos y los padres juntos.

Los grupos de jóvenes están formados por un mínimo de 6 y un máximo de 12 niños de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, que realizan una serie de actividades conjuntas guiados por un terapeuta-educador. El programa está basado en técnicas psicoeducativas y psicoterapéuticas de orientación cognitivo-conductual y se procura mantener una dinámica grupal altamente participativa, fomentando la exposición de opiniones y experiencias personales. No se pretende ofrecer información unidireccionalmente, sino proporcionar un espacio para que los participantes puedan reflexionar sobre algunos conceptos y ejercitarse en la toma de decisiones responsable después de discutir en grupo los pros y los contra de las diferentes alternativas, así como en hacer frente a las presiones internas y externas al consumo de drogas.

Evaluación posterior a la intervención

El programa ALFIL se evalúa a través de diferentes procedimientos:

A) Evaluación del proceso (metodología):

1) Indicadores objetivos de adecuación del procedimiento:

- Cumplimiento de la planificación
- Nivel de asistencia a las sesiones (registros de sujetos, incidencias, etc.)
- Nivel de demanda e interés por el programa por parte de los pacientes y los profesionales (educadores, médicos, psiquiatras infantiles, etc.)

2) Indicadores subjetivos de adecuación de los contenidos, metodología, utilidad, etc.:

- Grado de satisfacción de los profesionales (cuestionario de evaluación de las sesiones)
- Grado de satisfacción de los sujetos participantes (cuestionario de evaluación de las sesiones para padres y para hijos)

B) Evaluación de los resultados (eficacia en el cumplimiento de los objetivos y resultados previstos)

B1) Procedimiento de evaluación del efecto del programa a corto plazo:

- A los jóvenes se les administra un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y expectativas sobre el alcohol antes y después de la realización del programa, con el objeto de encontrar cambios positivos que haya podido facilitar el programa.
- A los padres se les administra un cuestionario en la última sesión del programa, en el que se evalúa el tipo de relaciones familiares, el nivel de comunicación en general y respecto al tema de drogas en particular, la conducta de los hijos, etc., con objeto de comprobar si la dinámica familiar ha cambiado tras la intervención.

B2) Procedimiento de evaluación del efecto del programa a medio-largo plazo:

- Todos los jóvenes participantes en el programa preventivo son evaluados previamente a la intervención utilizando la batería diseñada para el estudio epidemiológico. Los padres son informados de que en el futuro nos pondremos en contacto de nuevo con ellos para realizar entrevistas de seguimiento de sus hijos al cabo de 5 y 10 años de la intervención preventiva. En estas sesiones de seguimiento se volverá a administrar la batería de pruebas, cuestionarios y entrevistas aplicadas en la sesión previa a la intervención, para valorar la eficacia de ésta a través de diferentes indicadores: actitudes, consumo y problemas con el alcohol y otras

drogas, psicopatología, ambiente familiar y social, evolución del alcoholismo paterno, etc.

- También está previsto realizar un seguimiento de los niños que no han participado en el programa preventivo para comprobar si en el futuro presentan mayor consumo de alcohol o más síntomas de psicopatología que los que han participado, y si el desarrollo de problemas futuros está relacionado con la presencia de algunos marcadores de riesgo en la evaluación previa.

Material

Para la realización de este programa se ha procurado adaptar materiales editados previamente para otros programas preventivos como los vídeos “*Presión de grupo*” (Grupo IGIA, 1986), “*El reto de la libertad*” (Acción Familiar), así como otros vídeos de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), los cuadernillos del programa “*Tú decides*” (Calafat *et al.*, 1995) y el programa sobre simulación de conducción bajo los efectos del alcohol “*Límit zero*” (Generalitat de Catalunya, 1996). También se utiliza una cinta de cassette (Ramírez y Cabañas) para realizar la técnica de relajación, aunque los educadores-terapeutas pueden elegir leer las instrucciones directamente o bien grabarlas en una cinta con su propia voz.

Para la proyección de los vídeos y las transparencias, la audición de la cinta de relajación, y la ejecución del programa “*Límit zero*”, los centros que realicen este programa necesitan disponer de aparatos de TV y vídeo, un retroproyector de transparencias, un reproductor de cintas de cassette y un ordenador. Sin embargo, es posible realizar el programa sustituyendo las transparencias por una pizarra, y prescindiendo del programa de ordenador “*Límit zero*”.

El último material necesario para realizar el Programa ALFIL es el presente manual, que incluye como anexo los cuestionarios de evaluación del programa para padres e hijos. El contenido de este manual está basado, en parte, en el de otros programas de prevención nacionales como el “*Tú decides*” (Calafat *et al.*, 1995), el *Programa de Educación para la Salud en la Escuela - PESE* (Generalitat de Catalunya, 1995), el *Programa de Prevención de Consumo de Drogas en el ámbito Familiar* y el *PIPES-* (FAD, 1996a,b), y en parte en programas extranjeros específicos para hijos de alcohólicos y otros grupos de alto riesgo como “*An elephant in the living room*” (Typpo y Hastings, 1984), “*Reconnecting Youth*” (Eggert *et al.*, 1994), etc., “*ESCAPE*” (Nastasi y DeZold, 1994) o el vídeo “*El mago del no: El retorno del mago*”. También se han incorporado algunas técnicas cognitivo-conductuales para niños y adolescentes, así como diversas estrategias específicas para realizar programas preventivos con grupos de alto riesgo que han sido propuestas en la literatura.

Lista de material:

- Sala con sillas dispuestas en círculo.
- Pizarra tipo veleda y rotuladores.
- Vídeo y monitor TV.
- Lápices, bolígrafos y papel (tenerlos a mano en todas las sesiones).
- Carpetas (obsequio) para que los niños puedan guardar el material de las sesiones, con una pegatina con el dibujo identificativo del programa.
- Cassette para la reproducción de la cinta de relajación.
- Transparencias con ideas clave, frases a comentar, etc., y retroproyector (prescindible).

- Material fotocopiado para los participantes (historietas, técnicas cognitivas, etc.)
- Ordenador para el programa “*Límit zero*” y para consultar páginas de Internet dirigidas a la prevención de drogas en jóvenes (opcional).

3.4. Resultados preliminares de la experiencia piloto del Programa ALFIL

Aunque la evaluación completa del programa aún no ha terminado, disponemos de algunos resultados preliminares de la experiencia piloto, basados en la información ofrecida por los profesionales y los participantes en los cuestionarios de evaluación. Hasta el momento se han realizado 11 programas en 7 centros. En la mayoría de los casos, los grupos se han realizado con cierto retraso respecto a la programación inicial, debido a dificultades de organización y a la inestabilidad del personal dedicado a la prevención en los centros. En dos de los centros han tenido dificultades para realizar la totalidad de las sesiones, debido a la dispersión de la población atendida y a falta de personal y recursos para motivar a las familias a acudir regularmente. Algunos de los centros han realizado, *a posteriori*, adaptaciones específicas de las sesiones para poder llevar a cabo estos programas de acuerdo con las características socioculturales de la población que atienden, y de las particularidades de los jóvenes que componen cada grupo concreto, incluso algunos centros han realizado grupos educativos exclusivamente para progenitores alcohólicos sin que acudieran sus hijos. Algunas de las adaptaciones han sido incorporadas como sugerencias en este manual.

Tras la realización de los programas piloto se ha comprobado que algunos jóvenes asisten irregularmente a las sesiones, especialmente aquellos con características disociales o con graves problemas en casa. La mayoría de los niños suele avisar de su ausencia en un día concreto, cosa que habitualmente ocurre por razones justificadas como actividades extraescolares importantes, viajes, exámenes, etc. Se han desarrollado algunas 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. Se ha visto, asimismo, la necesidad de realizar las sesiones flexiblemente, con resúmenes frecuentes, recapitulaciones, cambios de orden, etc., para recordar la información básica que algunos niños se pueden haber perdido al faltar a alguna sesión. Esta idea de flexibilidad se ha procurado incorporar en este manual de sesiones. También se ha considerado la necesidad de realizar grupos educativos para niños de 9-10 a 12-13 años, para acceder a los jóvenes de alto riesgo que a los 13-15 años ya presentan conductas disociales importantes y resultan más difíciles de motivar para que acudan a las sesiones. En las sesiones para padres, en general muy motivados y muy regulares en su asistencia (al menos un progenitor de cada familia), se ha puesto de manifiesto la necesidad de aumentar el número de sesiones educativas para tratar los temas propuestos. Por ello, se ha decidido realizar “talleres para padres preocupados por sus hijos” independientemente de la asistencia de los hijos a los programas para niños.

Los resultados preliminares de la evaluación de los cuatro primeros grupos realizados indicaron que la experiencia había sido altamente satisfactoria para los participantes. El 86.2% de los niños y el 93.4% de los padres que entregaron su cuestionario de evaluación se declararon “satisfechos” o “muy satisfechos” con su participación en el programa, y todos los profesionales la valoraron muy positivamente, a pesar de que algunos han encontrado algunas dificultades para realizarla. Continúan los análisis de evaluación del programa con datos del resto de grupos, nuevos indicadores, comparaciones entre centros, etc.

A medida que aumenta el conocimiento de la existencia del programa, tanto los pacientes que leen los trípticos informativos en las consultas, como los profesionales que les atienden han aumentado sus demandas de participación en grupos educativos, de asesoramiento a familias en las que los especialistas detectan problemas importantes y de derivaciones de jóvenes a centros de atención psicológica. Por ello, en algunos centros se han confeccionado listas de espera para participar en futuros grupos educativos y en otros se están desarrollando actividades de captación específicas para llegar a los jóvenes con mayor riesgo. También se han establecido contactos con profesionales nacionales y extranjeros que desean intercambiar información o recibir asesoramiento para realizar grupos psicoeducativos similares a los del Programa ALFIL en centros de tratamiento y centros educativos juveniles. Por ello, desde Socidrogalcohol se ha decidido realizar un taller de formación para profesionales en el marco de la Escuela de Otoño (Octubre, 2000).

Globalmente, la valoración de las actividades realizadas en el programa hasta el momento es muy positiva. Los problemas surgidos han tenido relación principalmente con las dificultades para coordinar las actividades de profesionales que comparten su dedicación al programa con otras tareas asistenciales, la inestabilidad del personal dedicado a la prevención en los centros, y las dificultades propias de los programas dirigidos a población de alto riesgo. A pesar de esas dificultades, muchos profesionales están dispuestos a colaborar, incluso desinteresadamente en muchas ocasiones, para que este tipo de actividades siga llevándose a cabo y evaluándose en nuestro país. Se debe también hacer constar que la evaluación de las primeras experiencias en este tipo de programas requiere procedimientos flexibles, que en buena parte deben ser cualitativos, ya que presenta dificultades metodológicas específicas como la dificultad para atraer y retener a los participantes, tamaños de muestra pequeños, posibles sesgos en la selección de sujetos, dificultades éticas para mantener a los grupos control sin intervención, y necesidad de incorporar innovaciones y adaptaciones constantemente.

Conclusiones de la experiencia

En la última reunión-taller, realizada en marzo del año 2000, el equipo de profesionales que participan en el Programa ALFIL llegó a las siguientes conclusiones:

1. En España los hijos de alcohólicos constituyen un grupo diana para la prevención selectiva, ya que tienen mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos y fracaso escolar. Según los resultados del estudio piloto realizado el 25% de los hijos de alcohólicos estudiados, frente a sólo el 5% de los controles, había necesitado algún tipo de intervención psicológica a lo largo de su vida. Probablemente en este estudio se ha infravalorado la magnitud del problema, puesto que hemos iniciado nuestra intervención con uno de los sectores presumiblemente menos afectado, ya que la mayoría de los padres han iniciado un tratamiento y las familias son bastante normativas, en general. Además, sucede con frecuencia que los problemas de estas familias sólo emergen tras una evaluación en profundidad, debido a su tendencia a ocultar los problemas por vergüenza o sentimiento de culpabilidad.
2. No somos partidarios de la intervención terapéutica indiscriminada y pensamos que debemos ser cautelosos y no exagerar ni alarmar a la población con respecto a las repercusiones del alcoholismo paterno sobre la descendencia. Sin embargo, la revisión de los últimos avances sobre la posibilidad de detección precoz de las personas más susceptibles de desarrollar problemas a partir de marcadores de riesgo, así como las nuevas estrategias de prevención

orientadas a reducir factores de riesgo y a potenciar factores de protección específicos, han hecho que comencemos a plantearnos que una intervención precoz adecuadamente diseñada y dirigida a los más vulnerables podría ser más rentable que los programas preventivos universales, dirigidos a la población general.

3. El screening de marcadores de riesgo específicos puede ayudar a identificar precozmente a los niños más vulnerables, con el fin de incorporarlos a programa preventivos lo antes posible. Algunos de estos marcadores serían los signos de efectos fetales del alcohol o SAF, el número y proximidad genética de los antecedentes familiares de alcoholismo, la presencia de un ambiente familiar disfuncional o distorsionado, déficits cognitivos (especialmente en funciones frontales), rasgos de personalidad disocial, ansiosa, depresiva, timidez, impulsividad, necesidad excesiva de novedades, etc., 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. (véase la Tabla 1).
4. 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 muy beneficiosas para nuestra población, aunque requieren de mayor experimentación y adaptación flexible a las particularidades de cada comunidad. El análisis de las dificultades que ha presentado la realización de este tipo de intervenciones en algunos centros de atención al alcoholismo ha permitido introducir progresivamente innovaciones que pueden facilitar la extensión de este tipo de programas a otros centros de atención a menores con problemas familiares, a los hijos de otros drogodependientes, a otros entornos más normalizados, como los centros de ocio juvenil o las escuelas. Estas innovaciones se han ido incorporando al manual de sesiones educativas editado y se evaluarán próximamente (grupos para padres alcohólicos, grupos educativos “intensivos”, asesoramiento individual puntual, etc.)
5. En estos tres años de experiencia hemos constatado que hay muchos profesionales en el campo de la salud y la educación que demandan asesoramiento específico para intervenir eficazmente en población juvenil de alto riesgo debido al consumo de alcohol u otras drogas en los padres. 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 y adecuadamente remunerado. Es necesario trabajar la motivación y la capacidad de resistencia al estrés entre los profesionales en un campo que requiere reciclaje constante y adaptaciones continuadas a los cambios, las diferentes realidades socioculturales, etc.
6. También constatamos la necesidad de superar la rivalidad entre los profesionales que trabajan en este campo y fomentar la colaboración entre equipos pluridisciplinarios de diferentes comunidades y la coordinación entre diferentes equipos y servicios dentro de cada comunidad. Por ello, creemos que es necesario continuar facilitando la publicación de trabajos de prevención realizados con poblaciones de alto riesgo en nuestro país y el intercambio entre profesionales.
7. Desde este programa pretendemos abordar el problema del alcohol en la familia (extensible a otros problemas familiares por consumo de drogas) como un problema social que no sólo afecta

al enfermo sino también a sus familiares más allegados. Por otro lado, se intenta sensibilizar a los profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales, convenciéndoles de que una intervención precoz sobre algunos de los miembros de las familias alcohólicas o de las familias afectadas por el consumo de otros tóxicos, puede tener mejores resultados, en términos de efectividad y coste económico, que una intervención *a posteriori*, 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 a acudir al centro de tratamiento. Nuestro objetivo final sería que este tipo de intervenciones se convirtiese en algo rutinario para los profesionales que puedan encontrarse en su trabajo diario con jóvenes de riesgo.

Perspectivas de futuro

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, hemos obtenido unos resultados preliminares esperanzadores, nos hemos propuesto continuar con esta línea de trabajo. Pensamos que desde Socidrogalcohol tenemos la obligación moral de aceptar el reto de la prevención de las drogodependencias en los sectores de alto riesgo de la población en nuestro país, del mismo modo que otras organizaciones lo han hecho en otros países. De acuerdo con Calafat (1998) somos conscientes de 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 vayan surgiendo. De manera que, dispuestos a recibir de buen grado cualquier aportación crítica que nos permita mejorar este tipo de programas y con el deseo de intercambiar experiencias con otros profesionales que atienden a familiares de drogodependientes, nos gustaría poner a disposición de aquellos a los que pueda interesar tanto la descripción de nuestra experiencia como los materiales que estamos utilizando, con todos sus problemas y limitaciones, para que conjuntamente podamos avanzar en este campo. Por ello, en un futuro próximo pretendemos:

- a) Continuar extendiendo la experiencia del Programa ALFIL adaptándolo a los hijos de alcohólicos de diferentes edades, así como a otros jóvenes con problemas de consumo de drogas en sus familias, en centros educativos, juveniles, de atención a familias, etc.
- b) Realizar grupos educativos para padres alcohólicos o drogodependientes, sobre el tema de cómo educar a sus hijos para prevenir.
- c) Divulgar los materiales y los resultados del estudio epidemiológico y de la evaluación del programa con el fin de motivar a los profesionales a realizar este tipo de intervenciones y a optimizar el procedimiento.
- d) 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. Uno de nuestros intereses consiste en procurar implicar a las escuelas y a otros centros educativos y de ocio en este tipo de prevención selectiva, ofreciéndoles asesoramiento técnico y formación específica para el abordaje grupal de los niños que presentan un elevado riesgo de consumo de drogas y otras conductas desadaptativas.

- e) Realizar el seguimiento de los sujetos que supondrá la evaluación a largo plazo del programa.
- f) Elaborar materiales preventivos específicos para hijos de alcohólicos y otros drogodependientes y para sus familiares: baterías de *screening* rutinario para escuelas, consultas pediátricas, folletos informativos para jóvenes con antecedentes familiares de adicciones, etc.

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

En un futuro próximo, tanto la evaluación de factores de riesgo específicos como la intervención educativo-preventiva grupal deberían extenderse a otros colectivos de hijos de alcohólicos y de otros drogodependientes que se encuentran en centros de acogida a menores o en centros de ocio infanto-juveniles, o bien intervenir desde la escuela primaria y secundaria obligatorias a través de grupos educativos selectivos, de la forma menos estigmatizante posible. Esta realidad justifica la creación de equipos estables de investigación sistemática, asesoramiento, dinamización de profesionales y desarrollo continuado de nuevas técnicas de intervención específica para estos colectivos, de forma similar a como se viene realizando en otros países europeos y americanos desde hace unas décadas.

4. Utilización de este manual

El presente manual pretende ser una guía para orientar a los educadores en la realización de las diferentes sesiones del programa. Su objetivo inicial consistía en que todos los educadores participantes en la experiencia piloto del Programa ALFIL compartieran conocimientos básicos sobre cada uno de los temas a tratar en las sesiones y utilizaran una metodología similar, con el fin de poder comparar los resultados de la aplicación del programa en diferentes centros. Sin embargo, para su aplicación fuera del contexto de evaluación experimental, las actividades propuestas deben tomarse como sugerencias que pueden adaptarse flexiblemente al tiempo de que disponga cada educador para realizar cada sesión (entendida como una unidad didáctica), las características de cada grupo particular y la experiencia, la personalidad y el estilo creativo del educador. De hecho, en algunos de los centros el programa se está aplicando actualmente con modificaciones, algunas de las cuales ya se han introducido en este manual. Además, el programa se revisa continuamente para incorporar nuevas técnicas y sugerencias de los profesionales que lo aplican en los diferentes centros, para facilitar la evaluación continuada y la evolución hacia mejores prácticas preventivas en grupos de alto riesgo.

Es necesario aclarar que se trata de un manual para profesionales que contiene información técnica que no debe ser ofrecida a los niños tal como se expresa. Cada terapeuta-educador debe adaptar esta información a las características concretas y al nivel evolutivo y de comprensión de su grupo particular. Tal como está diseñado, este manual es sólo la base para que cualquier profesional que habitualmente esté en contacto con hijos de alcohólicos o población de riesgo de

características similares, y esté suficientemente motivado, pueda iniciar sus intervenciones educativas grupales. A partir de ahí, puede ir modificando y adaptando las actividades a sus necesidades concretas.

La explicación de cada sesión consta de 4 apartados:

OBJETIVOS a cumplir en la sesión.

IDEAS-CLAVE: Son los conceptos o habilidades sobre las que el educador debe insistir a lo largo de la sesión, y resumir al final de la sesión. Se pueden presentar en forma de transparencia, hoja fotocopiada para los participantes, o bien escribirlas en la pizarra de modo que parezcan las conclusiones finales de la sesión, a las que se llega después de realizar las actividades.

INFORMACIÓN BÁSICA: Resumen de la información que el educador debe conocer e intentar transmitir en cada sesión, aunque no de forma unidireccional, sino a través de la reflexión y discusión grupal suscitada a partir del material que se proporciona a los participantes (vídeos, lecturas, casos prácticos), o de la realización de las diferentes actividades.

MATERIAL: Vídeos, folletos, lecturas, cuestionarios y otros materiales preventivos que pueden utilizarse en cada sesión para suscitar el diálogo y la discusión sobre temas concretos.

PROCEDIMIENTO: En este apartado se describen algunas de las actividades que se pueden realizar en cada una de las sesiones. Estas actividades pueden consistir en una discusión grupal sobre un tema determinado o sobre el contenido de un vídeo, en una lectura, en la práctica de habilidades de enfrentamiento, cognitivas o sociales, a situaciones reales o ficticias. Cada educador adaptará estas actividades según su propia conveniencia. No es necesario que se realicen todas las actividades, se trata de sugerencias diferentes para tratar los temas correspondientes a cada sesión.

SEGUNDA PARTE

Sesiones

1ª Sesión para padres: Educar a los hijos para prevenir, una tarea difícil

OBJETIVOS

- Favorecer la creación de un buen clima grupal entre los participantes, para facilitar el trabajo conjunto.
- Explicar los objetivos, contenidos y metodología del programa.
- Desculpabilizar a los padres respecto a su alcoholismo y a las repercusiones de éste sobre sus hijos y su familia en general.
- Entender la importancia de la prevención desde la familia.
- Fomentar el uso de pautas educativas adecuadas para los adolescentes: normas y límites, comunicación afectiva, libertad y responsabilidad progresivas, uso saludable del tiempo libre, etc.

IDEAS-CLAVE

- Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar alcoholismo, igual que ocurre en otros trastornos. Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen más factores de riesgo, algunos de origen genético y otros fruto del ambiente familiar compartido.
- Todos tenemos factores de riesgo para unas u otras enfermedades.
- Sean cuales sean los factores de riesgo de una persona, siempre se pueden intentar disminuir o contrarrestar fomentando factores protectivos (objetivo de programas preventivos como éste).
- La adolescencia es una etapa de crisis en la que aumenta el riesgo de consumir drogas.
- Mensajes para los padres: “Educar a los hijos es una tarea difícil, siempre lo ha sido y nadie nace sabiendo cómo hacerlo. Se aprende por ensayo y error. Todos podemos equivocarnos y no hay que tener miedo. Lo importante es intentar aprender de los errores. La simple actitud de intentarlo, por ejemplo, acudiendo a programas como éste, ya es positiva”.
- Desde la familia es posible prevenir los problemas de drogas, procurando:
 - Actuar como modelos de conducta a imitar por los hijos.
 - Transmitir valores claros y ofrecer normas coherentes y adecuadas a la edad de los hijos.
 - Aumentar la libertad y la responsabilidad a medida que los hijos crecen.
 - Facilitar la expresión afectiva y el diálogo en la familia.
 - Favorecer la realización de actividades de ocio diversas y saludables en los hijos.
 - Compartir actividades en familia.

- Ofrecer a los hijos información realista sobre las consecuencias del uso de drogas, incluidas las legales, y no tener vergüenza de hablar de la propia experiencia con el alcohol.
- Potenciar el valor del cuidado de la propia salud y de la claridad mental.

INFORMACIÓN BÁSICA

La **adolescencia** es una etapa de crisis que se caracteriza por:

- El desarrollo físico de la pubertad, la adaptación a un cuerpo en transformación con nuevas posibilidades sexuales, y a una nueva posición social, lo que representa un gran gasto de energía física y mental, que puede producir cansancio y desganancia.
- El desarrollo del pensamiento abstracto y la tendencia a idealizar. El adolescente compara constantemente entre lo real y lo ideal. Estas nuevas posibilidades hacen que el adolescente sea tremendamente inconformista, opositorista y crítico hacia los padres, la sociedad, los profesores e incluso hacia sí mismo (su autoestima sube y baja constantemente).
- La búsqueda de la propia identidad e individualidad, del “yo”, entre la rebeldía hacia la familia y la identificación con el grupo de amigos. El adolescente busca ser original y novedoso.
- La inestabilidad emocional y la inseguridad en sí mismo, que a veces se compensa con actitudes dominantes y de superioridad, las cuales pueden crear conflictos con los padres.
- Sentimiento de incompreensión y, como consecuencia, aislamiento en su propio mundo.

El adolescente tiene cuatro necesidades básicas que aumentan notablemente la probabilidad de iniciar el consumo de algún tipo de drogas: disminuir su malestar emocional, experimentar nuevas sensaciones, transgredir las normas familiares y sociales y buscar el reconocimiento del grupo de amigos.

Factores de riesgo para el consumo de drogas

En términos generales, existen tres tipos de factores que aumentan la probabilidad de que una persona acabe consumiendo o incluso pueda llegar a desarrollar dependencia de alguna droga:

Los *factores de riesgo vinculados a la sustancia*: las propiedades farmacológicas de la droga, los efectos “agradables” y/o “desagradables”, a corto y a largo plazo y la capacidad para generar dependencia.

Los *factores vinculados a las características personales del individuo*, algunas de las cuales pueden tener un componente genético importante:

- Edad precoz de inicio del consumo. Cuanto más pronto se empieza, mayor es el riesgo de tener problemas.
- Elevada necesidad de experimentar sensaciones nuevas, sin tener en cuenta los riesgos ni siquiera para la propia vida (ej: deportes de aventura, conducir rápido, etc.).
- Dificultades para entender y aceptar las normas que impone su sociedad, empezando por las de la familia (se muestran rebeldes y hostiles).
- El fracaso escolar conduce a la relación con grupos marginales que realizan conductas

desviadas, entre las que se encuentra el consumo alcohol, tabaco y otras drogas.

- Baja autoestima, personas que se sienten despreciables y no valoran sus cualidades.
- Falta de asertividad o habilidad para expresar lo que se piensa o se siente de forma sincera y amable, sin renunciar a los propios derechos, aunque sin avasallar a los demás.
- Timidez y dificultades en las relaciones sociales en general.
- Elevada dependencia de la aprobación social, que lleva a adaptar la propia conducta a lo que los demás esperan. La adaptación excesiva al grupo puede incluir el consumo de drogas.
- Inmadurez emocional y dificultades para profundizar en las relaciones personales.
- Sensibilidad al fracaso e intolerancia de la frustración.
- Impulsividad y necesidad de gratificación inmediata de las necesidades.
- Susceptibilidad biológica para desarrollar tolerancia y dependencia debida a un metabolismo muy eficaz de la droga, de forma que no sienten los efectos tóxicos porque la eliminan fácilmente.
- Mayor sensibilidad del sistema nervioso a los efectos placenteros de la sustancia.

Los factores de riesgo vinculados al ambiente familiar:

- Falta de cohesión familiar y problemas de comunicación entre padres e hijos.
- Falta de normas y disciplina (ausencia de figuras parentales adecuadas).
- Falta de involucración de los padres en las actividades de los hijos.
- "Ceguera" familiar o negación de las evidencias del problema.
- Mito de la armonía familiar que lleva a la negación de los problemas ("Somos una familia normal. Aquí no pasa nada").
- Relaciones familiares cargadas de culpabilidad y ansiedad.
- Desplazamiento de los síntomas de un miembro a otro de la familia.
- Modelaje de la conducta paterna o aprendizaje desde la infancia de que consumir alcohol o tabaco a todas horas es "normal", puesto que en su familia se ha hecho desde siempre.
- Tolerancia familiar hacia el consumo de drogas en general.
- Acontecimientos vitales estresantes como la pérdida de seres queridos, enfermedades, problemas de relación familiar, problemas laborales, escolares y/o sociales, pueden desencadenar o aumentar el consumo de drogas en un individuo predispuesto.

Los factores de riesgo vinculados al ambiente escolar y sociocultural:

- La relación con amigos consumidores es especialmente peligrosa cuando el adolescente es excesivamente dependiente del grupo, o cuando los líderes del grupo ejercen una fuerte presión sobre las conductas de sus miembros.
- La falta de alternativas atractivas para ocupar el tiempo libre hace que los jóvenes pasen su tiempo de ocio encerrados en bares, pubs, discotecas, u otros lugares asociados al consumo de drogas.
- Las influencias culturales de nuestra sociedad, en la que el uso de alcohol y tabaco está aceptado y fomentado socialmente, lo que dificulta la toma de conciencia de los peligros que comporta su consumo, y del límite entre uso y abuso ("todo el mundo lo hace y no pasa nada").

- La elevada disponibilidad de las drogas aceptadas socialmente, incluso si no se tiene la edad legal (nadie pide el carnet en los bares ni supermercados). Respecto a las drogas ilegales, vivir en un barrio donde se trafica con este tipo de drogas es un factor de riesgo para su consumo.
- El clima social y los valores de nuestra sociedad, en la que priman los intereses individuales, la competitividad y la búsqueda del éxito personal a cualquier precio.
- El exceso de publicidad engañosa en la que se ensalzan los aspectos “positivos” del alcohol y el tabaco, sin nombrar los negativos.
- La creencia en tópicos o mitos culturales sobre el alcohol y sus efectos por falta de información sobre los efectos reales del alcohol.
- La mentalidad de consumidor de los educadores y la sociedad en general.

En las familias alcohólicas, algunos de estos factores de riesgo son más frecuentes que en la población general, por lo que hemos de dedicar especial atención a prevenir.

La prevención del consumo de drogas desde la familia

La prevención del consumo de drogas consiste en un conjunto de medidas dirigidas a evitar, reducir o retrasar al máximo el uso de sustancias adictivas. En el caso de que ya exista abuso o dependencia, también se considera prevención el hecho de procurar reducir al mínimo las consecuencias negativas (política de reducción de daños). La familia tiene un papel muy importante en la prevención. Para intentar evitar que sus hijos tomen drogas, los padres pueden fomentar en ellos, desde la infancia, hábitos y costumbres saludables (física, mental y socialmente) y acompañarles en su desarrollo personal hacia la responsabilidad y la individualidad, aceptando y fomentando su libertad y su independencia progresivas. Para ello, los padres pueden necesitar la información, el asesoramiento y el apoyo de los profesionales que trabajan en este campo. Precisamente por ello nos hemos planteado realizar sesiones educativas para padres.

A menudo los padres, en un intento de evitar que sus hijos tengan problemas con las drogas, utilizan amenazas o información alarmante y dramática, o por el contrario, protegen excesivamente a sus hijos aislándolos del mundo exterior, prohibiéndoles ir a las discotecas, salir con sus amigos, etc. Ambos tipos de medidas suelen producir el efecto contrario al que se pretende. Las recomendaciones preventivas para los padres se pueden reducir a cuatro aspectos básicos:

1) Transmitir *valores familiares claros*:

- Ayudar a desarrollar un criterio propio y una actitud crítica hacia el consumismo. Enseñarles a ser escépticos ante las ofertas y las “gangas” que ofrecen los publicistas y a discernir entre los intereses del comerciante y sus propios intereses.
- Enseñar a valorar las cosas y el placer de luchar por ellas.
- Favorecer la apreciación de la salud y la claridad mental.
- Transmitir una actitud negativa hacia consumo de drogas, y la conveniencia de no usar o usar muy prudentemente, o en caso necesario, determinadas sustancias como los medicamentos. Aceptar nuestras propias limitaciones y dificultades en este sentido es importante para que podamos constituir un modelo de identificación coherente.
- Asegurarse de que los hijos reciben información adecuada sobre las drogas (en la escuela o en cualquier otro centro).

2) Establecer *normas familiares coherentes y adecuadas a la edad* de los hijos, lo que facilitará

la aceptación de las normas sociales y la posibilidad de ir negociando estas normas, para ofrecer un espacio de libertad y responsabilidad cada vez mayor. Algunas recomendaciones útiles son:

- Fijar normas y límites pertinentes, razonables y concretos, recordarlas a menudo y aplicarlas en público y en privado.
 - Las normas han de ser primero directivas, pero a medida que los hijos crecen se deben ir introduciendo explicaciones acerca de la conveniencia de las normas, la negociación y la libertad progresiva para que vayan tomando decisiones adecuadas y responsables, aunque se equivoquen. La libertad debe ampliarse con la edad y también a medida que se vayan comportando de forma más responsable.
 - Las normas deben cumplirse, por ello es necesario que se basen cuatro principios: 1) que sean **realistas** (posibles de cumplir, adaptadas a la edad y la personalidad del niño y los padres, etc.), 2) que sean **claras** (comprensibles y concretas, los hijos deben saber qué se espera de ellos y cuáles serán las consecuencias del no cumplimiento, qué consideraremos correcto, incorrecto, y también las “áreas grises”, cuáles son las normas fundamentales y las accesorias o negociables), 3) que sean **consistentes** (que se apliquen siempre, independientemente del estado de ánimo, la presencia de otras personas, nuestras ocupaciones en ese momento, etc.), y 4) que sean **coherentes entre sí** (las de los diferentes miembros de la familia, las de la misma persona en diferentes momentos, etc.).
 - Trucos para que se cumplan las normas: el refuerzo verbal (preferible) o material, que irá abandonándose a medida que la conducta se establezca, y la negociación (mas eficaz en adolescentes), fijando de antemano los límites (ej: si quiere más dinero deberá tener mejores notas, ser más puntual, ordenar su habitación, colaborar en ciertas tareas, etc.).
 - Trucos para que no realicen conductas indeseables: Cuando son pequeños, mostrar nuestro descontento, pero si sólo persiguen llamar nuestra atención, el truco es ignorarlos, ofrecerles alternativas de conducta positivas y reforzarles estas conductas. Cuando son adolescentes, mostrarles nuestro descontento, razonar y dialogar, demostrarles que confiamos en que sabrán cumplir las normas establecidas.
 - Trucos que pueden utilizar los padres cuando los hijos no cumplen las normas. En un primer momento se debe permitir que los hijos expliquen la razón del incumplimiento, lo que puede matizar las cosas. Si es necesario, se deben suprimir los refuerzos (en los adolescentes es útil la restricción de los horarios, del dinero, de la ropa, del vehículo, etc.) o bien castigar, siempre que el castigo sea proporcional a la conducta incorrecta, se produzca inmediatamente después de ésta, el hijo sepa exactamente porqué se produce y qué debe hacer para que cese, quede claro que el afecto de los padres es incondicional, tanto si premian como si castigan, y se permita la expresión de los sentimientos positivos o negativos que produce la situación en ambas partes.
- 3) Procurar una **buena relación afectiva y pautas de comunicación efectivas entre padres e hijos**, haciéndoles comprender que todos tenemos cualidades y limitaciones, y que se trata de potenciar las primeras y superar las segundas. Proporcionar un clima de seguridad y afecto incondicional para que aprendan a aceptarse y valorarse a sí mismos, con objeto de que desarrollen una autoestima positiva. Permitir la expresión abierta de opiniones y sentimientos, tanto positivos como negativos, con sinceridad pero sin herir. Proporcionar el espacio adecuado para pedir ayuda en caso de tener problemas en el mundo exterior. Para conseguir estos objetivos es importante:

- Manifestar sentimientos de amor y cariño, verbal y físicamente, independientemente de que en ocasiones se tenga que reñir por conductas que se consideran inaceptables. Es muy importante saber perdonarles.
 - Premiar y reforzar lo que hacen bien.
 - Mostrar que estamos abiertos a la comunicación y al diálogo, aunque no es conveniente forzarlo cuando la situación no es la adecuada. Se debe mostrar que cualquier opinión y sentimiento será aceptado, aunque no necesariamente compartido. Para ello hay que aprender a escuchar a los hijos: prestar atención a lo que nos dicen, mostrar interés, ponernos en su lugar y hacerles saber que les comprendemos aunque no compartamos sus opiniones, no juzgarles, no sacar conclusiones antes de que terminen, no interrumpir, no menospreciar, no ser irónico, no sermonear, etc.
 - No caer en la trampa de intentar ser “colegas” de nuestros hijos, olvidando que debemos ser, ante todo, “padres”.
 - Dedicarles un tiempo determinado para divertirse con ellos. Más vale la calidad que la cantidad.
 - Hablarles de nuestras propias opiniones y preocupaciones, y pedirles consejo.
 - No buscarles soluciones a sus problemas, sino ayudarles a encontrarlas por sí mismos.
 - Hacerles entender que los padres somos humanos y también nos equivocamos, pero que estamos dispuestos a aprender de los errores, incluso en lo que respecta a la educación de los hijos.
 - Procurar mantener las tradiciones familiares: fiestas de cumpleaños, Navidades, actividades juntos el domingo, etc.
 - Procurar hacer reuniones familiares para resolver problemas o planificar actividades conjuntas (ej: las vacaciones, hacer un *brainstorming* para buscar soluciones posibles a un conflicto entre hermanos).
- 4) Procurar ofrecer a los hijos, desde pequeños, **alternativas saludables para el tiempo libre**, así aumentaremos sus intereses e inquietudes y generaremos nuevas aficiones. Además, realizando actividades de ocio juntos aumenta la cohesión familiar. Hay que enseñarles a los hijos que tener tiempo libre no significa no hacer nada, sino disponer de tiempo para realizar algo que nos satisface, que es distinto a las habituales ocupaciones profesionales o domésticas, y que se puede realizar bien en compañía de los demás o bien en solitario. Algunas recomendaciones pueden ser:
- Interésese por los amigos de sus hijos y por la forma en que emplean su tiempo libre, sus gustos, aficiones, qué locales frecuentan, qué hacen allí, etc. Invite a los amigos de sus hijos a participar en las actividades familiares.
 - Limite el horario de TV y de contactos con los amigos (reglas claras y vigilancia sutil).
 - Anime a sus hijos a descubrir nuevas formas para emplear su tiempo libre, para que nunca se aburran, ya que si se aburren es más fácil que traten de experimentar con drogas. Lo importante es que las actividades que les proponemos sean satisfactorias para él, no para nosotros (hacer excursiones con los amigos, actividades artísticas, deportivas o culturales como la lectura o el teatro). También se les puede fomentar el asociacionismo, etc.
 - Los padres son modelos de uso del tiempo libre. Si los hijos ven que los padres disfrutan de sus aficiones es más probable que busquen las suyas propias. Además, si encuentran alguna afición común puede ayudar a cohesionar la familia.

- Vigilar las fiestas, ya que suele ser el primer sitio donde los jóvenes consumen drogas. Imponer algunas normas para las fiestas en casa: invitar personalmente a los que acudirán, planificar diversiones alternativas a la bebida, tener bebidas no alcohólicas y una supervisión adecuada. Normas para las fiestas fuera de casa: reglas claras, planes para volver, horario, indagar el lugar, vigilar cuándo vuelven, cómo les fue la fiesta, etc.

MATERIAL

Vídeo: “Y tú...¿cómo lo ves?” (FAD) (15 minutos) u otros vídeos educativos para padres como “¿Qué he hecho yo para no merecer esto?” (APAT).

Transparencias con ideas-clave

Cuadernillos para padres (o fotocopias). Ej.: “Educar, ¡Uf, qué difícil!” u otros disponibles.

PROCEDIMIENTO

1) Presentación del programa y de los terapeutas-educadores.

En el caso de que se realicen sesiones paralelas para los padres y para los hijos, esta presentación se puede hacer conjuntamente. En ella se explicarán brevemente los objetivos y la metodología de las sesiones. Después se separarán los padres de los hijos para realizar actividades con educadores diferentes.

2) Presentación de los participantes (15 minutos).

Se sugiere que cada participante se presente a sí mismo diciendo su nombre, profesión, número de hijos y edades de cada uno, y qué espera de estas sesiones.

3) Explicación de los objetivos, contenidos y metodología del programa, así como de las reglas que regirán los grupos de padres e hijos (10 minutos).

Antes de comenzar la sesión, se alentará a los padres a que expongan sus dudas sobre el programa. También se les aclarará que este programa está diseñado específicamente para jóvenes de 12 a 16 años que están viviendo en un hogar en el que el alcoholismo es o ha sido un problema familiar. En la mayoría de las ocasiones, el alcoholismo afecta a toda la familia, pudiendo llegar a provocar dolor y confusión en todos sus miembros. Normalmente cada uno de los familiares, incluida la persona que bebe en exceso, intenta hacerlo lo mejor posible para sobrevivir a ese dolor y a esa confusión. Una de las formas más comunes que tenemos los humanos de enfrentarnos a las cosas que hacen daño es negar el problema. Los niños a veces también lo hacen y no manifiestan abiertamente su malestar, parece que no están siendo afectados por el problema. Sin embargo, está demostrado que resulta más saludable aprender a reconocer, entender y tratar el dolor y los sentimientos negativos directa y abiertamente que pretender ocultarlos. Enfrentar los problemas puede motivarnos a aprender nuevas y mejores formas de vivir, de querer a los que tenemos alrededor, y de enfrentarnos a los problemas futuros. En este programa se procura enseñar a los jóvenes que es saludable hablar de los temas que a uno le preocupan con sus familiares y amigos de confianza. Por lo tanto, es posible que sus hijos, si no lo han hecho hasta ahora, les planteen preguntas y opiniones sobre el alcohol y el alcoholismo que antes no les planteaban por creer que era un tema tabú en la familia (“un elefante en el salón” que molestaba a todos, pero del que no se podía hablar abiertamente). Es adecuado que los padres les hablen con naturalidad sobre el tema, sin vergüenza ni culpabilidad.

También se les puede explicar que los estudios científicos realizados indican que los hijos de personas que han tenido problemas con el consumo de alcohol tienen mayor probabilidad de llegar a tener problemas con el alcohol u otras drogas, o de escoger como pareja a una persona con problemas de drogas. También pueden tener mayor probabilidad de desarrollar problemas emocionales o sociales, tanto en la infancia como en la vida adulta. Se les explicará que, debido a estas razones nos hemos planteado realizar un programa educativo-preventivo con actividades para padres e hijos, que pretenden ayudarlos a conocer los efectos reales del alcohol, los peligros de su abuso y la enfermedad del alcoholismo, mejorar sus relaciones familiares, su autoestima, sus estrategias de enfrentamiento a los problemas emocionales típicos de la adolescencia, y sus habilidades sociales para relacionarse con los demás y para hacer frente a la presión social al consumo de drogas.

Los padres también deben saber que este programa ha sido diseñado para que lo lleven a cabo profesionales del campo de las drogodependencias que tienen experiencia en el trato con familias en las que el consumo de alcohol ha ocasionado problemas. Por otro lado, los materiales y vídeos que se presentan en las diferentes sesiones han sido diseñados específicamente para niños y jóvenes, y que han sido utilizados ampliamente en nuestro país y en el extranjero. En algunos de los vídeos aparecen personas alcohólicas en tratamiento que cuentan sus experiencias, se explican los factores de riesgo que se pueden transmitir en las familias y se muestran algunas escenas ficticias de las relaciones entre los miembros de una familia en la que hay problemas con el alcohol. De hecho los vídeos contienen información que sus hijos pueden ver en la TV, o en las sesiones educativas escolares que tratan de estos temas. La única diferencia es que en este programa se discuten esos contenidos para ayudar a entenderlos de forma adecuada. Por último, se debe aclarar a los padres que lo que se trate en las sesiones es confidencial y que no deben enfadarse si sus hijos no le quieren contar algunos detalles, ya que se les pedirá que guarden la confidencialidad sobre los asuntos personales, aunque sí pueden explicar el contenido general de la sesión. Sin embargo, aunque en las sesiones se procurará crear un clima de confianza para que manifiesten sus opiniones y planteen sus dudas y problemas, no se les forzará a explicar nada, sólo lo que ellos deseen voluntariamente.

4) Presentación y proyección del vídeo “Y tú, ¿cómo lo ves?” (15 minutos)

Antes de proyectar el vídeo, el educador comentará a los asistentes los aspectos principales que van a ser tratados en él, así como que después de la proyección se abrirá una discusión en la que podrán expresar sus dudas y opiniones.

5) Discusión grupal sobre los temas que haya suscitado el vídeo a los participantes.

El educador debe actuar como moderador, animando a los asistentes a comentar en voz alta las ideas relevantes del vídeo sobre cómo prevenir las drogodependencias en los hijos, así como sus dudas, temas de interés o preocupaciones. Se les comentará que los temas que no puedan ser tratados en esta sesión se retomarán en la segunda sesión dedicada a los padres (que suele coincidir con la última sesión de los hijos).

En la discusión, el educador debe hacer énfasis en los siguientes temas:

- Las repercusiones del alcoholismo en la descendencia: estadísticas, herencia y ambiente familiar (mirar la información básica de la sesión 4 para hijos).
- ¿Se debe hablar con los hijos de la experiencia personal con el alcohol?

- Pautas educativas y preventivas claves en la adolescencia: 1) Normas y valores familiares, 2) Modelos de identificación saludables, 3) Comunicación familiar y 4) Uso saludable del tiempo libre.
- Otras necesidades de la adolescencia: 1) Individualización y necesidad del grupo, 2) Libertad y responsabilidad progresiva.
- Técnicas de solución de conflictos en la familia aplicables a los problemas de pareja y con los hijos.

6) Resumen de las ideas-clave de la sesión.

El moderador del grupo puede escoger presentar las ideas-clave de la sesión a través de transparencias, escribiéndolas en la pizarra, repartiendo fotocopias, o bien haciendo que sean los mismos participantes los que recuerden estas ideas y las traigan escritas a la siguiente sesión.

7) Recordatorio del día y el horario de la siguiente sesión para padres.

Explicar brevemente que la segunda sesión estará dedicada a discutir sobre casos prácticos de conflictos entre padres e hijos, y que pueden traer ejemplos concretos para tratar de abordarlos durante la sesión.

8) Tareas opcionales para realizar en casa

- Proporcionarles una lista de los errores más comunes en la comunicación familiar para que señalen cuáles son los más frecuentes en su familia.

Ejemplos de errores típicos en la comunicación familiar
<ul style="list-style-type: none"> • No prestar atención a quien está hablando (distraerse con la TV, etc.) • Hablar casi exclusivamente de quejas y cosas negativas de los demás, sin dar importancia a las cosas positivas o agradables. • No hablar de los problemas que realmente preocupan a cada uno de los miembros de la familia • Hablar en exceso, sin permitir que los demás intervengan • Hablar excesivamente del pasado y hacer recriminaciones de cosas que no se pueden cambiar ya. • Responder a una queja con otra • Responder muy rápido después de que el otro haya terminado de hablar • Cortar a la otra persona antes de que termine de hablar • Hacer afirmaciones radicales inamovibles • Insistir continuamente en un tema • Tratar de adivinar el pensamiento del otro antes de que pueda explicarse • Hablar en voz demasiado alta • Pensar en nuestra propia respuesta en lugar de escuchar lo que los demás nos están diciendo

- Hacer una reflexión sobre cómo son las propias relaciones familiares, y preguntar al resto de los miembros de la familia su propia opinión.
- Confeccionar un listado de las normas familiares, por orden de importancia, así como un listado de los refuerzos y castigos que se utilizan (o se podrían utilizar) para negociar el cumplimiento de las normas con los hijos.
- Planificar una reunión familiar con los hijos para hablar de algunos temas concretos que puedan afectarles (hacer un listado previamente).
- Hacer un listado de actividades (preferentemente de ocio) que los miembros de su familia realizan o podrían realizar juntos.
- Hacer un listado de las ideas-clave que se han mencionado en la sesión sobre cómo pueden los padres ayudar a sus hijos a prevenir problemas con las drogas.

- ¿Cuáles son sus tres mejores cualidades como padre/madre? ¿y como pareja? ¿En qué tres cosas le gustaría mejorar?

Si se les encargan a los padres tareas para casa, en la sesión siguiente se deben retomar y completar o discutir unos minutos sobre ellas.

2ª Sesión para padres: ¿Cómo hablar con los hijos del alcohol y otras drogas?

OBJETIVOS

- Enseñar a los padres a detectar en sus hijos indicios de consumo excesivo de alcohol o de otras drogas y cómo pueden actuar en estos casos.
- Explicar a los padres la conveniencia de hablar de su experiencia con el alcohol / otras drogas con los hijos, y de la importancia de la comunicación abierta y sincera en la familia.
- Reflexionar y practicar estrategias de resolución de problemas con los hijos a través de casos prácticos (ficticios o reales).
- Informar sobre los centros asistenciales a los que pueden dirigirse si detectan problemas importantes en sus hijos.
- Proporcionar material escrito y bibliografía de autoayuda a los padres que lo deseen.

IDEAS-CLAVE

- Mensaje: "Los padres deben estar alerta pero no perseguir a los hijos buscando signos de consumo de drogas, ya que esto debilita la confianza que se deposita en ellos."
- Cuando se observan indicios de consumo de drogas no hay que culpabilizar a nadie ni alarmarse excesivamente. Se debe hablar sinceramente con el hijo, poniendo límites y normas claras, pero sin agresividad ni amenazas. Si el problema es importante, se debe consultar con un profesional y no intentar enfrentarse solo.
- Ante un problema de adicción a una droga en un hijo u otro familiar, se debe mantener una postura firme pero dialogante y de apoyo, y consultar con un especialista para que guíe el proceso de cambio.
- La adicción es un proceso crónico y, en ocasiones, ocurren recaídas. Ante una recaída no hay que alarmarse en exceso y hay que volver a establecer contacto con el profesional que atendió en su momento a la persona adicta.
- Hablar con los hijos de las propias experiencias, incluidos los errores, hace que nos vean más humanos y facilita la comunicación franca para que ellos también puedan contarnos sus problemas.

INFORMACIÓN BÁSICA

A) Los primeros signos de consumo de drogas:

- Cambios notables en el aspecto físico (adelgazamiento, palidez o enrojecimiento, ojeras, ojos enrojecidos, cansancio permanente, somnolencia, aumento o disminución del apetito, exceso de sed, vómitos, etc.).

- Pérdida de los hábitos básicos de higiene corporal.
- Pasan cada vez más tiempo fuera de casa (salidas frecuentes y prolongadas). Ausencias injustificadas de casa, la escuela o el trabajo.
- Desmotivación hacia actividades habituales: domésticas, académicas, laborales, absentismo, bajo rendimiento, quejas de profesores y compañeros.
- Cambios en el grado y la calidad de la comunicación familiar (evitación, aislamiento)
- Desinterés general hacia las actividades que antes le interesaban y hacia cualquier asunto que no sean sus propias actividades actuales, sus relaciones y salidas. Cambios en gustos y aficiones (música, forma de vestir, etc.)
- Cambios persistentes en los ritmos normales de sueño y vigilia, no debidos a otras causas.
- Pasividad e indiferencia ante los acontecimientos importantes, “desconexión” de la realidad próxima.
- Aumento de las necesidades económicas, sin que se puedan identificar los gastos concretos.
- Síntomas de enfermedad física y resistencia a acudir, o bien a ser acompañado al médico.
- Cambios en los hábitos alimentarios: falta de apetito, comer fuera del horario habitual, “saltarse” algunas comidas, comer dulces, picar entre horas, etc.
- Utilización de las mentiras como mecanismo habitual para evitar problemas.
- Cambio de amigos, especialmente si los nuevos compañeros presentan comportamientos desviados (“malas compañías”), consumen drogas, no los traen a casa o se niegan a hablar de ellos.
- Uso habitual de utensilios para “disimular” posibles consumos: gafas de sol, colonia, chiclets, elixir bucal, etc.
- Ideas extrañas, explicaciones poco comunes de determinados acontecimientos, etc.
- Cambios de humor: irritabilidad, indiferencia, apatía, silenciosos, poco afectuosos.
- Estados de aburrimiento y apatía, seguidos de estados de angustia o nerviosismo.
- Desaparición de medicinas, bebidas con alcohol, robos o hallazgo de drogas entre sus cosas.

B) ¿Cómo actuar ante indicios de consumo de drogas en los hijos?

- Hay cinco reglas básicas:
 1. Comprobar la existencia de varios indicios reales que se presentan simultáneamente.
 2. Ser muy prudente, ya que algunos cambios físicos, de carácter y actitud que podrían considerarse indicios de consumo, son características habituales en la adolescencia.
 3. No exagerar (un consumo ocasional no es un problema de adicción severo)
 4. Analizar la situación lo más objetivamente posible.
 5. Tratar de evitar las actitudes y los pensamientos extremistas (en mi familia no debería suceder esto), ni de sobregeneralización (un indicio o un consumo puntual no es la prueba irrefutable de que el hijo es un drogodependiente).
- En cada familia se deben establecer previamente los límites sobre lo que se considerará aceptable o lo que no se tolerará bajo ningún concepto respecto al consumo de sustancias adictivas; es decir, si se tolerará o no un consumo moderado de drogas sociales, en qué circunstancias, a partir de qué edad, etc. Además, nuestra posición al respecto debe ser coherente con nuestra propia conducta.

- Observar a los hijos: procurar prestarles más atención, “seguirles la pista” aunque sin atosigar, evitando adoptar actitudes policiales o persecutorias.
- Procurar estar cerca del hijo, interesarse por sus problemas, fomentar la comunicación.
- Si se produce el consumo, o el abuso (ej: una borrachera), se debe favorecer el diálogo e intentar analizar con el hijo las circunstancias que le llevaron a consumir, la cantidad, qué beneficios obtiene, etc. (no mientras esté intoxicado, sino al día siguiente).
- No amenazarle. Hablarle sin agresividad y en privado.
- Escucharle y mostrarle comprensión y apoyo (aunque no se debe ser excesivamente tolerante), no juzgarle y no considerar vanales sus razones.
- Señalar que desaprobamos su consumo, sin dramatismo pero con firmeza.
- Dar una respuesta acorde con la conducta inadecuada, pero sin exagerar. Si se considera necesario se pueden retirar refuerzos o castigar (aunque hay que ser prudente, sobre todo si es la primera vez), motivarle a invertir su dinero en otros fines, ofrecerle medios alternativos de cubrir sus necesidades de relación, de diversión, etc.
- Pedir consejo o ayuda a personas próximas que conozcan el tema y puedan aportar un punto de vista más objetivo de la situación de sospecha de consumo (amigos, profesores, etc.)
- Si se considera que el caso es grave, se debe consultar con un médico o psicólogo, que le enviará a un especialista en drogodependencias si lo considera necesario. Existen centros específicos de asistencia médica y psicológica a niños y jóvenes, que incluyen el tratamiento de problemas con las drogas (ofrecer un listado de teléfonos o centros de la comunidad correspondiente).
- Tipos de recursos a los que se puede acudir:
 - Red de apoyo natural:
 - Familia y amigos de confianza.
 - Grupos de autoayuda.
 - Recursos generales: Centros de Atención Primaria (médico de familia, pediatra) o Servicios Sociales (asistentes sociales).
 - Recursos especializados: Servicios de Salud Mental, Centros de atención a las drogodependencias, Centros de día, Comunidades terapéuticas, Unidades de desintoxicación hospitalaria, Pisos de acogida y reinserción, Programas de mantenimiento con metadona para heroínómanos, Centros de contacto y atención sociocomunitaria.
 - Teléfonos de información sobre drogodependencias: 900 16 15 15 (FAD)
 - Teléfono de la Dirección General de Atención a la Infancia: 900.300.500
 - Teléfonos centrales de A.A., Alanon, Alateen
 - Teléfonos de servicios especializados de la propia Comunidad
 - Teléfono de información general: 003, 010

C) ¿Cómo saber si tenemos un problema de adicción al alcohol (u otra droga) en la familia?

El criterio para saber si se trata de una adicción es que la persona conozca que el alcohol (o la droga) tiene repercusiones negativas en su vida y, aún así, continúe consumiendo. Aunque el propio adicto suele negar los problemas y ocultar la cantidad real que consume, los miembros de su familia, amigos, el médico, etc. observan repercusiones negativas objetivamente, en su

organismo (hígado graso, accidentes, análisis alterados), en su pensamiento y su conducta (depresión, ansiedad, ideas delirantes, alucinaciones), en las relaciones familiares o sociales, en el trabajo o los ingresos económicos, etc. Si, a pesar de conocer esas repercusiones, el individuo continua consumiendo la sustancia, muestra dificultades para dejar de consumirla o justifica seguir consumiéndola con razones inaceptables, etc., está claro que tiene un problema de adicción o dependencia.

La familia se suele extrañar de que el alcohólico o drogodependiente no se dé cuenta de su problema, cuando es tan obvio para los demás. La explicación es que en él ocurre un proceso mental de NEGACIÓN, que es uno de los síntomas más claros de la dependencia de sustancias. La droga ha afectado la capacidad de darse cuenta de algunas cosas. Además, por mucho que quiera abandonar el hábito, por mucho que quiera a su familia, el enfermo no puede parar de consumirla. La droga ha estimulado una zona cerebral repetidamente hasta cambiar permanentemente su funcionamiento y se ha acostumbrado a funcionar con ella. Si le falta, empieza a funcionar mal y produce síntomas muy desagradables para el enfermo (ansiedad, náuseas, temblor y otros síntomas de abstinencia aún más graves).

El alcoholismo y las otras drogodependencias también afectan al resto de la familia, con sentimientos de vergüenza, confusión, ansiedad, culpa, frustración, peleas, depresión, desconfianza, aislamiento, negligencia en el cuidado de los hijos, etc. La vida familiar es impredecible y confusa. Los niños tienen dificultades para crecer felices porque sus padres suelen olvidar las promesas, las fiestas familiares suelen convertirse en una batalla campal de agresiones verbales, e incluso físicas, los cumpleaños, los Reyes, las Navidades llegan en medio de angustias y mal humor, etc. (véase la sesión 4 para hijos).

D) ¿Cómo actuar cuando un familiar tiene problemas con el alcohol u otras drogas?

Cuando se confirma el uso regular de drogas en un miembro de la familia, los demás miembros pueden cumplir funciones muy importantes:

1. Tratar de no culpabilizarse ni culpabilizar a los hijos, y tampoco sentir vergüenza, ya que estos sentimientos dificultan poder ayudarles verdaderamente. Pensar que hay otras personas que sufren este problema puede ayudar.
2. Realizar una “intervención” más o menos formal, para facilitar que el consumidor tome conciencia del problema y decida hacer algo para remediar su situación (motivarle para el cambio). Para ello puede resultar útil:
 - No esperar a que el alcohólico o la persona que consume drogas “toque fondo” pues cuanto más pronto se intervenga, mejor es el pronóstico.
 - Planificar la intervención para realizarla cuando el enfermo no esté intoxicado y los familiares no estén especialmente enfadados.
 - Plantear abiertamente la existencia de aspectos preocupantes en su modo de vida, que afectan a sus familiares y amigos, a su salud, etc. Citar aspectos específicos que hayan ocurrido como consecuencias del consumo de la sustancia y que afectan personalmente al que habla.
 - No abordar en primer lugar los indicios de consumo, y menos en tono acusatorio, ya que puede llevar a cerrazón. Tampoco etiquetar a la persona de “alcohólico” o “drogadicto”.
 - Mostrar una actitud dialogante y serena, interés por sus problemas y disposición para ayudarle.

- Mostrarse esperanzador acerca de la posibilidad de cambio.
 - Si se considera necesario un tratamiento profesional, visitar previamente el recurso asistencial escogido, y si el enfermo opone resistencia no plantearse como un lugar donde va a hacer tratamiento sino como un primer paso para tomar posteriormente una decisión al respecto.
 - Prepararse para soportar la negación y/o la minimización del consumo y prever cuáles serán sus objeciones ("sólo es muy de vez en cuando" "sólo es cuando yo quiero", "no estoy enganchado" "yo no soy alcohólico"). Si persiste en ello se debe tratar de:
 - Mantener una postura firme y no permitir que continúe el consumo de drogas dentro de la familia.
 - Exponer serena y claramente el conjunto de evidencias que nos hacen tener certeza de que el consumo es realmente importante.
 - No ceder a chantajes ni reivindicaciones de libertad o derecho a no dar cuentas de su vida privada.
 - Transmitir informaciones-clave que ayuden al consumidor a reflexionar, a autoobservarse y a tomar conciencia del alcance real de su problema.
 - Ofrecer ejemplos de personas que se encuentran en fases más avanzadas del proceso adictivo, y que presentan signos evidentes de deterioro.
 - Tratar de establecer pactos o compromisos de "puesta a prueba" durante periodos de tiempo cortos (estar una semana sin consumir, no tomar la primera copa por las mañanas, etc.)
 - Si persiste la negativa a reconocer su problema, se puede buscar asesoramiento para poner en marcha medidas de mayor presión, o bien buscar la ayuda de otras personas cuya opinión pueda tener influencia sobre la conducta del hijo (amigos no consumidores, otros familiares, etc.).
 - Decidir qué medidas se está dispuesto a tomar si la persona rehúsa tratamiento y persiste en su consumo de alcohol u otras drogas, para poder ser consecuente (por ejemplo: no esconder más su consumo ante los demás, no continuar la relación, etc.).
3. Si se realiza un tratamiento, la familia tiene un papel primordial en la elección del tratamiento adecuado, así como en la motivación y el apoyo del esfuerzo que el paciente realiza. Sin este apoyo la labor de los profesionales es más difícil y el pronóstico peor. Para cumplir este papel los familiares deben procurar:
- Escoger un programa de tratamiento que esté acreditado por los organismos sanitarios correspondientes de la comunidad o país, en el que se utilicen técnicas psicológicas adecuadas y medicamentos que pueden ayudar a tratar una adicción y los trastornos asociados y en el que se realice un seguimiento adecuado después de la desintoxicación.
 - Estar presente en las primeras entrevistas de valoración profesional, para aportar información relevante.
 - Ayudar al paciente a superar el primer periodo de tratamiento, en el que el cese del consumo suele ocasionar nerviosismo y malestar, proponiéndole diversas actividades.
 - Apoyo emocional en momentos críticos: deseos de volver a consumir, crisis emocional, etc.
 - Proporcionar oportunidades y reforzar los pequeños logros para que cambie sus actitudes, adquiera nuevos hábitos, desarrolle su capacidad para decidir y vaya responsabilizándose

- de su vida poco a poco.
- Estar preparados para soportar los altibajos que pueden sufrir los pacientes a lo largo del tratamiento de su adicción (incluida la posibilidad de una recaída).
 - No depositar toda la responsabilidad en manos de los profesionales.
4. Saber cómo actuar ante una posible recaída. Las recaídas ocurren porque el alcoholismo, como las otras drogodependencias, son enfermedades crónicas. Si ocurre una recaída no se debe perder la esperanza, porque no significa que la persona no lo esté intentando o que el proceso de recuperación haya fracasado. Muchos adictos que acaban recuperándose tienen, al menos, una recaída en el proceso de recuperación. La solución es volverse a poner en contacto con el profesional que atendió al paciente en su momento y preparar una nueva intervención. Sin embargo es importante que los familiares recuerden que ellos no son los responsables de controlar la conducta del paciente. Sólo pueden controlar cómo reaccionar ante su conducta y cómo guiar su propia vida en consecuencia.

MATERIAL

Hojas fotocopiadas con las dos historias de casos prácticos para reflexionar y comentar en grupo ("Luz y Tomás", "Chus y Pepe").

Transparencias con ideas-clave

Hojas con teléfonos y centros de atención a la infancia y la juventud, y centros de atención a las drogodependencias (opcional).

Hoja con bibliografía para padres (opcional).

Cuestionario de evaluación del programa y cambios en las relaciones familiares (para padres).

PROCEDIMIENTO

1) Lectura de la primera historia: "Luz y Tomás" (Programa PIPES. FAD)

El educador pide que alguien lea en voz alta la historia.

Luz y Tomás de cuarenta y cuarenta y tres años respectivamente, se casaron hace veinte años y tienen un hijo, Raúl, de 16 años. El matrimonio mantiene una relación cordial pero distante, no han logrado salvar las dificultades que se han presentado en la familia y sobre todo que los padres de Luz les hayan invadido su vida familiar, influyendo en muchas decisiones de la pareja y a veces tomando decisiones por ellos. Esto ha tenido como consecuencia un alejamiento entre ellos y que su principal línea de unión sea Raúl.

Raúl no entiende a sus padres, con los abuelos se lleva muy bien, no sólo porque le quieren y puede contar con ellos, sino porque le dan unas propinas muy generosas. Luz está preocupada porque Raúl maneja más dinero del que debiera tener a su edad. Luz se lo comenta a su marido y éste le recrimina a Luz que no es culpa suya sino de sus padres, como ocurre con otras muchas cosas... Luz lo habla con su madre y ésta no le da importancia, así que Luz decide recortar la asignación que ella le da a Raúl para ajustarla adecuadamente, teniendo en cuenta lo que le dan sus abuelos...

A las pocas semanas la abuela de Raúl llama a Luz para preguntarle si por fin Raúl ha comprado aquellas piezas para la bicicleta que se le habían roto. Luz revisa la bicicleta de su hijo y está en el mismo estado que hace un par de meses, es decir, la bicicleta está en buenas condiciones. Por ello deduce que Raúl ha mentado para conseguir dinero extra de sus abuelos.

Hoy sábado, Raúl ha ido a una fiesta de cumpleaños y había quedado con su madre en llegar a las 24:00h. Es la una de la madrugada y la madre está preocupada porque su hijo no ha regresado todavía. Cuando llaman al timbre se preocupa enormemente, ya que Raúl tiene llaves y no sabe quién puede ser a esas horas de la noche. Al abrir la puerta se encuentra con que dos amigos de su hijo le acompañan, Raúl está borracho, y balbucea al hablar. La madre se echa a llorar y les dice a los chicos: *¿Pero qué habéis hecho con mi hijo?.. Después de dudar entre hablar con su hijo en ese momento o dejarlo para otro día, decide acostar a Raúl y hablar con él al día siguiente, aunque ella no va a poder dormir ya que está muy angustiada por lo ocurrido.*

2) Discusión grupal sobre la primera historia.

Además de lo que aporten voluntariamente, se les puede pedir a los padres que intenten reflexionar sobre las siguientes preguntas, intentando recordar las normas comentadas el día anterior respecto a qué se debería hacer ante un hijo que inicia el consumo de alcohol:

- ¿Qué aspectos no están funcionando adecuadamente en la educación de Raúl? ¿Qué consecuencias se derivan de esto?
- ¿Cómo podrían los padres de Raúl abordar adecuadamente la situación? ¿Qué actuaciones cambiarían?
- ¿Es preferible hablar en el mismo momento en que se detecta el problema de consumo o posponerlo?
- ¿Se debe hablar con los hijos de la experiencia personal con el alcohol?

El educador puede ir matizando las respuestas en función de las normas que se indicaron en la primera sesión con los padres.

Se puede aprovechar el tema para hacer *representación de roles* de los papeles del hijo y de los padres en una situación similar a la planteada para facilitar que los padres puedan ponerse en el lugar del hijo y para que ensayen actuaciones adecuadas.

3) Lectura de la segunda historia: “Chus y Pepe” (Programa PIPES. FAD)

El educador pide que otra persona lea la segunda historia.

Chus y Pepe están muy sensibilizados con los problemas de las drogas. Siguen con detalle todos los programas de televisión en relación con las mismas e incluso debaten sobre el origen de éstos, el narcotráfico, el vicio de algunos jóvenes..., la cantidad de drogas que hay... Están un tanto paralizados y les preocupa bastante ya que tienen dos hijos, Rosi y Elías, de 20 y 18 años respectivamente. La familia ha hablado de las drogas, y tanto Rosi como Elías fuman tabaco y les han dicho que toman alcohol pero sin pasarse cuando salen a divertirse con sus amigos los fines de semana.

A pesar de la sinceridad de sus hijos, los padres están muy preocupados, pues se han enterado que el hijo de unos conocidos es drogadicto. Para ellos era un chico normal, de muy buena familia, y no comprenden cómo se ha metido en eso, ya que hasta el momento pensaban que esto les pasaba a chicos con problemas familiares o que vivían en barrios conflictivos.

Un día Chus, al poner a lavar la ropa sucia, se encuentra unas pastillas blancas en la cazadora de Elías. Se echa a llorar y piensa que Elías también puede estar metido en asuntos de drogas.

4) Discusión en grupo sobre la historia.

Se puede trabajar de la misma forma que antes utilizando a las siguientes preguntas:

- ¿Están claras las reglas de consumo de sustancias adictivas en la familia de Chus y Pepe?
- ¿En qué se basa fundamentalmente la reacción de Chus cuando encuentra pastillas en la cazadora de Elías?
- ¿Posee suficientes datos para pensar que Elías es también un drogadicto?
- Diseña un plan de investigación por el que Chus puede obtener más información al respecto.

El educador puede ir pidiendo razonamientos y sonsacando respuestas acordes a las normas educativas comentadas en la primera sesión. Igual que antes, es conveniente hacer representación de roles.

5) Recordatorio de las ideas clave de la sesión.

6) Cuestionario de evaluación sobre la utilidad y la metodología del programa y sus repercusiones en la dinámica familiar.

Si se considera conveniente y los padres lo piden, mientras responden al cuestionario, se les puede repartir información acerca de servicios especializados y bibliografía de autoayuda para padres.

7) Despedida.

El educador se despide de los participantes, agradeciendo la participación, la confianza, la asistencia, etc. y deseándoles que lo que hayan podido aprender les sirva para mejorar las relaciones con sus hijos y con sus familiares en general, aunque debe quedarse en la sala por si algún padre quiere acercarse a preguntar alguna cosa concreta que no se ha atrevido a comentar durante la sesión.

1ª Sesión para hijos: 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.: cómo 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.

INFORMACIÓN BÁSICA

En esta 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” (veáanse los anexos).

MATERIAL

Vídeo: “A tu salud: saber beber” (fragmentos) u otro en el que se expresen diferentes opiniones sobre el alcohol y sus efectos, así como actitudes favorables y desfavorables frente al consumo.

Pizarra para apuntar los temas interesantes para discutir en grupo.

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

PROCEDIMIENTO

1) Presentación de los educadores que llevarán a cabo el programa.

Se puede hacer conjuntamente con los padres, como se describe en la primera sesión para padres.

2) Presentación de los participantes (15 – 20 minutos).

Se recomienda la utilización de técnicas de dinamización grupal para realizar la presentación en forma de juego. Una de ellas consiste en formar parejas de jóvenes que no se conozcan previamente y sugerir que se presenten entre sí utilizando una serie de preguntas que se escribirán en la pizarra (nombre, estudios que realizan, aficiones, qué esperan de estas sesiones, etc.). Después

de unos 5 minutos, cada joven presentará a su pareja al grupo.

Otra técnica que puede ser útil si el grupo está compuesto por jóvenes de 12-14 años, consiste en 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 qué 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, qué estudia y qué actividad de ocio prefiere.

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, en base a lo descrito en la primera parte de este manual, si no se ha hecho en la presentación conjunta del programa para padres e hijos. Con 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 contar voluntariamente. De hecho, se puede sacar provecho de las sesiones sin tener que contar nada personal pero, si se desea, se pueden explicar situaciones y experiencias 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 sentimientos con otras personas. Para poder respetar y confiar en los otros es importante que los miembros del grupo nos comprometamos a no comentar fuera del grupo las cosas personales que se puedan decir en él. Fuera del grupo se pueden comentar las actividades generales, lo que uno mismo ha dicho, pero lo que digan los demás se considerará 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 prevee que un día determinado no se podrá asistir por algún motivo, deberá avisarse previamente.

4) Proyección de fragmentos del vídeo “A tu salud: saber beber” (20-30 minutos).

Si se utiliza este vídeo, se les debe presentar a los jóvenes como un reflejo de lo que ocurre en nuestra sociedad, advirtiéndoles que en él se dan opiniones y razones para beber o no beber alcohol que no son verdades absolutas, sino sólo opiniones particulares de los personajes que no tenemos por qué compartir, y que se podrán discutir y matizar en la discusión posterior en grupo. Se les puede pedir a los jóvenes que apunten en un papel sus dudas y comentarios sobre lo que dicen los personajes, así como los temas que más les pueden interesar, ya que los retomaremos en las sucesivas sesiones del programa.

5) “Buzón de dudas”.

Se confecciona una caja con una abertura a modo de buzón para que los participantes puedan introducir notas con sus preguntas y dudas “anónimas” sobre los temas que se tratan en las sesiones, o sobre otros temas relacionados con el alcohol u otras drogas que les interesen. Este

recurso va dirigido a los más tímidos y a 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.

A continuación se exponen algunas de las preguntas típicas que realizan los hijos de alcohólicos entre 12 y 16 años, con el fin de que los educadores puedan prepararse las respuestas más adecuadas, aunque es preferible no contestarlas directamente, sino que sean los jóvenes los que digan primero sus opiniones al respecto:

- ¿Por qué un alcohólico no para de beber?
- Si un sábado por la noche te bebes una cerveza o algo de alcohol, luego ¿puedes que te acostumbres?
- ¿Las personas menores de edad pueden morir de una borrachera?
- ¿Qué droga es la más fuerte? y ¿Qué droga es la más floja?
- ¿Hasta qué punto el alcohol es malo?
- ¿Cuánto duran los efectos del alcohol?
- Con 15-16 años ¿se bebe por vacilar o por gusto?
- ¿Cómo afecta el alcohol en el sistema nervioso?
- ¿Es verdad que cuando has bebido en exceso provocando el vómito se pasa el efecto del alcohol?
- ¿Qué le puedes decir a un amigo si abusa del alcohol para avisarle de que se está pasando, si no se da cuenta?
- ¿Un/a alcohólico/a sabe lo que hace cuando está bebido/a?
- Una persona alcohólica ¿puede dejar de beber cuando quiera?
- ¿Con cuántos “grados” puedes llegar al coma etílico?
- ¿Por qué puedes ser adicto al alcohol y no al agua?
- ¿Saben los alcohólicos que tienen una enfermedad?
- ¿Por qué a cada persona no le sienta igual la misma cantidad de alcohol?
- Cuando mi padre tiene una recaída con el alcohol me siento mal, porque no se en qué podría ayudarlo para que se sintiera mejor y que no tenga que recurrir al alcohol. ¿Qué puedo yo hacer?
- Si una persona te dice que si quieres beber o fumar y dices que no ¿por qué piensan que eres “menos”?
- ¿Cómo se puede contar a tus amigos que el alcohol es malo sin que se rían de ti?
- ¿Cómo contar que algún familiar tuyo es alcohólico sin miedo?
- Hay gente que no quiere comprender el problema del alcoholismo y se muestra agresiva con el afectado ¿Por qué? ¿Tiene esa persona un problema?
- ¿Beber solamente el sábado es perjudicial?
- Me gustaría entender por qué la gente bebe para olvidarse de los problemas, es decir, para dejarlos aparte.
- ¿Por qué hay lugares, bares y pubs en los que se hacen ofertas especiales con bajos precios para que los jóvenes menores empiecen a beber?
- ¿Por qué la gente vomita cuando bebe mucho?
- ¿Un cubata mata las neuronas igual que dicen del porro?

- ¿Cómo es que el alcohol engorda y no alimenta?
- ¿Con cuántas copas ves borroso?
- Todas las cosas pueden ser drogas: la coca-cola también... ¿Todas las cosas son drogas si abusas de ellas?
- “Yo aguanto más que mi padre bebiendo y no soy alcohólico” (jocosos)
- He visto en el vídeo que una persona llegó a robar a su familia ¿tan difícil es dejar de beber durante al menos un día?
- ¿Por qué hay muchos hijos de alcohólicos que también caen en el alcoholismo? ¿Por qué hay otros que son abstemios?
- ¿Es cierto que las drogas pueden cambiar la personalidad y el humor de la persona que las toma?
- ¿Por qué los amigos tienen que presionar?
- ¿Por qué hay gente que se niega a aceptar que el alcoholismo es una enfermedad?
- Me gustaría saber cómo puedo ayudar a algunos de mis amigos que beben para que no lo hagan. A ver si me podéis ayudar.
- ¿Por qué la gente bebe para que los demás le acepten, por miedo a no estar a la misma altura que los demás?

6) Discusión grupal y anotación de los temas que haya suscitado el vídeo.

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 él mismo. Se les indicará que en las sesiones siguientes se procurará 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, haciendo referencia a alguna escena del vídeo.

ESCENAS EN EL VÍDEO	TEMAS-CLAVE
Mitos: el alcohol es vasodilatador, facilitador social, ligar, aumenta la potencia sexual y la creatividad, alimenta, quita el frío, etc. Realidad: crea dependencia, accidentes, cirrosis, suicidios.	Contraposición entre los mitos y la realidad sobre los efectos del alcohol, efectos “positivos” y negativos, a corto y a largo plazo, físicos y psicológicos, etc.
Borracheras nocturnas de algunos jóvenes. Alcohólico que hace apología del alcohol sentado en un bar	Límite entre uso, abuso y dependencia. ¿Cómo se progresa de uno a otro? ¿Cómo saber parar a tiempo?
Frases de “compasión” de los borrachos (A. Mingote)	Alcoholismo: ¿enfermedad o vicio?
“Cada persona debería tener un carné para beber” (J.L. Garci)	¿Qué es “saber beber”? El engaño de la “tolerancia”.
“Hay salida” del alcoholismo.	¿El alcoholismo se cura?. El tratamiento
Experiencias de alcohólicos que tuvieron problemas familiares y conductas de co-dependencia.	Alcoholismo y familia: ¿Cómo afecta el alcoholismo a las relaciones con amigos, familiares, etc.?
Alcohólicos famosos hijos de alcohólicos	Alcoholismo y herencia
Argumentos en el vídeo para justificar el consumo de alcohol: olvidar problemas, soledad, diversión, costumbres culturales, gusto por el sabor, imitación de los padres o famosos, presión del grupo de amigos, publicidad, timidez, ansiedad, etc.	¿Por qué empiezan a beber los jóvenes? malestar emocional, sociabilidad, presión de grupo, costumbres culturales, etc. ¿Hay alternativas al consumo de alcohol?

El educador puede comentar las escenas en las que aparece cada tema, o bien suscitar el debate con preguntas como las siguientes:

- ¿Creéis que es imprescindible consumir alcohol en nuestra sociedad? ¿Para qué?
- ¿Qué razones tienen los jóvenes para consumir alcohol? ¿Por qué empiezan los jóvenes a consumir alcohol? ¿Qué les proporciona el alcohol a los jóvenes?
- ¿Qué efectos agradables y desagradables tiene el alcohol?
- ¿Creéis que hay más gente que bebe alcohol diariamente, o gente que no bebe?
- ¿El alcoholismo se “cura”?
- ¿Estáis a favor o en contra del consumo de alcohol en general? ¿Y en los jóvenes como vosotros? ¿A qué edad pensáis que se podría consumir alcohol?
- Opiniones sobre la frase del vídeo: “Cada persona debería tener un carné para beber.” (J.L. Garcí, cineasta): ¿Qué quiere decir “saber beber”?, ¿Creéis que hay un límite claro entre el uso moderado, el abuso y la dependencia? ¿Ese límite lo puede decidir uno mismo? ¿Depende de cada persona?
- ¿Pueden o deben los padres ayudar a prevenir el consumo o el abuso de drogas en los hijos? ¿Cómo?

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 está 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 más a una persona que ya esté deprimida.
- Las bebidas alcohólicas pueden provocar enfermedades graves del hígado, del sistema nervioso y del corazón.
- Es muy difícil llegar a ser alcohólico si sólo 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.

La actitud del educador hacia el consumo de alcohol debe ser lo más neutra posible. Suscitará la reflexión grupal sobre cada tema permitiendo que surjan diferentes opiniones y comentará que todos estos temas serán tratados más adelante. Se les aclarará que nadie va a

intentar convencerles de una cosa u otra, sino que se les proporcionará información para que ellos puedan decidir por sí mismos lo que más les convenga.

7) Comentario final de acogida al grupo

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 Sesión para hijos: Información objetiva sobre 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 que se transmiten en nuestra cultura.
- Promover el cambio de actitudes y expectativas 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.

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 de 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.
- Existen circunstancias en las que el consumo de alcohol es especialmente perjudicial: infancia y juventud, embarazo, conducción de vehículos y manejo de maquinaria.

INFORMACIÓN BÁSICA

El 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 y los porros antes de conducir son extremadamente peligrosos). Por otro lado, la clasificación de las 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, sino 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" (de ahí el fracaso general de los programas preventivos basados simplemente en la exposición de las consecuencias negativas del consumo de sustancias adictivas).

Tabla 11. Efectos del alcohol

EFFECTOS DEL ALCOHOL	FÍSICOS (sobre el organismo)	PSICOLÓGICOS Y SOCIALES (sobre las percepciones, las emociones y la conducta)
A CORTO PLAZO	<ul style="list-style-type: none"> Irritación de la mucosa estomacal Trastornos de la visión, los reflejos, el equilibrio (andar tambaleante), el pensamiento, el habla (lenguaje incoherente). Depresión del sistema nervioso: enlentecimiento de las reacciones, distorsión de las percepciones, disminución de las funciones vitales como la respiración y el ritmo cardíaco. Intoxicación aguda: embriaguez, agitación, coma etílico y riesgo de muerte por paro respiratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> Desinhibición, sobre todo en las relaciones sociales (hablador, sociable, despreocupado). Sensación de euforia. Puede disminuir la ansiedad y el malestar emocional momentáneamente. Disminución de la habilidad para conducir. Impulsividad y aumento de la posibilidad de realizar actos violentos. Intoxicación aguda: "Blackout" (incapacidad para recordar lo que pasó mientras estaba ebrio).
A LARGO PLAZO	<ul style="list-style-type: none"> Psicosis (alucinaciones e ideas delirantes), encefalopatías y deterioro de las funciones cognitivas por daño permanente del tejido cerebral. Gastropatías (úlceras, cáncer de boca y estómago), hepatopatías (cirrosis y cáncer de hígado), pancreopatías. Polineuritis, músculos y huesos debilitados, Miocardopatías y otras enfermedades vasculares (varices, vasodilatación crónica, etc.). Dependencia física (tolerancia aumentada y síndrome de abstinencia) 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la capacidad de concentración, de aprendizaje, de la motivación por hacer cosas, etc. Disminución del rendimiento laboral, escolar, deportivo, etc. Aumento de la probabilidad de sufrir accidentes. Perturbación de las relaciones sociales y familiares, pérdida de las amistades íntimas, agresividad, irritabilidad. Exhibicionismo "ridículo". Depresión y ansiedad. Mayor riesgo de suicidio. Dependencia psicológica (deseo irresistible de consumir alcohol)

(Fuente: Calafat et al., 1995: "Tú decides", modificado)

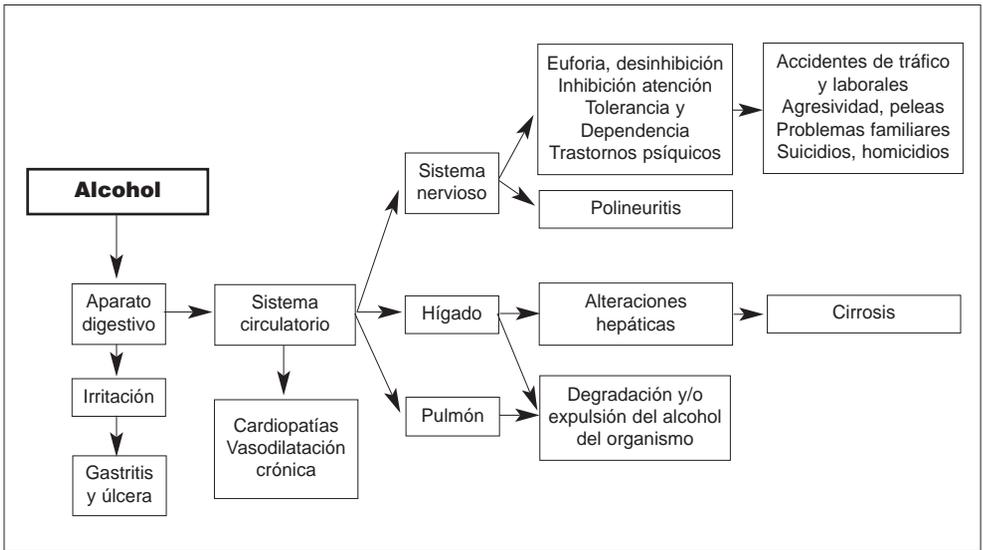


Figura 3. Esquema de los efectos del alcohol en el organismo. Fuente: Calafat et al., 1995: "Tú decides" (modificado)

Circunstancias en las que el consumo de 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 aún 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 último, 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, neurológicas, cardíacas, retraso en el crecimiento, deficiencia mental y mayor riesgo de psicopatología.
- **Conducción** de vehículos y manejo de maquinaria: accidentes

Desmontando los 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 una pizarra (o entregárselos en tarjetas individuales) para que se discutan en grupo hasta llegar al argumento más correcto.

- **El alcohol ayuda a mantener relaciones sociales y a crear un ambiente festivo:** El alcohol, tomado en pequeñas cantidades, facilita el contacto con los demás debido a sus efectos de desinhibición, soltura corporal y verbal, disminución del autocontrol y la autocrítica, ligera sensación de euforia, etc. Sin embargo, incluso en pequeñas cantidades, también puede

provocar reacciones agresivas en algunas personas. Además, en grandes cantidades, o en personas alcohólicas, no existen estos efectos “positivos” sino que ocurre todo lo contrario, efectos que dificultan la relación social: agresividad, verborrea, hacer el ridículo, necesidad de “dormir la mona”, etc.

- El alcohol puede aumentar el rendimiento intelectual, laboral, deportivo o creativo: El alcohol podría tener efectos facilitadores del rendimiento cuando existe un elevado nivel de ansiedad que nos impide que podamos concentrarnos en el estudio o en otras tareas. Sin embargo, los inconvenientes que tiene a medio y largo plazo hacen que no sea un buen sistema para conseguir la tranquilidad y la concentración necesarias para tener un buen rendimiento en estas áreas, más bien ocurre todo lo contrario. Existen alternativas para evitar el exceso de ansiedad que no tienen esos efectos negativos, y que no producen dependencia (técnicas psicológicas). Además, en relación con el deporte, el alcohol reduce la resistencia física, disminuye los reflejos y entorpece la coordinación motora.
- El alcohol facilita las relaciones con el otro sexo: El alcohol, en dosis pequeñas, puede facilitar las relaciones sociales, entre ellas las relaciones de pareja, debido a que produce desinhibición de la conducta y nos hace ser menos autocrítico, permitiendo que se realicen abiertamente actos que en otro momento estarían reprimidos, entre ellos los propios del cortejo de los miembros del otro sexo. Sin embargo, si se abusa de él, o se llega a la dependencia, ocurre todo lo contrario, dificulta el mantenimiento de las amistades y las relaciones de pareja e interfiere profundamente en el funcionamiento sexual de la persona. Es decir, el alcohol no es un afrodisíaco (un estimulante sexual), sino un depresor, y aunque estimula el deseo, disminuye la capacidad de respuesta sexual (se debe tener tacto al hablar de este tema con los más jóvenes).
- El alcohol ayuda a calentar el cuerpo cuando hace frío: El alcohol hace que se dilaten los vasos sanguíneos, especialmente los que están en la superficie de la piel, y ello produce una sensación de calor. Sin embargo, lo que ocurre es precisamente lo contrario, la temperatura interior del organismo disminuye porque la persona pierde calor como consecuencia de la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales. Una de las señales físicas de alcoholismo es precisamente el enrojecimiento y la rotura de los capilares de las mejillas y la nariz, debido a su dilatación crónica.
- El alcohol es un alimento: El alcohol produce “calorías vacías”, que se queman rápidamente y no se almacenan, y por tanto, no son válidas desde el punto de vista energético. Con respecto al tópico de que el alcohol “hace sangre”, se basa simplemente en la similitud entre la coloración del vino tinto y la de la sangre.
- El alcohol estimula el apetito (aperitivos, quinas): El alcohol produce movimientos gástricos similares a la sensación de hambre. Con el tiempo se puede producir gastritis. En realidad, el que consume alcohol en exceso puede acabar teniendo inapetencia, por lo que se alimenta inadecuadamente y suele padecer déficits alimentarios graves (especialmente de algunos tipos de vitaminas).
- El alcohol es vasodilatador, fluidifica la circulación y, por tanto, ayuda al funcionamiento cardíaco y previene las cardiopatías. Esto ocurre a dosis mínimas, en adultos de mediana edad con cierto riesgo y siempre que no haya contraindicaciones médicas, psicológicas o sociales para el consumo moderado. Este tópico suele utilizarse como excusa por parte de los bebedores excesivos. En realidad, a largo plazo, el alcohol en exceso daña la musculatura cardíaca y puede provocar graves cardiopatías.

- El alcohol ayuda a controlar el nivel de colesterol: A dosis mínimas, en adultos y siempre que no haya contraindicaciones médicas, psicológicas o sociales. Sin embargo, este argumento también suele utilizarse como excusa por parte de los bebedores que consumen en exceso.
- Todo el mundo consume alcohol y todo el mundo “se pasa un poco” de vez en cuando: No es cierto, sólo debemos consultar las estadísticas para comprobarlo.
- El alcohol quita la sed mejor que el agua: En absoluto, el alcohol produce eliminación de líquido corporal y da más sensación de sed.
- El alcohol es un buen ansiolítico y relajante ante el estrés: Produce efecto ansiolítico momentáneo, pero si se utiliza con este fin, es muy probable que la persona acabe desarrollando rápidamente una dependencia de esta sustancia. Existen otras técnicas más saludables para combatir la ansiedad.
- El alcohol es un buen antidepresivo en momentos de dificultades emocionales: Al contrario, provoca depresión del sistema nervioso y puede agravar la situación inicial.

MATERIAL

Pizarra para ir anotando los efectos del alcohol.

Transparencia con los personajes del programa “Tú decides”.

Cuadernillo nº IV del Programa “Tú decides”: “Dos versiones de una misma historia: El punto de vista de Pere” (fotocopias para los participantes).

Vídeo: “El alcohol, la droga protegida”. Fragmento de “El reto de la libertad” (4 minutos).

Vídeos: “Alcohol y conducción” (FAD) (6 minutos) o “L'alcohol i la conducció” (Generalitat de Catalunya).

Programa de simulación de conducción “Límit zero” y ordenador.

Transparencia con ideas clave.

PROCEDIMIENTO

- 1) Explicar brevemente los objetivos de la sesión.
- 2) Recordar algunos de los efectos del alcohol que se mostraron en el vídeo “A tu salud: saber beber”.
- 3) Proyección de vídeos: “El alcohol, la droga protegida” (un fragmento de 4 minutos de “El reto de la libertad” de Acción Familiar) y “Alcohol y conducción” (6 minutos).
- 4) Presentación de los protagonistas de las historietas del Programa “Tú decides”
Se puede utilizar una transparencia con los personajes dibujados, o simplemente describir a los personajes cuando aparecen en las primeras viñetas.
- 5) Lectura en grupo (asignación de papeles) de la historia nº IV del Programa “Tú decides”: “Dos versiones de una misma historia”.

Previamente se les dice que se fijen en los efectos que el alcohol produce a Pere y a Joana. Se discute la historieta tal como se sugiere en el cuadernillo del programa “Tú decides”.

6) Anotación en la pizarra de 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 la historia o en el vídeo del día anterior, y escribirlos en la pizarra clasificándolos en un cuadro de doble entrada como el que se muestra en el apartado de “información básica”, que llevará como título “EFECTOS REALES DEL ALCOHOL”.

El educador irá preguntando y respondiendo dudas sobre algunos de estos efectos reales. Cuando salga un mito, el mismo alumno si lo desea puede levantarse a escribirlo en una lista aparte que se encabezará con el título “MITOS” o “TÓPICOS SOBRE EL ALCOHOL”. 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.

7) Programa de simulación de conducción “Límit zero” (Generalitat de Catalunya)

8) Breve resumen del contenido de la sesión, con ayuda de la transparencia de “Ideas Clave” y el cuadro de efectos del alcohol.

3ª Sesión para hijos: El alcoholismo, una enfermedad con tratamiento

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 drogodependencias, 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.

IDEAS CLAVE

- El alcoholismo es una enfermedad como otras (ej: diabetes), que tiene tres elementos básicos: tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, y que ocasiona numerosos problemas físicos, psicológicos y sociales.
- El alcohólico no es un vicioso, ni un borracho, ni una mala persona, sino una persona que ha desarrollado una dependencia del alcohol. Esto hace que no pueda controlar

voluntariamente su consumo de alcohol, de manera que sigue consumiéndolo en exceso a pesar de “saber” que le está causando problemas importantes de salud, de trabajo, familiares o sociales.

- 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.

INFORMACIÓN BÁSICA

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 la mujeres porque los enzimas de su hígado son menos efectivos 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.

Se denomina **abuso de una droga** a cualquier forma de consumo en la que el riesgo es mayor que el beneficio que la persona pretende obtener con el consumo. En general, se habla de abuso cuando las cantidades consumidas, las características del individuo, o las circunstancias sociales en que se consume, ponen en peligro la salud física, psicológica o social de la persona. En el caso

de algunas drogas, su simple uso 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:

- a) **La sobredosis o intoxicación aguda** (ej: borrachera de una noche, consumir más de 3 ó 4 UBEs¹ en una sola ocasión, es decir más de 3 o 4 cervezas, o de 2 whiskys). El peligro de esta situación es que la sobredosis de una droga puede afectar gravemente al organismo, ya que éste no es capaz de eliminar tan rápidamente la cantidad de droga consumida, y además puede tener efectos imprevisibles sobre el comportamiento de la persona. Dependiendo de la cantidad consumida, de las características del organismo, y de la sustancia, la intoxicación aguda puede llegar a provocar el coma y la muerte por sobredosis.
- b) Consumir, aunque sean dosis mínimas, en **situaciones de riesgo especial** (infancia y juventud, embarazo, conducción de vehículos, uso de maquinaria peligrosa como sierras, excavadoras, etc.).
- c) **Mezclar drogas** (ej: consumir alcohol mientras se están tomando algunos medicamentos como tranquilizantes, antibióticos, etc), suele ser más peligroso que consumir cada una de ellas por separado, porque los efectos de ambas interaccionan y se potencian, pudiendo producir efectos impredecibles, incluida la muerte.
- d) Consumir una droga cuando se tiene una **enfermedad física o psicológica** que puede resultar agravada por ese consumo (ej: continuar bebiendo alcohol cuando se tiene una depresión, o bien el hígado alterado).
- e) Consumir drogas cuya obtención implica el contacto con el **tráfico ilegal o la marginación social**, debido al riesgo de problemas sociales y legales que implica.

La **drogodependencia** es el resultado de la interacción entre los efectos que produce la droga en el organismo y las características físicas y psicológicas de la persona que la consume, que origina en el sujeto una necesidad o deseo compulsivo de seguir consumiendo dicha droga para beneficiarse de sus efectos (**dependencia psicológica**).

Cuando se consume una droga de forma repetida, en el organismo se produce una adaptación para seguir funcionando igual que antes en presencia de esa sustancia tóxica, de manera que se esfuerza por metabolizarla con mayor rapidez y sus efectos desaparecen más pronto. Por lo tanto, la persona necesita tomar cada vez más cantidad de droga para conseguir los mismos efectos que cuando inició su consumo. Este fenómeno se denomina **tolerancia**.

Con algunas drogas, al interrumpir un consumo continuado pueden aparecer molestias físicas que constituyen el **síndrome de abstinencia**, cuyos síntomas son diferentes según el tipo de droga (en el argot de los heroinómanos, el síndrome de abstinencia de la heroína se denomina "mono"). El síndrome de abstinencia es la manifestación de la **dependencia física**.

¹ Una UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro, que corresponde aproximadamente a una consumición de cerveza o vino. En cambio una consumición típica de destilados (whisky, combinado de ginebra, ron, etc.) correspondería a dos UBEs.

Tomando como *ejemplo el caso del alcohol*, la *dependencia psicológica* consiste en un deseo irresistible de beber alcohol para conseguir los efectos que produce esta sustancia en el estado psíquico de la persona. Si una vez que el organismo se ha adaptado a funcionar con alcohol, se interrumpe el consumo (ej: toda la noche sin beber), se desencadenan los trastornos físicos que constituyen el *síndrome de abstinencia del alcohol* (inquietud, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad o mal humor, náuseas, dificultad para concentrarse, insomnio, temblor de manos y lengua, etc.), que en el extremo más grave se denomina *delirium tremens* (confusión, desorientación, miedo, alucinaciones, temblores, sudoración intensa, fiebre, etc.), y que si no se consume de nuevo alcohol, o se trata con medicamentos, puede producir incluso la muerte.

El alcoholismo es una enfermedad

Antigualmente, 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. Se puede recordar que algunos personajes famosos reconocen haber tenido problemas con el alcohol (Vídeo: "A tu salud: Saber beber").

Algunas estadísticas

- En España más de 1.250.000 personas son alcohólicas, y unos 2.500.000 más tienen un elevado riesgo llegar a ser alcohólicos debido a que consumen alcohol en exceso. En total, constituyen más de un 10% de la población.
- El alcoholismo va afectando cada vez a población más joven de nuestra sociedad debido al cambio de costumbres con respecto al consumo de alcohol.
- Cada año mueren en nuestro país entre 8.900 y 11.000 personas debido a enfermedades o accidentes provocados por el consumo de bebidas alcohólicas.
- Los accidentes de tráfico (en los que suele estar involucrado el consumo de alcohol) es la primera causa de muerte en los jóvenes.

La progresión desde el primer uso hasta la dependencia y la búsqueda de ayuda

El alcoholismo no sucede "de repente". Es una enfermedad progresiva cuyo origen puede remontarse al momento de la vida en el que el consumo de alcohol se hace repetido o habitual y empiezan a surgir los problemas de relación social (peleas en casa, con los amigos, problemas laborales, etc.), algún accidente, problemas de salud, etc. Muchas personas creen que hay que

dejar que el alcohólico “toque fondo” para que sea consciente de su problema y se motive para buscar una solución. Sin embargo, no es así, cuanto más tarde se interviene, 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 de 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 de 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 más o menos tiempo, a la situación anterior. Sin embargo, si se mantiene abstinente, el alcohólico no manifestará 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 fórmula:

$$\text{Alcoholismo} = \text{Tolerancia} + \text{Dependencia} + \text{Síndrome de Abstinencia}$$

Vídeo con casos de alcohólicos: “Historias sobre el alcohol” (20 minutos).

Cuadernillo nº IV del Programa “Tú decides”: Dos versiones de una misma historia. El punto de vista de Pere”.

Hoja con listado de situaciones ficticias para discernir entre uso y abuso.

Transparencia con ideas-clave.

PROCEDIMIENTO

1) Explicar en que consiste el uso, el abuso y la dependencia del alcohol (alcoholismo) con ayuda de transparencias.

Utilizar los conceptos descritos en el apartado de información básica, haciendo énfasis en que el alcoholismo es una enfermedad con tres componentes: tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Se procurará no realizar una exposición unidireccional, sino interactiva, haciendo participar a los jóvenes con sus conocimientos y opiniones. Se puede establecer un paralelismo con la diabetes o la hipertensión (igual que al hablar del tratamiento).

2) Proyección del vídeo “Historias sobre el alcohol” (20-30 minutos).

El educador dará la instrucción de que estén atentos a las experiencias que cuentan las

personas que aparecen en el vídeo, para identificar ejemplos de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia en relación con el alcohol.

Después de proyectar el vídeo, el educador abrirá el debate sobre su contenido, planteando las siguientes preguntas:

- En relación con la *tolerancia*: ¿Por qué crees que algunas personas aguantan tanto bebiendo alcohol? ¿Qué pasa cuando alguien necesita beber cada vez más cantidad de alcohol para conseguir “ el puntillo”?
- En relación con el *síndrome de abstinencia*: ¿Conocéis a alguien que haya dejado de fumar o de beber alcohol? ¿Recordais cómo se sentía la primera semana después de dejarlo? Comentario de la frase: “Al principio tomas droga para sentirte bien, pero después empiezas a tomarla para no sentirte mal”
- En relación con la *dependencia*: ¿Qué cosas pensais que pueden causar dependencia? ¿Sólo drogas o también otras conductas como el juego de azar, los video-juegos, la TV, el trabajo, etc.? Se tiene que llegar a la conclusión de que una dependencia (implique o no el consumo de una droga) consiste en continuar realizando una conducta a pesar de que ocasiona inconvenientes físicos, psicológicos, sociales, etc. Sin embargo, debe quedar claro que esas conductas no son “drogas” (sustancias químicas que se introducen en el organismo).

También se procurará hacerles reflexionar sobre la progresión de la enfermedad alcohólica a través de las distintas fases que aparecen en el vídeo.

3) Re-lectura del cuadernillo nº IV del Programa “Tú decides”: Dos versiones de una misma historia”.

El educador abrirá el debate después de la lectura preguntando:

- ¿Creéis que Pere y Joana tienen algún problema con el alcohol?
- ¿Creéis que son dependientes del alcohol?
- ¿Qué problema tienen: abuso o dependencia?
- ¿Creéis que existe un límite claro entre el uso, el abuso y la dependencia del alcohol?
- ¿Dónde está ese límite? ¿Consiste en no pasarse de una cantidad concreta de alcohol?

Se procurará reforzar las actitudes de abstinencia absoluta, o en todo caso de consumo esporádico en circunstancias especiales (fiestas y celebraciones). También se les hará reflexionar sobre el hecho de que el alcohol puede provocar muchos problemas graves, lo que hace que no valga la pena arriesgarse por quedar bien con los amigos, o por sentirse un poco más desinhibido o eufórico (hay otras técnicas que funcionan mucho mejor y que se enseñarán en las próximas sesiones).

Hay que evitar hablar de cantidades, pero si lo piden expresamente, el educador debe decidir si ofrece algún tipo de información en este sentido, siempre con mucha precaución, sin dar a entender que consumir hasta el límite de riesgo es “lo normal”. En todo caso, se les puede explicar que, en circunstancias normales, si no hay contraindicaciones médicas, en un hombre que haya acabado su período de desarrollo físico (18-20 años) con un peso normal, un consumo prudencial nunca pasaría de un máximo de uno o dos vasos de cerveza o de vino al día, con las comidas preferentemente, alternando días de abstinencia, etc. Más allá de esta cantidad cualquier persona está aumentando el riesgo de tener problemas. También se debe recordar que bastantes personas

no consumen alcohol en absoluto, y otras muchas lo hacen muy esporádicamente, en celebraciones u ocasiones sociales especiales. Recordar también las situaciones en las que no se debe beber alcohol bajo ningún concepto.

También se debe recordar que una consumición de un combinado, un whisky u otro licor tienen el doble de alcohol que un vaso de cerveza o vino, y que la cantidad de alcohol que se considera consumo de riesgo en las mujeres es menor que en los hombres.

4) Repartir un listado de situaciones ficticias de uso, abuso y dependencia del alcohol.

Los participantes deberán decidir si se trata de una situación de uso o de abuso, discutiendo en grupo las distintas opiniones.

- ▶ Tienes 18 años. Has salido de la discoteca donde has ido con un grupo de amigos y te das cuenta que el que tiene que conducir el coche para llevaros a casa ha bebido 4 cervezas en un par de horas. ¿Crees que está en condiciones de conducir?
- ▶ Pedro tiene 14 años, Le invitan a una fiesta en casa de un amigo y allí le ofrecen un cubata y le apetece probarlo. Después de tomárselo está más contento de lo normal y se desvuelve muy bien con las chicas, y piensa que ha valido la pena.
- ▶ Javier tiene 18 años y en su barrio hay fiesta mayor. Ha pasado todo el día con un grupo de 5 amigos. Para desayunar han tomado unas cervezas y unos bocatas. Durante la comida, un par de botellas de vino con gaseosa. Después de comer, un carajillo. Nadie parece borracho, ni siquiera parece que hayan cogido “el puntillo”. Después de recorrer todas las calles, por la noche cenan un frankfurt con coca-cola y después tienen pensado ir a una discoteca que acaban de inaugurar en la que hay barra libre de cubatas. ¿Esta situación es normal? ¿Crees que ocurre frecuentemente?
- ▶ Mario se ha despertado a media noche, empapado en sudor. Está muy ansioso y no puede dormir. De repente siente el gusto de licor en la boca y desea tomar una copa. Al levantarse para ir al mueble bar observa, horrorizado, que una fila de cucarachas le sube por una pierna.
- ▶ Marta está esperando un bebé. Hoy ha ido a una boda y, como excepción (ella nunca bebe alcohol), ha tomado un poco de vino y un par de copas de champán. Después de comer se encuentra divinamente y piensa que el bebé también se ha alegrado porque no ha parado de moverse en todo el rato.
- ▶ Hoy en la TV han dicho que unos médicos de gran prestigio han demostrado que una copa de vino al día puede ayudar a prevenir los problemas cardíacos. A partir de hoy empezaré a beber una copita de vino con las comidas, por si acaso.
- ▶ María está en plena época de estrés, los estudios la llevan de cabeza y por la noche toma café para poder estudiar. Hoy se encuentra nerviosa porque tiene un examen, le duele la cabeza y se toma una aspirina con el café.
- ▶ Carla es representante de una marca de productos cosméticos. Cuando tiene que salir a vender sus productos se toma un whisky porque dice que así se siente más sociable, menos tímida, y eso le ayuda a hacer clientes. En cambio, un compañero suyo ha observado que Carla habla de muchas tonterías con los clientes pero no termina nunca de cerrar las ventas.

5) Explicar en qué consiste el tratamiento del alcoholismo.

El educador explicará el tratamiento del alcoholismo haciendo referencias al vídeo y posteriormente abrirá el debate preguntando algunas de las siguientes cuestiones:

- ¿Por qué se dice que el alcoholismo no se cura?
- ¿Quiere decir eso que no hay ningún tratamiento efectivo?
- ¿Quiere decir que un alcohólico no puede volver a beber nunca más?
- ¿Ocurre algo parecido en otras enfermedades?

6) Recordar el contenido de la sesión con ayuda de la transparencia de ideas-clave.

4ª Sesión para hijos: Alcoholismo y familia

OBJETIVOS

- Desculpabilizar y desresponsabilizar 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 cómo 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 qué se puede cambiar y qué 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 qué 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).
- Transmitir la importancia de luchar contra los factores de riesgo y de fomentar los factores protectores para evitar el alcoholismo y otros problemas semejantes. Se puede volver a establecer un paralelismo con la obesidad (dieta, ejercicio físico, autocontrol, etc. como factores preventivos o terapéuticos).

IDEAS CLAVE

¿Cómo afecta el alcoholismo a la familia?

- Se dice que el alcoholismo es una enfermedad “familiar”, por dos razones básicas: 1) afecta no sólo 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 sólo, a otros les pasan cosas semejantes.
 2. Puedes buscar ayuda. Hay gente que te entenderá y te ayudará.
 3. Tu futuro depende de tí. 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 sí aprender a comunicar y confiar en algunas personas de su entorno para tratar de cuidarse a sí 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).
- Si uno tiene antecedentes de alcoholismo, es aún más importante tomar una decisión responsable con respecto al consumo de alcohol (recomendación: abstinencia o, a lo sumo, uso moderado en circunstancias especiales y, sobre todo, mantenerse siempre vigilante ante los primeros signos de problemas).

INFORMACIÓN BÁSICA

Se recomienda leer también el apartado correspondiente de las sesiones para los padres y la primera parte de este manual.

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 sólo 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 **co-dependientes** (véanse las características más adelante), 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 las “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”.

En realidad no es tan fácil distinguir la normalidad de la anormalidad por lo que respecta a las familias. En primer lugar, la palabra “normal” tiene un amplio espectro de significados, que varía según las personas. En segundo lugar, no podemos guiarnos por la conducta de una familia en público para juzgar su “normalidad”, ya que no suele reflejar lo que ocurre en realidad en la vida privada. Dentro de todas las casas, en todas las familias, ocurren cosas “normales” y también “anormales”.

Muchas veces pensamos que las demás familias no tienen problemas como los nuestros. Esto se debe a que no sabemos lo que ocurre realmente dentro de su casa. Todas las familias tienen problemas, aunque unos diferentes de otros. Lo importante es aprender a manejar los problemas de una forma adecuada y siempre estamos a tiempo de aprender.

2) Las diferencias de opinión en una familia siempre tienen que resolverse armoniosamente, por consenso, no deben ocasionar conflictos.

En todas las familias hay diferencias de opinión y conflictos, y éstos no son necesariamente malos. Sólo se producen verdaderos problemas cuando los conflictos no son discutidos, se esconden o se convierten en una guerra abierta. Los conflictos deben ser aireados, discutidos y entendidos. Lo que suele ocurrir en las familias de alcohólicos, y en muchas otras familias, es que no han podido aprender bien cómo manejar los conflictos.

3) *La comunicación entre los miembros de una familia es siempre natural, fluída y fácil.*

En las familias de alcohólicos la comunicación suele ser un problema importante porque se caracteriza por:

- La negación de la realidad (ej: silencio acerca del alcoholismo)
- Mensajes de desesperanza, indefensión aprendida ("total... para qué")
- Mensajes con doble significado o significados opuestos.
- Desconsideración o ignorancia de la opinión de los demás.
- Mensajes descalificativos ("mislabeling")
- Falta de expresión de pensamientos y sentimientos.
- Falta de honestidad y confianza por temor al rechazo y al abandono.
- Falta de capacidad de negociación
- Falta de habilidad para preguntar a los demás, se hacen las cosas sin pedir permiso.

4) *Las familias sólidas sólo existían en el pasado, en nuestros tiempos la verdadera familia se ha desintegrado.*

Probablemente nunca ha existido la "familia perfecta", siempre ha sido un ideal. Todas las familias son diferentes, incluso las familias de alcohólicos son diferentes entre sí.

5) *Hay "buenos padres" y "malos padres", "buenas familias" y "malas familias" y eso está predeterminado y no se puede hacer nada para cambiarlo.*

Esta afirmación también es un mito. Todos los padres, como el resto de las personas, se comportan bien y mal, según las ocasiones. Un padre alcohólico suele ser menos sensible a las necesidades de sus hijos debido al gran número de problemas familiares y de otro tipo que le acarrea el alcohol y ello hace que sea inconsistente en sus normas, expresión de afectos, etc. Pero eso no significa que sea mala persona.

Además, el flujo de influencia no va siempre de padres a hijos, sino que la influencia es recíproca, el comportamiento de los hijos también puede determinar el de los padres, de modo que los hijos también pueden ayudar a cambiar las relaciones en la familia, aunque siempre dentro de sus posibilidades.

6) *Lo que pasa en la familia de cada uno no es asunto de los demás. Todos tenemos derecho a la privacidad.*

En las familias de alcohólicos todos los miembros sufren, y muy especialmente los niños y, en muchas ocasiones, no se les puede ofrecer ayuda desde dentro, la ayuda debe proceder de personas externas a la familia (maestros, psicólogos, profesionales de la salud, etc.), que puedan ver los problemas de su familia desde una perspectiva más objetiva. Si algún profesional detecta problemas de alcoholismo en una familia, no debe dudar en actuar de la forma más adecuada para tratar que la familia se enfrente al problema.

Características disfuncionales típicas de las familias alcohólicas

- Períodos intensos y prolongados de estrés (estrés crónico), que supera su capacidad de enfrentamiento.
- El sistema familiar está centrado en las conductas problemáticas (en este caso en el consumo

de alcohol), de forma que gastan tanta energía en tratar de manejar el problema que no son capaces de reconocer y cubrir el resto de necesidades de sus miembros.

- El autoaislamiento separa a los miembros.
- Comunicación disfuncional (véase el apartado “creencias erróneas”).
- 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 aprenden 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 más 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. Los otros miembros se convierten en co-alcohólicos, tratando de controlar el consumo del miembro alcohólico.

Los **roles familiares suelen estar distorsionados, o ser muy confusos** en la familia alcohólica, en especial los roles paternos. El progenitor alcohólico se muestra como un sujeto con

conducta errática e impredecible, y el progenitor no alcohólico se 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 preocupación 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 domésticas o del cuidado de sus hermanos, etc., por lo que ya han entrado en una pseudo-madurez.

¿Qué necesitan los niños para mantener el equilibrio durante su desarrollo?

1. Que les permitan “ser niños” el tiempo suficiente.
2. Desarrollar habilidades y talentos que le permitan tener un autoconcepto positivo.
3. Ser valorados por su familia y por algunas personas significativas fuera de la familia.
4. Desarrollar la habilidad para tomar decisiones y evaluar sus resultados.
5. Dar y recibir afecto.
6. Tiempo y apoyo, emocional y logístico, mientras consiguen encajar las piezas del rompecabezas de su vida.

Los hijos de alcohólicos pueden mostrar problemas en una o varias fases de su desarrollo psicosocial. Según Erikson (véase la Tabla 12) cada estadio evolutivo del desarrollo psicosocial se construye a partir del completamiento saludable del estadio anterior. Cuanto más precoz sea el momento de afectación de este desarrollo, debido a los patrones disfuncionales de la familia

alcohólica, más devastadores pueden ser los efectos. La consecuencia es que los jóvenes detienen su crecimiento psicosocial. Una vez reemprendido este crecimiento, es preciso que el joven acabe de desarrollar los estadios anteriores, antes de pasar al siguiente. El conocimiento de estos estadios y de los problemas que se pueden desarrollar debido a la alteración de la evolución normal puede ser útil para entender y desarrollar programas de tratamiento para hijos de alcohólicos, con objeto de sortear las resistencias típicas.

Tabla 12. Resumen de los estadios de desarrollo psicosocial de Erikson y factores de riesgo que ocurren frecuentemente en las familias alcohólicas debido a dificultades en los diferentes estadios (adaptado de Kern, 1985).

Estadio	Edad	Factores de riesgo para los hijos de alcohólicos
Confianza-desconfianza	1er año	Deprivación maternal, falta de disponibilidad emocional, alimentación y cuidado deficiente
Autonomía-verguenza y duda	2 – 4 años	Límites, normas y disciplina inexistentes o extremos, que llevan a la autoduda o a la timidez excesiva
Iniciativa-culpabilidad	4 – 7 años	Supresión de la curiosidad natural y el tanteo de los límites debido a la tensión familiar, respuestas inconsistentes e impredecibles a la curiosidad del niño que llevan a la supresión de la creatividad y a la culpabilidad. El modelaje de la conducta del progenitor alcohólico ocurre en esta fase.
Laboriosidad-Inferioridad	7 – 11 años	La falta de interés de los padres por el logro escolar, debido al agotamiento por el alcoholismo lleva al niño a creer que realizar las tareas con éxito carece de sentido y de utilidad. La sensación de fracaso en el hogar se extiende a la escuela y los deberes escolares a menudo son ignorados.
Identidad aprendida-identidad difusa	12 –14 años	La identificación negativa con la desorganización familiar eclipsa la posibilidad de desarrollar una adecuada identidad individual.
Intimidad-aislamiento	14 – 18 años	El legado de fracasos parciales en estadios tempranos lleva a inhabilidad para compartir y ser abierto, así como para establecer relaciones primarias con otros.
"Generativity"-Absorción	Edad adulta	La deprivación en el aprendizaje de cómo formar relaciones primarias produce en sí mismo relaciones emocionales superficiales con los propios hijos, lo que da lugar a una nueva generación de niños afectados por el alcoholismo en la familia.
Integridad - desesperanza	Madurez	Culpabilización de los demás por la mala suerte en su vida que lleva a la desesperanza o indefensión aprendida ("no hay nada que hacer").

Adaptado de Kern (1985)

Uno de los objetivos de esta sesión es que los participantes entiendan y acepten que la conducta de una madre o un padre alcohólicos es parte del proceso de una enfermedad, y que este proceso no está controlado directamente por ellos y, por lo tanto, lo más saludable es perdonarles. Esto es especialmente importante en la adolescencia, edad en la que los hijos son excesivamente críticos con sus padres y, al empezar a entender lo que ha ocurrido en su familia, pueden llegar a acumular mucho rencor. Para tratar este tema se puede comentar la frase:

"Quizás cuando podemos llegar a entender y a perdonar a nuestros padres por sus "errores" en nuestra educación, estamos avanzando hacia nuestra propia madurez". (Adaptado de "An elephant in the living room". Hastings & Typo, 1984a.)

Roles típicos en los hijos de alcohólicos

Black (1982) opina que los hijos de alcohólicos a menudo adoptan roles o patrones de

personalidad característicos en un intento de adaptarse a su ambiente familiar, y llegan a identificarse tanto con ese rol que le puede comportar problemas en la adaptación a la vida adulta fuera del hogar.

Siguiendo la tipología de Wegscheider (1981), el orden de nacimiento tiene un fuerte influencia en los roles que los niños adoptan en la familia. En una familia disfuncional, el primer hijo ha sido descrito frecuentemente como el *responsable*, el *héroe*, el *vigilante* o *cuidador* (*caretaker*). El más joven suele ser la mascota de la familia. Los hijos que ocupan lugares intermedios suelen adoptar roles como el del *niño perdido* u *olvidado*, el *adaptable* o *conciliador* o el *niño problemático*, que suele ser el *chivo expiatorio* de los problemas de la familia. Sin embargo, en la mayoría de ocasiones los roles que adoptan los hijos de alcohólicos no son puros sino que se mezclan características de varios tipos, dependiendo no sólo del orden de nacimiento, sino también del número de hermanos, del sexo del progenitor alcohólico y del niño, del estadio de progresión del alcoholismo, del nivel de desarrollo emocional del niño cuando ocurre el problema en la familia, etc.

Tabla 13. Roles típicos en los hijos de alcohólicos y niños de otras familias disfuncionales

Rol	Comportamiento externo	Sentimientos internos	Valor para la familia	Futuro sin intervención	Futuro con intervención
El héroe	Logro, éxito sonriente, feliz aparentemente, buen chico, gusta a la gente.	Fracaso, culpa, baja autoestima, autocrítica excesiva y humillación.	Orgullo, desvía el foco de atención del alcoholismo.	Adicto al trabajo u otras conductas compulsivas, incapacidad para intimar, estilo de vida frenético, bloqueo emocional.	Buenos ejecutivos, capaz de ser abierto y sensible, de aceptar los propios errores, vida pacífica.
El chivo expiatorio	Enfadado, desafiante, "acting out".	Fracaso, rabia, culpabilidad, baja autoestima.	Desvía el foco de atención del alcoholismo; suele ser identificado como "el problema real" de la familia.	Problemas legales, desafío a la autoridad, problemas con el alcohol y/u otras drogas.	Sensible, abandona la ira y el rencor, buena capacidad para ser asistente social, consejero, psicólogo.
El niño perdido	Retirado, aislado.	Incapaz, no-emocional.	Alivio, ayuda, consuelo de los demás.	Poco profundo emocionalmente, pasivo. Problemas de alcohol o drogas.	Asertivo, creativo e imaginativo, artístico.
La mascota	Payasadas "El alma de las fiestas"	Terror histérico	Alivio cómico	Frágil, baja tolerancia al estrés, bromista compulsivo, incapaz de profundizar, problemas de alcohol o drogas.	Humor apropiado, adecuada habilidad para manejar el estrés.

Adaptado de Wegscheider (1981)

El "HERO" "CARETAKER" (héroe o protector) suele ser el hijo mayor. Es un "buen chico", en el que toda la familia confía. Es el encargado de "arreglar" o "rescatar" a la familia del desastre. Suelen tener éxito en la escuela y en otras actividades, a pesar del caos familiar, de manera que los padres lo toman como símbolo de que todo va bien en la familia, lo que les ayuda a continuar negando los problemas con el alcohol. Normalmente el héroe se da cuenta de que su éxito proporciona bienestar a la familia y se esfuerza por conseguirlo, pero como la situación no mejora, acaba sintiéndose culpable por no ser capaz de cambiar las cosas. Sería equivalente al "RESPONSIBLE" (el responsable, Black, 1982). Madura precozmente y suele adoptar el rol

paterno, procurando controlar la situación para que todo funcione en la familia, aliándose con el miembro no-alcohólico de la pareja. Pueden desarrollar un odio intenso hacia sus padres, tener problemas psicosomáticos y otros problemas relacionados con el estrés, el perfeccionismo excesivo, etc. Algunos pueden buscar como pareja alguien a quien seguir cuidando. Un rol semejante sería el "PLACATER" (conciliador, Black, 1982), que intenta agradar y confortar a todos. Es posible que acabe dedicándose tanto a agradar a los demás que deje de lado sus propias necesidades.

El segundo hijo de la familia suele ser un "SCAPEGOAT" (chivo expiatorio) o "PROBLEM CHILD" (el niño problemático). Utiliza la conducta desafiante y el enfrentamiento para llamar la atención de la familia, ya que es frecuente que se le deje de lado, eclipsado por el éxito del primer hermano. Desarrolla una posición arrogante, desafiante. Se lleva las culpas de todo lo que pasa en la familia. La familia le identifica como "el verdadero problema" para tratar de convencerse de que el alcoholismo no es el problema primario. Sería equivalente al "ACTING OUT", que reacciona ante los problemas con conductas disruptivas, antisociales y conflictos con la autoridad. Es el rol más prevalente entre los hijos de alcohólicos, según la mayoría de los estudios. En lugar de orientarse hacia la familia como el "heroe", el "scapegoat" se orienta hacia el grupo de amigos y, a menudo, acaba consumiendo alcohol u otras drogas como desafío. Este es el hijo que los padres suelen llevar a hacer tratamiento. Es muy importante que el profesional sea capaz de verlo como parte de una familia disfuncional y no como el único paciente. La familia no tolera bien que este chico mejore en su comportamiento debido a que les exige examinar el alcoholismo como problema principal de la familia. Por ello, es preferible que la familia al completo realice tratamiento o, al menos, uno de los padres.

El "LOST CHILD" o "FORGOTTEN CHILD" (el hijo perdido u olvidado) (Margaret Cork, 1969) suele ser el tercer hijo de la familia. Incapaz de encontrar un lugar de aceptación y afecto en la familia simplemente se retira, se aísla física y emocionalmente del centro de actividad. Limitan sus demandas a la familia y aprenden a tratar con sus sentimientos de infelicidad mediante el refugio en su mundo de soledad, frecuentemente cargado de excesiva fantasía. Se culpabilizan por no encajar en la familia. Necesitan tratamientos largos pues tienen poca práctica en desarrollar relaciones profundas y en ser independientes y asertivos. Durante el tratamiento su fantasía puede ser derivada de forma productiva fomentando la expresión artística. Podría ser semejante al "ADJUSTER" (adaptable), que se concentra en ir sobreviviendo, cambiando constantemente para adaptarse a las demandas de cada nueva situación, siendo incapaz de tomar las propias riendas de su vida.

Frecuentemente, el más pequeño de la familia alcohólica suele ser el "MASCOT" o "CLOWN" (la mascota, el payasete). Desenfadado, amante de la diversión, utiliza la estrategia de hacer el payaso para llamar la atención y disipar la ansiedad en los momentos tensos. Black (1982) le llama el "FAMILY PET". También utiliza el humor para enfrentarse al dolor y enmascarar su miedo. Pueden llegar a sentir terror histórico de perder el contacto con la realidad. Procuran tratar superficialmente los temas importantes, sin profundizar en las cosas que pueden hacer daño. Tienen dificultades para tolerar el estrés y están frecuentemente ansiosos. Pueden parecer desatentos e hiperactivos en la escuela. Sin embargo, se debe tener cuidado en no prescribir medicamentos anti-hiperactivos, excepto en el caso de que se diagnostique claramente un déficit atencional. A través del tratamiento adecuado de la familia, puede aprender a manejar el estrés, tolerar los sentimientos y mostrar un adecuado sentido del humor.

La codependencia

Cermak (1986) llamó la atención sobre la necesidad de añadir en los sistemas de clasificación diagnóstica el **trastorno de personalidad codependiente**, argumentando que se trataba de un 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.

Criterios diagnósticos propuestos para el trastorno codependiente:

- A. Creencia de que la propia autoestima depende de la habilidad para controlarse a sí mismo y a los demás frente a condiciones seriamente adversas (autoestima = capacidad de control).
- B. Asumción de la responsabilidad de cubrir las necesidades de los demás sin reconocer las propias.
- C. Ansiedad y distorsiones sobre los límites de la intimidad, la confianza y la separación.
- D. Involucración en relaciones personales con sujetos con trastornos de personalidad, dependencia de sustancias, otros codependientes, o sujetos con trastorno de los impulsos.
- E. Tres o más de los síntomas siguientes:
 1. Exceso de confianza, seguridad y negación de las dificultades.
 2. Constricción de las emociones (con o sin explosiones dramáticas posteriores).
 3. Depresión.
 4. Hipervigilancia.
 5. Compulsiones.
 6. Ansiedad.
 7. Abuso de sustancias.
 8. Ha sido víctima de abusos físicos o sexuales recurrentes.
 9. Enfermedades médicas relacionadas con el estrés.
 10. Ha mantenido una relación primaria con un abusador de sustancias por un período mínimo de 2 años sin buscar ayuda exterior.

Otras características de personalidad desadaptativas encontradas frecuentemente entre los hijos de alcohólicos son (Margaret Cork, 1969; Kern, 1985):

- Baja autoestima y autoconfianza.
- Dificultades para establecer y mantener amistades íntimas y para “funcionar” en grupo.
- Dificultad para reconocer y expresar sentimientos y emociones (especialmente el odio y el resentimiento intenso hacia el progenitor alcohólico, que intentan esconder)
- Dificultades para hablar de sí mismos y para expresar sus necesidades.
- Mecanismo de defensa básico: Negación.

- Pensamiento dicotómico ("todo o nada").
- Supercontroladores, rígidos.
- Autoculpabilizados.
- Tendencia a asumir las responsabilidades de otros.
- Aislamiento y adormecimiento psíquico (apatía).
- Depresión relacionada con la culpa del superviviente.
- Tendencia a mostrar reacciones de ansiedad ante momentos de estrés agudo.
- Locus de control externo
- Trastornos del sueño como pesadillas, terrores nocturnos, miedos excesivos, etc.
- Pensamientos intrusivos (obsesiones).
- Conjeturas continuas sobre lo que es "normal", fruto de un sistema familiar inconsistente y lleno de dobles significados. Sentido de realidad distorsionado.
- Falta de sinceridad y de confianza en los demás.
- Autoexigentes consigo mismos (se juzgan sin compasión).
- Dificultades para relajarse, divertirse y pasarlo bien.
- Búsqueda continúa de la aprobación y afirmación de los demás.
- Extremadamente fieles y leales, aunque sea innecesario.
- Tendencia a actuar impulsivamente, sin examinar las consecuencias de sus acciones.
- Super-responsables o super-irresponsables.
- Miedo extremo al abandono
- Pseudomadurez
- Retraso en el desarrollo físico y emocional
- Fantasía excesiva
- Confusión de roles sexuales

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.).

Es 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. Probablemente varios de estos factores actúan conjuntamente para aumentar el riesgo en los descendientes de alcohólicos. Pero este aumento del riesgo no quiere decir que se tenga que desarrollar el trastorno inevitablemente, ya que también existen otros factores protectores que pueden disminuir este riesgo y los programas preventivos como éste pretenden desarrollarlos.

¿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 esté bajo los efectos del alcohol, porque puede reaccionar violentamente. Para orientar a los jóvenes sobre cómo 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 porqué responsabilizarse de lo que le corresponde hacer a las demás personas, que cada uno es libre de decidir lo que quiere hacer con su cuerpo.

MATERIAL

Transparencia con el dibujo de un elefante en medio de un comedor o salón, basada en “*An elephant in the living room*” (Typpo y Hastings, 1984).

Vídeo: “El poder del no: El retorno del mago” (24 minutos). Escena de las probetas con líquido para explicar la predisposición familiar. Si se utiliza este vídeo se debe aclarar a los jóvenes que la traducción es excesivamente alarmista en este aspecto. Se debe matizar lo que se dice en el sentido de que no se hereda la enfermedad “tal cual”, sino características que predisponen a tener problemas, en el caso de que uno decida consumir en exceso.

Otras opciones de vídeo: escenas de la película “Cuando un hombre ama a una mujer” o fragmentos del vídeo: “A tu salud: Saber beber” (Alcohólicos famosos que son/eran hijos de alcohólicos).

Transparencia de preguntas para debatir e ideas-clave.

PROCEDIMIENTO

1) Comentario de la transparencia basada en “*An elephant in the living room*”

El educador debe suscitar comentarios que ayuden a entender el paralelismo entre la situación del elefante, molesto, enorme, que la familia debe evitar cuando pasa por el salón, y la situación de vivir en una familia donde uno de los miembros es alcohólico. Puesto que los padres no hablan de él, el hijo tampoco lo hace, aunque no entiende muy bien el porqué, así como tampoco entiende por qué nadie hace algo para mover el elefante de allí. Incluso se pregunta si puede ser que los demás no vean el elefante, y lo que ocurre es que él se lo ha inventado. Se debe concluir que vivir en una familia donde el alcohol es un problema es como vivir con un elefante en el salón, del que no se puede hablar con nadie a pesar de lo molesto que resulta. En lugar de la transparencia del elefante se puede colocar un objeto molesto en medio de la puerta de entrada a la sala donde se realizan habitualmente las sesiones con los niños.

Se deben finalizar los comentarios indicando que la presente sesión está diseñada expresamente para hablar de las dificultades que supone vivir en una familia en la que el consumo de alcohol ha llegado a ser un problema.

2) Proyección de la película “El poder del no: El retorno del mago” (24 minutos)

Antes de la película puede resultar conveniente proporcionar a los jóvenes algunas

preguntas para que se centren en las explicaciones que se ofrecen en la película y en los sentimientos de los protagonistas en las diferentes escenas. Se pueden utilizar algunas de las siguientes, dependiendo de los temas en los que se desee hacer énfasis.

— *Alice y su amiga Caty (presión de grupo)*:

1. ¿Por qué al principio Alice acepta ir a la fiesta y llevar bebidas alcohólicas y más tarde cambia de decisión? Valora los pros y los contra de su decisión.
2. ¿Por qué Alice le dice al final a Caty que “consiguí un triunfo”?
3. ¿Renuncia Alice a la amistad de Caty al negarse a llevar alcohol a la fiesta?

— *Alice y el “mago del no”*:

1. ¿Por qué Alice se vuelve pequeña y no puede salir del castillo?
2. ¿Por qué se niega a tomar el brebaje del mago?
3. ¿Cómo encuentra la puerta de salida del castillo?
4. ¿Qué significado tienen los gritos del pozo?
5. ¿Qué significa el juego de las probetas que le hace el mago a Alice? (las probetas son los vasos largos que el mago llena de líquido).

— *Alice y sus padres (conflictos familiares)*:

1. ¿Por qué discuten los padres de Alice?
2. ¿Por qué se va su padre al bar?
3. ¿Por qué el padre de Alice se olvida de que ella tiene que ir a su clase de arte? ¿Crees que eso le hace sentirse mal o no le importa?
4. ¿Qué podría hacer Alice para sentirse mejor? (práctica de enfrentamiento a situaciones estresantes y malestar emocional).

3) Debate y escenificaciones (*role-playing*) sobre los problemas que se suelen producir en las familias de alcohólicos y las formas más adecuadas o saludables de enfrentarlos.

Se pueden escoger algunas escenas de vídeo para ilustrar algunos problemas típicos en las familias alcohólicas, preguntar cómo creen que se siente la protagonista, y cómo se sentirían los participantes en una situación similar. También se pueden comentar las respuestas a las preguntas del apartado anterior y, sobre todo, se debe explicar que enfrentarse a un problema no consiste siempre en solucionarlo o hacerlo desaparecer, sino que en ocasiones debemos aceptar que no es posible solucionarlo por el momento, y que resulta más fácil aprender a convivir con él sin sufrir excesivamente y tener paciencia hasta que pueda resolverse de una u otra forma.

Ejemplos de problemas típicos en las familias alcohólicas para debatir y hacer escenificaciones:

- **Conflictos típicos entre padres e hijos.** Aprovechar algún ejemplo real de los jóvenes del grupo (ej: traer malas notas, negociar la hora de volver a casa).
- **Separaciones y divorcio.** Ejemplo 1: Los padres de Mario se han divorciado y él se ha quedado a vivir con su madre. Ella siempre está muy ocupada y nerviosa porque tiene que ir a trabajar, arreglar la casa, etc. y no tiene tiempo para dedicarse a Mario. El hijo se siente abandonado por sus padres y su forma de protestar es estar siempre tumbado en su cuarto, que está siempre desordenado. La madre está recogiendo las cosas de Mario y le pide que haga su cama y ordene su cuarto, gritando. Mario sigue en la cama, está enfadado. ¿Cómo responderías si fueses Mario?

¿Cómo tendría que responder Mario para conseguir que su madre le prestase atención? Sugerencia: Hablar con la madre, contarle cómo se siente y pedirle más dedicación, ofreciéndole a cambio ayuda en la casa (recoger su cuarto). **Ejemplo 2:** Los padres de Joaquín se han separado y el hijo se ha quedado con su padre, que siempre está criticando a la madre alcohólica, y esto le duele a Joaquín porque, al fin y al cabo es su madre y la quiere. Él entiende que su madre tiene un problema importante pero no sabe cómo ayudarla. ¿Qué podría decirle Joaquín a su padre? Sugerencia: Explicar al padre que se siente mal cuando habla así de su madre, que él los quiere a los dos y que entiende que el padre esté enfadado pero que él piensa que su madre tiene problemas y que no lo hace a propósito.

- **Peleas entre los padres.** Cuando los hijos las oyen se ponen nerviosos tratando de averiguar quién tiene razón. Es mejor pensar que los dos la tienen en cierto grado, y que los problemas de sus padres no los pueden resolver los hijos sino ellos mismos. Lo mejor es irse a otro sitio donde no se pueda escuchar (casa de un amigo, mirar TV., irse con hermanos, etc.) para sentirse mejor.
- **Sentimientos confusos y ambivalentes** como amar y odiar a una misma persona. Explicar que es normal sentir ambas cosas cuando la conducta de una persona cambia de un extremo al otro.
- **Los demás llaman a tu padre “borracho” o “alcohólico” delante de ti.** Es natural que los niños quieran sentirse orgullosos de sus padres y se sientan mal cuando ocurre esto. Pero hay que recordar que el problema es de los padres, no de uno. También hay que recordar que el alcoholismo es una enfermedad y que los padres no desean hacer sentir mal al hijo a propósito. Se debe enseñar a los niños que la mejor respuesta es ignorar los comentarios, mantener “la sangre fría”, o bien dar una respuesta tajante, que los corte, sin entrar a discutir más, aunque el otro lo intente. Si son buenos amigos, se les puede explicar en qué consiste el alcoholismo. Por supuesto, no vale la pena pelear físicamente para “limpiar el honor de la familia”, porque el alcoholismo no es una cuestión de honor.
- **Violencia doméstica (malos tratos físicos o verbales)** Ej: El padre viene borracho y se enfada por una tontería, pierde el control y pega a los hijos (o a la mujer). Sugerencia: Los familiares que son agredidos tienen derecho a pedir ayuda a vecinos, familiares, o a la policía, para que puedan ayudarles, e incluso ayudar a la persona alcohólica que no controla su agresividad bajo los efectos del alcohol. Para tratar este tema es preferible hablar de un ejemplo lejano como qué podrían hacer si un amigo suyo le comentase que en su casa ocurre esto.
- **Conducta contradictoria e inconsistente: olvidos, promesas rotas, desconsideraciones.** Se pueden comentar los ejemplos del vídeo “El retorno del mago”
- **Ir con uno de los padres en el coche cuando ha bebido.** Alternativas: caminar hasta casa, que te lleve otro adulto, coger un taxi hasta un lugar conocido en el que alguien pueda pagarlo, no ir con el padre si se sabe que va a beber alcohol, si ya se está dentro del coche cuando se percibe que el conductor está ebrio y no es posible evitar ir en el coche, colocarse detrás, en medio, con el cinturón bien colocado.
- **No poder traer amigos a casa porque los padres “siempre te hacen quedar mal”**
- **Problemas económicos.** Ejemplo: Los padres dicen que no hay suficiente dinero para comprar algún material que el hijo necesita para la escuela, o para ir de excursión.

Para trabajar estos problemas, se pueden leer los ejemplos de situaciones ficticias y discutir los sentimientos que pueden producir y las posibles formas de enfrentarse. Si se desea, se pueden

escenificar algunas de las situaciones. Cuando se trate de problemas reales de los jóvenes del grupo, se les puede pedir que practiquen las posibles formas de enfrentarse a ellos en casa y que expliquen cómo les ha ido a la semana siguiente.

Finalizar con comentarios sobre las escenas del vídeo que ayudan a tener esperanza de cambios en el futuro, y de que su propio futuro depende de ellos mismos, no del comportamiento de sus padres o de otras personas.

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

- 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.
- Comprender que tienen “poder” sobre ellos mismos y sobre sus vidas, que pueden esforzarse en ser lo que desean en el futuro.
- Diferenciar entre las cosas que se pueden cambiar fácilmente y las que no (ejemplo típico: quejas sobre un profesor nefasto, a veces es mejor “sobrevivir” a su asignatura que enfrentarse a él).
- Darse cuenta de que la recuperación del alcoholismo lleva tiempo, las relaciones familiares no mejorarán de un día para el otro tras la abstinencia.
- 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.
- Darse cuenta de que a medida que van creciendo van teniendo más libertad y van siendo cada vez más capaces de decidir cosas: qué desayunar, qué ropa ponerse, a qué jugar, qué programa de TV ver, qué tipo de profesión tener, en qué gastar el propio dinero, qué tipo de coche se quiere tener, si se quiere tener pareja, hijos, etc.
- Recordar que el humor y la diversión son importantes.
- 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.

4) Simulación de un debate “televisivo” con el título: “¿El alcoholismo se hereda?”

Se puede formar una “mesa redonda” o “panel” en la que intervendrán 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 (pueden preparárselas de un día para otro, yendo a la biblioteca para documentarse, o leyendo algún libro que les proporcione el educador-terapeuta). 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).

El educador puede presentar el tema y proyectar algún vídeo apropiado antes de comenzar el debate, o simplemente recordar algunos fragmentos de vídeos proyectados en sesiones anteriores. Si los jóvenes son suficientemente mayores para leer diarios se les puede enseñar alguna noticia sobre el tema, como la que proponemos a continuación, para que aprendan a criticar este tipo de titulares sensacionalistas y poner las cosas en su sitio, sin alarmismos innecesarios.



Figura 4. Titular de "La Vanguardia". 4 de diciembre, 1992.

Tras el vídeo o la presentación de los materiales a utilizar en el debate, el moderador introducirá a los integrantes de la mesa e irá haciendo las preguntas. Se trata de que cada "experto" exponga sus conocimientos y opiniones informalmente ante cada una de las preguntas (5-7 minutos cada uno). Los integrantes de la mesa pueden dialogar entre sí. Al final el moderador debe presentar las conclusiones (que pueden ser discutidas con ayuda de una transparencia de ideas-clave). Por último se abre paso a las preguntas del auditorio, ante las que el educador puede responder también como experto.

Preguntas posibles para suscitar el debate:

- ¿Creen que los hijos de alcohólicos 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?

Si los participantes se bloqueasen debido a que el tema puede provocar muchas resistencias, el moderador puede utilizar el recurso de las respuestas anticipadas, hipotéticas o contradictorias que provocarán rechazos o adhesiones, fomentándose así la participación.

5ª Sesión para hijos: ¿Por qué beben los jóvenes? La publicidad y la presión grupal en la adolescencia

OBJETIVOS

- Ayudar a los participantes a tomar conciencia de la importancia de la presión social en general, y de la 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 razonablemente y aumentar su habilidad para tomar decisiones responsables, analizando pros 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 responsables e independientes y a defenderlas ante los demás.

INFORMACIÓN BÁSICA

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 “marcha”, diversión, etc.).
- b) Desean sentirse mayores, tomar sus propias decisiones por contraposición a las que dictan los padres y el resto de la sociedad (transgresión de las 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.
- d) La presión del grupo de amigos es muy importante en esta etapa, debido a la necesidad de sentirse integrado en un grupo para crear la propia identidad.
- e) El adolescente necesita parecer atractivo en las primeras relaciones de pareja.
- f) En nuestra cultura parece que todo el mundo consume alcohol y que no hacerlo está mal visto.

La dinámica del consumo de alcohol y otras drogas: la escalada

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 años ya no son efectivas para evitar el consumo, porque empieza a ser muy potente la presión social del grupo de amigos. 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, aún conociendo los riesgos, algunos de ellos escogen consumir algún tipo de droga, también estamos en la obligación de enseñarles qué se considera, en nuestra sociedad, un consumo prudente, razonable, con una baja probabilidad de producir problemas importantes.

Habilidades a trabajar en esta sesión

Se debe explicar a los jóvenes que aprender a decir “no” es una habilidad muy importante para evitar dejarse llevar por las opiniones y deseos de los demás, cuando éstos no se corresponden con los nuestros. Por eso, en esta sesión vamos a aprender qué técnicas utilizan los demás para llevarnos por donde quieren, y a practicar las habilidades de toma de decisiones y de comunicación asertiva para hacer frente a esa presión.

A) 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 bebe sin haberlo decidido conscientemente, sopesando los pros y los contra de la situación concreta, podemos preguntarnos si no se está dejando llevar por los demás, o 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 las 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, los riesgos, las posibles consecuencias y cómo te sentirás.
- 5) Procura tomar la mejor decisión para tí, en ese momento.
- 6) Valora las consecuencias reales de tu decisión: hiciste bien, hubiera sido mejor tomar otra opción... Ten en cuenta que esta habilidad mejora con la práctica y que cada vez tomarás

mejores decisiones, pero que aún así, no siempre es posible tomar una decisión correcta.

Situaciones para practicar la habilidad:

Situación a: Tomás tiene 12 años: Sus padres acaban de divorciarse y Tomás vive con su madre. Su abuelo y un tío paternos han tenido problemas importantes con el alcohol. Su madre encontró trabajo en una nueva ciudad y se mudaron hace 2 meses. Va a una nueva escuela, se siente solo y le gustaría hacer nuevos amigos. Pablo, uno de los chicos de su clase, le invita junto a otros chicos a ir a su casa después de la escuela. Los padres de Pablo no están en casa y Pablo y sus amigos deciden beber cerveza, e invitan a Tomás a probarla. A Tomás le gustaría mucho ser aceptado por Pablo y sus amigos, pero también sabe que el alcohol puede causar problemas importantes, como les ha ocurrido a algunos familiares suyos. También sabe que está prohibido por la ley vender bebidas alcohólicas a los niños de 12 años, aunque no sabe exactamente la razón. Cuando nota que los demás chicos están riendo y bajo los efectos del alcohol siente que le gustaría compartir la alegría que parecen sentir sus compañeros. Tarea propuesta: Utiliza los pasos para tomar una decisión responsable y ayuda a Tomás a decidir qué hacer, considerando los pros y los contra de cada posible decisión.

Situación b: Tu mejor amigo ha decidido que quiere pasar más tiempo con un grupo de gente de la clase que acostumbra a consumir alcohol y fumar después de las clases, y que toman alguna que otra pastilla los fines de semana. Tu amigo te pide que le acompañes después de la escuela ¿Cómo reaccionarías?

Situación c: Has ido con un grupo de amigos a la discoteca y te das cuenta que el que tenía que llevaros a casa en coche ha bebido demasiado. Por un lado tienes miedo de tener un accidente si conduce en ese estado, pero por otro lado te sabe mal que se enfaden contigo y que no vuelvan a llamarte para salir con ellos. Piensa sobre: ¿Qué les dirías a tus amigos?, ¿Cómo te sentirías al decirselo?, ¿Cómo crees que reaccionarían ellos?, ¿Qué alternativas tenéis para volver a casa?

Situación d: En una excursión con los de tu clase un amigo tuyo te invita a tomar un trago de una botella de ginebra que tiene escondida en la mochila. Los profesores os habían repetido varias veces que no podáis llevar alcohol. Tú sabes que tu amigo empieza a pasarse con la bebida, sobre todo los fines de semana. Además, le han pillado un par de veces bebiendo alcohol en la escuela y le han avisado que si lo volvían a pillar lo expulsarían de la escuela. ¿Qué le dirías a tu amigo?

Situación e: Estais preparando una fiesta en el instituto. Os ha costado mucho que os den permiso para celebrarla, pero al final lo habeis conseguido. Han puesto como condición que en la fiesta no haya nada de alcohol. Eres el encargado de las bebidas y te das cuenta que un amigo tuyo ha llevado unas cuantas botellas de alcohol. ¿Qué le dirías y cómo?

B) Hacer frente a la presión del grupo

Pasos:

- 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 tú quieres hacer (ceder a la presión, resistir, postergarlo, negociar) (utiliza los pasos de la habilidad de toma de decisiones).
- 3) Decide cómo les dirás lo que quieres hacer (explica tus razones, habla a solas con cada uno de ellos, posterga la conversación).

4) Di al grupo lo que has decidido (mantén tus opiniones y tu decisión).

Situaciones:

- a) Tus amigos te incitan a participar en una pelea y piensas que les defraudarás si no lo haces.
- b) Tus padres te presionan para que rompas tus relaciones con un amigo que no les gusta.
- c) Un amigo te critica y se ríe de ti porque no tomas alcohol.
- d) Un amigo te invita a tomar pastillas.
- e) Un amigo te pide que le dejes los deberes ya resultados para copiarlos.
- f) Tus mejores amigos te proponen hacer “campana” a calse.

C) Comunicación asertiva

Existen básicamente tres estilos o formas de comunicarse con los demás:

1. Estilo pasivo: Se evita decir lo que uno piensa, siente, quiere u opina porque se tiene miedo de arriesgarse a las consecuencias (rechazo, etc.), uno no cree en sus propios derechos personales, cree que los derechos de los demás son más importantes que los suyos, o bien no sabe cómo manifestar los sentimientos y opiniones propias.
2. Estilo agresivo: Se dice lo que uno piensa, siente, quiere u opina pero sin respetar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.
3. Estilo asertivo: Se dice lo que uno piensa, siente, quiere u opina sin perjudicar el derecho de los demás a ser tratados con respeto, de manera franca, honesta, aunque no amenazadora y respetando los derechos y la libertad personal de los demás.

La asertividad consiste en la capacidad para defender los propios intereses, opiniones y derechos, pudiéndolos expresar libremente, a pesar de la oposición de los demás y la presión social. Una persona asertiva muestra confianza en sí misma mientras que una persona no asertiva se caracteriza porque a) abandona rápidamente sus objetivos cuando los otros se oponen, b) es excesivamente sensible a las críticas, ya sean de signo positivo o negativo y c) se siente excesivamente culpable y angustiado cada vez que comete un error. A continuación se presentan algunas técnicas pensadas para corregir estos problemas y ayudar a las personas a ser 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 es 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 un frankfurt con mostaza y me lo han puesto con catxup”, repetirlo constantemente sea cual sea la respuesta del camarero “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. Cuando crees que tu opinión, conducta o actitud es la correcta, ceder y llegar a un compromiso viable no es un signo de asertividad sino todo lo contrario. (Ej: “No te dejo la bici pero puedes pedírsela a Pedro, a él no le importa prestarla”).

La autorrevelación: Se trata de proporcionar información al otro acerca de lo que uno siente y/o piensa. Esta técnica facilita el diálogo con el otro ya que introduce aspectos personales. (Ejemplos: “Es que no me gusta dejar la bici porque le tengo mucho cariño y lo paso mal pensando que me la pueden estropear”, “No me gusta dejar dinero porque luego paso vergüenza cuando lo tengo que reclamar”. “Lo siento pero eso no va conmigo”, “Perdona pero no quiero hacer eso”)

La asección negativa: Se utiliza cuando uno ha cometido un error y tiene como objetivo afrontar estos errores y las críticas que generan. Se trata de dejar el hábito de decir frases simples como “lo siento” o “perdona”, y sustituirlas por frases más explícitas, que incorporen de la forma más exacta posible el error que se ha cometido, sin minimizarlo pero sin exagerar su importancia. Ejemplo: “Ha sido una estupidez por mi parte haber...” “ No debería haber dicho/hecho esto...”, “Ha sido una desconsideración por mi parte haber...” “ Me sabe mal haber...”, “Tienes razón en eso...” (Ej: Decirle al profesor que lo sientes pero no has hecho el trabajo que pidió porque no has sido capaz de desarrollar el tema, o porque lo habías olvidado, aceptar su enfado y comprometerte a traerlo el día siguiente si te lo acepta).

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 tú 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 está 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 qué tiene de malo, de raro, de estúpido...?.

El contraataque o contrapresión: Atacar en vez de defenderse, devolviendo la presión. Ej: “Y tú por qué no bebes algo más saludable, te vas a hacer polvo el hígado.” Es menos efectiva para manejar la presión del grupo porque provoca defensividad y nuevos ataques.

Dar una razón verdadera o una excusa: Ej. “Pues la verdad es que no bebo alcohol porque me sienta fatal al estómago”.

Mostrarse indiferente ante la crítica: Ej. Sonreír mostrando que no le damos importancia,

Situación a:

José: ¿Qué estás tomando?

Andrés: Un zumo de naranja.

José: ¿Pero no sabes que es esa es una bebida de críos?

Andrés: ¿Qué tiene el zumo de naranja para ser una bebida de críos? (*interrogación negativa*).

José: Pues que no lleva alcohol.

Andrés: ¿Y qué hay de malo en tomar una bebida sin alcohol? (*interrogación negativa*).

José: Que después no te lo pasas bien porque no te atreves a hacer lo que hacen los demás.

Andrés: Probablemente tienes razón, pero a mí me gusta el zumo (*banco de niebla y autorrevelación*).

José: Tendrías que beber una cosa que te diese más marcha, porque así podrías ligar más. Hay cerveza, licores, combinados, bebidas con alcohol *light*...

Andrés: Pues a lo mejor tienes razón y tendría que beber otra cosa, pero de todas maneras me gusta el zumo de naranja (*banco de niebla y disco rayado*).

José: Venga, bébete una par de “cubatas”, te sentirás mejor y así podremos ligar.

Andrés: Seguro que a ti te lo parece, pero ahora me encuentro muy bien. ¿Les preguntamos a aquellas chicas si quieren bailar con nosotros? (*banco de niebla y autorrevelación*).

José: Nos dirán que no, ¿no ves que no las conocemos de nada?

Andrés: ¿Y qué tiene de malo que nos digan que no? (*interrogación negativa*).

Situación b:

José: Mira lo que he conseguido

Andrés: ¿Qué es eso?

José: Pastillas, tío, ¿es que no lo ves?

Andrés: ¿Y para qué son? ¿Te las ha recetado el médico?

José: Parece que vivas en las nubes... estas no las receta el médico, son para colocarte. ¿Quieres una?

Andrés: No tío, yo paso de probarlas (*autorrevelación*).

José: Pero ¿las has probado alguna vez?

Andrés: No, pero ya te he dicho que paso de tomarlas (*disco rayado*).

José: Va, tío, pruébalas y verás qué marcha. Si no las has probado nunca ¿cómo puedes decir que no?

Andrés: Te he dicho que no (*disco rayado*). A mí me da miedo el efecto de esas cosas. Prefiero lo natural (*autorrevelación*).

José: ¿Lo natural?. Pero si hoy en día no hay nada natural. Vamos a ver, si no sabes el efecto que tienen no sabrás lo que te pierdes. Te lo digo yo, me han dicho que son la hostia.

Andrés: Seguramente tienes razón, pero yo paso de tomarlas (*banco de niebla y disco rayado*).

José: Es que tomar pastillas solo no tiene ninguna gracia, en cambio si lo hacemos los dos nos podremos ir toda la noche de marcha.

Andrés: Mira, hagamos una cosa, nos iremos de marcha igualmente y tú te fijas en mí, y así aprenderás a pasártelo bien sin pastillas, ¿vale? (*compromiso viable*).

Situación c:

Hija: Esta noche me gustaría volver un poco más tarde a casa, porque quiero ir a un concierto que hacen en el Polideportivo.

Padre: Ni hablar, siempre vienes con excusas para volver más tarde.

Hija: Probablemente debes creer eso, pero te aseguro que solo será hoy (*banco de niebla*).

Padre: Para ti todo son excepciones.

Hija: ¿Qué hay de malo en querer ir a un concierto, aunque vuelva un poco más tarde a casa? (*interrogación negativa*).

Padre: Que se puede convertir en una costumbre eso de volver de madrugada.

Hija: Probablemente te da esa impresión pero te aseguro que esta vez es excepcional y no volveré a pedírtelo en mucho tiempo (*banco de niebla, disco rayado*).

Padre: ¿Y a qué hora piensas volver? porque después de las 12... como no sea en coche...

Hija: Hacia las dos, y volveremos con el hermano de Manel, que tiene coche.

Padre: Otras veces me has dicho que volverías a la una y te has presentado a las dos de la madrugada. Si ahora me dices que vendrás a las dos, seguro que no te presentas hasta las seis.

Hija: Ya sé que alguna vez me he pasado de la hora, y he vuelto más tarde de lo que habíamos quedado, y entiendo que te moleste, pero esta vez te aseguro que volveré a la hora (*aserción negativa*).

Padre: Mira, no quiero que vayáis porque volveréis con alguno que habrá estado bebiendo toda la noche, y después pasan muchas desgracias, y tu madre y yo no podremos dormir hasta que vengas.

Hija: Comprendo que os preocupeis por mí, y de verdad que os lo agradezco, pero te aseguro que pienso dejar las cosas claras antes de salir, y que si el que ha de llevar el coche bebe, volveré en taxi y me lo pagaré de mi bolsillo. ¿Qué te parece? (*banco de niebla y compromiso viable*).

Padre: Pues que no sé como te puede gustar esa música....

Situación d: El chico o chica que más te gusta te ofrece un cigarrillo, e insiste en que te lo fumes.

Situación e: Te piden que lleves bebidas con alcohol a una fiesta en la que no está permitido.

Situación f: Un amigo insiste en que subas a su moto cuando está bebido.

Situación g: Tus amigos te llaman cobarde y aburrido porque “no te atreves” a tomar una cerveza.

MATERIAL

Vídeo: “El reto de la libertad” (16 minutos)

Vídeo “Presión de grupo y toma de decisiones” (Grup IGIA) (13 minutos)

Cuadernillos II: “Una forma de empezar”, y III “María se divierte” del programa “Tú decides”

Papel y lápiz.

Transparencia con “ideas clave”.

PROCEDIMIENTO

1) Explicar la importancia de tomar decisiones razonables y responsables.

Se les puede explicar a los jóvenes que a continuación se proyectarán dos vídeos sobre las formas que tienen los demás de presionarnos a hacer cosas que no deseamos, o que no hemos decidido previamente si deseamos o no. Para evitar que esta presión nos influya, es importante saber tomar decisiones consciente y razonablemente. A continuación se pueden enseñar los pasos de la estrategia de toma de decisiones utilizando alguno de los ejemplos propuestos.

2) Proyección del vídeo: “*El reto de la libertad*” (16 minutos).

Posibles preguntas y sugerencias para la discusión posterior:

- ¿Qué mecanismos utilizan los publicistas para llamar la atención?
- Los mensajes explícitos (el lema, las personas, objetos, etc.), implícitos (lo que se siente al ver el anuncio) y la publicidad subliminal.
- Comprobar que la publicidad relaciona el producto que se pretende vender con la satisfacción de necesidades más o menos importantes para las personas: necesidades fisiológicas, afecto, reconocimiento, poder, seguridad, sexo, lujo, etc.
- Detectar qué cosas no se dicen en los anuncios porque podrían desprestigiar la imagen que se pretende ofrecer (pe: en el caso del alcohol no aparecen los riesgos y peligros sobre la salud)
- Análisis crítico de anuncios publicitarios sobre alcohol y tabaco en revistas, TV, etc.

3) Proyección del vídeo: “*Presión de grupo*” (13 minutos).

Posibles preguntas y sugerencias para la discusión posterior:

- ¿Es siempre mala la presión del grupo? ¿En qué situaciones es conveniente ceder a esa presión?
- ¿Qué pasa cuando una persona del grupo no quiere ceder al deseo de la mayoría? ¿Qué pasaría si ninguno quisiera ceder? ¿Podría existir el grupo si cada uno actuase por su cuenta?
- ¿Os habéis sentido presionados alguna vez a fumar o a beber alcohol? ¿Por qué creéis que lo hacen? ¿Qué reacción tuvisteis/tendríais? ¿Era conveniente ceder? ¿Cómo podríais haber actuado para no ceder? ¿Cómo hubiesen reaccionado los otros?
- ¿Se puede ser libre del grupo? ¿En qué cosas?
- ¿Qué esperamos de nuestros amigos y ellos de nosotros?
- ¿Qué se puede hacer cuando surgen discrepancias entre las opiniones y conductas de los amigos? ¿Hay alternativas a la ruptura?

4) Lectura de los cuadernillos II: “*Una forma de empezar*” y III: “*María se divierte*” (“*Tú decides*”).

Después de leerlos, el educador hará notar que se trata de dos formas contrapuestas de actuar frente a la presión grupal: ceder y enfrentarse (siendo asertivo). Planteará las cuestiones que se encuentran en las últimas páginas de los cuadernillos para que el grupo las discuta y analice los pros y los contra de las dos maneras de enfrentarse al ofrecimiento de alcohol y tabaco. Al final se recomendará la lectura de los “hechos” como tarea para casa.

5) Explicación y ensayo de técnicas de comunicación asertiva para hacer frente a la presión de grupo.

Explicar que incluso si deciden que consumirán alcohol en algunas ocasiones, las estrategias aprendidas les servirán para decir “no” en las ocasiones en que hayan decidido no consumir, por ejemplo, si ya han tomado una copa, si tienen que conducir, o si ese día no les apetece o no se encuentran bien.

Situación: La chica/chico que más te gusta de la clase te invita a tomar un cubata a la salida de la fiesta del Instituto.

Si no se tiene suficiente tiempo en esta sesión, las técnicas de asertividad se pueden seguir practicando con los ejemplos propuestos en la sesión 7.

6ª Sesión para hijos: ¿Por qué beben los jóvenes? 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 sí pueden ayudar.
- Practicar algunas estrategias cognitivas y conductuales para hacer frente al malestar emocional
- Enseñar a identificar cuándo los problemas psicológicos pueden ser importantes, y dónde 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 mí 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 a 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.
- Siempre puedes acudir a personas que te pueden ayudar a enfrentarte a los problemas y a combatir el malestar emocional; tu familia, tus amigos, tus profesores, profesionales de la salud (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.).

INFORMACIÓN BÁSICA

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 y 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 problemas*

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 cuál 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.

Pasos:

- 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 cómo podrías denominar a lo que sientes (tristeza, enfado, miedo, nerviosismo, preocupación, turbación, alegría, felicidad, frustración, excitación, ansiedad, decepción, rabia, enamoramiento, confusión, bienestar, etc.)
- 4) Piensa en las distintas formas que conoces para expresar lo que sientes (decírselo a la persona si es posible, hablar de lo que se siente con una persona que te pueda entender y

reconfortar, realizar una actividad física 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 decírselo 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 cómo, cuándo, dónde y con quién se podrá expresar lo que sientes (ej: amigos, familiares, maestro o tutor, psicólogo, etc.)

Situaciones para practicar:

- a) Decirle a un profesor que uno está nervioso por un examen.
- b) Decirles a los padres que uno se siente molesto cuando le tratan como a un niño, o no confían en él.
- c) Abrazar a un amigo para demostrarle que estamos contentos de que haya tenido éxito en un examen, o de que haya conseguido salir con la chica que deseaba.
- d) Decir a un hermano que nos molesta que nos coja 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 una 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, sino intentar comprender las razones que han llevado a la persona que nos 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 nos 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 del todo bien. Sin embargo, se deben tener en cuenta algunas recomendaciones para evitar caer en el perfeccionismo excesivo:

- a) Nadie puede ser perfecto. Todos cometemos errores, incluso los padres.

- b) Los errores son necesarios porque nos permiten aprender cómo solucionarlos o evitarlos.
- c) Uno debe darse permiso para equivocarse, pues es la única manera de avanzar en el desarrollo personal, intentándolo hacer mejor la próxima vez.
- d) Las cosas se deben hacer lo mejor que uno puede, teniendo en cuenta las circunstancias.
- e) No es saludable pensar cosas del estilo:
 - Si no tengo un sobresaliente en la mayoría de las asignaturas 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 encontraré un buen trabajo.

E) Aumentar la autoestima, la seguridad y la confianza en sí 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 sí mismo.

Actividad propuesta (para acabar en casa y traer a la sesión siguiente):

- a) Hacer una lista de cualidades positivas y negativas de uno mismo (habilidades y deficiencias, cosas que te gustan o te disgustan de tí, 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 cuál de las dos listas es más 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 recompensarse (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 más pronto posible* después de haber hecho algo bien.
 - Recompénsate únicamente *después* de haber hecho algo bien, nunca antes.
 - Cuanto mejor sea lo que has hecho, mejor será tu recompensa.
- 5) Procura recompensarte un poco cada día, después de haber cumplido tus obligaciones, por ejemplo, dedicar un rato cada día para hacer una actividad agradable, que te haga sentirte bien contigo mismo.

Situaciones:

- a) Después de haber estudiado mucho, has hecho un buen examen. ¿Cómo podrías recompensarte?
- b) ¿Cómo te autorrecompensarías después de haber evitado una pelea con tu hermano mayor?

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 (ejemplos: 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 los impulsos

Todos 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 cardíaco, 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 del apetito, alteraciones del 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 ayudará a saber si vas a perder el control (¿estás en tensión, enfadado, acalorado, agitado, tembloroso?).
- 2) Piensa en lo que ha pasado para que te sientas así (ten en cuenta tanto los hechos externos 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 (Tabla 14), o autoinstrucciones de afrontamiento positivas a la situación estresante (ejemplo: un examen, hablar en público, etc.) (Tabla 15), practicar la relajación.
- 4) Escoge la mejor forma de controlarte, y ponla en práctica.

Tabla 14. Autoinstrucciones tranquilizadoras.

Autoinstrucciones tranquilizadoras	
<ul style="list-style-type: none"> • Mantén la calma, relájate. • Piensa en lo que quieres conseguir. • Probablemente no es feliz y por eso se muestra tan irritable conmigo... • No voy a permitir que esto me afecte. • La verdad es que no me importa lo que dice. • Búscale el aspecto positivo. • No necesitas demostrarle nada a nadie. • Vamos a tomar las cosas en su justa medida. 	<ul style="list-style-type: none"> • No te salgas de tus casillas. • No hay motivo para enfadarse. • Es una lástima que esa persona tenga que comportarse de esa manera. • No puedo pretender que la gente actúe siempre como yo quiero. • Analicemos el problema, quizá tenga una solución. • Tengo derecho a estar enfadado, pero vamos a tomar una solución civilizada.

Tabla 15. Autoinstrucciones de afrontamiento positivas

Autoinstrucciones de afrontamiento positivas		
Antes de la situación	Durante la situación	Después de la situación
Estoy preparado, puedo hacerlo bien.	Estoy haciéndolo lo mejor que puedo.	¡Lo hice! ¡Ya está!
Otras veces me ha salido bien.	Nadie puede exigirme más.	Lo he hecho bien.
Total, sólo durará media hora, no todo el día.	Habré acabado en un minuto.	Me siento orgulloso.
Es lógico que me sienta nervioso.	Respira y trata de relajarte.	Tengo que contarle
Me irá bien.	Siempre puedo consultar las notas (en un discurso).	a ... cómo me ha ido.
No me sirve de nada pensar en negativo.	Ve con orden, no te apresures.	

I) La relajación

- Se explicará, con ejemplos prácticos, la diferencia entre tensión y relajación muscular (ejemplos: mano, cejas, bíceps).
- Práctica de algunos ejercicios respiratorios abdominales para relajarse.
- Relajación progresiva de Jacobson, con ayuda de la cinta “Curso de relajación progresiva para niños y adultos” (15 minutos).
- Se alentará la práctica de estas técnicas de relajación fuera de las sesiones (en el autobús, el metro, esperando a alguien, cuando uno se empieza a poner tenso o nervioso...).

Para practicar las técnicas de relajación durante la sesión se recomienda girar las sillas de cara a la pared para evitar que las bromas y risas duren demasiado tiempo. Al terminar se les puede preguntar: ¿Os ha gustado? ¿Qué es lo que no os ha gustado? ¿Qué sensaciones habéis tenido? ¿Os sentís más relajados ahora? ¿Creeis que la práctica de la relajación puede ayudaros a reducir vuestra respuesta de estrés o tensión?

Situaciones:

- ¿Qué técnicas podrías utilizar para controlarte y no chillar a un profesor que te critica duramente?
- Tu padre te prohíbe hacer una actividad que te gusta mucho. ¿Cómo podrías autocontrolarte para no responderle con malas palabras y empezar una discusión que aún empeoraría más las cosas?
- Un amigo coge algo tuyo sin pedirte permiso. ¿Cómo se lo dirías sin perder el control?

J) No entrar en peleas cuando “nos provocan”

Pasos:

- 1) Detente a pensar por qué quieres pelearte (ejercicio del autocontrol).
- 2) Piensa en lo pretendías conseguir antes de la pelea (cuales eran tus objetivos y qué 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).

Situaciones:

- a) Estás a punto de pelearte con un chico que ha insultado a tu mejor amigo, pero al final decides que prefieres charlar con él para solucionar las cosas.
- b) Estás a punto de pelearte con tu hermano, pero les pides a tus padres que intervengan en el conflicto, ¿cómo lo harías?

MATERIAL

Pizarra tipo veleda.

Papel y bolígrafos.

Cinta “Curso de relajación progresiva para niños y adultos” (J.F.J. Ramírez Cabañas. Ed. CEPE, S.L.).

Fichas con las habilidades a practicar y sus pasos.

PROCEDIMIENTO

- 1) **Explicación de las ideas clave de la sesión con ayuda de una transparencia, o la pizarra, así como de los objetivos y metodología de la sesión.**

Al contrario de lo que ocurre con la mayoría de las sesiones, en ésta se recomienda iniciar la sesión con una pequeña explicación de los conceptos clave sobre el malestar emocional.

- 2) **Práctica de las técnicas de enfrentamiento al malestar emocional.**

Se practicarán 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.

A lo largo de la sesión se deberá comentar que estas técnicas no se pueden aprender bien en una única sesión como ésta, sino que requieren un entrenamiento más largo, práctica y supervisión profesional. Si en algún momento de su vida se encuentran con problemas y desean aprenderlas en serio, deberían acudir a la consulta de un psicólogo especialista en ellas.

7ª Sesión para hijos: ¿Por qué beben los jóvenes? La timidez y la falta de habilidades sociales

OBJETIVOS

- 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 dónde 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: cómo divertirse sin alcohol en el tiempo libre, cómo pasárselo bien con los amigos, valorar positivamente el consumo de bebidas sin alcohol y pensar en combinaciones sin alcohol.

IDEAS-CLAVE

- 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.

INFORMACIÓN BÁSICA

Habilidades sociales a trabajar:

A) *Cómo 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 cómo 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 de las maneras de hacer nuevos amigos son:

- 1) Sentarse al lado de alguien desconocido en la cafetería, el autobús... y saludarle.
- 2) Ofrecerse a enseñar la escuela o el barrio a alguien nuevo.
- 3) Apuntarse en un centro de deportes, de actividades de ocio, un gimnasio, una agrupación excursionista, etc.

4) Ofrecerse a alguien para ayudarlo a llevar algunos paquetes si va muy cargado.

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

B) Presentarse, iniciar una conversación y mantenerla

Pasos:

- 1) Escoge la ocasión y el lugar adecuados para presentarte.
- 2) Mira a la otra persona, salúdala y di tu nombre. (Di “hola” o, si es conveniente, estréchale la mano)
- 3) Espera a que responda y, si es necesario, pregunta el nombre de la otra persona.
- 4) Di o pregunta algo que ayude a empezar la conversación. (Di algo de ti mismo, algo que te guste, comenta algo que tengais en común, haz una pregunta..., comenta algo sobre un tema trivial como el tiempo)
- 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 (mírala, 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 tú piensas sobre el tema (responde a la otra persona, agrega nueva información, formula preguntas, expresa tus impresiones y opiniones).
- 10) Haz un comentario final.

Situaciones:

- a) Presentarse a varios compañeros el primer día en una escuela nueva.
- b) Iniciar y mantener una conversación con tu hermano o con un amigo sobre las experiencias escolares.
- c) Un amigo de la pandilla 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 copas 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 se lo monta muy mal para enrollarse con las chicas, pero que si bebe la situación se liará más y acabará haciendo el ridículo. Muéstrale un ejemplo de cómo se puede establecer un primer contacto con alguien desconocido y mantener una conversación sobre algún tema. Deberás insistirle 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 gustar a todo el mundo.

C) Hacer un cumplido

Pasos:

- 1) Decide lo que quieres elogiar de otra persona (puede ser su aspecto, su comportamiento o un éxito).
- 2) Decide cómo hacer el cumplido (de forma que ni la otra persona ni tú os sintais molestos).

- 3) Escoge el momento y el lugar para hacerlo (puede ser un lugar privado, o un momento en que la otra persona no esté ocupada).
- 4) 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.

D) Dar las gracias

Pasos:

- 1) Decide si la otra persona ha hecho o dicho algo que quieres agradecer (un 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.

E) 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 práctica.

Situaciones:

- a) Demostrar a un amigo que comprendes su malestar cuando tiene que conocer a gente nueva.
- b) Te das cuenta de que tu padre está preocupado por un problema económico y le intentas dar ánimo y apoyo.
- c) Un amigo te cuenta que ha roto con la chica con la que salía. ¿Cómo le mostrarías tu comprensión?
- d) Tus padres están enfadados por el desorden que hay en la casa. Muestra que les comprendes y que les ayudarás a arreglarlo.

- e) Un amigo tuyo está enfadado porque el resto del grupo le dejó de lado cuando decidieron salir el domingo. Demuéstrale que le comprendes y explícale que tú no tomaste parte en ello.

F) 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 quién 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) Cómo le pedirías permiso al profesor de manualidades para coger una herramienta nueva del armario.
- b) Cómo le pedirías a tus padres que te permitan llegar a casa más 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 prestase su equipo de esquí?

G) Negociar

Pasos:

- 1) Decide si tú y la otra persona tenéis diferencia de 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 qué la otra persona se siente de ese modo.
- 6) Sugiere un compromiso (asegúrate 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 él (hacerle de “canguro”, limpiarle la casa, lavar su coche, etc.)

H) Formular una queja a alguien

Pasos:

- 1) Piensa cuál es tu queja (cuál es el problema).
- 2) Decide a quién te quejarás (quién puede resolverlo).
- 3) Quéjate a esa persona (ten en cuenta que debes ser amable, asertivo y hacerlo en privado).
- 4) Di a la otra persona lo que te gustaría hacer con respecto a ese problema (haz una sugerencia para resolver el problema).

5) Pregunta a la otra persona cómo se siente por lo que has dicho

Situaciones:

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

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

J) 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 qué te han acusado (¿has violado sus derechos o propiedades? ¿alguien se lo ha contado?).
- 3) Piensa en la forma de responder a la acusación (niégala si es falsa, explica tu comportamiento, corrige la opinión de la otra persona, discúlpate, ofrécete 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.

MATERIAL

Transparencia de 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) Introducción a los objetivos y metodología de la sesión y explicación de las ideas-clave.
- 2) Representación de roles y modelamiento de algunas habilidades sociales.

Agrupar por parejas a los jóvenes, repartir papel y lápiz y una de las fichas a cada pareja. Se les concede 15 minutos para que cada pareja prepare un diálogo en el que han de practicar las habilidades que se describen en la ficha, realizando los pasos propuestos y de acuerdo con los consejos que se dan en la ficha. El educador irá visitando a cada pareja para resolver sus dudas y para asesorarles en cómo llevar a cabo la tarea.

Se le pedirá a cada pareja que escenifique su diálogo delante del resto del grupo. Una vez escenificado, el educador puede sugerir modificaciones, pedir al resto del grupo opiniones y formas alternativas de ejercitar las habilidades escenificadas, etc.

3) Práctica de técnicas de asertividad

Si no ha habido tiempo suficiente en la sesión 5, se pueden seguir practicando algunas técnicas de asertividad para hacer frente a la presión grupal, con los ejemplos que se encuentran en esa sesión.

4) Plantear el debate: ¿Creeis que es posible tener buenas relaciones sociales y pasárselo bien con amigos sin alcohol? (actividad opcional, se puede plantear como tarea para casa o bien como actividades a realizar por una de las parejas)

- Escribir una lista de actividades de tiempo libre divertidas que se pueden realizar con amigos y que no suelen estar relacionadas con el consumo de alcohol.
- Confeccionar una lista de bebidas sin alcohol que se pueden tomar en un bar, discoteca, o en una fiesta. Ejemplos: limonadas, naranjadas, colas y tónicas comerciales, zumos naturales de frutas y hortalizas, leche y batidos lácticos con fruta o aroma, cócteles con zumos y aromas, horchatas de chufa, avellana o almendra, sorbetes y granizados de frutas y aromas, infusiones de café, té, manzanilla, poleo, menta, agua, etc.
- Hacer un listado de las ventajas de no consumir alcohol en la disco o en el bar con los amigos. Ejemplos: uno es consciente de lo que hace o deja de hacer, no hace el ridículo, puede bailar sin caerse, aprende a relacionarse con los demás por sí mismo, sin “muletas”, se muestra tal como es sin engañar a nadie, el aliento no huele a alcohol, se puede funcionar mejor en el sexo, a uno no se le traba la lengua, no se tiene resaca al día siguiente.

8ª Sesión para hijos: Los primeros síntomas de problemas con el alcohol

OBJETIVOS

- 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 del consumo.
- Enseñar la importancia de actuar ante los problemas de alcohol lo antes posible (detección precoz).
- Enseñar la manera de ayudar a las personas allegadas que tienen problemas con el alcohol.
- Enseñar dónde se puede acudir en busca de ayuda. Dar información sobre servicios para jóvenes.

IDEAS-CLAVE

- 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.

INFORMACIÓN BÁSICA**Primeros síntomas de pérdida de control ante el consumo de alcohol:**

- Beber cada vez más
- Aguantar mucho bebiendo sin emborracharse aparentemente (tolerancia aumentada)
- Beber las consumiciones 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.
- Necesitar beber por las mañanas antes de ir al trabajo o a la escuela, o antes de ir a las fiestas.
- Temblor de manos.

- Sudar mucho, especialmente por la noche.
- Problemas en las relaciones sexuales.

Recursos asistenciales (idem sesiones padres)

¿Cómo ayudar a un amigo con problemas?

Consultar la información de la sesión 2 para padres y de la sesión 4 para hijos, además de la información que consta en el cuadernillo IV del Programa “Tú decides”.

MATERIAL

Transparencia con los primeros síntomas de dificultades para controlar el consumo de alcohol (o escribirlos en la pizarra).

Cuadernillo IV del Programa “Tú decides”: “Dos versiones de la misma historia”

PROCEDIMIENTO

1) Presentar la transparencia con los primeros síntomas de problemas con el alcohol.

Se puede hacer que los jóvenes imaginen cuáles podrían ser estos primeros síntomas antes de enseñárselos y explicarlos.

2) Lectura del cuadernillo IV del Programa “Tú decides”: “Dos versiones de la misma historia”:

Tras la lectura se puede plantear una discusión grupal sobre los temas que se tratan en la historieta. Se debe hacer énfasis en “Cómo lo ven sus amigos”. Pueden utilizarse las preguntas que se encuentran al final del cuadernillo, así como la situación imaginaria que se encuentra en la parte final del cuadernillo (amigo de 15 años).

3) Repartir información por escrito a los jóvenes

Se puede repartir fotocopias con los primeros síntomas, las direcciones y teléfonos de los centros de atención a la juventud de la zona, etc.

9ª Sesión para hijos: Despedida

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 propios jóvenes.
- Administrar los cuestionarios de evaluación del programa y valorar los cambios en los conocimientos, actitudes y expectativas sobre el alcohol.

MATERIAL

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

Papel de embalar, pegamento, tijeras, rotuladores, recortes de revistas, letras autoadhesivas, etc.

PROCEDIMIENTO

1) Últimas dudas y preguntas

Se intentará dar respuesta a las preguntas del buzón que hayan quedado sin contestar. Una forma de comprobar si los jóvenes han captado los mensajes y las explicaciones es devolverles algunas de las preguntas y tratar de que ellos mismos ofrezcan una respuesta.

2) Póster

Se trata de confeccionar un póster con recortes de mensajes publicitarios de alcohol y tabaco, o algún otro tipo de anuncios, para darles la vuelta a los argumentos que utilizan y transformarlos en mensajes preventivos. El póster también puede incluir algunas ideas básicas que se hayan trabajado en las sesiones.



Figura 5. Póster realizado por los participantes en un Programa ALFIL.

3) Cuestionario de evaluación del programa

Se trata de que los jóvenes muestren sus opiniones sobre la utilidad y la metodología del programa, así como su grado de satisfacción personal por haber participado en él.

4) Cuestionario de conocimientos, actitudes y expectativas del alcohol (post-test)

Si se dispone del cuadernillo para jóvenes (en preparación), se les puede entregar mientras realizan los cuestionarios, con una pequeña explicación de su contenido.

5) Despedida

Se debe agradecer la participación, la confianza y el esfuerzo por asistir puntualmente a las sesiones, desearles que lo que hayan aprendido en estas sesiones les sea útil para afrontar los problemas cotidianos de su vida, y llegar a ser lo que desean en el futuro. También recordarles que, si tienen algún problema, pueden pedir ayuda a las personas con las que tengan más confianza o bien acudir a consultar a cualquiera de los servicios que les hemos indicado, incluyendo el propio servicio.

Si se desea, puede utilizarse el recurso de despedirse de cada uno individualmente, expresando algo positivo que el educador echará de menos de cada participante: simpatía, educación, sonrisa, etc. Y al final despedir el grupo como tal, expresando la esperanza de que hayan surgido algunas amistades que pueden continuar (intercambio de teléfonos, etc.). También se puede recordar la confidencialidad.

Al final el educador debe quedarse en la sala por si alguno de los jóvenes desea consultar algo en privado (se puede extender a todas las sesiones, pero en ésta es especialmente importante).

6) Merienda o aperitivo junto con los padres

Se puede aprovechar el momento para colgar el póster que hayan realizado y enseñárselo a los padres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Ackerman, R.J. (1987). *Children of alcoholics. A guide for parents, educators and therapists*. 2nd edition. A Learning Publication. New York: Firesid, Simon and Schuster.
- Adger, H. (1997) The role of primary care physicians. <http://www.health.org/nacoa>
- Agallo, A. (1992). *Dinámica de grupos. Más de 100 juegos para practicar en clase*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Alarcón, C., Ferrer, X., y Sierra, E. (1980). Problemática de los hijos de alcohólicos. *VIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Gandía (Valencia).
- Alba-Chica, J. (1983). Anomalías de la personalidad del niño determinadas por el alcoholismo paterno. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona*, 12 (7E), 141-426. vol X (3), 191-202.
- Alonso-Fernández, F. (1970). Alcoholomanía en la infancia. *Revista Española de Pediatría*, XXVI, 153, 283-298.
- Aragón, N., Bragado, M.C., y Carrasco, I. (1997). Alcoholismo parental y psicopatología infanto-juvenil. Una revisión. *Adicciones*, 9 (2), 255-277.
- AEPA. Asociación para el Estudio y la Prevención de las Adicciones. *Boletín Contrastes* (1999). Septiembre, nº 3.
- 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), 944-950.
- Babor, T.F., Dolinsky, Z.S., Meyer, R.E., Hesselbrock, M.N., Hofmann, M., y Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87, 1415-1431.
- Bach, LL, y Gual, A. (1985). Alcoholismo juvenil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*.
- Begleiter, H., y Porjesz, B. (1995). Neurophysiological phenotypic factors in the development of alcoholism. En H. Begleiter y B. Kissin (Eds.), *The genetics of alcoholism* (pp. 269-293). New York: Oxford University Press.
- 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.
- Belliveau, J.M., y Stoppard, J.M. (1995). Parental alcohol abuse and gender as predictors of psychopathology in adult children of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 20 (5), 619-625.
- Berman, S.M., Whipple, S.C., Fitch, R.J., y Noble, E.P. (1993). P3 in young boys as a predictor of adolescent substance abuse. *Alcohol*, 10, 69-76.
- Berman, S.M., y Noble, E.P. (1995). Reduced visuospatial performance in children with the D2 dopamine receptor A1 allele. *Behavior Genetics*, 25, 45-48.
- Botuin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botuin, E.U., y Díaz, T. (1995). Long-term follow up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273 (14), 1106-1112.
- Calafat, A. (1998). Hacia una prevención institucionalizada y científica. *Adicciones*, 10 (4), 291-298. Editorial
- Calafat, A., y Amengual, M. (1999). Educación sobre el alcohol. Colección: *Actuar es posible*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Calat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G., y Borrás, M. (1995). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*. 4ª edición. Edita: Consell Insular de Mallorca. Servei d'Acció Social i Sanitat. Equip de Promoció de Salut.
- Chassin, L., Pillow, D.R., Curran, P.J., Molina, B.S.G., y Barrera M. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 3-19.
- Christiansen, 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.
- Children of Alcoholics Foundation (1990). *Children of Alcoholics in the Medical System: Hidden Problems, Hidden Costs*.
- Cirigliano, G.F.J., y Villaverde, A. (1996). *Dinámica de grupos y educación. Fundamentos y técnicas*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Clark, D.B., Moss, H.B., Kirisci, L., Mezzich, A.C., Miles, R., y Ott, P. (1997). Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (4), 495-502.
- Cloninger, C. R., Bohman, M., y Sigurdson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-867.
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (1999). *Guia d'actuació del psicòleg en l'abús sexual i altres maltractament en la infància*. Materials del Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 5.
- Cork, R.M. (1969). *The forgotten children*. Adiction Research Foundation. Marham, Ontario y Toronto (Canada): Paper Jacks, Ltd.
- Darkes, J., y Goldman, M.S. (1998). Expectancy challenge and drinking reduction: process and structure in the alcohol expectancy network. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6 (1), 64-76.
- Davis, R.B., Wolfe, H., Orenstein, A., Bergamo, P., Buetens, K., Fraster, B., Hogan, J., MacLean, A., y Ryan, M. (1994). Intervening with high risk youth: A program model. (CASPAR Cambridge and Somerville Program for Alcoholism Rehabilitation. Massachusetts. Alcohol Education program). *Adolescence*, 29 (116), 763-774.

- Dawson, D.A., Harford, T.C., y Grant, B.F. (1992). Family history as a predictor of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16 (3), 572-575.
- Díaz, R. (1999). Hijos de alcohólicos: ¿debemos intervenir? La experiencia del Programa ALFIL. XXVI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Tenerife, 29-31 de marzo.
- Díaz, R., Gual, A., y Grau, C. (1997). Intervención preventiva: Diseño de un programa de reducción del riesgo familiar en hijos de alcohólicos. Libro de ponencias de las XXIV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Alicante.
- Díaz, R., Polo, M.D., Escera, C., Sánchez-Turet, M., y Grau, C. (1999). Marcadores neurogenéticos de riesgo para el alcoholismo. En Sánchez-Turet (Ed.), *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol* (pp. 63-111). Barcelona: Ediciones ESPAXS.
- Dies, R.R., y Burghardt, K. (1991). Group interventions for COAs: Prevention and treatment in the schools. *Journal of Adolescent Group Therapy*, 1 (3), 219-234.
- Digiuseppe, R., Linscott, J., y Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5 (2), 85-100.
- Dobkin, P.L., Tremblay, R.E., Desmarais-Gervais, L., y Dépelteau, L. (1994). Is having an alcoholic father hazardous for children's physical health? *Addiction*, 89, 1619-1628.
- Draycott, S., y Dables, A. (1998). Cognitive dissonance 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology*, 37 (3), 355-364.
- Durcan, M.J., y Goldman, D. (1993). Genomic imprinting: implications for behavioral genetics. *Behavioral Genetics*, 23, 137-143.
- Eggert, L.L., Nicholas, L.J., y Owen, L.M. (1995). "Reconnecting Youth": A peer group approach to building life skills. Bloomington: National Educational Service.
- Eggert, L.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-based social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8 (3), 202-215.
- Emshoff, J.G. (1990). A preventive intervention with children of alcoholics. *Prevention in Human Services*, 7 (1), 225-253.
- FAD. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996a). *Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar*. Módulos I a VI y Manual del animador.
- FAD. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996b). PIPES. Plan Integral de Prevención Escolar. Manual de técnicas para la prevención escolar del consumo de drogas.
- Funes, J. (1994). Hacerse joven y comenzar a beber. Sugerencias para trabajar con los adolescentes la cuestión del alcohol. *Misión Joven*, 207, 17-24.
- García-Prieto, A., Bobes, J. et al. (1986). Psicopatología infanto-juvenil en hijos de alcohólicos. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13 (5), 239-247.
- Garland, M.A., Parsons, O.A., y Nixon, S.J. (1993). Visual-spatial learning in nonalcoholic young adults with and those without family history of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 219-224.
- Generalitat de Catalunya (1995). Quaderns d'educació per a la salut a l'escola: "Salut mental" y "Prevenió de les drogodependències". Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola (PESE).
- Giunta, C.T., y Compas, B.E. (1994). Adult daughters of alcoholics: Are they unique? *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 600-606.
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J., y Klein P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia: Un programa de enseñanza*. Barcelona: Ed. Martínez-Roca.
- González-Marín, E. (1988). Repercusión psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos. *Revista Española de Drogodependencias*, 13(4), 307-312.
- Goodwin, D.W. (1979). Alcoholism and heredity: A review and hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 36, 57-61.
- Gregory, I. (1960). Family data concerning the hypothesis of hereditary predisposition toward alcoholism. *Journal of Mental Science*, 106, 1068.
- Grinder, R.E. (1993). *Adolescencia*. México, D.F.: Ed. Limusa, S.A.
- Gual, A., y Díaz, R. (1999). Alcoholism Prevention in Children of Alcoholics. Youth, Family, Community and Alcohol Problems. European Network on Local Alcohol Prevention, Research and Evaluation (ENLAPRE). Porto, 18-20 Noviembre.
- Hall, C.W., Bolen, L.M., Webster, R.E. (1994). Adjustment issues with adult children of alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 50 (5), 787-791.
- Harden, P.W., y Pihl, R.O. (1995). Cognitive function, cardiovascular reactivity and behavior in boys at high risk for alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 94-103.
- Hawkins, C.A. (1997). Disruption of family rituals as a mediator of the relationship between parental drinking and adult adjustment in offspring. *Addictive Behaviors*, 22 (2), 219-231.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Hesselbrock, V., Bauer, L.O., O'Connor, S., y Gillen, R. (1993). Reduced P300 amplitude in relation to family history of alcoholism and antisocial personality disorder among family history of alcoholism and antisocial personality disorder among young men at risk for alcoholism. *Alcohol and Alcoholism, Suppl. 2*, 95-100.
- Hill, E.M., y Muka, D.H. (1996). Childhood psychopathology in children from families of alcoholic male probands. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 725-733.

- Hill, E.M., Thomson-Ross, L., Mudd, S.A., Blow, F.C. (1997). Adulthood functioning: the joint effects of parental alcoholism, gender and childhood socio-economic stress. *Addiction*, 92 (5), 583-596.
- Hohman, M.M. (1998). Motivational Interviewing: An intervention tool for child welfare case workers working with substance abusing parents. *Child Welfare*, LXXVII (3), 275-289.
- Hussong, A.M., Chassin, L. (1997). Substance use initiation among adolescent children of alcoholics: Testing protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 272-279.
- Idea-Prevención (1997). Atención a hijos/as de alcohólicos/as. Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid. Boletín nº 14, pág. 33.
- Informe para la Unión Europea (1999). *Problemas por el alcohol en la familia*. Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga. Traducción del Informe de la Comisión Europea. Dirección General V.
- Jiménez, J.L., Barrios, A., Yoller, A.B., y Pérez de Heredia, J.L. (1992). Psicopatología en hijos de padres alcohólicos. *Revista de Psiquiatría Infantil*, 2, 95-99.
- Kern, J.C. (1985). Management of children of alcoholics. En S. Sinberg, J. Wallace y S. Blume (Eds.). *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- 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), 1-17.
- Kumpfer, K.L., Molraard, V., y Spoth, R. (1996). The "Strengthening Families Program" for the prevention of delinquency and drug use. En R. Peters, y R. McMahon (Eds.) *Preventing childhood disorder: substance abuse and delinquency* (pp.241-267). Newburg, CA: Sage Publications.
- Legido, A. (1997). Exposición intrauterina a drogas. *Revista de Neurología*, 25 (141), 691-702.
- Lynskey, M.T., Fergusson, D.M., y Horwood, L.J. (1994). The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. *Addiction*, 89, 1277-1286.
- Mathew, R.J., Wilson, W.H., Blazer, D.G., y George, L.K. (1993). Psychiatric disorders in adult children of alcoholics: Data from the epidemiologic catchment area project. *American Journal of Psychiatry*, 150, 793-800.
- McGue, M., Pickens, R.W., y Svikiel, D.S. (1992). Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: A twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 3-17.
- McNamee, J.E., y Offord, D.R. (1994). Children of alcoholics. En Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care* (pp. 470-485). Ottawa: Health Canada.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P., y Kazdin, A.E. (1987). *Habilidades sociales en la infancia: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ed. Martínez-Roca.
- Migneault, J.O., Pallonen, U.E., y Velicer, W.F. (1997). Decisional balance and stage of change for adolescent drinking. *Addictive Behaviors*, 22 (3), 339-351.
- Milgram, G.G. (1996). Responsible decision making regarding alcohol: A re-emerging prevention/education strategy for the 1990s. *Journal of Drug Education*, 26 (4), 357-365.
- Miller, W.R. (1995). Increasing motivation for change. En Hester Reid, K & William R et al. (Ed.) *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Allyn & Bacon, Inc. Boston, MA.
- Morganett, R. S. (1995). *Técnicas de intervención psicológica para adolescentes*. Barcelona: Ed. Martínez-Roca.
- Nastasi, B. K. (1998). Groups for prevention and intervention with children of alcoholics. En K. Callan, y T.R. Kratochwill (Eds.) *Handbook of group intervention for children and families*. (pp.193-219). Needam Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Nastasi, B.K., y DeZolt, D. M. (1994). *School interventions for children of alcoholics*. New York: The Guildford Press.
- Newlin, D.B. y Thomson, J.B. (1990). Alcohol challenge with sons of alcoholics: a critical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 383-402.
- Norberg, L., Rydelius, P.A., Zetterström, R. (1994). Parental alcoholism and early child development. *Acta Paediatrica, Suppl.* 404, 14-18.
- Nye, C.L., Fitzgerald, H.E., y Zucker, R.A. (1995). Early intervention in the path to alcohol problems through conduct problems: treatment involvement and child behavior change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 831-840.
- Observatorio Español sobre drogas (1999). Informe nº 2. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Vasco de Drogodependencias (1998). Prevención del consumo de drogas entre niños, niñas y adolescentes. Guía basada en trabajos de investigación. Traducción de la guía publicada por el NIDA (National Institute on Drug Abuse) en 1997.
- Orlandi, M.A. (1996). Prevention technologies for drug-involved youth. En C.B. McCoy, L.R. Metsch et al. (Eds.) *Intervening with drug-involved youth* (pp. 81-100). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Inc.
- Pallarés, M. (1993). *Técnicas de grupo para educadores*. Madrid: Ed. Publicaciones ICCE.
- Peltoniemi (1982). The fragile childhood project. A-Clinic Foundation. Helsinki. Finland.
- Peltoniemi, T., y Aho, T. (1995). Children of Alcohol Families at School. Päihdeperheen lapset. Koulussa. *Timi*, 3-4.
- Pérez-Galvez, B.S., y Vicente, M.P. (1992). Trastornos psicopatológicos en hijos de alcohólicos: Diferencias en relación al tiempo de abstinencia paterna y sexo filial. *Libro de actas de las XX Jornadas de Sociodrogalcohol*. Córdoba, 4-6 de noviembre.
- Pihl, R.O., Peterson, J.B., y Finn, P. (1990). Inherited predisposition to alcoholism: Characteristics of sons of male alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (3), 291-301.

- Poikolainen, K. (1997). Risk factors for alcohol dependence: A questionnaire survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (6), 957-961.
- Pogge, D.L., Strokes, J., y Harvey, Y. (1992). Psychometric vs attentional correlates of early alcohol and substance abuse. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (2), 151-162.
- Price, A.W., y Emshoff, J.G. (1997). Breaking the cycle of addiction. *Alcohol, Health and Research World*, 21(3), 241-246.
- Reese, F.L., Chassin, L., y Molina, B.S.G. (1994). Alcohol expectancies in early adolescents: predicting drinking behavior from alcohol expectancies and parental alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 276-284.
- Rochablave-Espeulé, A.M. (1991). *El adolescente y su mundo*. Barcelona: Ed. Herder.
- Rodríguez-Martos, A. (1976a). Estudio epidemiológico del consumo de alcohol en la población infantil de Barcelona y provincia. Tesis doctoral.
- Rodríguez-Martos, A. (1976b). El aprendizaje de la ingesta alcohólica en la infancia como iniciación para un hábito alcohólico ulterior. *JANO*, 146, 25-27.
- Rollnick, S., y Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23 (4), 325-334.
- Roosa, M.W., Gensheimer, L.K., Short, J., Ayers, L.S., and Short, J.L. (1990). Development of a school-based prevention program for children in alcoholic families. *Journal of Primary Prevention*, 11, 119-141.
- Russell, M. (1990). Prevalence of alcoholism among Children of Alcoholics. En M. Windle y J.S. Searles (Eds.). *Children of alcoholics. Critical Perspectives*. New York: Guildford Press, 9-38.
- Schuckit, M.A. (1994). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 5-17.
- Schuckit, M.A., y Smith, T.L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, 202-210.
- Schuckit, M.A., y Smith, T.L. (1997). Assessing the risk of alcoholism among sons of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (2), 141-145.
- Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Smith, T.L., Wiesbeck, G.A., y Kalmijn, J. (1997). The relationship between self-rating of the effects of alcohol and alcohol challenge results in ninety young men. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (4), 397-404.
- Seilhamer, R.A., y Jacob, T. (1990). Family factors and adjustment in COAs. En M. Windle y J.S. Searles (Eds.). *Children of alcoholics. Critical perspectives*. New York: Guildford Press, 168-185.
- Seleckman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Colección Terapia Familiar. Barcelona: Ed. Gedisa.
- 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 disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 414-427.
- Sheridan, M.J. (1995). A psychometric assessment of the Children of Alcoholics Screening Test (CAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- Short, J.L., Roosa, M.W., Sandler, I.N., Ayers, T.S., Gensheimer, L.K., Braver, S.L., y Yein, J. (1995) Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology*, 33 (2), 223-247.
- Smith, G.T. (1994). Psychological expectancy as mediator of vulnerability to alcoholism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 708, 165-171.
- 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.
- Steinhausen, H.C. (1993). Children of alcoholic parents. *Acta Paediatrica*, 82, 208-209.
- St. Pierre, T.L., y Kaltreider, L. (1997). Strategies for involving parents of high-risk youth in drug prevention: A three-year longitudinal study in boys and girls clubs. *Journal of Community Psychology*, 25(5), 473-485.
- 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.
- Tarter, R.E., Jacob, T., y Laird, S.B. (1993). Learning and memory capacity in sons of alcoholic men. *American Journal on Addictions*, 2, 219-224.
- 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). *An elephant in the living room. A leaders guide for helping children of alcoholics*. CompCare Publishers.
- Van-Bielsens, H., y Wilke, M. (1998). Drug and alcohol abuse in young people. En P.J. Graham et al. (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for children and families* (pp. 246-261). New York: Cambridge University Press.
- Vitaro, F., Dobkin, P.L., Carbonneau, R., y Tremblay, R.E. (1996). Personal and familiar characteristics of resilient sons of male alcoholics. *Addiction*, 91 (8), 1161-1177.

- Volavka, J., Czobor, P., Goodwin, D.W., Gabrielli, W.F., Penick, E.C., Mednick, A., Jensen, P., Knop, J., y Schulsinger, F. (1996). The electroencephalogram after alcohol administration in high-risk men and the development of alcohol use disorders 10 years later. Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 53, 258-263.
- Webb, J.A., Baer, P.E., y Mckelvey, R.S. (1995). Development of a risk profile for intentions to use alcohol among fifth and sixth graders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (6), 772-778.
- Weinberg, N.Z. (1997). Cognitive and behavioral deficits associated with parental alcohol use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (9), 1177-1186.
- Williams, C.N. (1990). Prevention and treatment approaches for children of alcoholics. En M. Windle y J.S. Searles (Eds.). *Children of alcoholics. Critical perspectives*. New York: Guildford Press, 187-216.
- Wolin, S., y Wolin, S.J. (1996). The challenge model. Working with strengths in children of substance-abusing parents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 5 (1), 243-256.
- Woodside, M., Coughney, K., y Cohen, R. (1993). Medical costs of children of alcoholics: pay now or pay later. *Journal of Substance Abuse*, 5 (3), 281-287.
- Zucker, R.A., Ellis, D.A., y Fitzgerald, H.E. (1994). Developmental evidence for at least two alcoholisms. I. Biopsychosocial variation among pathways into symptomatic difficulty. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 708, 134-146.

Material audiovisual

- "¿Qué he hecho yo para no merecer esto?" Recomendaciones educativas para prevenir el abuso de drogas en los hijos, (1990). APAT.
- "Y tú... ¿Cómo lo ves?", (1990). Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- "A tu salud: Saber beber", (1992). Consejería de Salud. Madrid. Telemadrid.
- Historias sobre el alcohol, (1991). Consejería de Salud. Madrid.
- El poder del no: El retorno del mago, (1992). (Producido por J. Gary Mitchel Film Company). FAD. Madrid.
- Alcohol y conducción. Amistades peligrosas, (1992). Ayuntamiento de Madrid.
- El reto de la libertad. Acción Familiar. Madrid.
- Presión de grupo y toma de decisiones, (1986). Grupo IGIA. Barcelona.
- L'alcohol i la conducció, (1991). Generalitat de Catalunya. Departament de Governació. Gerència de Seguretat Viària. Barcelona.
- "Límit zero", (1996). Generalitat de Catalunya. Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
- Ramírez J.F.J., y Cabañas. Curso de relajación progresiva para niños y adultos. Editorial CEPE, S.L. TEA Ediciones.

Folletos informativos y libros de autoayuda para jóvenes y para padres

- Bayard R., Bayard J. (1988). *¿Socorro tengo un hijo adolescente!* Guía práctica de supervivencia para padres desesperados. Ed. Atlántida.
- Carreño, P. A. (1988). *Estudiar # Aburrirse. Entrenamiento para el estudio*. Ed. Rialp S.A. Madrid.
- Enríquez, S., y Rodríguez, M. (1990). *Aprender con Saber. Método para estudiar mejor*. Ed. Diana. México.
- Guía de padres preocupados por las drogas* (1995). Sevilla. Comisionado para la Droga de Andalucía. Ed. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Diest López A., y Pi Ollé N. (1989). *Educación, ¡Uf, qué difícil es!* Associació Llevant, Barcelona.
- Lois i Joel Davitz. (1989). *Su adolescente: Cómo comprenderlo y relacionarse con él*. Ed. Norma S.A. Bogotá.
- Stainback, W. y Stainback, S. (1990). *Cómo mejorar el rendimiento escolar de su hijo*. Ed. Medici. Barcelona.

Organizaciones americanas pro-hijos de alcohólicos

- Al-Anon Family Group Headquarters, P.O. Box 182, Madison Square station, New York, New York 10010.
- Alcoholics Anonymous (AA), P.O. Box 459, Grand Central Station, New York 10017.
- Children of Alcoholics Foundation, Inc., 540 Madison Avenue, 23rd floor, New York, New York 10022.
- Children of Alcoholics: The New Jersey Task Force, P.O. Box 348, Rutherford, New Jersey 07070.

National Association for Children of Alcoholics, P.O. Box 421961, San Francisco, California 94142.
New York State Coalition for the Children of Alcoholic Families, P.O. Box 9, Hempstead, New York 11550.
Operation Cork, P.O. Box 9550, San Diego, California 92109.

Recursos en Internet

Información sobre drogas para jóvenes y padres:

<http://tardis.imsb.bcn.es>

<http://www.ub.es/sacu/alcohol>

<http://www.arrakis.es/iea/>

Información para profesionales interesados en los hijos de alcohólicos y otros grupos de alto riesgo:

<http://www.health.org.nacoa/>

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA (VERSIÓN PARA PADRES)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (rodear con un círculo la opción que le corresponda)

Sexo:

1. Masculino
2. Femenino

Edad:

Nº de hijos:

Profesión:

1. Empresario, directivo
2. Profesión liberal
3. Militar
4. Pequeño empresario, comerciante
5. Mando intermedio, encargado.
6. Funcionario.
7. Profesional medio.
8. Empleado.
9. Obrero especializado.
10. Obrero no especializado.
11. Jubilado.
12. Ama de casa.
13. Otros (especifique): _____

Estudios:

1. Sin estudios
2. Certificado de estudios primarios.
3. Graduado escolar o bachillerato elemental.
4. Formación profesional.
5. Bachillerato superior o BUP
6. Estudios universitarios medios.
7. Estudios universitarios superiores.

OPINIONES SOBRE EL PROGRAMA (ponga una cruz en la casilla correspondiente)

Participar en el programa ALFIL le ha resultado en general:

- nada satisfactorio
- poco satisfactorio
- suficientemente satisfactorio
- bastante satisfactorio
- muy satisfactorio

La cantidad y claridad de la información que le han proporcionado ha sido:

- nada satisfactoria
- poco satisfactoria
- suficientemente satisfactoria
- bastante satisfactoria
- muy satisfactoria

Las actividades propuestas en las sesiones le han parecido:

- nada satisfactorias
- poco satisfactorias
- suficientemente satisfactorias
- bastante satisfactorias
- muy satisfactorias

¿Qué le ha parecido realizar este programa con un grupo de padres?

- nada satisfactorio
- poco satisfactorio
- suficientemente satisfactorio
- bastante satisfactorio
- muy satisfactorio

¿Qué le ha parecido que los niños trabajasen los diferentes contenidos del programa en grupo?

- nada satisfactorio
- poco satisfactorio
- suficientemente satisfactorio
- bastante satisfactorio
- muy satisfactorio

¿Qué le ha parecido la duración del programa?

- muy corta
- corta
- adecuada
- larga
- muy larga

¿Por qué razones decidió su familia participar en este programa? (puede poner un círculo en varias opciones)

1. Le convencieron de su necesidad.
2. Había problemas importantes en las relaciones familiares.
3. Deseaba saber cómo abordar los temas de drogas con mis hijos.
4. Sus hijos se lo pidieron.
5. Empezaba a tener conflictos con los hijos adolescentes.
6. Cree que es conveniente prevenir.
7. Otras razones (anótelas):

CAMBIOS EN LA FAMILIA (escoja una sola de las opciones)

¿Después de realizar las sesiones del programa ALFIL ha notado Ud. cambios en la comunicación con sus hijos?

1. No ha habido cambios porque antes ya teníamos una buena comunicación.
2. No ha habido cambios, seguimos teniendo problemas de comunicación.
3. Hemos dialogado más que antes, aunque se puede mejorar.
4. Hemos mejorado bastante la forma de comunicarnos.

¿Después de las sesiones ha notado cambios en sus conversaciones sobre los temas de alcohol y drogas?

1. No ha habido cambios porque antes ya conversábamos sobre esos temas.
2. No ha habido cambios, seguimos sin hablar de esos temas.
3. Hemos dialogado más que antes sobre temas de alcohol y drogas, aunque puede mejorar.
4. Hemos dialogado bastante más que antes sobre esos temas.

¿Ha habido cambios en los conflictos familiares?

1. No había conflictos antes ni ahora
2. Sigue habiendo los mismos conflictos que antes.
3. Han aumentado los conflictos familiares.
4. Han disminuído los conflictos familiares.

¿Ha puesto en práctica alguna de las sugerencias educativas que se han propuesto en el programa? (especifique, si lo desea).

1. Ya las practicaba casi todas antes.
2. Sí, pero no han funcionado.
3. Sí, han funcionado.
4. No las he puesto en práctica.

¿Qué es lo que más le ha gustado del programa?

¿Qué es lo que menos le ha gustado?

¿Qué temas o actividades ampliaría o añadiría al programa?

¿Qué temas o actividades reduciría o incluso eliminaría?

¿Cree que Uds. o sus hijos se han podido sentir molestos con alguno de los temas tratados? ¿Cuáles? ¿Cree que se podrían haber evitado? ¿Cómo?

¿Qué le ha parecido el trato, la profesionalidad y la preparación de los educadores del programa?

¿Tiene algunas sugerencias que puedan ayudar a mejorar este programa?

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA ALFIL (VERSIÓN PARA HIJOS)

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (rodear con un círculo la opción que le corresponda)

Sexo:

1. Masculino
2. Femenino

Edad:

Estudios (último curso terminado):

OPINIONES SOBRE EL PROGRAMA (poner una cruz en la casilla correspondiente)

Participar en el programa ALFIL te ha resultado en general:

- nada satisfactorio
- poco satisfactorio
- suficientemente satisfactorio
- bastante satisfactorio
- muy satisfactorio

La cantidad y claridad de la información que te han proporcionado ha sido:

- nada satisfactoria
- poco satisfactoria
- suficientemente satisfactoria
- bastante satisfactoria
- muy satisfactoria

Las actividades propuestas en cada una de las sesiones te han parecido:

- nada satisfactorias
- poco satisfactorias
- suficientemente satisfactorias
- bastante satisfactorias
- muy satisfactorias

¿Qué te ha parecido que en el programa se hiciesen sesiones para padres?

- nada satisfactorio
- poco satisfactorio
- suficientemente satisfactorio
- bastante satisfactorio
- muy satisfactorio

¿Qué te ha parecido trabajar los diferentes contenidos del programa con un grupo de jóvenes de tu edad?

- nada satisfactorio
- poco satisfactorio
- suficientemente satisfactorio
- bastante satisfactorio
- muy satisfactorio

¿Qué te ha parecido la duración del programa?

- muy corta
- corta
- adecuada
- larga
- muy larga

¿Por qué razones decidió tu familia participar en este programa? (puedes escoger varias opciones)

- 1 Nos convencieron de su necesidad.
- 2 Había problemas importantes en las relaciones familiares.
- 3 Mis padres me obligaron.
- 4 Yo lo pedí.
- 5 Creemos que es conveniente prevenir.
- 6 Otras razones (anótalas):

¿Qué es lo que más te ha gustado del programa?

¿Qué es lo que menos te ha gustado?

¿Qué temas o actividades ampliarías o añadirías al programa?

¿Qué temas reducirías o incluso eliminarías?

¿Te has sentido molesto/a con alguno de los temas tratados? ¿Cuáles? ¿Crees que se podrían haber evitado?
¿Cómo?

¿Qué te ha parecido el trato, la profesionalidad y la preparación de los educadores del programa?

¿Te gustaría hacer alguna sugerencia sobre cómo se podría mejorar este programa?

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA ALFIL (VERSIÓN PARA HIJOS)

Nombre y apellidos: Número de identificación:

Este cuestionario está dirigido a jóvenes de 12 a 16 años.

No se trata de un examen. Sólo queremos saber las opiniones de los jóvenes sobre el tema del alcohol, por eso es muy importante que respondas con toda sinceridad. Las respuestas son confidenciales y no te comprometen a nada.

Gracias por tu colaboración.

Primera parte

Lee **detenidamente** las frases siguientes y **rodea con un círculo** la respuesta que creas más adecuada para cada una de ellas, de acuerdo con la siguiente nomenclatura.

V: Creo que es verdadero.

F: Creo que es falso.

NS: No lo se, o tengo muchas dudas.

Recuerda que este cuestionario **no es un examen**, debes responder de acuerdo con lo que tú crees. Procura no abusar de la opción “**No se**”. Si no entiendes el significado de alguna frase, pregunta a los evaluadores.

No dejes **ninguna frase sin respuesta** y da **una sola respuesta** a cada frase.

Las bebidas alcohólicas de alta graduación, como el whisky, son perjudiciales para la salud, pero la cerveza, por ejemplo, no lo es.	V	F	NS
Hay pocos accidentes de tráfico que estén relacionados con el consumo excesivo de alcohol.	V	F	NS
El alcohol mezclado con un refresco (como el vino con gaseosa) afecta menos al organismo que tomado “a palo seco”.	V	F	NS
Los efectos del alcohol son más intensos si se consume con el estómago vacío.	V	F	NS
El alcohol tiene algunas propiedades nutritivas para el organismo.	V	F	NS
El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede hacer que el organismo llegue a depender físicamente del alcohol.	V	F	NS
Después de tomar alcohol, los reflejos son más rápidos.	V	F	NS
La mezcla de bebidas alcohólicas y pastillas para dormir (barbitúricos) puede ser mortal.	V	F	NS
Tomar alcohol ayuda a que mejore un poco la memoria.	V	F	NS
El alcohol que contienen las bebidas alcohólicas de baja calidad (como el vino barato) perjudican más al organismo que el alcohol de las bebidas “de marca”.	V	F	NS
Los efectos del alcohol (la borrachera) desaparecen bebiendo café.	V	F	NS
Un alcohólico es aquel al que el alcohol le sienta mal físicamente.	V	F	NS
Beber un trago de alcohol es útil para combatir el frío.	V	F	NS
El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede provocar alteraciones mentales muy graves porque destruye las neuronas del cerebro.	V	F	NS
Un alcohólico es una persona que se emborracha a menudo.	V	F	NS
Tomar bebidas alcohólicas de forma habitual disminuye la capacidad para estudiar.	V	F	NS
El hábito de consumir alcohol puede hacer más fácil que se acabe consumiendo tabaco, cocaína, u otras drogas.	V	F	NS
Pasarse un poquito con el alcohol los fines de semana no comporta peligro de alcoholismo, siempre que no bebas durante el resto de la semana.	V	F	NS

La cirrosis (cáncer de hígado) es una enfermedad muy relacionada con el consumo excesivo de alcohol.	V	F	NS
Los efectos del alcohol desaparecen después de una ducha de agua fría.	V	F	NS
El alcoholismo es un vicio.	V	F	NS
Una copita de licor ayuda a curar el resfriado o la gripe.	V	F	NS
Las bebidas alcohólicas son tan buenas para quitar la sed como las que no contienen alcohol.	V	F	NS
Las personas que aguantan mucho bebiendo alcohol sin emborracharse tienen menos probabilidad que otras de llegar a ser alcohólicos.	V	F	NS
El alcoholismo es una enfermedad.	V	F	NS
El alcohol provoca dependencia física, igual que la heroína.	V	F	NS
El consumo habitual de bebidas alcohólicas durante el embarazo puede ocasionar retraso mental y problemas físicos en el recién nacido.	V	F	NS
Un vermut o una copita de licor antes de comer estimula el apetito.	V	F	NS
El alcohol tiene efectos tóxicos en nuestro organismo.	V	F	NS
Un alcohólico es un borracho.	V	F	NS
Los efectos del alcohol desaparecen después de vomitar.	V	F	NS
El alcohol es una droga, como la heroína o la cocaína.	V	F	NS
Un consumo diario de 4 ó 5 cervezas (caña de 200 ml.) se puede considerar perjudicial para un hombre sano de complexión física normal.	V	F	NS
Los licores como el coñac o el whisky contienen 4 ó 5 veces más cantidad de alcohol que la cerveza o el vino.	V	F	NS
En España hay más alcohólicos que heroinómanos.	V	F	NS
Un alcohólico puede dejar fácilmente de beber alcohol, sólo con un poco de fuerza de voluntad.	V	F	NS

Por favor, comprueba que **no hayas dejado alguna frase sin contestar**.

Segunda parte

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones. Léelas con atención y **señala con una cruz** la opción que mejor refleje tu **grado de acuerdo o desacuerdo** con cada una de ellas, de acuerdo con la siguiente nomenclatura:

TD: Total Desacuerdo

D: Desacuerdo

?: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

A: Acuerdo

TA: Total Acuerdo

Recuerda que esto no es un examen con respuestas correctas e incorrectas, tan sólo **queremos saber tu opinión** sobre el consumo de alcohol. Si no entiendes alguna de las frases, pregunta a los evaluadores.

Es muy importante que des **sólo una respuesta a cada frase** y que **no te dejes ninguna sin contestar**.

	TD	D	?	A	TA	Punt.
Tomar una cerveza o una copa con unos amigos resulta muy agradable.						
Los jóvenes que beben alcohol resultan más atractivos para sus amigos.						
Es mucho peor ser heroinómano que ser alcohólico.						
El consumo de alcohol trae más problemas que beneficios.						
Encuentro lógico que los jóvenes tomen alcohol con sus amigos para pasárselo bien.						
Si bebes alcohol es más fácil hacer más amigos y se "liga" más.						
La gente, en general, debería esforzarse por beber menos alcohol.						
Uno se divierte más después de tomar unas copas y "coger un puntillo".						
El alcohol es malo para la salud.						
El alcohol es la perdición para muchas personas.						
Un alcohólico es un vicioso.						
Después de beber un poco de alcohol, pero sin pasarse, se conduce igual que si no se ha bebido nada.						
En nuestra sociedad, poder beber alcohol es un signo de que ya eres "mayor", y eso hace que te tomen más en serio.						
Los padres y los maestros no deberían beber alcohol delante de los niños para darles un buen ejemplo.						
Debería hacerse más controles de alcoholemia a los conductores.						
Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas.						
No se debería anunciar bebidas alcohólicas por televisión.						
Comprar bebidas alcohólicas es una forma de tirar el dinero.						
Consumir bebidas alcohólicas de determinadas marcas es un signo de distinción o prestigio entre los amigos.						
Estoy de acuerdo con la ley que prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 16 años.						
Si no tomas bebidas con alcohol, tus amigos se ríen de tí.						
Deberían retirar el carné de conducir a las personas que conducen bajo los efectos del alcohol.						
Tomar un poco de alcohol ayuda a algunas personas a enfrentarse a los problemas cotidianos.						
Las autoridades sanitarias deberían preocuparse por prevenir el abuso de alcohol entre los jóvenes.						
No hay nada malo en tomar un poco de alcohol si te hace sentir mejor.						
La gente que llega a abusar del alcohol es porque ya tienen otros problemas previamente.						
Creo que se debería expulsar de la escuela a un alumno que tomase alcohol dentro del recinto escolar.						
Beber alcohol no es más que una forma de desaprovechar el tiempo.						
Tomar una copa sólo de vez en cuando no es peligroso.						
Las personas que beben alcohol frecuentemente, suelen ocasionar muchos problemas a la sociedad.						
Una fiesta sin alcohol no suele ser tan divertida como una con alcohol.						
Consumir alcohol, tabaco o "porros" no es tan malo como consumir drogas "duras" como la heroína y la cocaína.						
La gente suele mostrarse más abierta y sociable después de tomar un par de copas.						
La gente no ve "normal" que una persona no beba alcohol.						
Resulta muy difícil no beber alcohol en una fiesta en la que todo el mundo bebe.						
Se debería prohibir terminantemente la venta de alcohol y tabaco a menores de 18 años.						
El consumo de alcohol es necesario en algunas situaciones sociales						

Suma de puntuaciones:

Por favor, comprueba que **no** hayas dejado alguna frase sin contestar.

Tercera parte

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones que describen posibles efectos del consumo (moderado) de alcohol en las personas. Expresa **tu opinión** al respecto **señalando con una cruz** la opción que más se ajuste a tu forma de pensar, de acuerdo con la siguiente escala.

TD: Total Desacuerdo

D: Desacuerdo

?: Ni de acuerdo ni en desacuerdo

A: Acuerdo

TA: Total Acuerdo

Aunque no hayas experimentado los efectos del alcohol, procura responder en función de lo que puedes conocer a través de las experiencias de tus amigos y familiares.

Recuerda que esto **no es un examen** y que no hay respuestas correctas e incorrectas. Se trata simplemente de conocer las opiniones y creencias de los jóvenes sobre los efectos que puede tener el alcohol en las personas. Por ello, es muy importante que seas **sincero en tus respuestas**.

Si no entiendes alguna de las frases, pregunta a los evaluadores.

	TD	D	?	A	TA	Punt.
El alcohol te ayuda a relajarte cuando estás tenso.						
Beber una copas hace que te sientas menos tímido y que encuentres más fácil hablar de tus sentimientos con los demás.						
El alcohol ayuda a conciliar el sueño más fácilmente.						
Cuando la gente bebe alcohol siente que tiene más poder para convencer a los demás.						
Beber alcohol te hace mostrarte más romántico.						
Después de beber alcohol se ve el futuro de forma más optimista.						
Tomar un poco de alcohol ayuda a calmar el dolor.						
Después de haber tomado unas copas no se puede pensar con la misma claridad que antes.						
Tomar una copa hace que te sientas bien.						
El alcohol hace que la gente sea menos eficiente en sus tareas.						
Algunas bebidas alcohólicas tienen un sabor agradable y refrescante.						
Beber alcohol hace que uno se ponga agresivo con los demás.						
El alcohol tiene efectos mágicos en las personas.						
Tomar alcohol hace que sea más difícil concentrarse.						
Beber alcohol añade calor y compañerismo a las reuniones sociales.						
Cuando alguien se siente agobiado o frustrado, tomar unas copas hace que se sienta mejor.						
El alcohol permite celebrar de forma agradable las ocasiones especiales.						
Después de beber un par de copas es más fácil enfrentarse a la gente, y decir "las cosas claras".						
Tomar alcohol hace que uno sienta menos angustia y preocupación por las cosas.						
La gente se encuentra más alegre y de mejor humor después de tomar unas copas.						
Después de haber bebido la gente tiene dificultad para coordinar sus movimientos.						
Es más fácil que uno acabe discutiendo y peleándose con los demás si bebe alcohol que si no lo bebe.						
Un poquito de alcohol ayuda a dormir de un tirón.						
Tomar alcohol le da a uno más confianza en sí mismo.						
Después de tomar alcohol la gente se vuelve menos responsable.						

	TD	D	?	A	TA	Punt.
Una persona que bebe alcohol parece más interesante a los demás que una que no lo bebe.						
Si beben alcohol los artistas son más creativos en su obra.						
Después de beber alcohol uno recuerda mejor las cosas.						
Beber alcohol afecta poco a las capacidades físicas como correr, nadar, o hacer deporte en general.						
El alcohol produce depresión en muchas personas.						

Suma de puntuaciones:

Por favor, comprueba que **no** hayas dejado alguna frase sin contestar.