



Universidad de Valladolid

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE TIPO
SELECTIVA DEL CONSUMO DE ALCOHOL DIRIGIDA A
ADOLESCENTES CON PADRES EN TRATAMIENTO POR
TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Presentado por:
Lcda. Yosune Villadangos Flores

Tutelado por:
Dra. Carmela Martínez Vispo



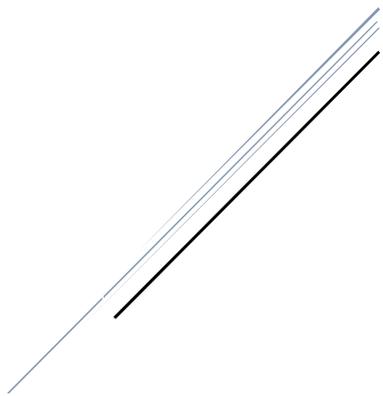
En Valladolid julio de 2021



Alcohol, Beber...

**“Oh Señor, los hombres
ponen un enemigo en sus
bocas que les roba los
cerebros”.**

William Shakespeare





RESUMEN

La ingesta nociva de alcohol en la adolescencia está relacionada con graves consecuencias de salud, sociales, personales y económicas, suponiendo grandes costos para el sistema de salud. Diversos estudios han demostrado que mientras más temprano sea el inicio del consumo de alcohol, mayor es la probabilidad de que se mantenga dicho consumo. Por este motivo, el presente Trabajo de Fin de Máster de Psicopedagogía tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención en materia de prevención selectiva, dirigida a adolescentes de entre 12 a 14 años e hijos de padres bajo tratamiento por trastorno por consumo de alcohol. La finalidad de dicha propuesta es conocer la realidad de los efectos del trastorno por consumo de alcohol parental en los hijos adolescentes, y orientar a la creación de estrategias que permitan minimizar la posibilidad de la aparición del consumo nocivo de alcohol.

Palabras claves: prevención selectiva, alcohol, consumo, adolescentes, factores de riesgo y de protección.

ABSTRACT

The harmful intake of alcohol in adolescence is related to serious health, social, personal and economic consequences, assuming great costs for the health system. Several studies have shown that the earlier the onset of alcohol consumption, the more likely it is that alcohol consumption will continue. For this reason, the present Master's Degree Final Project in Psychopedagogy aims to design a proposal for intervention in the field of selective prevention, aimed at adolescents between 12 and 14 years old and children of parents under treatment for alcohol consumption disorder. The purpose of this proposal is to know the reality of the effects of parental alcohol consumption disorder on adolescent children, and to guide the creation of strategies to minimize the possibility of the appearance of harmful alcohol consumption.

Keywords: selective prevention, alcohol, consumption, adolescents, risk and protective factors.



AGRADECIMIENTOS

Mis más sentidos agradecimientos a la Universidad de Valladolid por permitirme estudiar el Máster en Psicopedagogía en la Facultad de Educación y Trabajo Social, debo decir que ha sido una experiencia enriquecedora e inolvidable las que he vivido en esa alma mater.

A todos los profesores que me aportaron tan valiosos conocimientos, a ellos muchas gracias, en especial a la Tutora de este Trabajo de Fin de Máster, por ser de gran guía durante este proceso de aprendizaje y por tanta dedicación y esmero.

Por último, y no menos importante quiero agradecer a esas personas amadas y queridas que siempre han estado a mi lado: a mis hijos por ser mis más grandes tesoros, a mi esposo por ser mi apoyo incondicional, a mis padres por la fuerza y el cariño que me dan, a mis hermanos que están, y a los que no están en este plano terrenal por el cariño y el respeto que siempre me han dado, a mis amigos incondicionales, a todos ellos les dedico este esfuerzo y estas ganas de seguir creciendo cada día como persona y ser humano.



Índice de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN	8
2. OBJETIVOS	10
2.1 Objetivo general.	10
2.2 Objetivos específicos.	10
3. JUSTIFICACIÓN	11
4. MARCO TEÓRICO.....	15
4.1 Alcohol.	15
4.1.1 Consumo de alcohol.	17
4.1.2 Efectos que produce el alcohol.	18
4.2 Factores de riesgo y de protección para el inicio del consumo de alcohol.	20
4.3 Morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de alcohol.	24
4.4 Trastorno por consumo del alcohol.	25
4.4.1 Etiología del Trastorno por consumo de alcohol.	26
4.4.2 Diagnóstico.	27
4.5 Prevalencia y situación actual.	30
4.6 Influencia del alcohol en las relaciones familiares.	36
4.6.1 Los hijos de las personas con trastorno por consumo de alcohol (TCA).	39
4.7 Marco legal.	41
4.8 Prevención de los trastornos por consumo de alcohol.	45
4.8.1 Evidencias científicas.	47
4.9 Modelos Teóricos.	48
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	54
5.1 Propuesta de intervención.	54
5.1.1 Lugar de la intervención.	54
5.1.2 Necesidades detectadas.	55
5.1.3 Objetivo de la intervención.	56
5.1.3.1 El objetivo general.	56
5.1.3.2 Objetivos específicos.	57
5.2 Nivel y diseño de la intervención.	57
5.3 Técnicas de recolección de datos.	59
5.3.1 Instrumentos de evaluación.	62
5.3.1.1 Instrumento para la selección de los destinatarios.	62



5.3.1.2 Instrumentos para el proceso de screening.....	63
5.3.1.3 Instrumento para el pretest-postest.....	64
5.3 Población y muestra.....	67
5.3.1 Destinatarios directos.	67
5.3.2 Destinatarios indirectos.	67
5.3.3 Criterios de selección.....	67
5.3.3.1 Criterios de inclusión.	67
5.3.3.2 Criterios de exclusión.....	68
5.4 Metodología.	68
5.5 Actividades para lograr los objetivos.	69
5.1.1 Síntesis de las actividades.	69
5.5.1 Cronograma de actuación.	102
5.5.2 Recursos humanos y materiales.	103
6. CONCLUSIONES	104
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
8. ANEXOS.	123
Anexo 1. Protocolo de consentimiento informado.	123
Anexo 2. Entrevista estructurada para adolescentes.	124
Anexo 3. Entrevista estructurada para padres o tutores.	126
Anexo 4. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification).	128
Anexo 5. Cuestionario de cribado de abuso de sustancias (CRAFFT, Substance Abuse Screening Test).	130
Anexo 6. Cuestionario de percepción de riesgo de consumo de alcohol (Escala BIP).....	131
Anexo 7. Cuestionario de autoestima (AUT-AD).	133
Anexo 8. Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL).	134
Anexo 9. Cuestionario de satisfacción.....	136
Anexo 10. Guía de frases de verdadero o falso.	138
Anexo 11. Protocolo de recogida de resultados.....	139
Anexo 12. Ficha (sopa de letras y el trastorno por consumo de alcohol).	140
Anexo 13. Materiales necesarios para la implementación del proyecto.	141



Índice de Tablas

9. TABLAS	32
Tabla 1. Consumo por tipo de bebidas	32
Tabla 2. Teoría parcial o pocos componentes	49
Tabla 3. Teoría de estadios y evolutiva	49
Tabla 4. Teorías integrativas y comprensivas	50
Tabla 5. Modelo típico preexperimental	58
Tabla 6. Cronograma de actuación	103

Índice de Figuras

10. FIGURAS	30
Figura 1. Prevalencia de consumo % por sexo (últimos 12 meses/población 15-64 años)	30
Figura 2. Tendencias en el consumo de alcohol (ESTUDES 2019)	31
Figura 3. Razones de consumo (últimos 12 meses)	32
Figura 4. Prevalencia de consumos intensivos de alcohol (España 2017-2018)	33
Figura 5. Prevalencia de borracheras (España 2017- 2018)	33
Figura 6. Consumo de riesgo de alcohol en España (2009-2017). Con el instrumento AUDIT (puntuación ≥ 8)	34
Figura 7. Percepción y conocimiento del alcohol en población española (2016)	35



1. INTRODUCCIÓN

La ingesta de alcohol representa un factor de riesgo muy importante para la salud siendo responsable de al menos 3 millones de muertes en el mundo, y el causante de la aparición de más de 200 enfermedades y trastornos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En España el consumo de alcohol en los adolescentes es mayor que otras sustancias psicoactivas y los efectos de esta sustancia en el cerebro de estos consumidores que aún está en desarrollo, son objetos de muchos estudios, los cuales están focalizados en cómo afecta a su funcionamiento y conducta (Rodríguez et al., 2014b). La prevalencia del consumo de alcohol en la población adolescente española presenta una tendencia muy elevada (ESTUDES, 2019) y la ingesta de bebidas alcohólicas durante este periodo conlleva consecuencias negativas de rápida aparición y aumenta la probabilidad del desarrollo del abuso y de la dependencia al alcohol (Alcedo et al., 2014).

Este Trabajo Fin de Máster pretende hacer un acercamiento a la realidad existente en España en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia y a la percepción de riesgo de consumo que estos tienen hacia la ingesta de alcohol. Su finalidad es crear estrategias que permitan poder minimizar la aparición de la ingesta del alcohol en edades tempranas en los hijos de padres que están bajo tratamiento por trastornos por consumo de alcohol.

El trabajo está compuesto por dos grandes bloques. Por un lado, se encuentra un marco teórico, en el cual se recoge información relevante en cuanto a la contextualización del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia, algunos conceptos relacionados, sus principales figuras teóricas, un marco legal de referencia, las evidencias científicas de programas de prevención selectiva, los modelos que describen las intervenciones de prevención del consumo de alcohol y por último los modelos o teorías por los cuales se sustenta este trabajo. Este marco teórico también dedica un apartado a los trastornos por consumo de alcohol, a su diagnóstico, a prevalencia de consumo y a su prevención.

Como segundo bloque, se realiza una propuesta de intervención en materia de prevención selectiva, desde un enfoque integrador que incorpora un modelo cognitivo



conductual, biopsicosocial y sistémico, con la finalidad de dar respuestas a las necesidades detectas y a los objetivos establecidos.

Finalmente cabe destacar, que para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica, donde las principales fuentes de consulta fueron artículos científicos actuales y libros sobre la temática, con la finalidad de tener información descriptiva al respecto. Seguidamente, esta recopilación de información fue elaborada con el objetivo de poder comprender y analizar todos esos hallazgos para posteriormente crear el marco teórico, el cual ha servido de fundamentación para el desarrollo de esta propuesta de intervención.



2. OBJETIVOS

“El objetivo es sinónimo de meta, es decir, aquello que se aspira lograr o alcanzar” (Arias, 2012, p. 43). En este sentido, se hace referencia a la meta viéndolo desde una perspectiva en extremo de conocimientos, es decir, los saberes que el investigador se propone conseguir. En esta línea de ideas en autor menciona que, el objetivo de investigación “Es un enunciado que expresa lo que se desea indagar y conocer, para responder a un problema planteado” p.43. Partiendo de esta premisa, se describen los objetivos del siguiente Trabajo de Fin de Máster:

2.1 Objetivo general.

Diseñar una propuesta de intervención preventiva dirigida a reducir la aparición del consumo de bebidas alcohólicas en los hijos adolescentes de padres con trastorno por consumo de alcohol (TCA).

2.2 Objetivos específicos.

- 2.2.1 Profundizar en el conocimiento acerca de la problemática del consumo de alcohol en la adolescencia.
- 2.2.2 Analizar el impacto de los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de alcohol en la adolescencia.
- 2.2.3 Analizar los programas o intervenciones preventivas existentes, centradas en la prevención del consumo de alcohol en la adolescencia.
- 2.2.4 Desarrollar una propuesta de intervención psicopedagógica de manera coherente y realista, respecto al tema que se está tratando de prevenir, en este caso el consumo de alcohol.
- 2.2.5 Establecer una evaluación de la propuesta de intervención preventiva a través de distintos instrumentos y cuestionarios para determinar su eficacia.



3. JUSTIFICACIÓN

En España, hay una tendencia muy elevada de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas en edades muy tempranas. Esta conducta suele iniciarse alrededor de los 13 años, generalmente se presenta en el tiempo libre y en las reuniones sociales (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2021). La mitad de estos adolescentes tiene una percepción de riesgo de consumo muy baja, no creen que consumir 4 o 5 bebidas los fines de semanas puede causar consecuencias en la salud.

El alcohol es la sustancia psicoactiva con más prevalencia de consumo en la población y esto se debe, entre otros motivos, a la facilidad para el acceso a la sustancia, a que está considerado una tradición consumir bebidas alcohólicas, al valor económico, a los efectos conocidos, a la aceptación y a sus múltiples presentaciones (Chidava, 2017; Rodríguez et al., 2014b).

En la última encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES, 2019) realizada en nuestro país por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones ([OEDA], 2020) arrojó que el alcohol es una de las drogas que tiene mayor prevalencia de consumo en la población española de entre 15 y 64 años, en los últimos 12 meses, con un porcentaje alto de prevalencia de ingesta de alcohol en la adolescencia (EDADES, 2020). A pesar de que los datos arrojan la existencia de un declive en el porcentaje de jóvenes que refieren haberse emborrachado alguna vez, sigue manteniéndose la tendencia muy elevada, es decir, 3 de cada 10 menores en el último mes han consumido bebidas alcohólicas (OEDA, 2020). En líneas generales, la ingesta de alcohol se asocia principalmente a los espacios de ocio y al fin de semana, lo que involucra en muchas ocasiones un uso y abuso, aunque no llegue a “suponer un problema de dependencia” (Alcedo et al., 2014).

Según Alonso et al. (2017) los problemas del consumo del alcohol, se relaciona con múltiples factores, donde los microambientales como la familia, son generadores de influencia en el inicio y mantenimiento del hábito de consumo. Hay evidencias científicas sobre la relación que existe entre la actitud positiva del alcohol y los motivos de ingesta de la sustancia en los adolescentes, sin embargo, estos no pueden asociarse únicamente a un solo factor; esta



preposición simplemente ayuda a comprender la manera en que diferentes factores de riesgo influyen, directa e indirectamente, en el hábito de consumo (Rivalova et al., 2016).

El uso abusivo del alcohol es el causante de defunciones y discapacidad en edades tempranas y generador de múltiples enfermedades crónicas (OMS, 2018a). Según Martínez y Mintegi (2020) de las 230 a 300 vistas a urgencias al servicio pediátrico, una es producto de intoxicaciones por sustancias altamente tóxicas, y en algunos casos la vida de los niños o adolescentes puede verse comprometida.

En la actualidad han aparecido modificaciones en los patrones de consumo y nuevas formas de ingesta de las distintas bebidas alcohólicas, lo que puede suponer un dato crucial para la creación de nuevas estrategias de salud pública y prevenir la aparición de consecuencias más graves (AEP, 2014; Sánchez-Queija et al., 2015). En resumen, la ingesta de alcohol en la adolescencia ejerce un gran impacto en la salud de los adolescentes, en el desarrollo de sus estilos de vida y en la adultez (Rubio, 2016).

La ingesta de alcohol en la adolescencia es un problema de salud pública y, por lo tanto, debería ser una de las prioridades de intervención de las distintas políticas de drogas (Alcedo et al., 2014). El consumo de bebidas alcohólicas en esta etapa es una conducta de riesgo que se puede prevenir a pesar de que existe un nivel elevado y predominio en edades tempranas de consumo de alcohol (Borrás, 2016).

Por otro lado, y para finalizar, es importante resaltar que existen evidencias de precariedad en la atención precoz de la ingesta de bebidas alcohólicas en esta población (Borrás, 2016), y de programas para la prevención de los trastornos relacionados al consumo de alcohol dirigidos a esta población específica (Bröning et al., 2012; López et al., 2021; Martínez et al., 2011). Es por esta razón, que surge la necesidad de crear el siguiente trabajo enmarcado en una propuesta de intervención en materia de prevención selectiva, con la finalidad de minimizar las posibilidades de la aparición de los trastornos por consumo de alcohol (TCA) en los hijos de padres afectados por este espectro.

Por medio del presente Trabajo de Fin de Máster se profundiza el conocimiento de la realidad de los efectos del trastorno por consumo de alcohol parental en los hijos y se proponen estrategias para prevenir su aparición en las nuevas generaciones. Esta información permitirá,



en gran medida, generar ideas de actuación para los próximos años, dirigidas a prevenir el abuso y/o uso inadecuado de esta sustancia en los hijos de padres con trastorno por consumo de alcohol, y será de gran utilidad para los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud.

A continuación, se especifican las competencias que se han desarrollado con la elaboración de este Trabajo Fin de Máster, siendo esencial su adquisición para la capacitación profesional y aplicación de la futura labor profesional.

Competencias generales:

- ❖ Se ha podido activar la comunicación de las decisiones profesionales y las conclusiones, así como los conocimientos y razones últimas que las sustentan a públicos especializados y no especializados, de manera clara y sin ambigüedades.
- ❖ Ha sido necesario responder y actuar de manera adecuada y profesional, teniendo en cuenta el código ético y deontológico de la profesión, para el desarrollo y posible ejecución del siguiente programa de intervención.
- ❖ Ha sido relevante tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales.
- ❖ Ha habido que implicarse en la propia formación permanente, reconocer los aspectos críticos que ha de mejorarse en el ejercicio de la profesión, adquiriendo independencia y autonomía como discente y responsabilizándose del desarrollo de las habilidades para mantener e incrementar la competencia profesional.
- ❖ Competencias específicas:
- ❖ Ha sido imprescindible evaluar las necesidades socioeducativas de las personas, grupos y organizaciones a partir de diferentes metodologías, instrumentos y técnicas, tomando en consideración las singularidades del contexto.
- ❖ Se ha tenido que aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.
- ❖ Ha sido necesario diseñar estrategias que den respuesta a las necesidades de las personas, organizaciones y colectivos específicos.



- ❖ Se ha tenido que analizar, interpretar y proponer actuaciones, teniendo en cuenta las políticas sociosanitarias derivadas de un contexto social dinámico y en continua evolución.
- ❖ Ha sido imprescindible formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.

En definitiva, la elaboración de este Trabajo de Fin de Máster ha permitido desarrollar un compendio de competencias esenciales, que ha dado como resultado el desarrollo de esta propuesta de intervención de carácter selectiva, diseñada para reducir la aparición del consumo de alcohol en edades tempranas en hijos adolescentes de padres que reciben tratamiento por trastorno por consumo de alcohol.



4. MARCO TEÓRICO

Arias (2012) sostiene que el marco teórico o referencial, es el producto de la revisión documental y bibliográfica, el cual trata en una recopilación de ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones que funcionan de sustento a la investigación que se va a realizar. Por consiguiente, en este capítulo se abordarán las teorías que guardan estrecha relación con los postulados que se pretenden implementar y todos los aspectos teóricos y legales que le dan fortaleza a la investigación. Por otro lado, Tamayo (2012) manifiesta que el marco teórico nos da una ampliación de la descripción del problema y enlaza la teoría con la investigación; y sus relaciones. Por su parte, la investigación tiene relación con la delimitación del problema.

4.1 Alcohol.

Los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos, los cuales contienen uno o varios grupos de hidroxilos (-OH). El etanol (C_2H_5OH , alcohol etílico) es uno de los compuestos químicos de esta clasificación y es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas (OMS, 1994). Por otro lado, la Academia Real Española ([RAE], 2021a), define el alcohol como una sustancia cuyo consumo excesivo da lugar a una intoxicación capaz de producir alteraciones psíquicas, de memoria, conductuales, en el estado de ánimo, y cuadros más graves dependiendo de la intensidad y continuidad de la dieta.

El alcohol etílico o etanol es obtenido por medio de la fermentación anaerobia de los carbohidratos (Martín, 2014). Dependiendo del proceso de elaboración al que es sometido y a las diferencias en su concentración, las bebidas alcohólicas pueden clasificarse en (Asociación Española de Pediatría ([AEP], 2014; Martín, 2014):

- ❖ Bebidas Fermentadas (el vino, cerveza, sidra). Estas bebidas tienen una graduación entre 4° y 15° y son producto de la fermentación de los azúcares o de los cereales.
- ❖ Bebidas Destiladas (orujo, pacharán, vodka, güisqui, ron, brandy, ginebra): son aquellas que provienen de la destilación de las bebidas fermentadas, y esto hace que tengan mayor concentración de alcohol llegando a los 40° - 50°.



La graduación que tiene una bebida nos indica, aproximadamente, el volumen de alcohol etílico que contiene. Así, una botella de vino de 12° contiene un 12% de alcohol puro y una botella de orujo de 50° contiene un 50% de alcohol puro (AEP, 2014).

Por otro lado, la vía habitual de consumo del alcohol es la oral. Una vez ingerido, es absorbido por el torrente sanguíneo de forma inmediata a través del intestino delgado; y los retardos en el vaciado gástrico causados, por ejemplo, por la presencia de comidas, hacen que su absorción no sea tan rápida (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2013). El nivel de metabolismo primario del alcohol a nivel gástrico, y posteriormente a nivel hepático, puede explicar las diferencias individuales en los niveles de alcohol en sangre según el género y la genética (Martín, 2014).

El ritmo en que el organismo absorbe normalmente se acelera proporcionalmente al aumentar la concentración de alcohol que se ingiere, hasta un máximo del 40%, a partir del cual aparece el antes descrito retardo en el vaciamiento gástrico. Una vez absorbido se distribuye por todo el organismo llegando a su punto máximo de concentración en tejidos ricos en lípidos, donde sufre un metabolismo hepático y solo el 2% es eliminado sin modificación química por la orina y por los pulmones (Martín, 2014; Martínez y Mintegi, 2020). Por consiguiente, la excreción pulmonar del etanol como sistema de filtro tiene poco interés, pero desde la perspectiva analítico y judicial es de gran relevancia, pues los métodos de análisis que utilizan se sustentan en la precisión del etanol. y que se encuentra presente en el aire espirado (Martín, 2014).

Malacari (2010) señala que la ingesta del alcohol habitual es por vía oral, sin embargo, algunos autores mencionan que existen otras formas de consumo de la sustancia en la actualidad. Pareciera que esta práctica es algo novedoso, sin embargo, estas nuevas formas de consumir alcohol llevan algunos años de práctica en Europa, de los cuales son los jóvenes los que más se involucran a este tipo de acciones. Se tratan de mecanismos que logran que el alcohol llegue mucho más rápido al organismo ya que no pasa por el aparato digestivo que actúa como filtro, lo que hace que la borrachera sea de forma espontánea. La AEP (2014) indica que esas nuevas formas de consumo de alcohol no se realizan de manera muy frecuentes, pero



que es importante saber de su existencia por la peligrosidad de estas. A continuación, se mencionan algunas de ellas:

- ❖ El Tampodka. Es la introducción en la vagina o ano de un tampón impregnado de alcohol.
- ❖ El Eyeballing. Es la aplicación de gotas con alcohol en la conjuntiva del ojo.
- ❖ El Ox y shot. Consiste en la inhalación con un dispositivo como los que usan los asmáticos.

Por otro lado, debe destacarse el denominado Binge Drinking como una de las nuevas formas de consumo de alcohol (AEP, 2014; Malacari, 2010). El binge drinking consiste en consumir una gran cantidad de alcohol en un periodo temporal inferior a dos horas, lo que genera que los efectos sean de gran intensidad. Más concretamente, el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo ([NIAAA], 2021a) define el binge drinking o consumo por atracción de alcohol como el patrón de consumo de alcohol que eleva la concentración de alcohol en sangre (BAC) a 0.08 % o superior. Para un adulto típico, este patrón de abuso de alcohol corresponde a consumir 4 o más bebidas en las mujeres, o 5 o más bebidas en los hombres en aproximadamente 2 horas (NIAAA, 2004). La investigación muestra que menos bebidas en el mismo período de tiempo resultan en el mismo BAC en la juventud; sólo 3 bebidas para las niñas, y 3 a 5 bebidas para los niños, dependiendo de su edad y tamaño (Chung et al., 2018).

El alcohol está dentro de la clasificación de las sustancias psicoactivas legales, y actúa como depresor del sistema nervioso central (Comisión Global de Políticas de Droga [CGPD] 2019). Es importante destacar que el consumo de alcohol es una de las sustancias psicoactivas de uso más común junto con otras como la cafeína y estimulantes similares o la nicotina (CGPD, 2019).

4.1.1 Consumo de alcohol.

Según la American Psychological Association (APA, 2021) un uso moderado de alcohol en adultos definido como la ingesta de más de dos bebidas alcohólicas al día en los hombres y una bebida en las mujeres y personas mayores, no es necesariamente dañino.



Sin embargo, señala que otros tipos de consumo no moderado, sí pueden resultar dañinos para la salud, como, por ejemplo:

- ❖ El abuso del alcohol consiste en un patrón de consumo de bebidas que contienen sustancias alcohólicas, que genera problemas de gran importancia y consecutivos. Esto impide poder cumplir con sus responsabilidades, los estudios, el trabajo o el hogar y llegar a tener problemas de tipo legal.
- ❖ La dependencia del alcohol posee una característica particular y es que aparece la tolerancia (la necesidad de tomar más para lograr los mismos efectos) y el síndrome de abstinencia que aparece cuando se interrumpe el consumo repentinamente. Dentro de los síntomas de abstinencia pueden aparecer náuseas, sudoración, inquietud, irritabilidad, temblores, alucinaciones y convulsiones.

El consumo de alcohol se ha convertido en una conducta cada vez más habitual entre la población en general, y entre los jóvenes de entre 15 a 35 años en particular (EDADES, 2020). Se ha señalado que los adolescentes que tienen este patrón de conducta tienen mayor posibilidad de riesgo de problemas relacionados por el alcohol en la juventud y adultez (AEP, 2014). Además, con el consumo excesivo se pueden desarrollar alteraciones cognitivas, de la memoria y del aprendizaje que se producen incluso con consumos moderados de alcohol, pero pueden ser dañinos para su cerebro ya que se encuentra aún en proceso de desarrollo y maduración, como es el caso de los jóvenes hasta los 20 años (APA, 2021).

4.1.2 Efectos que produce el alcohol.

Los efectos que produce el alcohol varían de una persona a otra y dependen de la cantidad de consumo que estos tengan. Además, existen otras circunstancias que pueden acelerar tales efectos o agravarlos como son (AEP, 2014; Pascual y Guardia, 2012):

- ❖ La edad. Los jóvenes son más sensibles a los efectos que produce el alcohol en lo que respecta a los procesos cognitivos como la planificación, la memoria y el aprendizaje, debido a que consumir alcohol afecta al proceso de desarrollo y madurez del cerebro.
- ❖ El peso. Las personas que tienen menos masa corporal se ven más afectadas que las que tienen mayor masa corporal, y, por tanto, pueden tener problemas más graves. Por consiguiente, en el caso de las mujeres, por lo general pesan menos y el tamaño de sus



- órganos internos es proporcionalmente más pequeños, por lo tanto, aunque consuma cantidades inferiores de alcohol, sus efectos se producen en la misma o mayor medida.
- ❖ El sexo. Se ha señalado que la metabolización del alcohol difiere en función del sexo, siendo las mujeres las que poseen, por norma, una menor tolerancia al alcohol.
 - ❖ La cantidad y la rapidez de la ingesta. La probabilidad de que se produzca una intoxicación por consumo de alcohol aumenta en función de si se consume más cantidad de la sustancia y en un menor tiempo.
 - ❖ La ingesta sincrónica de alimentos. La ingesta de alimentos, especialmente de comidas con mayor cantidad de grasa, reducen las probabilidades de que se produzca la intoxicación por el consumo de alcohol.
 - ❖ El consumo de alcohol junto con el de medicamentos como tranquilizantes, relajantes o calmantes, agudizan los efectos sedantes del alcohol.
 - ❖ El consumo de cannabis junto con alcohol incrementa los efectos sedantes de ambas sustancias.

El consumo de alcohol se considera una de las conductas que frecuentemente aparece entre los adolescentes (AEP, 2014; Chidava, 2017). Estas conductas por lo general están asociadas a los riesgos y problemas como consecuencias de esta, como, por ejemplo, accidentes de tráfico, falta de protección en las relaciones sexuales, conductas violentas, dificultades en el rendimiento académicas, entre otras (Pascual y Guardia, 2012).

Además, el consumo frecuente de alcohol ocasiona daños a nivel cerebral y alteraciones en la conducta y en la memoria, pudiendo llegar a ocasionar trastornos del aprendizaje (OMS, 2021). El adolescente presenta antes los signos y síntomas de la embriaguez que los adultos y el riesgo de sufrir alteraciones a nivel cerebral es, por lo tanto, mayor (Sánchez-Ventura, 2016). Debe destacarse que los adolescentes presentan una menor sensibilidad a los efectos sedantes y a los trastornos motores consecuencia del consumo de alcohol, lo que limita su percepción de riesgo ante el mismo y puede dar lugar a más síntomas de excitación y menos de sedación en caso de embriaguez (AEP, 2016; Martínez y Mintegi, 2020).



4.2 Factores de riesgo y de protección para el inicio del consumo de alcohol.

Actualmente el abuso del alcohol constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial, pues es una sustancia que afecta a las personas a nivel biológico, psicológico y social (Martínez y Mintegi, 2020).

Los factores de riesgo se definen como aquellas variables que pueden facilitar o predisponer a que se inicie o se mantenga la conducta de consumo (Rubio, 2016). Por tanto, estos factores de riesgo son aquellas circunstancias o situaciones que tienen una naturaleza biológica, psicológica o social y que pueden facilitar que aparezca un problema (Bugallo et al., 2016). Por el contrario, los factores de protección constituyen todas esas variables relacionadas con el desarrollo adecuado del individuo, fomentando estilos de vida saludables y que sirven como soportes o moderadores de los factores de riesgo (Alcedo et al., 2014; Rubio 2016).

Es fundamental recordar que cada factor de riesgo tiene la capacidad de influir en la respuesta individual hacia la conducta de consumo, pero por lo general estos factores no determinan que las personas elijan el consumo o no consumo. Normalmente estos factores se interrelacionan entre sí, aumentando la probabilidad de consumo de alcohol, situación que limita poder encontrar el origen específico de la conducta (López y Rodríguez-Arias, 2010). A continuación, se muestran algunos factores de riesgo en los/as jóvenes:

- ❖ **Biológicos.** Se refiere a la predisposición genética. Es decir, puede existir una vulnerabilidad genética que influye sobre la predisposición de la conducta alcohólica y el desarrollo de dependencia al alcohol, pudiendo también determinar los patrones y los resultados del consumo (Pautassi, 2013; Rodríguez et al., 2014b).
- ❖ **Personales.** Destacan entre dichos factores los relacionados con el estado de salud física y mental, el estrés, las creencias erróneas y expectativas acerca del alcohol, la búsqueda de nuevas sensaciones, personalidad antisocial o rasgos de personalidad antisocial, bajo nivel satisfacción personal, el aislamiento, actitud apática, ausencia de valores, e inseguridad (Palacios, 2015; Pérez et al., 2016).
- ❖ **Familiares.** Los entornos familiares disfuncionales, donde prevalece el maltrato o la paternidad reactiva, los problemas familiares, los padres consumidores o con actitud positiva hacia el consumo, la carencia o exceso de disciplina y límites, la falta afecto



y apego, frustración familiar, inadecuada relación con los hermanos, crianza sin estrategias efectivas, poca responsabilidades dentro de la familia y valores familiares desestructurados, falta de compromiso en la educación de los hijos, inadecuada comunicación entre los miembros de la familia (Biolatto, 2018; Florenzano et al., 2016; Lima et al., 2018; Pérez et al., 2016).

- ❖ **Psicológicos:** Desde el punto de vista psicológico la baja autoestima, los procesos de ansiedad, depresivos, problemas de comportamiento, poco autocontrol, disminución de las habilidades sociales y emocionales, estilos de afrontamiento inefectivos, dependencia emocional, inseguridad, necesidad de autoafirmación, poca satisfacción o capacidad de divertirse (Cornellá et al., 2020; Christiansen, 2019; Mestre et al., 2012; Pérez et al., 2016).
- ❖ **Escolares.** En el entorno escolar se destacan los comportamiento inapropiados, la manifestación de timidez o agresividad en clase, bajo rendimiento académico, fracaso escolar, interés de pertenecer a grupos de compañeros con conductas disruptivas, abandono temprano de la escuela, dificultada para comunicarse y de cordialidad entre los profesores y estudiantes, aislamiento del grupo, acceso de alcohol en la escuela, y la promoción del individualismo y la competitividad (Florenzano et al., 2016; Pascual y Guardia, 2012; Rubio, 2016).
- ❖ **Ambientales/sociales.** Los factores relacionados con el ambiente o sociales se refiere a las normas o leyes sociales que favorecen el consumo de alcohol. Existe una variedad de factores de riesgo asociados al consumo de alcohol en la etapa de la adolescencia como el fácil acceso a las bebidas alcohólicas, o factores contextuales como la pobreza, la publicidad que arrojan los medios de comunicación e información, la delincuencia y marginalidad entre otros (Biolatto, 2018; Guevara y Urchaga, 2018; Lima et al., 2018; Morales et al., 2013; Pascual y Guardia, 2012). Además, dentro de los principales factores sociales destacan la necesidad de los adolescentes de pertenecer a su grupo de iguales, el miedo a ser rechazado, a la presión de grupo y a la necesidad de aceptación del grupo. Si la conducta alcohólica está normalizada en ese grupo, esta será uno de los requisitos para pertenecer al él, considerando que el alcohol es parte de su ocio (Bugallo et al., 2016). Olmos (2012) también destaca la normalización de la



ingesta de alcohol a nivel general en la sociedad actual como factor de riesgo para el consumo de alcohol en la adolescencia.

Por otro lado, están los factores de protección, que son una especie de amortiguadores, ya que atenúan el impacto de los factores de riesgo. Debe destacarse que estos factores no siempre son lo opuesto a los riesgos, pues su efecto también varía en su trayectoria de desarrollo (López y Rodríguez- Arias, 2010). Al igual que los factores de riesgo los factores de protección tienen criterios de clasificación, los cuales pueden ser individuales, familiares, psicológicos, escolares y ambientales/sociales (Mosqueda y Carvalho, 2011; Randolph et al., 2010; Rodríguez, 2012).

- ❖ Factores Personales. En los factores personales destaca el adecuado desarrollo y presencia de madurez, la actitud positiva, tener un proyecto de vida, una adecuada aptitud ante la sociedad, habilidad ante la resolución de problemas, motivación al logro, habilidades cognitivas, tener autonomía, independencia y una planificación del tiempo de ocio (Ávila y Pilco, 2016).
- ❖ Familiares. En lo que respecta al clima familiar se pueden describir el ambiente cálido, la adecuada relaciones con los padres y hermanos, la confianza asertiva y confianza para expresar sentimientos y opiniones, la unión familiar estable, los límites claros y lógicos, el apoyo y seguimiento en lo académico, gestión adecuada del estrés, el tiempo de calidad en familia, las expectativas claras y concretas, la promoción de hábitos saludables, compartir intereses y tiempo libre (Biolatto, 2018; Florenzano et al., 2016; Lima et al., 2018; Pérez et al., 2016).
- ❖ Psicológicos. Destacan los niveles de autoestima, autocontrol, empatía, asertividad, la capacidad de controlar la frustración y de aplazar la satisfacción (Cornellá et al., 2020; Christiansen, 2019; Mestre et al., 2012; Pérez et al., 2016).
- ❖ Escolares. Dentro de los factores escolares se acentúa la perseverancia en los estudios, el apoyo en las relaciones sociales, una adecuada comunicación profesor-estudiante, el establecimiento de lazos afectivos y cordiales, las adecuadas relaciones interpersonales, reciprocidad entre la casa y la escuela, la promoción de actividades extracurriculares y deportivas, las habilidades en el trabajo de equipo y de la creatividad (Florenzano et al., 2016; Pascual y Guardia, 2012; Rubio, 2016).



- ❖ Ambientales/sociales. En los factores ambientales- sociales la habilidad para participar en las comunicaciones interpersonales, el apoyo social de los compañeros, la relación con diversos grupos que tienen actitudes positivas y proactivas, la promoción de actividades de ocio y tiempo libre, las leyes y normas desfavorables para el consumo de alcohol, y los ambientes que fomentan la convivencia social, son los factores más destacados (Biolatto, 2018; Guevara y Urchaga, 2018; Lima et al., 2018; Morales et al., 2013; Pascual y Guardia, 2012).

Según Lerma et al., (2015) se han hecho numerosas investigaciones a partir de la hipótesis de que el consumo de sustancias y las consecuencias asociadas son un compendio de circunstancias que ocurren de manera relacional, es decir, que una depende de la presencia o ausencia de la otra. Sin embargo, se ha comprobado que los factores de riesgo aumentan la probabilidad de que aparezca el problema, pero no es un condicionante de su aparición. Entre las más resaltante destaca: la comunidad y el entorno del barrio, las condiciones y el rendimiento académico, el entorno familiar y, en particular, las actitudes de los padres y sus comportamientos expresan los autores. Se infiere que cada menor/adolescente posee una “red de influencia” singular constituido por un conjunto de elementos de riesgo externos e internos y un sistema de protección que son relacionales con el uso/abuso que los jóvenes hacen del alcohol (Arbex, 2013). En el ámbito de la salud, los factores de protección hacen referencia a las características personales, familiares, y sociales que promueven el desarrollo humano, el mantenimiento de la salud; y que pueden revertir los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad (Páramo, 2011).

A modo de síntesis, los factores de riesgo incrementan la probabilidad de que aparezca el abuso del alcohol de varias maneras. Mientras exista mayor riesgo a los que está expuesto un niño, adolescente o persona, mayor es la probabilidad de que abuse del alcohol. Algunos de los factores de riesgo pueden ser más influyentes que otros durante ciertas etapas del desarrollo evolutivo, como la presión de los grupos durante los años de la adolescencia (Lucas, 2014; Rodríguez et al., 2014a); al igual que algunos factores de protección, como el apego seguro y vínculos fortalecidos entre padres e hijos, los cuales pueden llegar a tener un impacto con alto nivel en la reducción de los riesgos durante los primeros años de la niñez y adolescencia (Cornellá et al., 2020). Una meta relevante de la prevención es cambiar el equilibrio entre los



factores de riesgo y los factores de protección de forma que los factores de protección excedan a los de riesgo (NIDA, 2020).

4.3 Morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de alcohol.

El ser humano se ve afectado por el alcohol de una manera integral y sus consecuencias pueden ser graves (OMS, 2018a). Algunos resultados de investigaciones en adolescentes muestran daño neuronal secundario por consumo de alcohol en edades muy tempranas, donde también existe la presencia de alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje (OMS, 2018a). Por otro lado, desde el punto de vista neuroanatómico hay evidencias de que el alcohol puede alterar la estructura y el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) ocasionando deterioro neurológico y psicológico. Este daño va a depender de la cantidad de sustancia alcohólica consumida, los antecedentes y el patrón de consumo, además de la combinación con otras sustancias tóxicas (Ferrett et al., 2010; García et al., 2008; Squeglia et al., 2009).

Anualmente 3 millones de personas en el mundo mueren debido al consumo de alcohol, lo que representa un 5,3 % de todos los fallecimientos. Además, el consumo de alcohol es causante de más de 200 patologías, lo que, junto a los accidentes y a las lesiones producidas por su consumo, representa el 51% de la morbilidad mundial, teniendo en cuenta que porcentaje se calcula tomando en cuenta la esperanza de vida y la discapacidad (OMS, 2018a).

Asimismo, en la población de jóvenes, el alcohol es el causante de defunción y discapacidad en edades tempranas, aproximadamente entre los 20 a los 39 años, equivalente a un 13,5% de las defunciones. Además de las consecuencias a nivel sanitario, el consumo nocivo de alcohol genera pérdidas sociales y económicas de gran relevancia para las personas y también para la sociedad en general (OMS, 2018a).

En lo que respecta a la mortalidad y la morbilidad, así como a los niveles y hábitos de consumo de alcohol, existen diferencias entre hombres y mujeres. Según los resultados obtenidos en la encuesta EDADES (2020), las personas que consumen de forma regular en su mayoría son hombres (uno de cada dos hombres), a diferencia de las mujeres que es menor el consumo de alcohol (una de cada cuatro mujeres). Esto se ve reflejado también a nivel de datos



de mortalidad, ya que el porcentaje de defunciones debido al consumo de alcohol entre los hombres es del 7,7% de todas las defunciones, mientras que supone el 2,6% entre las mujeres, (OMS, 2018a).

4.4 Trastorno por consumo del alcohol.

El trastorno por consumo de alcohol (TCA) El TCA es un trastorno adictivo relacionado con el consumo de alcohol que se caracteriza por la falta de control ante el consumo de la sustancia, y la frecuencia de consumo a pesar de las consecuencias negativas que genera en la persona que lo sufre (Bobes et al., 2013; Sociodrogalcohol, 2020). Está considerado un trastorno complejo el cual se origina por múltiples factores biológicos, psicológicos y ambientales-sociales (APA, 2014; Marín et al., 2019).

Dentro de los cuadros clínicos con más frecuencia que aparecen junto al TCA son la intoxicación etílica y el síndrome de abstinencia, donde en este último las complicaciones más comunes son las convulsiones y el llamado delirium tremens (Bobes et al., 2011; Sociodrogalcohol, 2020). Por otro lado; el TCA se asocia a importantes complicaciones médicas y psiquiátricas (Marín et al., 2019). La intoxicación etílica según el glosario de términos de la OMS (1994) genera alteración de los estados de la conciencia, del funcionamiento vital del organismo y del comportamiento, producido por una ingesta excesiva de alcohol, ya sea de manera intencional o accidental. El síndrome de abstinencia, según el Diccionario Médico de Clínica Universidad de Navarra ([DMCUN], 2020), es una serie de síntomas tanto físicos como psíquicos, que se originan en las personas que tienen el hábito de consumo de una droga en específico, cuando se interrumpe la ingesta o su acción. Dichos síntomas, son específicos y característicos de cada tipo de droga y su aparición denota/con frecuencia, aunque no siempre.

El delirium tremens aparecen signos y síntomas como: taquicardia, dilatación de las pupilas, tensión arterial elevada, sudoración excesiva, escalofríos, náuseas o vómitos, insomnio y desequilibrio en la conducta, como por ejemplo agresividad, impulsividad, etc. Estos síntomas aparecen acompañados de delirio, el cual es un estado psicótico agudo que se manifiesta durante la fase de abstinencia del alcohol, presentando confusión y desorientación, ideas paranoides, alucinaciones (visuales y táctiles en lo general y con menor frecuencia



auditivas, gustativas y vestibulares), ilusiones y delirios. Este fenómeno suele aparecer a las 48 horas de la interrupción del consumo del alcohol, aunque en algunos casos puede ocurrir pasadas unas semanas (OMS, 1994).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), señala que el TCA causa deterioro fisiológico, psicológico y social a quienes lo sufren y a las personas de su entorno que también se ven afectadas (APA, 2013). Por otro lado, incorpora el TCA dentro de los trastornos relacionados por sustancias, junto con diez clases diferentes de drogas. Asimismo, dentro de la clasificación y en uno de sus capítulos mencionan a los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, donde está incluido el Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA). En el Manual los trastornos relacionados por consumo de sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. Dentro de la categoría de inducidos por sustancias están la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos (APA, 2013).

4.4.1 Etiología del Trastorno por consumo de alcohol.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol tienen múltiples causas, y los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos y sociales tienen una actuación importante sobre el trastorno (APA, 2021; Pautassi, 2013). De hecho, no todas las personas presentan las mismas consecuencias y estas pueden ser muy variadas. Para algunas personas que tienen consumo nocivo del alcohol, los rasgos psicológicos como la impulsividad, la autoestima disminuida y una necesidad de aprobación provocan que el consumo de alcohol se incremente o usen la sustancia de manera desproporcionada. Mientras que otras personas usan la sustancia para aliviar síntomas ocasionados por problemas emocionales (APA, 2021).

Los factores sociales y del entorno, como la presión de grupos y la accesibilidad del alcohol, pueden jugar papeles importantes para que aparezca el consumo nocivo (Rodríguez et al., 2014a). La falta de los recursos económicos, la pobreza extrema y el abuso físico o sexual aumentan las probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol (APA, 2021; Morales et al., 2013). Las evidencias científicas sobre el uso nocivo del alcohol, ha demostrado que la



conducta de búsqueda de alcohol es un denominador común en todas las adicciones, y ya el síndrome de supresión y los fenómenos de tolerancia no son los únicos reconocidos como factores principales para describir el TCA (Navarrete y Secín, 2018).

Otros factores de gran relevancia desde lo individual, es la presencia de antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), algunas características de la personalidad (como la impulsividad) o la presencia de trastornos de ansiedad como la fobia social o trastornos del estado de ánimo pueden favorecerlo. En otro sentido, los factores ambientales, tanto familiares como sociales, también son importantes. De la misma manera, durante la infancia convivir en ambientes estresantes, la presión social ante el consumo o los reforzadores del consumo en los grupos de amistades, son determinantes en el consumo del alcohol (Álvarez 2017; Rubio, 2016).

Los factores genéticos hacen que algunas personas tengan especialmente vulnerabilidad a la dependencia alcohólica (APA 2021). Lo que quiere decir que existe un componente genético en su etiología, aunque los antecedentes familiares de problemas relacionados por consumo de sustancias alcohólicas no son determinantes de que los hijos de las personas que tienen estos problemas puedan desarrollar los mismos problemas, del mismo modo que la ausencia de problemas por el consumo de alcohol en la familia no necesariamente protege a los hijos de desarrollar un TCA (Marín et al., 2019; Valencia et al., 2014). La APA (2021) menciona que una vez que las personas empiezan a consumir en exceso, el problema puede prologarse. Consumir bebidas alcohólicas de manera excesiva puede causar cambios fisiológicos que generan en la persona la necesidad de consumir más para evitar los síntomas adversos o malestar (DSM-5). Las personas que tienen dependencia alcohólica pueden consumir tanto para reducir o para evitar el síndrome de abstinencia (APA, 2021).

4.4.2 Diagnóstico.

Según la RAE (2021d) el diagnóstico se define como la acción y el efecto diagnosticar, pero también es la determinación del origen de una enfermedad por medio de la observación de sus signos y síntomas. En esta línea de ideas, y para establecer el diagnóstico del TCA los criterios diagnósticos que establece el DSM-5, incluye el deterioro o el malestar clínicamente



significativo como se manifiesta por la presencia de ≥ 2 de los siguientes síntomas durante un período de 12 meses.

1. Ingerir alcohol en grandes cantidades o por más tiempo de lo previsto.
2. Sentir la necesidad de consumir o intentar sin éxito disminuir el consumo de alcohol.
3. Usar de manera prolongada los tiempos para el consumo de la bebida alcohólica, embriagarse o recuperarse del alcohol.
4. Necesidad de consumir la sustancia.
5. Impedimento en poder cumplir las actividades laborales, el hogar o la escuela en repetidas ocasiones a causa del consumo de alcohol.
6. Continuar con el consumo pese a las consecuencias sociales o interpersonales recurrentes a causa de este.
7. Renunciar a actividades sociales, laborales o recreativas importantes a causa del alcohol.
8. Uso de la sustancia en situaciones físicamente peligrosas.
9. El uso continuo de la bebida a pesar de tener un trastorno físico (p. ej., enfermedad hepática) o mental (p. ej., depresión) causada o empeorada por la sustancia.
10. Presentar tolerancia al alcohol.
11. Síntomas de abstinencia de alcohol o consumo de alcohol debido a la abstinencia.

Además, el DSM-5 establece distintos niveles de severidad en función del número de criterios que cumple la persona (desorden leve entre 2-3, moderado 4-5 y severo >6). Una vez que se ha identificado el diagnóstico, la persona debe ser tratada por un equipo de especialistas, donde se planifiquen acciones para lograr la desintoxicación y posterior rehabilitación de la persona y el de su grupo familiar (OMS, 2018b).

Por otro lado, Marín et al. (2019) menciona que es necesario realizar un cribado, por la razón de que algunos problemas asociados con el alcohol se diagnostican cuando las personas acceden al tratamiento médico por el consumo excesivo o por enfermedades relacionadas claramente con el alcohol (p. ej., delirium tremens, cirrosis). En cambio, muchas de estas personas siguen sin diagnóstico durante un largo periodo de tiempo. En particular, las mujeres con trastorno por ingesta de alcohol tienen más probabilidades de consumir a solas y menos probabilidades de exteriorizar algunos de los signos sociales.



Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades ([CIE-11], 2018) tiene un apartado donde se recoge aquellos trastornos que están relacionados con las adicciones llamado: “trastornos debido al uso de sustancias o conductas adictivas”, en las que se recoge el alcohol y otras sustancias tóxicas (OMS, 2018b). En dicho manual se menciona, que la persona que padece el trastorno debido al consumo de alcohol puede presentar los siguientes problemas:

- ❖ Problemas relacionados con su ingesta de alcohol como: depresión, nerviosismo, insomnio, entre otros.
- ❖ Complicaciones físicas del consumo de alcohol como: úlceras, gastritis, enfermedades del hígado.
- ❖ Accidentes o lesiones producto del consumo de bebidas alcohólicas.
- ❖ Fallos en la memoria o distracción.

Por otro lado, puede haber consecuencias asociadas a (CIE-11):

- ❖ Problemas legales o sociales, relacionados al consumo de alcohol, como: problemas de pareja y a nivel familia, violencia doméstica, ausentismo laboral.
- ❖ Signos y síntomas de abstinencia de alcohol como: sudoración, temblores, náuseas, alucinaciones (por lo general auditivas y táctiles).
- ❖ Negación ante las consecuencias de los problemas que le ocasiona la ingesta de alcohol o posibilidad de falta de consciencia.

Síntomas necesarios para el diagnóstico según CIE-11:

- a) Consumo peligroso de alcohol. Consumidores cuya ingesta representa un riesgo considerable para su salud y para la de los demás.
- b) La cantidad de ingesta será determinada por las normas locales, por ejemplo, más de 21 bebidas estándar por semana para los hombres, más de 14 bebidas estándar por semana para las mujeres (el contenido de alcohol, de las bebidas alcohólicas varían).
- c) Consumo perjudicial de alcohol. Consumidores para los que no hay evidencia clara de que el consumo de alcohol sea responsable de (o contribuya sustancialmente a) los daños físicos, sociales o psicológicos, incluyendo las alteraciones en el juicio o el comportamiento disfuncional.
- d) Presencia del abandono progresivo de otras actividades que pueden o no ser placenteras.



Diagnostico diferencial (CIE-11):

1. Considerar la posibilidad de que otros trastornos psiquiátricos contribuyan a los problemas con el alcohol, tales como ansiedad o depresión.
2. Por otro lado, pueden sugerir después de un período de abstinencia.
3. El trastorno bipolar se asocia con el alcohol y el consumo de drogas.

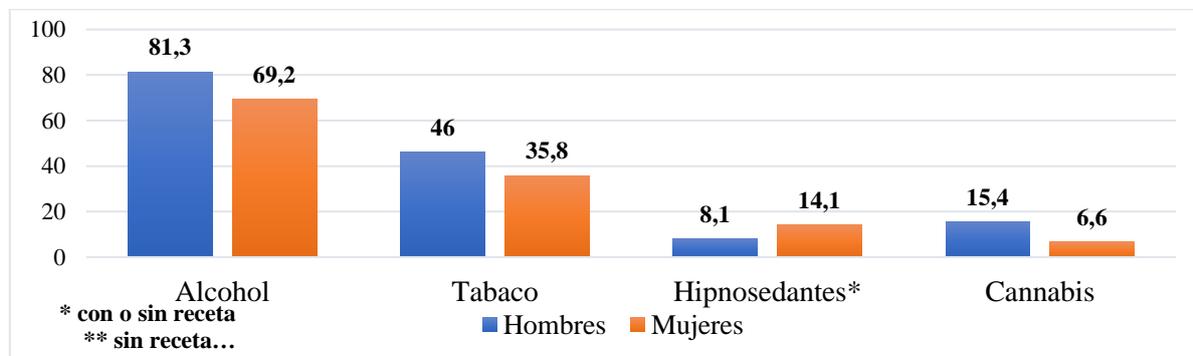
Muchos profesionales como Marín et al. (2019) recomiendan una detección sistemática de la sustancia alcohólica durante las consultas habituales de atención de la salud. Los autores, también refiere que una intervención escalonada y niveles de detección sistemática para las consecuencias de alcohol, puede ayudar a detectar a pacientes que requieren una entrevista más pormenorizada (Marín et al., 2019; OMS 2018b).

4.5 Prevalencia y situación actual.

Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones ([OEDA], 2020) en 2017, el alcohol es la sustancia psicoactiva con la mayor prevalencia de consumo en la población española de jóvenes de 15-64 años, en los últimos 12 meses. Por otro lado, se encuentra otras drogas como el tabaco y los hipnosedantes, seguidamente del cannabis y la cocaína (Figura 1).

Figura 1

Prevalencia de consumo (%) por sexo (últimos 12 meses / población 15-64 años).



Nota: El consumo de todas las sustancias excepto los hipnosedantes y los analgésicos opioides está más extendido entre los hombres. Fuente: OEDA (2020).

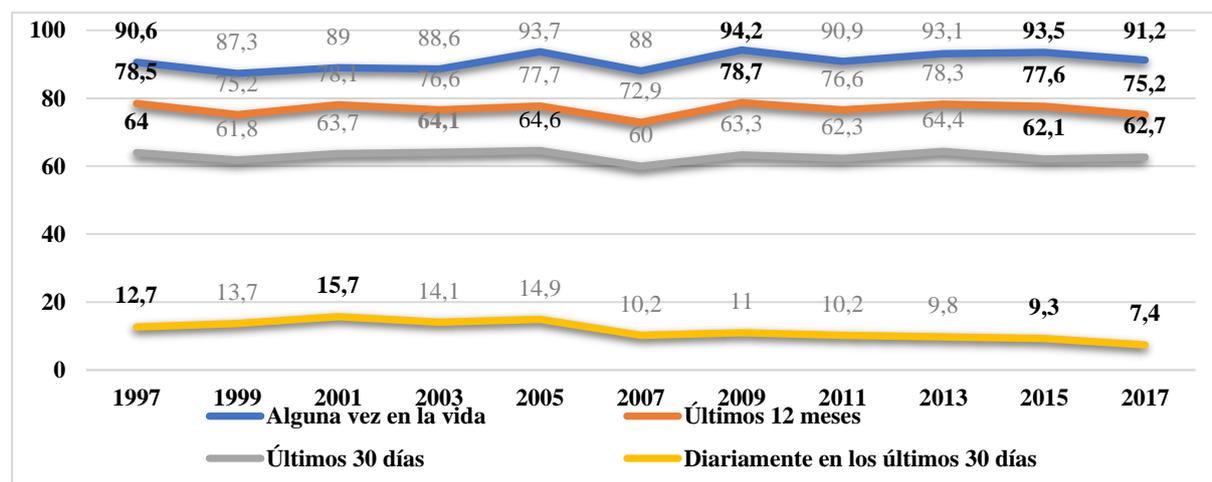


Las prevalencias de consumo de alcohol en el último año son mayores en el grupo de 15 a 34 años, a diferencia de los hipnosedantes y la cocaína base, donde las mayores prevalencias se reflejan en los grupos de edad más avanzada. En 2017, los datos ratifican un mayor consumo de alcohol entre los hombres, según la tabla anterior.

Referente a la edad de inicio en el consumo se mantiene estable. Dentro de las sustancias que los jóvenes comienzan a consumir a temprana edad, se encuentra el alcohol, el tabaco y posteriormente el consumo de cannabis.

Figura 2

Tendencias en el consumo de alcohol (ESTUDES, 2019).



Nota: Fuente: OEDA (2020).

De acuerdo con la Encuesta Sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España ([ESTUDES], 2019), el alcohol continúa siendo la sustancia psicoactiva que más se consume. El 75,2% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, mientras que el 62,7% en los últimos 30 días y finalmente el 7,4% diariamente en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y unos niveles altos desde la década de los noventa. Destaca en las medidas de tendencia central, tendencia descendente de los consumidores diarios desde 2001 y que alcanza en 2017 el valor mínimo de toda la serie histórica, ver Figura 2 en la página anterior.

Mientras que el consumo por tipo de bebida entre los consumidores de los últimos 7 días varía según el tipo de bebida alcohólica consumida, ver Tabla 1.



Tabla 1

Consumo por tipo de bebidas.

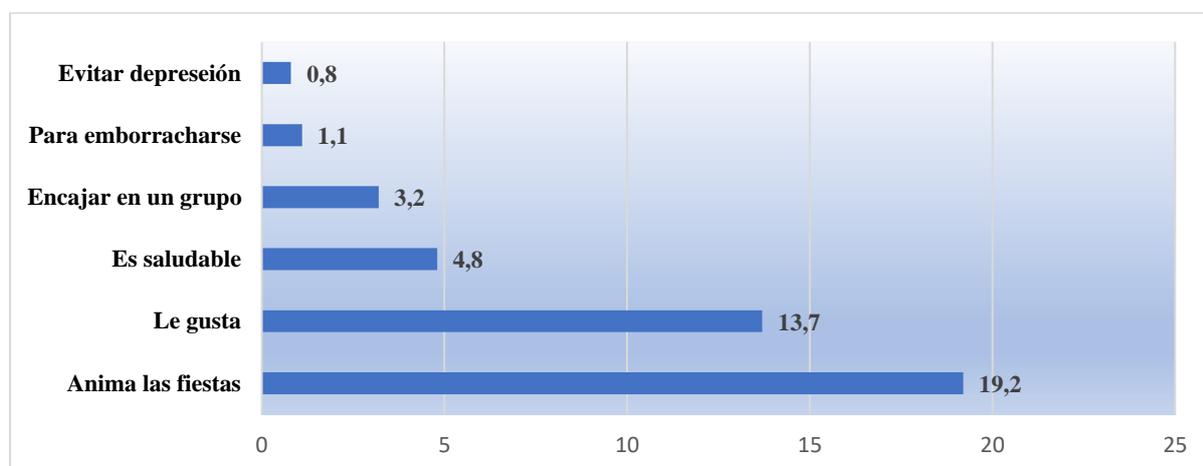
ENTRE LOS CONSUMIDORES DE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS		
Tipo de licor	Días laborables	Fin de semana
Licores de frutas	4,6 %	3,7 %
Licores fuertes solos	7,7 %	5,0 %
Vermú	7,1 %	5,4 %
Combinados	22,7 %	28,8 %
Vino	49,4 %	39,8 %
Cerveza	78,8 %	75,6 %

Nota: Fuente: OEDA (2020).

De la misma manera, según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [(OEDA), 2020] el consumo de alcohol se produce por algunas razones compartidas por los consumidores (ver Figura 3). Destaca, por ejemplo, el consumo por la creencia de que anima las fiestas.

Figura 3

Razones de consumo (últimos 12 meses).



Nota: Fuente: OEDA (2020)

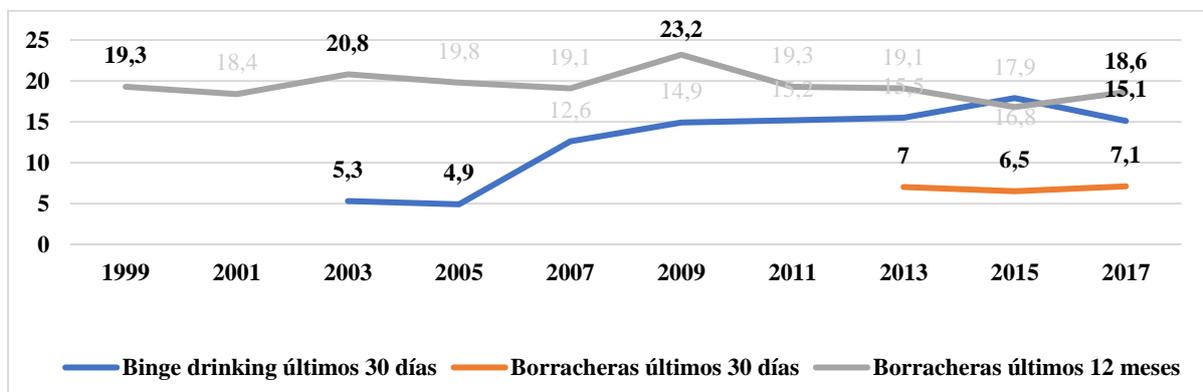
Por otro lado, el 18,6% de los españoles de 15 a 64 años ha tenido alguna borrachera en el último año. En lo que respecta al consumo de atracón de alcohol (binge drinking)



mantiene en general una tendencia ascendente desde 2009. Así, en 2017, el 15,1% los españoles han consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días. Tanto las borracheras como los atracones de alcohol se encuentran más aumentados en el grupo masculino y se concentran entre los 15 y los 34 años, ver Figura 4.

Figura 4

Prevalencia de consumos intensivos de alcohol (España, 2017-2018).

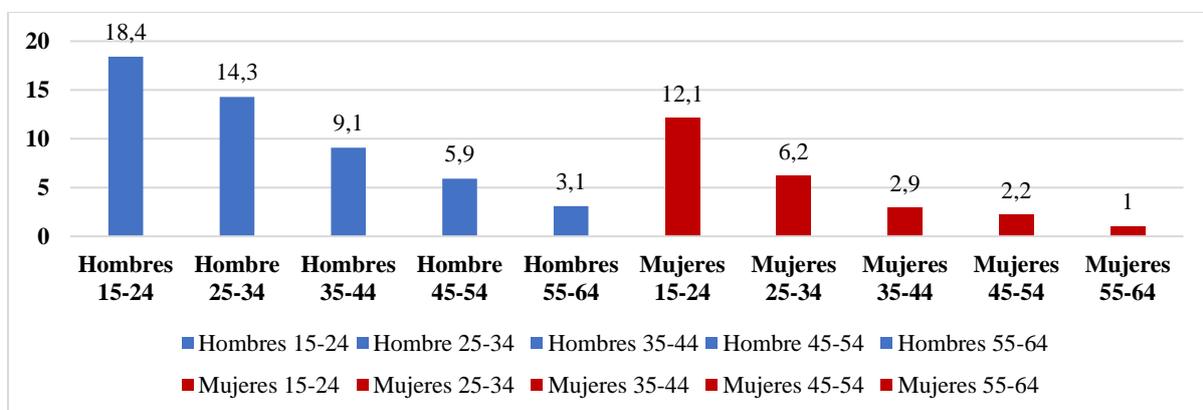


Nota: Fuente: OEDA (2020)

El consumo en atracón de alcohol (binge drinking), así como las borracheras se encuentran más aumentados en el grupo de los hombres y se concentran entre los 15 y los 34 años, ver figura 5.

Figura 5

Prevalencia de borracheras (España, 2017-2018).

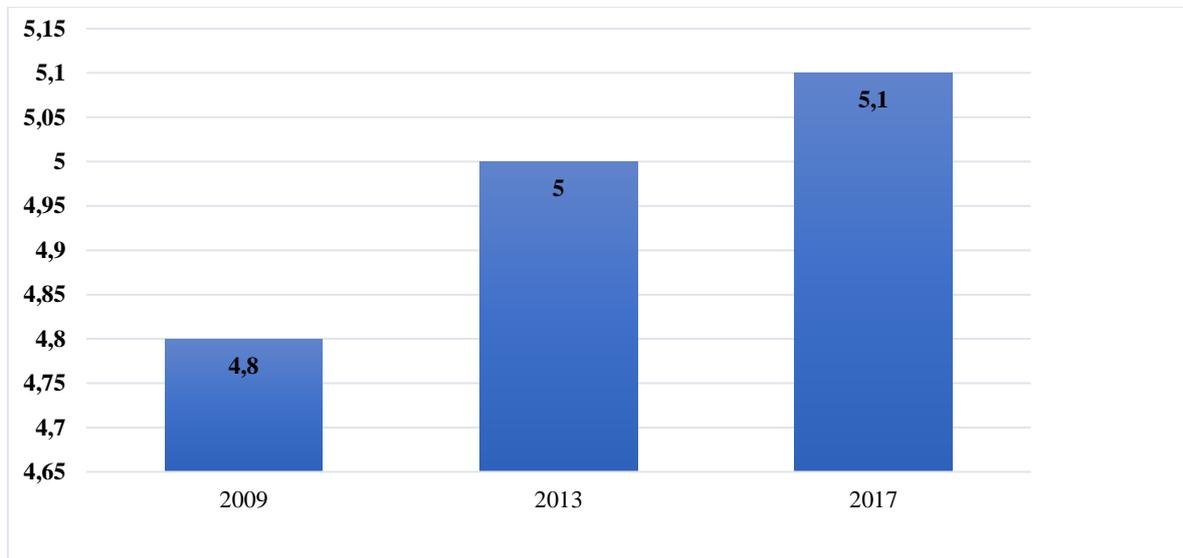


Nota: Fuente: OEDA (2020).



Figura 6

Consumo de riesgo de alcohol en España (2009-2017) (puntuación en el AUDIT ≥ 8).



Nota: Fuente: OEDA (2020).

La encuesta ESTUDES (2019) también muestra los datos de consumo de riesgo según las puntuaciones obtenidas en el cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), siendo el consumo de riesgo de alcohol una puntuación igual o mayor de 8. El porcentaje calculado entre la tabla de población de 15 a 64 años, en el 2009 se alcanzó un valor de 4,8 mientras que en el 2013 fue de 5,0 y en el 2017 de 5,1, lo que nos indica que la conducta de riesgo ha tenido ascenso desde el 2009 al 2017. Como se puede ver la prevalencia de borracheras ha tenido un ascenso considerable en los últimos años, ver Figura 6 página anterior.

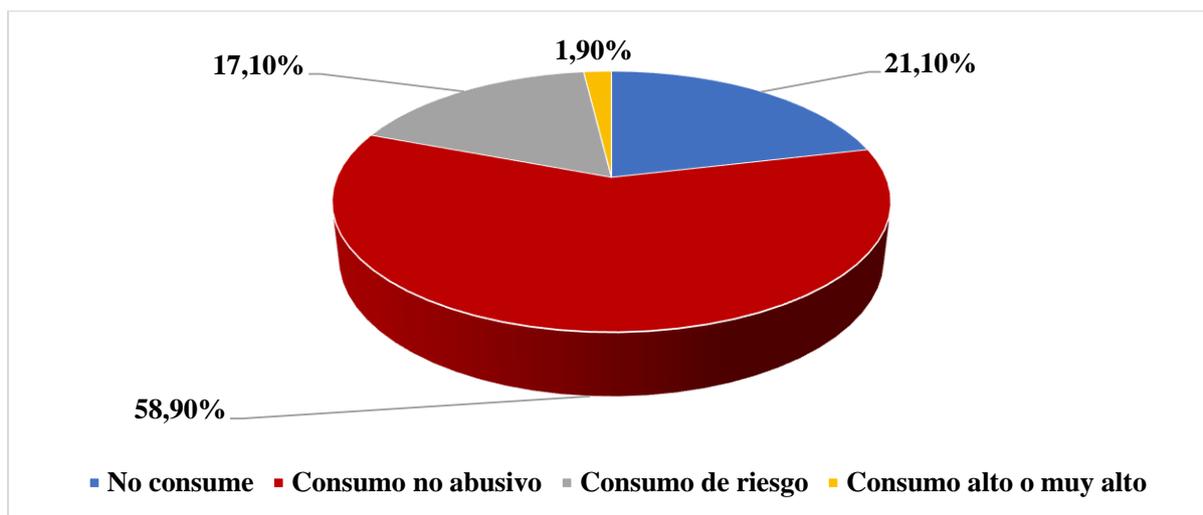
En cuanto al riesgo percibido, se ha evidenciado el aumento del consumo de bebidas alcohólicas, reflejando por otro lado que las mujeres tienen mayor percepción de riesgo que los hombres. El alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa: menos de la mitad de la población considera que consumir 5-6 copas/cañas el fin de semana es la causa de múltiples problemas.

Por tanto, se puede decir que el alcohol es la droga más consumida en España y de la que se tiene menos percepción de riesgo sobre la salud (Zarco, 2016), ver Figura 7.



Figura 7

Percepción y conocimiento del alcohol en población española (2016).



Nota: Fuente: Lundbeck (2016). Base hombres: 2.146; base mujeres: 2104. Base general: 4.250.

Los españoles comienzan con el consumo de alcohol a edades tempranas, y el 17,1% presenta un consumo de alcohol de riesgo (Lundbeck, 2016). Sin embargo, sólo el 1,9 % de la población percibe su consumo como alto o muy alto, mientras que el 58,9 % lo considera bajo o muy bajo, generando una discrepancia entre el consumo real de alcohol y la percepción que se tiene sobre el propio consumo, ver Figura 7 en la página anterior.

Según Lundbeck (2016) cerca de uno de cada cuatro españoles (23,5%) consume alcohol más de una vez a la semana. Las mujeres son las que menos consumo tienen mientras que el consumo de riesgo es más frecuente entre los hombres. Por edades, la población de edad más avanzada son los que afirman consumir este tipo de bebidas con más frecuencia. Los hombres presentan un 18,8 % de consumo de riesgo (abuso de alcohol) lo que señala que la conducta es más frecuente entre los hombres. Por su parte, las mujeres el porcentaje de no consumo de alcohol es notablemente superior entre ellas, con un 26,6 %.

A pesar de los graves problemas que se generan del TCA, casi el 31% de los españoles considera aceptable una cantidad diaria de bebidas alcohólicas que ya es de riesgo, situándola



entre 5 y 6 unidades de bebida estándar al día o más de 6. Para tener una idea más clara es preciso mencionar que la OMS establece el consumo de riesgo en 4-6 unidades de bebida estándar en el caso de los hombres y 2-4 para las mujeres, (Lundbeck, 2016).

4.6 Influencia del alcohol en las relaciones familiares.

En los hogares en los que hay un familiar (padre, madre) con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (TCA) pueden tener un ambiente totalmente distinto al de las familias que tienen familiares sin TCA (Lacopetti et al., 2021). Esta suposición se puede formular teniendo en cuenta que las familias que tienen un familiar ya sea padre o madre con diagnóstico de trastornos por consumo de alcohol mostraron un riesgo de paternidad reactiva, así como de relaciones negativas y una inadecuada comunicación entre los padres e hijos (Haverfiel & Theiss, 2017). Una relación en donde los padres muestren cariño y apoyo a sus hijos puede amortiguar el impacto negativo que tiene el hecho de vivir con el padre o madre con TCA (Park & Schepp, 2015).

El clima familiar tiene una gran influencia en el desarrollo cognitivo, emocional, conductual, social y físico de los niños y adolescentes, los cuales pueden verse condicionados puntualmente por el estado de salud de los padres (Lacopetti et al., 2021). Los hijos adquieren experiencia y madurez a través de las relaciones con los padres y cuidadores, por esa razón es importante un clima familiar adecuado (Shonkoff, 2010). Por ejemplo, un entorno familiar desestructurado puede reducir la capacidad de los padres para supervisar, cuidar y responder de manera efectiva a las necesidades primordiales de sus hijos y, a su vez, puede minimizar el sentido de los hijos del mundo como digno de confianza y justo, aumentando la probabilidad de riesgo ante las competencias sociales (Turner et al., 2012).

Es importante tener en cuenta que un ambiente familiar conflictivo y con pocos lazos afectivos, resulta un factor de riesgo no solo para la persona con TCA, sino para el resto de los integrantes de la familia, los cuales también se ven afectados por la falta de calidad en sus relaciones afectivas y del impacto emocional que supone el trastorno; quienes también ven mermada la calidad de sus relaciones familiares y enfrentan el impacto emocional de la problemática por parte de uno de sus integrantes (Ruíz et al., 2014). Además, se ha demostrado



que los estilos de crianza de los padres y el comportamiento de los hijos es bidireccional. Es decir, una paternidad positiva que ejercida por los padres influye en el adecuado desarrollo del hijo, tanto en lo físico, como en psicológico; por el contrario, una paternidad negativa (reactiva) puede ocasionar problemas futuros en los hijos. En este sentido, la investigación de Sánchez y Latorre (2012) indica que un ambiente familiar disfuncional o desestructurado promueve los problemas de ansiedad en los hijos, pudiendo afectar el desarrollo pleno del niño o adolescente.

Ruiz et al. (2014) refieren que la familia, al ser el grupo primario es quién recibe el impacto de los problemas de manera más directa como: ruptura de las relaciones familiares, deterioro de lazos afectivos, ambiente de hostil y dificultades de comunicación. En los hogares donde existe un miembro de la familia que presenta problemas por consumo de alcohol, pueden aparecer afectaciones psicológicas y sociales como: abandono, ansiedad, aislamiento familiar, ideas suicidas y traumas psicológicos (Zambrano et al., 2016). Este estudio indica que, el 51.85% de las familias son disfuncionales, y el 74.07 % de ellas tienen afecciones psicológicas como la ansiedad y el 55.56%, presenta aislamiento familiar.

El TCA tiene relación con las familias disfuncionales, y se ha evidenciado la ansiedad y el aislamiento familiar como las afecciones psicológicas más frecuentes (Florenzano et al., 2016). Los autores señalan, que un total de 408 encuestados en el estudio el (27,2%) tenían hijos con los que convivían. De los cuales, el 10,5% dedujo que el consumo de bebidas alcohólicas de algún integrante de la familia había causado algún a afectación negativa en los hijos. Dentro de los efectos más comunes destacan la violencia verbal con un (29,7%), presenciar violencia en el hogar con el (23,1%), ausencia de supervisión con un (18,7%), falta de recursos económicos para satisfacer necesidades básicas con (14,3%) y por último violencia física con un (7,7%). En la mitad de los casos el (46,3%) el consumidor era el padre o la madre, el padrastro/madrastra, o la pareja de la madre/padre, en el caso de otros parientes fue de (24,4%), un hermano/a del hijo con un (4,9%) o un tutor del menor con (2,4%). Estos datos corroboran la observación clínica de que el consumo de alcohol es frecuente en los hogares y que el consumo excesivo afecta la salud tanto física como mental no solo del bebedor sino también a las personas que lo rodean (Florenzano et al., 2016). La violencia verbal y presenciar algún tipo de violencia grave dentro de las familias son frecuentes donde existe una persona



con TCA, así como los problemas económicos para poder cubrir las necesidades primordiales de sus hijos y familia explican los autores.

Además, los hijos que conviven con padres con trastornos por consumo de alcohol denotan menor satisfacción en las relaciones parentales que los hijos que conviven con padres sin TCA, lo que arroja como resultado a su vez, de que los padres con trastornos por consumo de alcohol manifiesten descontentos, insatisfacción y enojos mientras cuidan a sus hijos (Lacopetti et al., 2021). Hay evidencias consistentes, que demuestran que los hijos que conviven con padres que consumen alcohol de forma nociva, tienen más probabilidad de mostrar conductas inadecuadas. Lo cual es consecuencia de una crianza con castigos frecuentes, con muchos o pocos límites, ausencia de afecto, poca supervisión, comunicación y relaciones interpersonales inadecuadas, entre otros, (Haverfield & Theiss, 2017).

Según Tocu (2014) las personas que padecen del TCA presentan relaciones más negativas con los hijos adultos en lo que respecta al desempeño de los roles, expresiones afectivas y control. Por otro lado, mostró que las creencias que tienen los padres, las actitudes positivas hacia la crianza de los hijos y el fomento de la educación eran diferentes según el sexo de los padres y del niño. Con respecto la relación del consumo de alcohol y los problemas familiares que este ocasiona, Park & Schepp (2015) sugirieron que una relación de confianza, de sostenibilidad y con lazos afectivos arraigados con el padre sin el TCA puede amortiguar el impacto negativo de convivir con el padre antes del trastorno.

Los familiares que tienen un miembro con TCA, aprenden a funcionar con alguien que tiene una conducta totalmente nociva, tanto para él como para los demás miembros de la familia. Es decir, la familia puede desarrollar mecanismos de afrontamiento que aparecen en la convivencia con la persona con el trastorno y acostumbra a este estilo de convivencia poco a nada saludable (Pretel et al., 2014). Cuando la persona con el problema de abuso del alcohol entra a tratamiento y comienza a cambiar el rol central que tenía en el ámbito familiar, los miembros de la familia comienzan a diferenciar los estilos de convivencia positivos frente a los estilos de convivencia negativos (Fernández y Fernández, 2017). La hipótesis en vivir con un padre con trastorno por consumo de alcohol incluye la percepción negativa de un clima



familiar emocional, de las actitudes de los padres y las representaciones internas de las relaciones familiares (Lacopetti et al., 2021).

4.6.1 Los hijos de las personas con trastorno por consumo de alcohol (TCA).

La adolescencia es una etapa que está relacionada a las conductas de riesgo de consumo de alcohol y drogas (Vinet & Faúndez, 2012). Cada vez es más común para los padres el tener que enfrentarse a las adversidades asociadas al consumo de alcohol de sus descendientes adolescentes y los problemas relacionados con el desarrollo del trastorno (García et al., 2015). De manera general, se puede decir que las conductas y actitudes de los padres influyen en la aparición de los hábitos de sus hijos, pero no se conoce la magnitud de la influencia que esto puede ejercer en este periodo clave como lo es la adolescencia, en la que los padres son un importante referente y modelos a seguir, señala el autor.

Alonso et al. (2017) menciona que las familias que tienen en casa una persona que sufre el TCA, viven un ambiente de tensión continua, de estrés, sentimientos de falta de apoyo y de vacío, ausencia de comunicación, amor y confianza. Por otro lado, hay preocupación no solo por la persona que tiene el trastorno sino también por el codependiente, ya que puede reaccionar de una manera poca asertiva ante la situación, presentado impulsividad, agresividad, temor, ansiedad e inseguridades en los demás miembros de la familia, mencionan los autores. Los familiares mantienen una sensación de frustración continua, impotencia y sentimientos de desesperanza por la conducta frecuente tanto de la persona que padece el TCA como por la del codependiente, sintiendo coraje, odio, enojo y con resentimiento por el hecho de que no se genera un aprendizaje de los errores y nadie asume la culpa de estos (Musitu et al., 2015).

Tegoma y Cortaza (2016), mencionan que el consumo de alcohol es cada vez más frecuente en edades más tempranas, y al ser visto en las familias como algo normalizado, puede potenciar el hecho, de que aparezca el uso nocivo de la sustancia alcohólica. De igual forma, las conductas y actitudes de riesgo que presentan los progenitores y las familias tienen a modular la forma en el que los adolescentes perciben el consumo y en la aparición del hábito de consumo. Es por esta razón, que si tomamos en cuenta el rol tan importante que tienen los padres como modelos de conducta y de los efectos que conlleva la actitud positiva que estos tengan hacia el consumo, es preciso diseñar más estrategias preventivas que vayan dirigidas a



los hijos y a los propios responsables de la aparición de las conductas asociadas al consumo de alcohol (Hernández, et al., 2018).

Pretel et al., (2014) y la Academy of Child & Adolescent Psychiatry ([AACAP], 2015) coinciden de que los hijos de padres con TCA se ven profundamente afectados por el espectro alcohólico de alguno de sus padres, tienen una probabilidad cuatro veces mayor que otros niños de llegar a padecer el TCA. La mayoría de los hijos de las personas con TCA han estado expuestos a cierta forma de abandono o abuso. Por lo consiguiente, un niño que conviva con este tipo de problemas puede tener múltiples consecuencias:

- ❖ Culpabilidad: El hijo puede creer que tiene toda la culpa del consumo de su madre o padre y puede experimentar sentimientos de culpabilidad tan frecuentes que pueden sumergirlo en una gran tristeza.
- ❖ Ansiedad: Puede sentirse en un estado frecuente de preocupación y alerta por lo que sucede en su casa y sentir temor de lo que pueda pasar con el progenitor, que se enferme, o de que se haga daño. Por otro lado, puede sentir miedo ante las discusiones y peleas que se generan entre sus padres.
- ❖ Vergüenza: Puede sentir vergüenza por creer que lo que está pasando es algo que sólo le pasa a él y la manera como los padres afronten la situación puede transmitir al niño de que crea que existe un terrible secreto en la familia. Un niño que muestra vergüenza evita socializar por temor a sentirse avergonzado si alguien descubre lo que está sucediendo en su hogar.
- ❖ Incapacidad de establecer amistades: El hijo puede perder la confianza en su entorno y en sus amigos, debido a las veces que sus padres han traicionado su confianza. Puede que esto imposibilite las relaciones interpersonales en el colegio o en cualquier otro ámbito.
- ❖ Confusión: El hijo puede sentirse confundido ante los repetidos cambios de conducta del padre o la madre con TCA, donde por un instante muestra amabilidad y por otro lado muestra violencia y agresividad sin ninguna relación con la conducta del niño.
- ❖ Ira: El hijo puede sentir ira porque su padre o madre con el TCA no deja de consumir la sustancia. Pero también puede sentir el mismo sentimiento hacia el codependiente por no hacer nada al respecto y por no darle apoyo y protección.



- ❖ Depresión: El hijo puede sentirse en una profunda soledad, culpabilizándose y sintiendo que es incapaz de poder cambiar su situación.

Según AACAP (2015), algunos hijos de los padres que tienen el TCA optan por asumir un rol de padres en la familia y entre sus compañeros de clase o amigos. Tratan de afrontar la situación que están viviendo, teniendo éxito académico y convirtiéndose en personas con mucho autocontrol, pero sus problemas emocionales pueden aparecer en la adultez. Indiferentemente de que sus padres estén o no en programas de rehabilitación, los hijos pueden recibir el beneficio de programas educativos y de los grupos de ayuda, que se planifican para los hijos de las personas con TCA.

Por tanto, los hijos de los padres que tienen TCA son una población especialmente vulnerable, sobre todo en la adolescencia, etapa en la que se inician la mayoría de los problemas por consumo de alcohol (AACAP, 2015).

4.7 Marco legal.

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2021) la ingesta de alcohol en los adolescentes se inicia en España aproximadamente a los 13 años y está presente en los momentos de ocio y tiempo libre y en las reuniones sociales de los adolescentes. El potencial nocivo del alcohol no es reconocido por un número importante de la población, por lo tanto, es percibido como una sustancia inofensiva, a pesar de su naturaleza adictiva y su relación con los factores de riesgos de enfermedades, trastornos y mortalidad, conllevando a cargas económicas, sociales y culturales (OMS, 2018). Según el ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017/2024) debido a la aparición del “fenómeno botellón” y los cambios de hábitos en el ocio en los menos de edad, la realidad toma un camino preocupante.

La protección de la infancia y la juventud, consagrada como principio rector en el artículo 39.4 de la Constitución Española del 27 de diciembre de 1978, tiene que ser un pilar imprescindible en la creación de estrategias de prevención. Por esta razón, se debe motivar y transmitir una educación social, principalmente centrada en la infancia y adolescencia, intentado alcanzar modificaciones de hábitos proyectados en el contexto educativo, familiar,



sanitario, publicitario, de las administraciones y comunitario, incentivando a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública mediante estrategias preventivas y prestaciones de servicios imprescindibles, promoviendo la educación sanitaria, física y el deporte. Por otro lado, debe garantizar y promover el uso del tiempo libre u ocio, según se establece en el artículo 43 de Constitución Española.

De acuerdo, al artículo 48 de la carta magna, los poderes públicos han de fomentar las condiciones mínimas necesarias para la participación libre y eficaz de los jóvenes en el desarrollo político, social, económico y cultural.

Por otro lado, es importante resaltar el impacto que tiene en los adolescentes el hecho de establecer como mínima la edad de los 18 años para el consumo de bebidas alcohólicas. Todo esto asociado a la accesibilidad de adquirir dichas sustancias, la reproducción de los estímulos para su ingesta y la ineficacia en la política sancionadora muestra el requerimiento de un nuevo enfoque a la hora de intervenir esta cuestión, que por ninguna razón resulta favorable, teniendo el deber de atacar la problemática desde su origen, excediendo de los límites meramente sancionadores.

En España se dispone a garantizar una política en materia de prevención eficaz y una promoción de la salud, siendo imprescindible el compromiso social de repudiar conductas permisivas hacia el abuso del alcohol. Para poder lograr estos objetivos es necesaria una intervención de multidisciplinaria, una organización y participación de todos los responsables implicados, un enfoque pedagógico en el dominio sancionador, por medio de labores en beneficio de la ciudadanía, tareas socioeducativas, acciones preventivas, una educación a la población y educación instaurada adecuadamente desde la infancia temprana.

En el contexto internacional, enfatiza la Carta Europea sobre el Alcohol, amparado por los Estados miembros en París, en el año 1995, donde para aquel entonces se contempla a todas los niños, niñas y adolescentes que tienen derecho a desarrollarse en un ámbito seguro de los resultados negativos relacionados al consumo de bebidas alcohólicas y, en la medida de lo posible, del fomento del alcohol.

Por otro lado, en el marco de la Unión Europea es relevante citar, entre otras, las sugerencias del Consejo de 5 de junio de 2001, sobre la ingesta de bebidas alcohólicas por parte



de los jóvenes, y en especial, de niños, niñas y adolescentes, la Resolución del Consejo y de las personas representantes de los Estados miembros sobre prevención de uso de drogas, de 25 de abril de 2002, el Plan de Acción sobre jóvenes y consumo excesivo de alcohol, acogido por el Comité de Política sobre el Alcohol de la Comisión Europea.

Por lo tanto, la Ley 5/2018, de 3 de mayo, de la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la infancia y adolescencia, tiene como finalidad fomentar la política preventiva de la ingesta de alcohol por todos aquellos menores de edad, instaurando una educación para la salud dirigida a alcanzar conductas y estilos de vida saludable. El texto legal se ubica dentro de varios sectores, que afecta a distintos ámbitos de prevención, intervención y actuación, necesitando el compromiso y la colaboración de toda la comunidad. Es así que, se hace eficaz el derecho a la protección de la salud enmarcado en el artículo 43 de la Constitución Española, en el marco de las habilidades de desarrollo normativo y ejecución en materia de sanidad y salud pública que ostenta la Comunidad Autónoma de Castilla y León, y al artículo 10.9 del Estatuto de la provincia de Valladolid.

Partiendo del artículo 51 de la Constitución Española que viene a garantizar la defensa de los consumidores y usuarias por parte de los poderes públicos, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, salud y los legítimos intereses económicos de los mismos, corresponde con el artículo 8 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, el que destina como derecho básico de las personas consumidoras y usuarias la protección contra los riesgos que puedan tener consecuencias en su salud y seguridad.

Con respecto a lo contemplado en el artículo 11 de la Ley de Protección Jurídica del Menor, de 15 de enero de 1996, las administraciones públicas tienen como deber tener en cuenta las necesidades de los menores al ejercer sus competencias, especialmente en materia de control sobre productos alimentarios, consumo, vivienda, educativos, sanitarios, servicios sociales, cultura, deporte, espectáculos, medios de comunicación, transportes, ocio y tiempo libre, juego, espacios libres y nuevas tecnologías. Esencialmente, la Administración pública tendrá en consideración la adecuada regulación e inspección de aquellos espacios, centros y



servicios en los que permanezcan habitualmente menores, en lo que se refiere a “sus condiciones físico-ambientales, higiénico sanitarias, de accesibilidad y diseño universal y de recursos humanos, así como a sus proyectos educativos inclusivos, a la participación de los menores y a las demás condiciones” que garanticen el seguro de sus derechos. Actúan como principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores, la prevención y la detección precoz de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal, así como el carácter educativo de todas aquellas medidas que se adopten.

Por medio de la Ley 5/2018, de 3 de mayo, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la infancia y la adolescencia se confiere a la Administración municipal la función de velar por el cumplimiento de lo dispuesto en la misma, sin perjuicio de aquellas acciones que requieran la intervención de la Administración de la comunidad autónoma al superar el ámbito territorial o la posibilidad de actuar.

Por otro lado, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (END) la cual se basa en la consecución de una sociedad más saludable y el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones como órgano colaborador de estos actores en el diseño, implementación y evaluación de políticas sobre adicciones, señala que es un proyecto a largo plazo lleno de retos en el cual se supone crear una “arquitectura de la excelencia” en la eficiencia y calidad de la dirección de las gestiones en materia de prevención.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en julio de 1985, se han creado y aprobado diferentes planes y estrategias consensuados y aprobados por Consejo de ministros para determinar las acciones de las políticas de adicciones en España, así como las líneas generales de ejecución de estas.

Actualmente, en Castilla y León siguen vigentes planes como el “VII Plan Regional Sobre Drogas 2017-2021” que tiene por objeto reducir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociales directamente asociados al abuso y dependencia de las drogas y para su reducción han tomado en cuenta las evidencias científicas, el diagnóstico de la situación actual y los resultados de la evaluación del plan anterior, y como referencia las estrategias y planes de organismos internacionales (OMS, UE, UNODC, OEDT) y las aportaciones realizadas por múltiples agentes colaboradores en un gran proceso de participación, donde han propuesto una



serie de criterios y estrategias para corregir los problemas relacionados con el uso de sustancias. Todas estas actuaciones sirven de eje central para las acciones preventivas e intervencionistas llevadas a cabo en las distintas comunidades autónomas.

Por su parte, la Junta de Castilla y León ha puesto a andar “Acción coordinada sobre adicciones sin sustancia en Castilla y León 2019-2021”, acción en la que colabora “Proyecto Hombre”, con la finalidad de dar respuesta a la tendencia ascendente que hay en el consumo de bebidas alcohólicas a edades tempranas, con el objetivo de mejorar la detección, la prevención y la asistencia a personas que sufren el trastorno por consumo de alcohol. Cabe destacar que, en este trabajo, se van a definir una serie de estrategias que pretenden dar respuesta a ello.

4.8 Prevención de los trastornos por consumo de alcohol.

La prevención del consumo de Alcohol es una de las líneas de actuación prioritarias en España y del plan regional sobre drogas y adicciones de Castilla y León, en la que se establecen propuestas de acciones coherentes en cuanto a las estrategias y los planes de acción Nacional y europeos. Prevenir según la RAE (2021c) es “Advertir, informar o avisar a alguien de algo”, pero también lo define como anticiparse a un inconveniente o dificultad.

La prevención del consumo de drogas, pueden clasificarse de varias formas, en concordancia al criterio utilizado y las actividades preventivas, las cuales tienen su finalidad en la reducción de las incidencias y prevalencia del consumo de sustancias en una población (Bobes et al., 2011; Sánchez, 2012; Urgiles, 2019; Villar, 2016). De acuerdo con la clasificación que propone Gordón (1974) pueden establecerse tres tipos de prevención, y estos van a depender del nivel de riesgo de la población en la que será aplicada la intervención, y por supuesto de los beneficios y costos pertinentes. Según la clasificación que hace Gordón, en un primer bloque y con relación a las actividades preventivas llevadas a cabo y que tienen como objeto a la población en un plano general, se encuentra la prevención de tipo universal. Por otro lado, en un segundo bloque, y teniendo como objeto a los grupos o a una parte de la población que posee un alto riesgo de desarrollo del trastorno, se encuentra la prevención selectiva. Por último, un tercer bloque, que corresponde a las actividades encaminadas a las



personas que tienen una alta vulnerabilidad de desarrollo del trastorno, habiendo pasado por un proceso de evaluación previo, este tipo de prevención se describe como prevención indicada.

Según Urgiles (2019), la prevención selectiva e indicada proponen intervenciones más intensivas que las llevadas a cabo en la intervención universal, lo que podría aportar mayores beneficios, debido al alto riesgo que presentan los destinatarios, y a pesar de que su coste puede ser mayor. Ambas acciones preventivas tienen en cuenta los factores de riesgo, con la finalidad de detectar de manera temprana los problemas y abordarlos lo más “precozmente posible” antes de que aparezcan otros problemas asociados, por medio de acciones específicas dirigidas a los diferentes destinatarios (Sánchez, 2012; Urgilest, 2019; Villar, 2016). Lo que quiere decir, que es una labor de gran importancia para la prevención del consumo de sustancias alcohólicas (Arbex, 2013).

Según Kumpfer et al. (2013) existe una gran necesidad de promover programas efectivos, que vayan centrados en el desarrollo de las habilidades en las familias, para que puedan prevenir la aparición del consumo de alcohol y sobre todo en los hijos de padres que consumen alcohol de manera nociva como población de riesgo. Los programas de prevención del consumo de alcohol deben acoplarse y seguir una estructura en base a los requerimientos exigidos en la población en la que se necesite aplicar, con la finalidad de crear la metodología indicada para aumentar los factores de protección para la prevención del consumo de la sustancia alcohólica (Urgiles, 2019). Pero también es importante el fomento del conocimiento e inclusión de métodos que promuevan el pensamiento en cuanto a la percepción de riesgo que existe, en las emociones positivas y la promoción de estilos de vida saludables, con el objetivo de disminuir las creencias positivas erróneas ante el alcohol y conductas relacionadas con el consumo de este (Sánchez, 2012; Urgiles, 2019; Villar, 2016).

Finalmente, es importante a nivel gubernamental que se mantengan las políticas de prevención y de reducción de daños por consumo de sustancias psicoactivas, tomando en cuenta las evidencias científicas que demuestran que estas estrategias están por encima de las políticas prohibicionistas (Hernández et al., 2017). Por otro lado, es importante que se promuevan estrategias de solución, donde sean aumentadas las inversiones de las políticas públicas, con la finalidad de crear programas preventivos del consumo de sustancias



psicoactivas y que logren concientizar a la población general al no uso de estas sustancias, para su bienestar personal y para el de la ciudadanía en general, incluyendo la sensibilización a los medios de comunicación ante la promulgación de información científica relevante sobre la prevención de las drogas (Villalbí, et al., 2014).

4.8.1 Evidencias científicas.

Las evidencias en cuanto a la efectividad de los programas preventivos de los TCA han arrojado como resultado que las intervenciones selectivas e indicadas más específicas dirigidas a los hijos con mayor riesgo poseen más probabilidad de reducir la aparición del consumo de alcohol y de sus consecuencias (Sánchez, 2012; Urgiles, 2019; Villar, 2016). En esta población donde existe mayor riesgo, hay más motivos para crear estrategias de prevención selectiva del consumo en edades tempranas (Gilligan et al., 2019).

Según Vázquez et al. (2018) los hallazgos de la revisión de distintos programas ponen en evidencia, primeramente, la insuficiencia de estudios sobre programas de prevención selectiva focalizados en el consumo de alcohol y dirigidos a jóvenes con vulnerabilidad; y son muy pocos los estudios de programas que sean únicamente selectivos, lo que quiere decir, que en su gran mayoría son programas mixtos, con predominio en la atención universal. En segundo lugar, un gran volumen de los estudios reconocidos, denotan limitaciones en cuanto al diseño de la evaluación, las consecuencias que conlleva el consumo, así como en la asociación de las variables de los procesos y los resultados. Por último, cabe resaltar que es dificultosa y poco frecuente hallar las especificaciones de los recursos, los contenidos, las estrategias y procedimiento de ejecución relacionado a la efectividad de los programas de prevención basados en la familia (Valero et al., 2017; Vázquez., et al., 2018).

En un estudio realizado por Bröning et al. (2012) las intervenciones de prevención selectiva, aplicadas en los colegios, en la comunidad y en las familias, arrojaron resultados positivos, pero estos hallazgos se encuentran en un número reducido de programas que han sido evaluados. Por consiguiente, la eficacia de los programas para minimizar los problemas en hijos que tienen mayor riesgo y de las mejoras de las conductas adaptativas, las habilidades de afrontamiento y las emociones continúa siendo preliminar, asevera el autor.



Martínez et al. (2011) evaluaron un programa de prevención selectiva dirigido a estudiantes de entre 9 a 11 años de colegios de bajo estatus social. Dicha intervención tenía por objetivo aumentar la percepción de riesgo y las influencias normativas y estuvo conformada por 8 sesiones, las cuales fueron desarrolladas por docentes entrenados. La muestra estuvo constituida por 1524 niños de 7 colegios diferentes, donde se llegó a la conclusión de que el programa alcanzó los objetivos propuestos, observándose un aumento de la percepción de riesgo y de reconocimiento de influencias normativas una vez aplicada la intervención, lo que permitió minimizar la vulnerabilidad relacionada a la ingesta de alcohol, en tanto que se observó el aumento en el nivel de percepción de riesgo y de influencias normativas después de la intervención, disminuyendo la vulnerabilidad asociada al consumo de alcohol.

Es importante continuar con las evaluaciones de los programas de prevención para hijos de familias afectadas por el alcohol, para poder conocer el impacto que tienen en la prevención de las conductas asociadas al consumo de alcohol, e intentar incluir otros enfoques de prevención más asequibles y que además sean evaluados nuevamente una vez finalizada su implementación, lo cual permitiría volver a probar los efectos de los programas en un contexto más natural (Bröning et al. 2012; Martínez et al. 2011).

4.9 Modelos Teóricos.

Para poder situar este trabajo, es imprescindible tener en cuenta los modelos teóricos que lo sustenten, y que deben basarse en todo un abanico de información acerca del fenómeno sobre el que vamos a trabajar, y así poder tener suficiente validez en función de las evidencias científicas. En lo que a las drogas se refiere, disponemos de un gran número de teorías y modelos explicativos, los cuáles en su mayoría, se han dedicado a explicar el motivo de la aparición de la conducta, lo que tiene gran importancia, ya que si conocemos las causas o el origen del problema será más eficaz aplicar programas para prevenir o para minimizar el consumo de alcohol. En España contamos con un gran número de revisiones de teorías y modelos explicativos basados en la literatura científica y que se reflejan en las Tablas 2, 3 y 4 (Becoña, 1999).



Tabla 2

Teoría parcial o pocos componentes.

TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS
a. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.
1. Modelo de salud pública.
2. Teorías de aprendizaje.
3. Teorías actitud–conducta.
4. Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales.
5. Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico.
6. El modelo social.
7. Otros.

Nota: Fuente: Adaptado de Becoña (1999).

Tabla 3

Teorías de estadios y evolutiva.

TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS
b. Teorías de estadios y evolutivas.
1. Modelo evolutivo de Kandel.
2. Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente.
3. Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.
4. Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie.
5. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb.
6. Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz.
7. Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos.
8. Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.
9. Otros.

Nota: Fuente: Adaptado de Becoña (1999).



Tabla 4

Teorías integrativas y comprensivas).

TEORIAS Y MODELOS EXPLICATIVOS
c. Teorías integrativas y comprensivas.
1. Modelo de promoción de la salud.
2. Modelo biopsicosocial.
3. Modelo ecológico sistémico.
4. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura.
5. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.
6. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor.
7. Modelo cognitivo conductual.
8. Modelo integrativo general de la conducta de consumo de drogas de Botvin.
9. Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et.
10. Otros.

Nota: Fuente: Adaptado de Becoña (1999).

A continuación, se sintetizan las tres teorías en las que se sustenta la presente propuesta de intervención, así como su grado de aplicabilidad a los programas preventivos.

Modelo biopsicosocial. Fue descrito por George Libman Engel en 1977, es un modelo o enfoque de promoción de la salud y de la prevención en enfermedades que incorpora el factor biológico, el psicológico y los factores sociales y culturales, los cuales desempeñan un papel muy importante en las acciones humanas, en el contexto de las enfermedades o necesidades específicas (Apud y Romaní 2016). Estos autores refieren que no se puede comprimir el trastorno por consumo de alcohol únicamente a los límites del cerebro cómo lo describe el modelo biomédico y que dio origen a este modelo actual. Esto conlleva a incluir aspectos psicológicos para la realización del diagnóstico y en lo que respecta a la definición del trastorno/dependencia, a una implicación con los sistemas neuronales, y por su puesto a los estudios de diferentes estímulos y condicionamientos que están involucrados, señalan los autores.



Existe una idea clara de que este paradigma, posee unos factores complejos que involucran además el riesgo, la vulnerabilidad y protección, asociados no solamente a un aspecto neurobiológico, sino también al psicológico y social, lo cual ha sido ampliamente aceptado por muchos especialistas en adicciones (García, 2015).

Por otro lado, en el medio psicoterapéutico, hay una diversidad aumentativa de los tratamientos en materia de prevención de los trastornos por consumo, que comprende gran parte del espectro biopsicosocial: como terapias cognitivo-conductual, estrategias motivacionales, intervenciones centradas en la familia, modelos sistémicos, entre otras (Pedrero y Ruiz, 2014). Asimismo, cabe resaltar que el DSM-5 (APA, 2013) ha mantenido un enfoque integral incorporando los aspectos psicosociales en su “sistema de ejes”, esto se puede comprobar en el uso diagnóstico de los trastornos mentales, donde en el manual el aspecto cultural tiene una gran relevancia, debido al impacto que ha demostrado tener en la condición de los pacientes. En el DSM-5 se propone una “entrevista de planteamiento cultural”, que contiene 14 preguntas, la cual sirve de gran ayuda a los profesionales para conseguir información relevante acerca del impacto cultural de sus pacientes, en lo que respecta a aspectos de atención y cuidado (Escobar y Uribe, 2014). Por lo tanto, saber cuáles son los factores que están asociados al consumo y el uso nocivo del alcohol es muy importante para poder prevenir la conducta y sus consecuencias, es por ello que resulta relevante apreciar la conducta de consumo desde una perspectiva integradora, en el que se tengan en cuenta una variedad de aspectos como biológicos, psicológicos y sociales (modelo biopsicosocial) y que puedan tener relación en su desarrollo (Obradors et al., 2020).

Modelo cognitivo conductual: Según NIDA (2020) este modelo tiene sus principios en el desarrollo de métodos para la prevención de recaídas en pacientes que padecían trastornos por consumo de alcohol y luego fue adaptado para personas que eran consumidoras de cocaína. En la actualidad es utilizado tanto en las terapias para el trastorno por consumo de sustancias, como en la prevención del trastorno.

El modelo parte de una serie de estrategias cognitivas, la cual se sustenta en la teoría de que los procesos de aprendizaje juegan un papel importante en la modificación de las creencias erróneas que pueden trascender en conductas inapropiadas (NIDA, 2020). Esto quiere decir



que las personas a través de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aprenden a identificar esos pensamientos y creencias equivocadas, las cuales pueden originar conductas problemáticas, por medio de varias estrategias para el cambio de ideas y pensamientos más adaptativos. Estas estrategias se pueden utilizar para bloquear la aparición del consumo nocivo del alcohol y de sus consecuencias; los pacientes o las personas aprenden a identificar y modificar esos esquemas de pensamientos o creencias que pudieran generar conductas problemáticas mediante la aplicación de estrategias que pueden usarse para interrumpir la aparición del consumo y abuso de alcohol, y abordar muchos otros problemas que suelen presentarse simultáneamente (NIDA, 2020). Espada et al. (2012) mencionan que dentro de este modelo se usan técnicas de otros modelos, como son las técnicas para el desarrollo de Habilidades Sociales (HHSS), por lo que se podría decir que se centra en el tecnicismo ecléctico; se usan técnicas conductistas donde son usados los reforzadores positivos y los negativos, la técnica de exposición imaginaria, o la reestructuración cognitiva que permite el cambio de creencia erróneas que pudieran generar la conducta de consumo de sustancia.

Urgiles (2019) menciona que actualmente contamos con una gran variedad de métodos de prevención de los trastornos por consumo de alcohol, en donde se resalta la creación de planes de prevención selectiva dentro de los métodos más eficaces para su reducción, y que, orientados desde una perspectiva cognitivo-conductual, logran modificar los pensamientos y conductas desadaptativas que se encuentran interrelacionados con la ingesta de la sustancia. Según Fernández y Fernández (2017) y NIDA (2020) el abordaje desde el enfoque cognitivo conductual ha logrado alcanzar un gran reconocimiento por todos aquellos resultados eficaces que se han conseguido a través de su aplicación tanto en la prevención como en el abordaje de los TCA y por supuesto esto lo demuestran los beneficios con estudios empíricos de eficiencia y eficacia en diferentes afecciones incluyendo el TCA y sus consecuencias. Todas esas revisiones y metaanálisis han aportado relevantes evidencias que nos han permitido descubrir los beneficios que aporta este modelo en la prevención de los trastornos por consumo de sustancias (Hofmann et al., 2012).

Modelo ecológico sistémico: Describe al ser humano desde una perspectiva holística, donde la verdad no es concebida como única, sino como un compendio de elementos sociales interrelacionados entre sí, la cual busca explicar los acontecimientos sociales que de una



manera a otra se interrelacionan unos con otros en determinados contextos, creándose en un ambiente en el cuál “se establezcan relaciones circulares y no lineales” (Vergara, 2013). Este modelo permite el desarrollo de estrategias para la terapia conductual familiar, y se soporta en un enfoque psicoterapéutico, enmarcado en el entrenamiento de las habilidades de comunicación e incremento de los reforzadores positivos en la interacción familiar (Espada et al., 2012).

Lazcano (2020) en un estudio reveló que el inicio de consumo de alcohol tiene múltiples dimensiones, ya que cada contexto con que tiene contacto la persona posee razones propias que son diferentes en cada ambiente, lo que hace que existan múltiples factores que pueden aumentar la influencia sobre el individuo. En el estudio se resaltó la dimensión microsistémica, la cual responde a las relaciones con el contexto más cercano a la persona como es la familia, lo social y lo escolar (Lazcano, 2020). El autor hace hincapié en la importancia de continuar los estudios de los principales factores que predicen el consumo de sustancias debido al rápido cambio que enfrentan los adolescentes, como las pautas de las relaciones interpersonales con la sociedad y la familia; así como también de los principales factores que predicen el consumo, como las pautas de interacción familiar e interpersonales y la percepción sociocultural normalizada del consumo de alcohol para incidir desde el modelo ecológico y prevenir el consumo progresivo de la sustancia en edades tempranas.



5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 Propuesta de intervención.

El presente Trabajo de Fin de Máster presenta una propuesta de intervención en materia de prevención selectiva dirigida a un grupo de destinatarios con edades comprendidas entre 12 a 14 años y que son hijos de padres que reciben tratamiento por trastorno por consumo de alcohol. Esta propuesta pretende dar respuestas a las necesidades existentes en cuanto a la prevención del consumo, la cual se propone llevar a cabo en la provincia de Valladolid. El principal objetivo es intervenir desde la prevención y evitar la aparición de los trastornos por consumo de bebidas alcohólicas y en general dar respuestas a las necesidades detectadas.

5.1.1 Lugar de la intervención.

La presente propuesta de prevención será llevada a cabo en las instalaciones de la institución “Proyecto Hombre” Fundación Aldaba de la ciudad de Valladolid. La Fundación Aldaba-Proyecto Hombre, es una entidad privada sin ánimos de lucro que confía en la participación y el compromiso social, y tiene dentro de sus valores la solidaridad como principios esenciales.

Esta institución tiene como finalidad la promoción de la salud y el bienestar de las personas en riesgo de exclusión social y/o vulnerabilidad, abarcando la población adulta, infancia y juventud. Donde se ofrece una especial atención a las personas afectadas por la drogodependencia y otras adicciones. Cabe resaltar, que “Proyecto Hombre” usa un método educativo y terapéutico para el tratamiento y prevención de las drogodependencias y otras conductas adictivas.

Dentro de los programas que ofrece la Fundación Aldaba- Proyecto Hombre se encuentran los siguientes:

- ❖ Programas de prevención de las adicciones.
- ❖ Programas de atención y tratamientos (de forma ambulatoria y residencial).



- ❖ Programas destinados a las familias.
- ❖ Programas dirigidos a menores.
- ❖ Acciones destinadas a profesionales de las áreas de educación, psicología, sanitaria, jurídica, social, entre otras.

A todo lo anterior, se le debe sumar una variedad de servicios complementarios que son llevados a cabo paralelamente por esta institución, los cuales permiten un abordaje integrador e integral.

5.1.2 Necesidades detectadas.

El programa de intervención en el que se enmarca este trabajo está dentro del programa que ofrece la Fundación Aldaba “Proyecto Hombre” dentro de los programas de prevención de las adicciones dirigidos a menores de edad y a las familias, el cual dar respuesta a las necesidades detectadas durante el proceso de investigación, las cuales han sido asociadas a:

- ❖ El alcohol como una de las tres sustancias más consumida en la población española, incluido los adolescentes (OEDA, 2020; Rodríguez et al., 2014b).
- ❖ A la prevalencia que existe en la actualidad en el consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas y a los episodios de atracones o “Binge Drinking” que cada vez son más frecuentes en la población española y por supuesto en adolescentes (Malacari, 2010; NIAAA, 2019; OEDA, 2020).
- ❖ La normalización del consumo de alcohol (Malacari, 2010; OMS, 2018).
- ❖ A las nuevas formas de consumo de alcohol (AEP, 2014; Malacari, 2010), y a los cambios de patrones de consumo alcohol (AEP, 2014; Sánchez-Queija et al., 2015).
- ❖ Al aumento de la mortalidad, enfermedades crónicas y discapacidad en edades tempranas ocasionadas por el uso y abuso del alcohol (OMS, 2018-2021; Rubio, 2016).
- ❖ A la baja percepción de riesgo sobre las consecuencias que tiene el abuso del alcohol (Lundbeck, 2016; Méndez et al 2015; Rubio 2016).
- ❖ A la poca existencia y precariedad de programas en materia de prevención selectiva de los trastornos por consumo de alcohol en los hijos de padres con TCA y que reciben tratamiento (Borrás, 2016; Bröning et al., 2012; López et al., 2021; Martínez et al 2011).



- ❖ A la precariedad en la atención precoz de la ingesta del alcohol (Borrás 2016; Martínez et al., 2011).
- ❖ A los programas que son aplicados por personas que no son especialistas, los cuales para su eficacia requieren de la mano de expertos en la materia (Borrás, 2016; Bröning et al., 2012; López et al., 2021; Martínez et al 2011).
- ❖ A las Políticas de nuestro país para la prevención y reducción de los daños que producen las sustancias psicoactivas y que están enfocadas en estrategias más prohibicionistas, que en la prevención (Villalbí et al, 2014).

Toda esta realidad existente ha permitido poder detectar las siguientes necesidades en la población adolescente española:

- ❖ Necesidad de incrementar la percepción de riesgo asociado al consumo de alcohol.
- ❖ Necesidad de mejorar las habilidades comunicativas y de afrontamiento de la población destinataria.
- ❖ Necesidad de mejorar las competencias para la prevención del consumo de alcohol en las familias como principal factor de protección.
- ❖ Necesidad de crear estrategias que permitan prevenir el consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes
- ❖ Necesidad de diseñar intervenciones que permitan perfeccionar los programas de prevención del trastorno por consumo de alcohol, específicamente selectiva.

5.1.3 Objetivo de la intervención.

A continuación, se describen tanto los objetivos generales como específicos de esta propuesta de intervención de carácter selectivo del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes de una población española.

5.1.3.1 El objetivo general.

Prevenir la aparición del consumo de bebidas alcohólicas en los hijos adolescentes de padres con trastorno por consumo de alcohol (TCA).



5.1.3.2 *Objetivos específicos.*

5.1.3.2.1 Brindar información a los adolescentes sobre las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas.

5.1.3.2.2 Aumentar la percepción de riesgo del consumo de alcohol y sus consecuencias.

5.1.3.2.3 Promover hábitos de estilos de vida saludables en los adolescentes.

5.1.3.2.4 Fomentar actividades de ocio y tiempo libre para garantizar los estilos de vida saludables.

5.1.3.2.5 Fomentar la autoestima, la comunicación asertiva y la mejora del funcionamiento familiar.

Para lograr los objetivos será necesario llevar a cabo una serie de acciones, en las que se van a trabajar dos ejes:

- ❖ En primer lugar, generar conocimientos sobre el alcohol, los daños, efectos, consecuencias y de la prevención del consumo, a los hijos de padres que asisten a los programas de rehabilitación que ofrece “Proyecto Hombre” para la recuperación del trastorno por consumo de sustancias.
- ❖ En segundo lugar, desarrollar habilidades para el manejo de los factores de riesgo de consumo de bebidas alcohólicas en la población destinataria.

5.2 Nivel y diseño de la intervención.

La siguiente intervención se enmarca bajo una investigación de nivel de tipo explicativo, por cuanto su propósito es observar los cambios en la variable dependiente una vez aplicado un estímulo, ejerciendo un mínimo control o nada de control en ella (Arias, 2012). Y, mediante un diseño preexperimental el cual permitirá poder observar los cambios que se producen, una vez administrado el estímulo o la intervención al grupo, y con un enfoque que incorpora el método cuantitativo, con la finalidad de hacer una medición que permita observar su efecto en una o más variables.



En la investigación de tipo preexperimental, en la variable se ejerce un control mínimo o nulo, donde un grupo o varios grupos de personas, son sometidos a una observación, por lo que se aplica un estímulo o tratamiento para luego medir los resultados (Arias, 2012; Palella y Martins, 2012). Según Arias (2012) es la forma más sencilla de diseño de la investigación experimental, donde no es necesario tener a un grupo control.

Dentro del modelo básico pre- experimental, se usará el diseño pretest- postest con un grupo de adolescentes hijos de padres con TCA. El diseño, tiene el siguiente procedimiento: y es, administrar una prueba antes de comenzar la intervención, y luego se debe hacer un registro de los puntajes obtenidos. Seguidamente, se aplica el estímulo o tratamiento al mismo grupo de destinatarios, el cual ha sido diseñado para cambiar la puntuación o generar cambios. Posteriormente, se administra nuevamente una prueba al mismo grupo al que se le aplicó el estímulo, y se deben analizar las diferencias entre los puntajes de la prueba anterior y la posterior, para valorar los resultados que ha tenido la intervención.

Cabe destacar, que es importante hacer un seguimiento, donde una vez finalizada la intervención y pasados 3 meses se deberá aplicar una prueba nuevamente, para obtener hallazgos significativos y relevantes en cuanto a la generalización y mantenimiento del conocimiento adquirido. Es decir, el instrumento será aplicado en los dos tiempos de la evaluación, al inicio (antes de aplicar la intervención), y al final (después de aplicar la intervención). Sin embargo, es recomendable que pasadas unas semanas o meses desde su aplicación, se vuelva a aplicar el instrumento para valorar la generalización y mantenimiento del aprendizaje. ver Tabla 5.

Tabla 5

Modelo típico preexperimental.

Grupo	Aplicación del Pre-Test o Medición Inicial	Aplicación del Tratamiento	Aplicación del Pos-Test o Medición Final
A-1	G 01	X	02

Nota: A-1: Experimental, X: Variable independiente. Fuente: Adaptado de Arias (2012).



5.3 Técnicas de recolección de datos.

Según Arias (2012) “se entenderá por técnica de investigación, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información”, p. 67. En base a esta definición, y para el desarrollo de esta propuesta de intervención, se han incorporado algunos métodos para la recopilación de datos cualitativos y cuantitativos relevantes, métodos que serán aplicados antes y después de la intervención.

Los datos relevantes propios de esta propuesta de intervención serán obtenidos por medio de una entrevista personal con los destinatarios, con sus padres y tutores, donde adicionalmente se llevará a cabo un proceso de evaluación, en los que serán aplicados unos cuestionarios a los adolescentes y a las familias que deseen participar en el programa, para la obtención de los datos cuantitativos relevantes, antes y después de finalizar la intervención.

El proceso de selección y evaluación de los destinatarios del programa consta de 4 fases y será llevado a cabo por especialistas en psicopedagogía y psicología, en un despacho adaptado para tal fin. Dicho proceso de evaluación permitirá poder seleccionar a los destinatarios del programa de prevención. Asimismo, facilitará el poder conocer la percepción que tienen los adolescentes de las consecuencias del consumo de alcohol y el funcionamiento y autoestima familiar, siendo esto de gran importancia para poder predecir posibles problemas que pudieran aparecer a futuro, relacionados con la ingesta de alcohol. Pero a su vez, permitirá poder planificar y ajustar algunas actividades preventivas del consumo de alcohol y una vez aplicado el programa, determinar si este ha generado cambios significativos en la percepción de los adolescentes hacia el consumo de bebidas alcohólicas. A continuación, se describe el proceso de selección de los destinatarios del programa y la evaluación correspondiente, distribuido en las siguientes 4 fases:

Fase 1: Reunión con los adolescentes, padres y/o tutores.

Primera entrevista con los adolescentes, padres o tutores, la cual estará basada en un dialogo o conversación donde se les brindará información del programa de prevención del consumo de alcohol en edades tempranas. El objetivo es incentivar a los destinatarios y a sus padres o tutores en la participación en el programa. Si los adolescentes y los padres o tutores



tienen interés en participar en el programa, los representantes de los adolescentes deberán firmar un documento de consentimiento de participación y de uso de datos personales (ver Anexo 1).

Los adolescentes que deseen participar y tengan el consentimiento de los padres o tutores podrán pasar a la segunda entrevista, en conjunto con sus representantes, cada uno en entrevistas por separado y adaptadas según sus características esenciales (entrevista para adolescentes/entrevista para padres y tutores).

Fase 2: Entrevista de selección o proceso de screening.

Esta segunda entrevista es de tipo estructurada con preguntas abiertas y será aplicada a cada uno de los destinatarios (adolescentes por un lado/padres por otro lado. Dicho instrumento de evaluación está basado en un guion de preguntas (ver Anexo 2 y 3) que hará el entrevistador a la población destinataria (entrevista para adolescentes y entrevistas para padres o tutores) y que tiene la finalidad de determinar criterio de inclusión y exclusión para la incorporación al programa.

Adicionalmente durante la entrevista se aplicarán dos cuestionarios de autoinforme validados y estandarizados (Cuestionario AUDIT/CRAFFT) a los adolescentes solamente, los cuales contienen una serie de preguntas, que deberán realizar de forma escrita y sin ningún tipo de intervención por parte del entrevistador. Estos cuestionarios estarán constituidos por preguntas cerradas, uno con opciones de respuestas de tipo Likert (varias opciones de respuestas en la que sólo deberá escoger una) y otro de tipo dicotómico, con dos opciones de respuestas que podrá elegir el destinatario.

Una vez aplicada la batería de preguntas cerradas a los adolescentes (cribado), se procede a valorar los resultados obtenidos para distinguir aquellos adolescentes que presenten resultados positivos de consumo de alcohol u otras drogas. Los adolescentes que presenten resultados positivos en dichas pruebas serán excluidos del programa de prevención del consumo de alcohol, y referidos para que reciban una atención integral por medio de diferentes profesionales. En la entrevista se tomarán en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión, además de los resultados de los test completados.



Los adolescentes y los familiares que sean seleccionados para participar en el programa de prevención pasarán a la Fase 3 del proceso de evaluación (pretest), que tendrá lugar en la primera sesión de la intervención o ejecución del programa.

Fase 3. Evaluación pre-test:

- ❖ Se aplicarán dos cuestionarios (Escala BIP/Cuestionario AUT-AD) a los adolescentes al inicio de la primera sesión de la intervención para la valoración de la percepción de riesgo, relacionadas con el consumo de drogas y su accesibilidad y el nivel de autoestima familiar. Una vez aplicados los instrumentos se procederá a registrar los datos y se pasará a la siguiente fase, correspondiente a la intervención o ejecución del programa.
- ❖ Se aplicarán por otro lado, dos instrumentos a las familias (Cuestionario FF-SIL/cuestionario AUT-AD), al inicio de la primera sesión de la intervención para valorar de igual manera el funcionamiento y la autoestima familiar. Seguidamente de la aplicación de la batería, se procederá a registrar los datos, y se pasa a la fase siguiente que corresponde a la ejecución del programa.

Fase 4. Evaluación Pos-test:

Una vez administrado el estímulo (intervención) se procede a aplicar nuevamente la batería de preguntas usadas en el pre-test tanto a los adolescentes como a las familias, donde se recogen más datos, para posteriormente poder comparar los resultados del pre-test con el actual pos-test y así poder valorar si los objetivos del programa han sido cumplidos. Es decir, observar y valorar si se han generado cambios positivos en cuanto el nivel de percepción de riesgo de consumo de alcohol, del funcionamiento familiar y de la autoestima familiar, en la población destinataria. Asimismo, se aplicará una evaluación de satisfacción también destinatarios, para valorar su nivel de satisfacción en cuanto al programa. Es una adecuada manera de conocer la opinión que tienen respecto a la intervención, a las actividades, al trato que han ofrecido los facilitadores, al desempeño que han tenido, entre otros.

Por otro lado, es importante señalar que pasados tres meses, se volverá a aplicar la batería (pos-test) para garantizar el mantenimiento y generalización del aprendizaje adquirido.



5.3.1 Instrumentos de evaluación.

5.3.1.1 Instrumento para la selección de los destinatarios.

A continuación, se presentan dos entrevistas que serán utilizadas para conocer y seleccionar a los destinatarios del programa, el cual permitirá especialmente poder determinar criterios de inclusión y exclusión de la población. Estos instrumentos serán aplicados a los destinatarios, antes de iniciar la intervención (uno para los adolescentes y otro para los padres/tutores) una vez que accedan a participar en el programa.

5.3.1.1.1 Entrevista estructurada con preguntas abiertas para adolescentes (ver Anexo 2).

Dicho instrumento está constituido por veinticinco (25) preguntas, divididas en cuatro (4) dimensiones: la primera aborda el área personal, la segunda el área escolar, la tercera el área familiar y una cuarta y última que aborda el área social. Este instrumento (ver Anexo 2) está basado en un guion de preguntas abiertas, que hará el entrevistador a los adolescentes de forma presencial, sólo si las familias dan el consentimiento. Cabe destacar que este instrumento ha sido diseñado ad hoc, es decir para y con este fin.

5.3.1.1.2 Entrevista estructurada con preguntas abiertas para padres (ver Anexo 3).

Este instrumento está constituido por veinticinco (25) preguntas, divididas en 3 sesiones que aborda 5 dimensiones: la primera aborda el área personal-afectiva-laboral, la segunda el área familiar y la tercera y última que aborda el área social. Este instrumento (ver Anexo 3) de evaluación está basado en un guion de preguntas abiertas. Este guion será cumplimentado solo por el entrevistador y se les aplicará a las familias de forma presencia antes de comenzar con la intervención, y solo si las familias desean participar en el programa de prevención. Cabe resaltar que al igual que el anterior instrumento, este también ha sido diseñado ad hoc, es decir para y con este fin.



5.3.1.2 Instrumentos para el proceso de screening.

5.3.1.2.1 *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Tes; Saunders et al., 1993; validación de Rial et al., 2017) (ver Anexo 4).*

Este cuestionario fue desarrollado por la OMS (2001) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como apoyo para las evaluaciones breves. Lo que quiere decir, que permite identificar en las personas un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. Por otro lado, puede ser útil para detectar un consumo excesivo de alcohol como consecuencias de enfermedades existentes. Por otro lado, a su vez ofrece un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los consumidores con un consumo nocivo o de riesgo a minimizar el consumo de alcohol y que se puedan evitar las consecuencias nocivas de la ingesta.

La prueba tiene una modalidad de autoadministración, el cual consta de 10 preguntas. Los tres primeros ítems hacen referencia a la cuantificación del consumo alcohólico (cantidad-frecuencia), del ítem 4 al 6 comportamiento o actitud ante la bebida, del 7 a las 8 reacciones adversas y los dos últimos de problemas relacionados con el consumo de alcohol. El cuestionario indaga sobre los hechos durante el último año. Las ocho primeras preguntas tienen posibles respuestas, que se puntúan de 0 a 4 y las dos últimas 3 posibles respuestas que puntúan 0-2-4. El rango es de 0 a 40.

Según la APA (2021) este cuestionario es considerado un instrumento adecuado para detectar problemas leves y moderados asociados con el alcohol, centrándose en el consumo nocivo o abuso del alcohol. Por otro lado, Rial et al. (2017) consideran el “Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol” (AUDIT) dentro de los cuestionarios de cribado de ingesta de alcohol que más pruebas empíricas ha tenido, lo cual indica, que es una herramienta muy útil para evaluar los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Además, posee adecuadas propiedades psicométricas debido a que ha sido validado en población adolescente española (Rial., et al 2017).



5.3.1.2.2 *Cuestionario de cribado de abuso de sustancias (Substance Abuse Screening Test, CRAFFT; Knight et al., 1999; Validación de Rial et al. 2019) (Ver Anexo 5).*

El CRAFFT es un cuestionario muy sencillo y fácil de aplicar, que está formado por seis ítems con respuesta dicotómica (sí/no), que evalúa el consumo de riesgo de alcohol y otras drogas. La prueba incorpora adicionalmente tres ítems que actúan como filtro y que son puntuados con 1 o 0, dependiendo si el adolescente responde en afirmativamente o negativo. La puntuación teórica de la escala está entre el 0 y el 12, donde 2 es el punto de corte establecido para referirnos a un consumo de riesgo. Cada respuesta afirmativa (“sí”) en la Parte B vale 1 punto. Una puntuación total mayor a 2 puntos equivale a un diagnóstico positivo, lo cual indica la necesidad de hacer una evaluación adicional.

Se trata de un test de cribado del consumo de riesgo de alcohol y de otras sustancias, que ha sido creado para su implementación con adolescentes. Según Rial et al. (2019) es una herramienta de cribado que contiene propiedades psicométricas adecuadas para la detección del consumo de riesgo de alcohol y otras sustancias. Este cuestionario fue traducido y retrotraducido bajo la supervisión de sus autores y validado empíricamente por Rial et al. (2019), el cual durante el estudio mostró una consistencia interna de (α de Cronbach) 0,74, superior a la que se obtuvo en el estudio original de Knight et al., (2002) el cual fue de 0,68.

5.3.1.3 Instrumento para el pretest-postest.

5.3.1.3.1 *Escala básica BIP para la valoración de la percepción de riesgo relacionado con el consumo de drogas y su accesibilidad (ver Anexo 6).*

El presente instrumento nos permitirá acercarnos a la realidad de los adolescentes, ya que conociendo la percepción de riesgo en relación con el consumo de alcohol, nos proporcionará una información relevante para poder valorar el riesgo de los destinatarios y poder hacer algunos ajustes dentro de las actividades preventivas para adaptarlas mejor a la realidad que se tiene.



La percepción que tienen los adolescentes sobre las consecuencias del consumo es un importante elemento que permitirá predecir las conductas de riesgo a futuro o problemas reales de consumo. Los ítems están centrados en este elemento, que desde la prevención se puede decir que es más importante que diagnosticar una conducta de consumo y objetivamente posible.

Por lo tanto, las creencias del consumo de alcohol se pueden clasificar de dos maneras, (i) positivas o negativas y (ii) a corto o largo plazo. Para el cálculo del índice, puede obtenerse las respuestas desde 5= “Muy probable” a 1= “Muy improbable”. La media de los ítems (a) al (g) ofrecerá una medida en la percepción relativa a las consecuencias negativas, mientras que la media de los ítems restantes aportará una medida de las consecuencias positivas percibidas. Adicionalmente pueden establecerse una división entre consecuencias a corto y a largo plazo y calcular los índices correspondientes. Cuánto más elevado sea el resultado promedio que se ha obtenido, mayor percepción de riesgo tendrá el adolescente.

5.3.1.3.2 *Cuestionario de autoestima (AUT-AD); García y Musitu (1999), ver Anexo 7.*

Este instrumento de evaluación está constituido por 29 ítems (la versión original es de 30), los cuales miden un rango de respuestas desde el 1 al 5 (siempre, muchas veces, algunas veces, algunas veces, pocas veces, nunca), donde se miden 5 dimensiones de autoestima en adolescentes como: social, académica, familiar, emocional, y física. El cuestionario ha sido analizado en diferentes estudios los cuales han arrojado una consistencia interna de entre 72 a 84 (Cava et al., 2006; Cava et al., 2008; Estévez et al., 2006; Jiménez et al., 2008; Jiménez et al., 2009). Con respecto a la consistencia interna de los cinco factores también es adecuada con un α de Cronbach > 0.829 y hay pruebas de su validez en diferentes muestras, lo que quiere decir que este test posee una adecuada propiedad psicométrica y puede ser utilizado perfectamente para la población adolescente española de entre los 12 a los 20 años. (Cava et al., 2006; Estévez et al., 2006; Jiménez et al., 2008; Jiménez et al., 2009; Musitu et al., 2001).

El cuestionario ha sido publicado en TEA en 1999, el cual para su administración puede tanto individual como colectiva. El tiempo promedio de aplicación es de 10 minutos. Evalúa



cinco dimensiones: autoestima familiar; autoestima académica; autoestima social; autoestima física; autoestima emocional.

5.3.1.3.3 Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL); Ortega et al., (1999), ver Anexo 8.

Este instrumento de evaluación tiene como objetivo identificar aspectos que favorecen o interfieren en el funcionamiento familiar, la comunicación, el estrés y el afrontamiento familiares, el cual permite poder extraer información con relación a aspectos de la familia que son relevantes para el ajuste como sistema. Posee 4 categorías (cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, adaptabilidad). El cuestionario consta de 14 situaciones que pueden ocurrir o no en un sistema familiar donde se pueden dar: cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles, y adaptabilidad.

Para el diagnóstico del funcionamiento familiar se obtiene una puntuación total de la prueba, según la que se pueden determinar diferentes formas de funcionamiento familiar:

- ❖ Funcional: de 70 a 57 puntos.
- ❖ Moderadamente funcional: de 56 a 43.
- ❖ Disfuncional: de 42 a 28.
- ❖ Severamente disfuncional: de 27 a 14.

5.3.1.3.4 Instrumento de evaluación de satisfacción de los destinatarios (ver Anexo 9).

Este instrumento permite hacer un estudio empírico basado en la observación, el cual permitirá poder determinar el nivel de satisfacción que poseen los destinatarios una vez aplicada la intervención. En dicho proceso el facilitador o especialista no intervendrá (sin control del proceso), el destinatario deberá responder de manera escrita una serie de preguntas. El cuestionario consta de 24 preguntas, divididas en 4 dimensiones (la primera trata sobre la didáctica, la segunda sobre las actividades realizadas, la tercera sobre el trato de los facilitadores y la cuarta sobre su apreciación en el taller.



5.3 Población y muestra.

“La población, o en términos más precisos población objetivo, es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio” (Arias, 2012, p. 81). Por otro lado, el autor refiere que la muestra “es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible”, p. 83.

La presente intervención tendrá una población finita, por lo que participarán de 10 a 20 destinatarios hijos de padres que asisten a tratamiento por trastorno por consumo de alcohol. La muestra será escogida de forma no aleatoria y tomando en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión.

5.3.1 Destinatarios directos.

Los destinatarios directos del programa serán los hijos adolescentes de padres que reciben tratamiento del trastorno por consumo de alcohol, con edades comprendidas entre los 12 a los 14 años. El número de participantes será entre 10 a 20 jóvenes.

5.3.2 Destinatarios indirectos.

Uno o dos miembros adultos (familiar directo de los adolescentes), que no están bajo tratamiento del TCA o que no padecen el trastorno.

5.3.3 Criterios de selección.

5.3.3.1 Criterios de inclusión.

- ❖ Adolescentes de género femenino y masculino.
- ❖ Con edades comprendidos entre los 13 a los 14 años.
- ❖ Cribaje negativo de conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol (AUDIT superior 6 y/o con consumo en forma de binge drinking).
- ❖ Hijos de padres que están bajo tratamiento del TCA.
- ❖ Aceptación y firma en consentimiento informado de los padres y representantes.



5.3.3.2 Criterios de exclusión.

- ❖ Cribado positivo en consumo de riesgo de alcohol.
- ❖ No consentimiento de participación por parte de los padres o representantes en el programa de prevención del TCA.
- ❖ Dificultades en comprensión del lenguaje español (dominio del lenguaje español).

5.4 Metodología.

Para llevar a cabo la intervención con los adolescentes y sus familiares se usará una metodología participativa y dinámica. Pero también tendrá contenidos teóricos y ejercicios prácticos. De igual manera, en las sesiones se implementará el refuerzo positivo, mediante el uso de incentivos, con la intención de aumentar aquellas creencias y conductas adaptativas relacionadas con la prevención del consumo de alcohol. Por otro lado, se pretende promover un espacio donde los jóvenes puedan expresar sus ideas y pensamientos, por medio de la reflexión y el debate. Todo esto con la finalidad de aumentar la percepción de riesgo del consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas y que los conduzca hacia la prevención de las consecuencias que conlleva este hábito.

El trabajo con las familias tendrá la finalidad de motivar y concientizar en la importancia de la participación e implicación en el programa para la prevención del abuso del alcohol y en el mejoramiento del funcionamiento familiar y de la autoestima familiar. Donde la metodología, será por medio de contenidos teóricos- prácticos, en un espacio donde puedan aportar sus opiniones e ideas, de aspectos que se consideren importantes en la prevención del abuso del consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas.

El programa estará compuesto por 8 sesiones de 2 horas cada una, y se dividirán en dos días a la semana (martes y jueves) durante un lapso de 30 días aproximadamente, en los que se realizarán distintas actividades dirigidas a los destinatarios del programa para la adquisición del aprendizaje.



5.5 Actividades para lograr los objetivos.

En este apartado se presentan las actividades que se llevarán a cabo para el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos, y por medio de la siguiente síntesis se describen cada una de ellas:

5.1.1 Síntesis de las actividades.

Para el desarrollo de las actividades fueron propuestas una serie de acciones secuenciales ajustadas a cada destinatario y a las necesidades demandadas, las cuales son recogidas a continuación, a través de 8 sesiones, distribuidas en 34 actividades con una duración de 2 horas aproximadamente en cada sesión y con una frecuencia de 2 veces por semana, en un tiempo estimado de 30 días:

- ❖ Sesión 1. El alcohol y el trastorno por consumo de alcohol.
- ❖ Sesión 2. Factores de riesgo y de protección ante el consumo de alcohol en los adolescentes.
- ❖ Sesión 3. La prevención del consumo de bebidas alcohólicas.
- ❖ Sesión 4. Presión de grupo y sistema de creencias sobre el alcohol.
- ❖ Sesión 5. Relación y dialogo entre padres y adolescentes.
- ❖ Sesión 6. Autoestima y alcohol.
- ❖ Sesión 7. Consumo de alcohol antes de los 18 años.
- ❖ Sesión 8. Cierre del programa.

SESIÓN 1

Tema: El alcohol y el trastorno por consumo de alcohol.

Objetivos:

- ❖ Que los participantes se sientan bienvenidos en el programa.
- ❖ Que los participantes conozcan los principales fundamentos del concepto de alcohol y del trastorno por consumo de alcohol.



ACTIVIDAD 1

Tipo: Presentación y conocimiento del grupo (acogida).

Objetivo: Que los destinatarios puedan conocerse y recibir la bienvenida al programa.

Técnicas:

- ❖ Acogida.
- ❖ Dinámica de grupo: Adivina-Adivina.

Tiempo: 30 minutos.

Procedimiento: Se le solicita a uno de los destinatarios que piense en una persona que está dentro del grupo de participantes, los demás deben adivinar realizando preguntas como: si se refirieran a un coche, personaje famoso, un animal, entre otros, la persona debe responder con las cosas que más identifican a la persona que tiene en mente. El participante que consiga descifrar quién es la persona incógnita, deberá decir su nombre y le corresponde repetir la misma acción, hasta que todos se hayan presentado.

Evaluación: Observar la participación que tienen los destinatarios.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Evaluación pre-test adolescentes y familiares.

Objetivos:

- ❖ Conocer el nivel de percepción de riesgo del alcohol en los adolescentes.
- ❖ Conocer el funcionamiento y la autoestima familiar de los destinatarios.

Técnicas:

- ❖ Observación.
- ❖ Pruebas.
- ❖ Escala de estimación.



Tiempo: 30 minutos.

Procedimiento: Se aplicará el test de percepción de riesgos del consumo de alcohol (ESCALA BIP) a cada uno de los destinatarios adolescentes y el test de autoestima (AUT-AT), los cuales deberán responder de forma escrita y sin ayuda del moderador, en un tiempo aproximado entre 10 a 15 minutos. Por otro lado, se aplicará a las familias de igual manera el test de funcionamiento familiar (FF-SIL) y test de autoestima (AUD-AT), los cuales deberán responder de forma escrita y sin ningún tipo de ayuda por parte de los especialistas, en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

Recursos materiales:

- ❖ Test de percepción de riesgo del consumo de alcohol BIP. (ver Anexo 6).
- ❖ Test de autoestima AUD-AT. (Ver Anexo 7).
- ❖ Test de funcionamiento familiar FF-SIL. (ver Anexo 8).

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.

ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad: Exposición: Trastorno por Consumo de Alcohol.

Objetivo: Contextualización del tema del alcohol y del trastorno por consumo de alcohol.

Técnica: Psicoeducación.

Tiempo: 30 a 45 minutos.

Procedimiento: Se realiza una exposición donde primeramente se define qué es el alcohol como sustancia psicoactiva, luego se mencionan los tipos de bebidas alcohólicas y finalmente se define el trastorno por consumo de alcohol.

Recursos materiales: Presentación power point.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.



ACTIVIDAD 4

Tipo de actividad: Retroalimentación.

Objetivo: Poder valorar el nivel de comprensión que han tenido los destinatarios sobre el tema expuesto por el facilitador.

Técnica: Feedback.

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento: Se promueve el dialogo entre los usuarios del programa donde todos deben participar y responder al siguiente guion de preguntas:

1. ¿Qué es para ustedes el alcohol?
2. ¿Menciona las bebidas alcohólicas que recuerdas?
3. ¿Cómo se llama la afección que se produce por el abuso del alcohol?
4. Danos tu opinión sobre el uso del alcohol.

Evaluación:

- ❖ Observar la participación y aportación de cada destinatario.
- ❖ Observar la opinión que tienen los participantes y la forma como interpretan el tema.

Recursos materiales: Guion de preguntas (power point).

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 5

Tipo de actividad:

- ❖ Despedida y entrega de incentivos.
- ❖ Control de asistencia.

Objetivo: Contribuir a promover actitudes y conductas importantes en los adolescentes para la prevención del consumo de bebidas alcohólicas.



Técnicas:

- ❖ Reforzador positivo.
- ❖ Discurso.

Tiempo: 10 minutos.

Procedimiento: Se felicita a los destinatarios por asistir al programa y por la actitud ante la actividad y su interés con el contenido ofrecido. Se les habla de la importancia que tiene el programa de prevención para su bienestar. Y se les obsequia un juego de mesa a cada uno de los destinatarios, para fomentar actividades de disfrute y de tiempo libre saludables.

Recursos materiales:

- ❖ Juegos de mesa para cada participante.
- ❖ Registro de asistencia.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

SESIÓN 2

Tema: Factores de riesgo y de protección ante el consumo de alcohol en adolescentes.

Objetivos:

- ❖ Que los destinatarios conozcan las causas y los factores de riesgo del consumo de alcohol en la adolescencia, y sus consecuencias.
- ❖ Que los destinatarios conozcan los factores de protección del consumo de alcohol en la adolescencia.

ACTIVIDAD 1

Tipo de actividad: Acogida.

Objetivo: Dar la bienvenida a la segunda sesión del programa.

Técnica: Acogida.

Tiempo: 10 minutos.



Procedimiento: Se recibe a los destinatarios brindándole la bienvenida al programa para posteriormente iniciar la sesión.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Presentación de un video sobre las consecuencias del consumo de alcohol.

Objetivo: Dar a conocer las causas y consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas.

Técnicas:

❖ Enseñanza virtual.

❖ Psicoeducación.

Tiempo: 5 minutos.

Procedimiento: Se ofrece a los destinatarios un video explicativo sobre las consecuencias que tiene el consumo de alcohol en la adolescencia, los cuales deberán permanecer en silencio y prestar atención al contenido del material audiovisual.

Recursos materiales: Video sobre los efectos del consumo de alcohol en el organismo de los adolescentes. Fuente: Saber Mas [vídeo]. (2016).

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad: Dialogo grupal.

Objetivo: Valorar el nivel de comprensión que tienen los destinatarios sobre el tema tratado.

Técnica: Feedback.

Tiempo: 30 minutos.



Procedimiento: Se pregunta a los destinatarios sobre que les ha parecido en contenido del video, y su opinión respecto al tema. Cada uno deberá participar, siguiendo un orden y esperando su turno.

Evaluación: Observar la participación y opiniones de los participantes.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 4

Tipo de actividad: Exposición: Efectos del abuso del consumo de alcohol y los factores de riesgo.

Objetivo: Ofrecer a los destinatarios información sobre las causas y factores de riesgo del consumo de alcohol y sus efectos nocivos.

Técnica: Psicoeducación.

Tiempo 45 minutos.

Procedimiento: Se realiza una exposición donde primeramente se definen las causas y los factores de riesgo del consumo de alcohol y finalmente se habla nuevamente de los efectos, para reforzar la información del video de la actividad 1 de esta sesión.

Recursos materiales: Presentación en power point.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 5

Tipo de actividad: Dinámica de grupo: ¿Por qué bebe alcohol Lucia?

Objetivo: Promover el pensamiento crítico de los adolescentes hacia el consumo de bebidas alcohólicas e identificar alternativas al consumo de bebidas alcohólicas.

Técnica: Psicoeducación.



Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento: Se usa una caricatura de un personaje femenino descargado en internet, luego se pega en la pizarra, para que todos puedan ver y detallar. Se dice la edad de Lucia, que va al instituto (X) y que le gusta un tipo de música, etc. Seguidamente se escribe en la pizarra, que la chica bebe alcohol todos los fines de semana y que a veces se emborracha. Seguidamente cada uno de los destinatarios deberá decir por qué cree que Lucia bebe todos los fines de semana. De uno a uno y respetando los turnos deberán dar su apreciación personal. Una vez que todos hayan participado, entre el grupo deberán discutir (debate) cada una de sus opiniones (contraargumentar) de manera respetuosa con el resto del grupo. El moderador deberá intervenir siempre que se pueda, realizando preguntas sobre posibles alternativas a la conducta de ingesta de alcohol.

Evaluación:

- ❖ Observar la participación y opiniones de los destinatarios.
- ❖ Observar el sentido crítico y reflexivo que poseen ante el tema.

Recursos materiales:

- ❖ Caricatura impresa de un personaje femenino descargado en internet.
- ❖ Pizarra acrílica.
- ❖ Rotulador para pizarra acrílica.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 6

Tipo de actividades:

- ❖ Despedida y motivación.
- ❖ Control de asistencia.

Objetivo: Motivar a los destinatarios para la próxima asistencia al programa.

Técnica: Discurso.

Tiempo: 10 minutos.



Procedimiento: Se felicita a los destinatarios por asistir al programa y por la actitud ante las actividades realizadas y sobre la importancia que este tiene para el bienestar de todos.

Recursos materiales: Registro de asistencia.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

SESIÓN 3

Tema: La prevención del consumo de bebidas alcohólicas.

Objetivo: Que los destinatarios hagan una reflexión sobre la importancia ante la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes.

ACTIVIDAD 1

Tipo de actividades:

- ❖ Presentación de un video sobre una campaña de prevención del consumo de alcohol en los jóvenes.

Objetivos:

- ❖ Brindarles la bienvenida a los destinatarios a una sesión más del programa para que se sientan a gusto.
- ❖ Dar a conocer a los destinatarios los efectos nocivos del consumo de bebidas alcohólicas mediante un contenido audiovisual.

Técnicas:

- ❖ Acogida.
- ❖ Psicoeducación.

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento: Se ofrece a los destinatarios un vídeo sobre una campaña de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes, los cuales deberán estar atentos al contenido del material, para luego realizar un debate guiado por los especialistas en el tema quienes aclararán las dudas existentes en los usuarios del programa. El material que se va a



proyectar ha sido analizado previamente y teniendo en cuenta las características de los destinatarios. Antes de comenzar la actividad se realiza una breve reseña de la ficha técnica del contenido, con el objetivo de nutrir su cultura general.

Recursos materiales: Video sobre una campaña de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes. Fuente: Educacciontv (2017).

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Video-debate.

Objetivos:

- ❖ Valorar el nivel de comprensión de los destinatarios sobre el tema tratado en el video anterior.
- ❖ Promover el sentido crítico en los destinatarios ante la prevención del consumo de bebidas y uso de alternativas.

Técnicas:

- ❖ Debate.
- ❖ Feedback.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento: Se pide a los participantes que formen equipos de tres personas, cada grupo tendrá un vocal, quien será el encargado de dar las conclusiones del grupo (puede usar lápiz grafito y folio para hacer apuntes). Una vez conformados los equipos, se ofrece a los participantes un guion de preguntas para reflexionar sobre el video, los cuales deberán responder de uno en uno. Una vez terminada la reflexión, se da inicio al debate donde el moderador o facilitador mediante un guion de preguntas (tema del video) solicita a los destinatarios que analicen cada uno de los argumentos que se van a presentar. El facilitador dice el primer argumento, cada grupo lo analizará y cuando cualquiera de los grupos tenga la respuesta que considere adecuada, la debe compartir con el público pidiendo su turno.



Seguidamente otro equipo aportará el contraargumento y finalmente el facilitar aportará la respuesta al contraargumento.

Evaluación:

- ❖ Se observa la participación y los argumentos que ofrecen los destinatarios al respecto de cada contenido.
- ❖ Se observa el sentido crítico y reflexivo sobre la temática.

Guía de preguntas para la reflexión del video:

1. ¿De qué trata el video?
2. ¿Cómo lo relacionarían con el tema?
3. ¿Qué opinas de la iniciativa de prevención que tienen esas personas?
4. Danos una idea de cómo prevenir el consumo de bebidas en la adolescencia.

Guía de argumentos:

1. Un gran porcentaje de los jóvenes a temprana edad consumen bebidas alcohólicas.
2. Las bebidas alcohólicas tienen efectos nocivos para la salud.
3. Los jóvenes tienen más riesgos que los adultos ante los efectos del consumo de alcohol.
4. El trastorno por consumo de alcohol en la población adolescente es una problemática que se puede prevenir.

Recursos materiales:

- Guion de argumentos (power pont).
- Folios de color blanco y lápiz grafito.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad: Lista de alternativas ante consumo de alcohol.

Objetivo: Identificar las alternativas que existen ante el consumo de bebidas alcohólicas.



Técnicas:

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Estimulación del sentido crítico y reflexivo.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento: Se recomienda a los destinatarios que piensen en las alternativas que existen ante el consumo de bebidas alcohólicas y las escriban en un folio, se pueden reunir en equipos de tres personas. Luego cada grupo debe compartir las listas que han desarrollado y si surgen dudas al respecto el facilitador deberá estar atento para responder a las posibles inquietudes, pero sin influir en las respuestas que los destinatarios deben aportar.

Evaluación: Observar la participación y opiniones de los participantes.

Recursos materiales:

- ❖ Folio de color blanco-
- ❖ Lápiz de grafito.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 4

Tipo de actividad: Leo y aprendo.

Objetivos:

- ❖ Identificar las alternativas existentes ante el consumo de bebidas alcohólicas, mediante recursos literarios.
- ❖ Fomentar la lectura y el dialogo en los jóvenes sobre contenidos interesantes para su bienestar y salud.
- ❖ Promover actividades recreativas y de uso de tiempo libre.

Técnicas:

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Lectura.



- ❖ Análisis e interpretación.
- ❖ Dialogo libre.
- ❖ Tareas para casa.
- ❖ Resolución de problemas y toma de decisiones.

Tiempo: 30 minutos.

Procedimiento: Se ofrece a los destinatarios los siguientes temas para leer:

- ❖ Ocio alternativo saludable ante consumo de alcohol.
- ❖ Ocio y tiempo libre en la sociedad actual.
- ❖ Recursos y espacios de tiempo libre.
- ❖ El juego y la actividad lúdica recreativa.
- ❖ El tiempo libre en medio natural.
- ❖ Actividades recreativas de tiempo libre basadas en la animación, la expresión plástica y talleres recreativos.
- ❖ Actividad recreativa de tiempo libre basada en la animación, la expresión plástica y el juego teatral.

Se debe ir rotando a los destinatarios con el objetivo de que todos participen en la lectura. Al finalizar se conversa sobre lo que les ha parecido los contenidos y lo que más les ha gustado de las alternativas, mediante un dialogo libre entre los destinatarios. Finalmente se propone a los destinatarios, que realicen en casa una de las actividades mencionadas en el contenido literario, donde ellos deberán seleccionar la que más le guste y en la siguiente sesión, deberá compartir su experiencia.

Evaluación:

- ❖ Observar la participación y opiniones de los destinatarios.
- ❖ Observar las técnicas de resolución de problemas y toma de decisiones para escoger la actividad y el espacio donde realizarla.
- ❖ Observar la satisfacción de los destinatarios ante las actividades realizadas.

Recursos materiales:

- ❖ 1 E-book.



- ❖ Libro: Actividades de ocio y tiempo libre (González y Tempano, 2018, p.p. 4-29-63-93-123-189-215).

Lugar: Patio central de la institución.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 5

Tipo de actividades:

- ❖ Despedida y motivación.
- ❖ Control de asistencia.

Objetivo: Motivar a los destinatarios para la próxima asistencia al programa.

Técnica: Discurso.

Tiempo: 10 minutos.

Procedimiento: Se felicita a los destinatarios por asistir al programa y por la actitud ante las actividades realizadas y sobre la importancia que este tiene para el bienestar de todos.

Recursos materiales: Registro de asistencia.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.

SESIÓN 4

Tema: Presión de grupo y sistema de creencias sobre el alcohol.

Objetivo: Que los destinatarios reflexionen sobre la presión que hay en los grupos y su sistema de creencias.

ACTIVIDAD 1

Tipo de actividad:

- Bienvenida a la sesión.
- Juego: ¿falso o verdadero?



Objetivo: Que los destinatarios reflexionen sobre la presión que hay en los grupos y su sistema de creencias.

Técnicas:

- ❖ Acogida.
- ❖ Juego.
- ❖ Resolución de problemas.

Tiempo: 1 hora a 1 hora y 30 minutos.

Procedimiento: Luego de darle la bienvenida los destinatarios, se procede a realizar la dinámica, para ellos se colocan 9 folios de color blanco en el suelo en línea recta, los cuales deberán estar enumeradas y con separación de 5 metros o pasos, con números visibles y ocupando toda la hoja. Una vez enumerados cada uno de los folios, en el folio donde hemos escrito el número 1, se pone la palabra super falso, en la 9 la palabra super verdadero y en la 5 la palabra PIN PONG. Todos estos folios hacen una representación de una escala de verdad. El Folio 1 es un falso terminante; el número 2 es un falso, pero con algo de verdad de lo que se argumenta; el número 3 es falso, pero hay parte de verdad y así hasta llegar al número 9 que es la verdad contundente.

Para comenzar la actividad se debe hacer una fila justamente delante del número 1. Se le explica al grupo que mediante una serie de frases que será leída (ver Anexo 10) deberán situarse donde consideren que sea verdad o mentira. Deben dar 5 pasos hasta cada punto donde están los números, hasta llegar al 9 (se usa un protocolo para el registro de resultados, ver Anexo 11). Después que se lean todas las frases y hayan escogido cada uno un lugar de la escala se procede a hacer un debate sobre cada una de las frases, esto se puede hacer desde el punto donde se encuentran o haciendo un círculo. Es importante que el facilitador los invite a cuestionar las verdades determinantes y las verdades contundentes y que permita poder plantear los problemas que tienen las personas para posicionarse contra las opiniones de los demás. Hay que hacer hincapié en la influencia que ejerce la presión tienen los grupos en la actitud, las percepciones y en la conducta de las personas (por ejemplo, una norma del grupo: si no bebes una cerveza, eres un aburrido).



Evaluación: Observar la participación de los destinatarios, sus opiniones y la manera de hacer cuestionamientos sobre el tema.

Recursos materiales:

- ❖ 9 folios de papel de color blanco.
- ❖ Rotuladores de colores.
- ❖ Contenido de verdadero o falso relacionados con el alcohol para trabajar con el grupo.
- ❖ Listado con los nombres de los participantes.

Lugar: Parque público al aire libre.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Retroalimentación.

Objetivo: Que los destinatarios puedan reforzar sus conocimientos por medio del dialogo compartido por el grupo.

Técnica: Feedback.

Tiempo: 15 a 30 minutos.

Procedimiento: Se pide a los destinatarios una vez concluida la actividad anterior, que formen un círculo y que cada persona vaya aportando su opinión respecto a la actividad realizada, sobre cómo se sintió, que le ha parecido y que aportación puede dar al respecto del tema como conclusión. “En este espacio se puede conversar sobre la actividad de tiempo de ocio que fueron recomendadas para la casa en la sesión anterior, y si es de su agrado pueden realizar una demostración de la actividad realizada en casa (solo para el que lo desee).”

Evaluación:

- ❖ Se observa la participación y las opiniones de los destinatarios respecto al tema tratado.
- ❖ Se observa las alternativas de ocio y tiempo libre que fueron realizadas por los destinatarios.
- ❖ Se observa la receptividad y disposición ante las actividades realizadas.



Lugar: Parque público al aire libre.

Destinatario: Adolescentes.

ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad: Despedida y control de asistencia.

Objetivo: Contribuir a promover actitudes y conductas importantes para la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes.

Técnicas:

- ❖ Reforzador positivo.
- ❖ Discurso.

Tiempo: 10 minutos.

Lugar: Parque público al aire libre.

SESIÓN 5

Tema: Relación y dialogo entre padres y adolescentes.

Objetivo: Que las familias puedan desarrollar la habilidad para la relación y el dialogo con sus hijos y viceversa.

ACTIVIDAD 1

Tipo de actividad: Como él.

Objetivo: Acogida y toma de contacto con los adolescentes y familiares.

Técnicas:

- ❖ Acogida.
- ❖ Dinámica de grupo.

Tiempo: 15 minutos.

Procedimiento: El facilitador les pide a los destinatarios que pongan el brazo por encima del hombro de su padre o tutor y viceversa, para formar parejas. Cada pareja deberá pensar en una



forma de presentar a su padre/ tutor o hijo/a ante el grupo, pero asociando su nombre a algo que se le parezca de forma creativa, ejemplo: Clara como el agua, Libre como el viento, entre otros. Los grupos deberán motivar con aplausos y elogios a las parejas que tengan más creatividad y a las que les guste más.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.

ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Tengo un tesoro y no lo veo.

Objetivos:

- ❖ Explicar a los destinatarios, padres y tutores sobre la importancia de mejorar el dialogo en la familia.
- ❖ Ofrecer estrategias para mantener un adecuado dialogo familia.

Técnicas:

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Exposición breve de las estrategias de comunicación asertiva.
- ❖ Dinámica de grupo.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento: Se comienza la actividad hablando sobre las estrategias de comunicación asertiva, útiles para el adecuado funcionamiento familiar. Luego se procede a hacer una reflexión sobre el tesoro que tienen dentro de sí, el cual es la posibilidad de mejorar el dialogo y la convivencia familiar. Todos los días se tiene esa posibilidad, pero no la vemos y por esa razón no la aprovechamos. Suceden situaciones muy complicadas en nuestras familias y muchas veces no poseemos las herramientas adecuadas para afrontarlas, es por esa razón que el día de hoy vamos a aprender a comunicarnos en situaciones excepcionales:

- ❖ Caso excepcional:

Los padres llegan a casa después de una larga jornada de trabajo, se sienten muy cansados y todo en casa está fuera de lugar. Hay desorden por toda la casa, ropa y zapato en el



salón y la bajilla sucia. En la habitación están los dos hijos adolescentes jugando a los videos juegos con dos amigos más y no paran de hacer escándalo. La madre agobiada por todas las tareas del hogar y levantando la voz pide a los hijos que dejen de hacer tanto ruido, porque pueden molestar a los vecinos. El hijo se niega a obedecer y continúan con la misma actitud.

❖ Pregunta:

¿Cómo procederían ante esta situación?

Los padres deberán aportar sus opiniones al respecto, y al mismo tiempo se debe fomentar el debate entre el grupo. Los adolescentes deben permanecer en silencio, escuchar y esperar su turno. Una vez que los padres hayan realizado el debate. Se repite la misma acción con los adolescentes. Mientras los padres guardan silencio y escuchan las opiniones de los adolescentes. Las normas se deben cumplir para poder llevar a cabo la actividad adecuadamente.

❖ Breve exposición del siguiente contenido:

1. Etimología de la palabra dialogo.
2. Contextualización de concepto.
3. Requisitos para llevar a cabo un dialogo adecuado.
4. Estrategias para una comunicación asertiva.
5. Tipos de comunicadores.

Evaluación:

- ❖ Observar la participación y las opiniones de los familiares y de los adolescentes.
- ❖ Observar la forma que tienen las familias para dialogar e interactuar.

Recursos materiales:

- ❖ Presentación en power point.
- ❖ Lamina de presentación de caso excepcional en power point.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.



ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad: Adolescentes sin alcohol.

Objetivos:

- ❖ Educar, informar y prevenir a los adolescentes y a las familias sobre el consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas.
- ❖ Entrenar al grupo en habilidades comunicativas, de afrontamiento a los factores de riesgo.
- ❖ Fomentar la adecuada relación y la autoestima familiares.

Técnicas:

- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Role-playing.
- ❖ Feedback.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento: Por medio de una presentación en power point se ofrece a los padres el siguiente contenido:

- ❖ El alcohol y las consecuencias del consumo en edades tempranas.
- ❖ La amistad y el entorno en los adolescentes.
- ❖ Posición clara ante las bebidas alcohólicas.
- ❖ Establecimiento de normas y límites ante el consumo de alcohol.
- ❖ Accesibilidad de las bebidas alcohólicas en los jóvenes.
- ❖ Leyes que protegen a los menores.
- ❖ Vínculos afectivos con los hijos y fortalecimiento de autoestima.
- ❖ Aprender a decir no y establecimiento de límites ante conductas nada saludables.
- ❖ Actividades positivas en tiempo libre.
- ❖ Establecimiento de pautas de consumo.
- ❖ Información de la mano de especialistas y fuentes fidedignas.
- ❖ Participación en actividades preventivas.



Seguidamente se promueve un role-playing, donde cada adolescente con su respectivo padre o tutor, deberán hacer una simulación de un tema en específicos. Los temas serán analizados y seleccionados por los participantes de acuerdo con la temática ofrecida (guiados por el facilitador) como: la presión de grupos, establecimiento de milites ante el consumo, etc. Luego se deberán elegir los roles que estarán en el juego, donde es importante gestionar las personalidades distintas (pacientes e impacientes, tolerantes, poco tolerantes, permisivos, poco permisivos, afectuosos, poco afectuosos, comunicativos, poco comunicativos, asertivos, pocos asertivos...). Una vez terminada la simulación, cada uno deberá compartir su experiencia con el resto del grupo.

Evaluación:

- ❖ Observar la participación y opiniones de cada uno de los destinatarios.
- ❖ Observar las competencias que han logrado desarrollar gracias al role-playing.

Recursos materiales: Presentación en power point.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y Familiares.

ACTIVIDAD 4

Tipo de actividad: Despedida y control de asistencia.

Objetivo: Motivar a los destinatarios a la continuación el programa de prevención.

Técnica: Discurso.

Tiempo: 10 minutos.

Procedimiento: Se felicita a los destinatarios por su participación y receptividad en las actividades realizadas y se les habla de la importancia que tiene en participar en actividades en materia de prevención para adquirir conocimientos y habilidades para la prevención de problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Recursos materiales: Registro de asistencia.

Lugar: Aula de actividades.



Destinatarios: Adolescentes y Familiares.

SESIÓN 6

Tema: Autoestima y el alcohol.

Objetivos:

- ❖ Que los destinatarios conozcan la importancia que tiene la autoestima y la relación con el consumo de bebidas alcohólicas.
- ❖ Que los destinatarios perciban aspectos positivos en su personalidad y modificar creencia errónea que puedan tener en su autoconcepto.
- ❖ Que los destinatarios puedan conocer la importancia que tiene la autoestima como factor de protección del consumo de bebidas alcohólicas.

ACTIVIDAD 1

Tipo de actividad: La caja del tesoro.

Objetivo: Mejorar el autoconcepto y la autoestima de los adolescentes.

Técnicas:

- ❖ Acogida.
- ❖ Dinámica de grupo.
- ❖ Reestructuración cognitiva.

Tiempo: 45 minutos.

Procedimiento: Se debe esconder en una caja un espejo y se explica a los participantes que dentro hay un tesoro único e irrepetible (con la intención de generar expectativa). Seguidamente los usuarios deberán abrir la caja, haciéndolo de uno en uno hasta que todos alcancen a hacerlo y sin decir a nadie que tesoro contiene la caja. Cuando todos hayan visto el tesoro, el facilitador les pedirá que digan en voz alto el tesoro que han visto dentro de la caja. (Se han visto a ellos mismo reflejados en el espejo, son el tesoro más valioso que tienen) se



promueve la reflexión para hacerles comprender el valor que tienen como persona o seres humanos únicos.

Luego se le pide que escriban en un folio una lista de esas cosas que los hace únicos e irrepetibles, maravillosos y especiales (cualidades, virtudes,..) y otra sobre los aspectos que no les gusta sobre su personalidad, para ello es necesario la guía del facilitador, pues muchas veces puede resultar complicado identificar estos elementos, y puede que sea necesario usar algunas estrategias adicionales, como (párate frente al espejo, si fueras un animal ¿cuál serías?, imagínate a ti mismo, entre otros).

Es importante que el facilitador converse con cada uno de los destinatarios sobre las dos listas, y en la lista de elementos positivos reforzar todo lo favorable que existe en ellos y en los negativos, intentar modificar esas posibles creencias que tienen en su autoconcepto, e intentar de igual manera la aceptación de algunos elementos que no se pueden cambiar, pero que simplemente los hace únicos. Finalmente, el especialista debe fomentar el reconocimiento de los aspectos positivos en lo personal, donde deberá felicitar y motivar a los destinatarios a mantener esta postura siempre que sea necesario para garantizar la confianza en sí mismos.

La actividad concluye con una breve exposición sobre la importancia de la autoestima como factor de protección ante el abuso de bebidas alcohólicas en edades tempranas.

Evaluación: Observar la participación y las opiniones que tienen los destinatarios sobre su autoconcepto.

Recursos materiales:

- ❖ Caja de zapatos de 34 x 23 x 11 cm y espejo de 20 x 20cm.
- ❖ Folio de color blanco.
- ❖ Lápiz de grafito.
- ❖ Presentación en power point.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.



ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Actividad artística. Clasificada en dos tendencias:

1. Las bidimensionales (dibujo, pintura y el collage).
2. Las tridimensionales (modelado y escultura).

Objetivos:

- ❖ Afianzar el reconocimiento de los aspectos físicos y emocionales de los adolescentes como principio para el fortalecimiento de su autoestima.
- ❖ Que los destinatarios, por medio de la creatividad puedan conocerse mejor, a través de la obra que crea y sentirse realizado y capaz de plasmar en un folio sus imágenes y los sentimientos que reposan en su interior.
- ❖ Ofrecer a los destinatarios un espacio donde puedan expresarse mediante la actividad artística y hacer lo que les guste.
- ❖ Promover el disfrute y actividades recreativas y de tiempo de ocio.

Técnica: Expresión artística como estrategia didáctica para el fortalecimiento de la autoestima.

Tiempo: 1 hora.

Procedimiento: Según Vygotsky, el arte está asociado con la capacidad que tienen los seres humanos para crear y expresar por medio de distintas maneras el lenguaje, las emociones y sentimientos. Pero también favorece al conocimiento e interpretación de su entorno, y por su puesto para su transformación, según el autor. Es por esta razón que se propone en esta actividad el desarrollo de manifestaciones artísticas (artes plásticas), siendo esta una de las más utilizadas por los profesionales en edades tempranas, como terapia (arte terapia) de sanación, de estimulación de autoestima, etc. En este caso se usará para la estimulación de la autoestima.

Se ofrece a los destinatarios un tiempo y un espacio donde puedan expresarse con libertad y hacer los que más les guste en las artes plásticas. Se aportan ideas y recursos para fomentar la creatividad y participación. Los facilitadores no deben intervenir, es decir no deben influir en el proceso creativo de los destinatarios, simplemente dejarlos fluir en libertad.

Evaluación: Observar la participación de los destinatarios en el desarrollo de sus expresiones artísticas.



Recursos materiales:

- ❖ Folios de color blanco.
- ❖ Pinturas de colores.
- ❖ Temperas o acuarelas.
- ❖ Lápices de grafito.
- ❖ Papel de seda.
- ❖ Pegamento.
- ❖ Tijeras punta roma.
- ❖ Plastilina.
- ❖ Masa flexible.
- ❖ Materiales de reciclaje.
- ❖ Etcétera.

Lugar: Aula de actividades.

ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad: Despedida y control de asistencia.

Objetivo: Incentivar a los destinatarios a continuar culminar en el programa de manera satisfactoria.

Técnica: Discurso.

Tiempo: 10 minutos.

Procedimiento: Se felicita a los destinatarios por su participación y receptividad en las actividades realizadas y se invita a continuar dentro del programa de prevención hasta culminar las actividades propuestas, y se menciona la importancia que este tiene para su bienestar.

Recursos materiales: Registro de asistencia.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes.



SESIÓN 7

Tema: Consumo de alcohol antes de los 18 años.

Objetivos:

- ❖ Que los destinatarios puedan cambiar las creencias erróneas que tienen hacia el consumo de bebidas alcohólicas.
- ❖ Sensibilizar a los destinatarios sobre la importancia del no consumo de alcohol en edades tempranas.
- ❖ Que los destinatarios puedan reforzar los conocimientos previos adquiridos relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

ACTIVIDAD 1

Tipo de actividad: Bienvenida.

Objetivo: Brindar la bienvenida a los destinatarios y motivarlos a terminar las sesiones.

Técnica: Acogida.

Tiempo: 10 minutos.

Procedimiento: Se ofrece la bienvenida a los destinatarios para hacerlos sentir a gusto en un espacio único para ellos.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Familiares.

ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Sopa de letras.

Objetivo: Analizar los conocimientos, intereses y creencias del grupo con relación al consumo.

Técnicas:

- ❖ El juego.



- ❖ Feedback.
- ❖ Psicoeducación.
- ❖ Modificar las creencias.

Tiempo: 50 minutos a 1 hora.

Procedimiento: El facilitador entrega a cada participante una ficha o tabla (ver Anexo 12) donde se recoge la representación de lo que tiene que hacer (crear una sopa de letras). La sopa de letras debe estar relacionada con el tema del consumo de alcohol. Para ellos deberán hacer una lista de las palabras que consideran asociadas al tema, las cuales deberán poner de manera vertical y horizontal. Se debe poner un título a la sopa de letras antes de empezar, además se debe configurar el tamaño que deseemos darle (un máximo de 20 y un mínimo de 10). Lo siguiente que deberán hacer es agregar todas las palabras y una vez ubicadas, se rellenan los espacios vacíos con distintas letras, para ocultar las palabras.

Cada uno de los participantes deberá crear una ficha y entregarla a otro compañero para que juegue con su ficha y así sucesivamente hasta que todos participen. Al finalizar, deberán compartir su experiencia con el grupo y hablar de cada una de las palabras que han usado, donde el facilitador deberá intervenir si aparece alguna creencia errónea respecto al consumo de alcohol e intentar modificarlas, para ello deberá hacerlo individualmente a pesar de que el grupo sea espectador, intentando cambiar cada creencia errónea por una que es adecuada. Si por casualidad no llegarán a aparecer creencias erróneas, el facilitador deberá dar ejemplos sobre algunas percepciones erróneas del consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia y por supuesto indicar las percepciones más adaptativas por cada una de las mencionadas. Algunos ejemplos de temáticas se muestran a continuación:

- ❖ Tipos de alcoholes.
- ❖ Consecuencias del abuso del alcohol.
- ❖ Efectos del consumo de bebidas alcohólicas.

Evaluación: Observar las creencias que poseen los destinatarios relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas.

Lugar: Aula de actividades.



Recursos materiales:

- ❖ Folios de papel color blanco.
- ❖ Lápiz o bolígrafos.

Destinatarios: Familiares.

Observaciones: Esta actividad tiene un nivel de alto de dificultad, y al ser una actividad menos dirigida, es importante que el facilitador esté bien preparado en el tema de la prevención del consumo de bebidas alcohólicas, para poder utilizar las aportaciones del grupo y guiarlos ante el desarrollo de la actividad.

ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad: Yincana.

Objetivos:

- ❖ Sensibilizar a los destinatarios sobre el consumo de alcohol.
- ❖ Reafirmar los conocimientos.
- ❖ Promover la generalización del conocimiento adquirido.

Técnica: Juego.

Tiempo: 50 minutos a 1 hora.

Procedimiento: Se pide a los participantes que hagan dos equipos, los cuales llevarán nombres de marcas de cervezas. Ambos tienen que dirigirse hacia los obstáculos (10 preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y el consumo cero de alcohol) y cuando lleguen al punto deberán responder a una pregunta (obstáculo). El equipo que responda correctamente las preguntas será el equipo ganador. Al finalizar se felicita a todo el grupo por el esfuerzo y la participación.

Evaluación: Observar la participación y las respuestas que ofrecen los destinatarios.

Lugar: Patio central de la institución.

Materiales:

- ❖ Silbato.



- ❖ Banderilla.
- ❖ Folios.
- ❖ Rotuladores.
- ❖ Bolígrafos.

Destinatarios: Adolescentes.

ACTIVIDAD 4

Tipo de actividad: Despedida y control de asistencia.

Objetivo: Despedir a los destinatarios y promover la participación al cierre del programa.

Técnica: Discurso.

Tiempo: 10 minutos.

Procedimiento: Despedir a los destinatarios y motivar a asistir a la última sesión y clausura del programa.

Recursos materiales: Registro de asistencia.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.

SESIÓN 8

Tema: Cierre del programa.

Objetivos:

- ❖ Que los destinatarios puedan reforzar los conocimientos adquiridos.
- ❖ Que tengan la oportunidad de despedirse de sus compañeros y de los facilitadores.

ACTIVIDAD 1

Tipo de actividad: Bienvenida y cierre del programa.

Objetivo: Dar la bienvenida a las actividades de clausura del programa a los destinatarios.



Técnicas:

- ❖ Despedida.
- ❖ Discurso.
- ❖ Reforzador positivo.

Tiempo: 10 minutos.

Procedimiento: Brindar a los destinatarios una bienvenida a la última sesión para hacerlo sentir a gusto. Ofrece unas palabras de antesala a la despedida del programa o clausura.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.

ACTIVIDAD 2

Tipo de actividad: Sociograma: El trastorno por consumo de alcohol y las medidas para prevenirlo.

Objetivos:

- ❖ Promover la práctica y la generalización del aprendizaje.
- ❖ Promover la reflexión de los conocimientos alcanzados durante el desarrollo de las distintas actividades.

Técnicas:

- ❖ Modelado.
- ❖ Feedback.

Tiempo: 45 minutos a 1 hora.

Procedimiento: Se ofrece a los destinatarios varias representaciones de cómo llevar un dialogo adecuadamente con los hijos, de cómo estimular la autoestima, de cómo poner límites ante el consumo de bebidas alcohólica, de cómo sobrellevar la presión de los grupos y factores de riesgo en general, etc. Los destinatarios deberán formar equipos para posteriormente repetir las dramatizaciones hechas por los facilitadores y monitores colaboradores con el programa. Cada grupo tendrá un tiempo para su participación y al finalizar se realizará en conjunto una



retroalimentación, sobre cómo se han sentido, que les ha aportado la actividad y si le ha gustado.

Evaluación:

- ❖ Observar la participación y las opiniones de los destinatarios durante el desarrollo de la dramatización.
- ❖ Observar la participación y opiniones de los destinatarios durante el feedback.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.

ACTIVIDAD 3

Tipo de actividad:

- ❖ Evaluación pos-test a los adolescentes y familiares.
- ❖ Valoración del programa por parte de los destinatarios.

Objetivos:

- ❖ Conocer el nivel de percepción de riesgo del alcohol en los adolescentes luego de haber aplicado el estímulo.
- ❖ Conocer el funcionamiento y la autoestima familiar de los destinatarios luego de la intervención.
- ❖ Conocer el nivel de satisfacción que tienen los destinatarios sobre el programa, sobre las actividades realizadas y sobre el desempeño que han tenido los facilitadores.

Técnicas:

- ❖ Observación.
- ❖ Pruebas.
- ❖ Escala de estimación.

Tiempo: 30 minutos.

Procedimiento: Se aplicará el test de percepción de riesgos del consumo de alcohol (ESCALA BIP) a cada uno de los destinatarios adolescentes y el test de autoestima (AUT-AT), los cuales



deberán responder de forma escrita y sin ayuda del moderador, en un tiempo aproximado entre 10 a 15 minutos. Por otro lado, se aplicará a las familias de igual manera el test de funcionamiento familiar (FF-SIL) y test de autoestima (AUD-AT), los cuales deberán responder de forma escrita y sin ningún tipo de ayuda por parte de los especialistas, en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

Recursos materiales:

- ❖ Test de percepción de riesgo del consumo de alcohol BIP. (ver Anexo 6).
- ❖ Test de autoestima AUD-AT. (Ver Anexo 7).
- ❖ Test de funcionamiento familiar FF-SIL. (ver Anexo 8).
- ❖ Cuestionario de satisfacción del programa.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.

ACTIVIDAD 4

Tipo de actividad:

- ❖ Despedida y merienda.
- ❖ Registro de asistencia.

Objetivos:

- ❖ Agradecer a los destinatarios por su participación en el programa.
- ❖ Darles la despedida del programa y recordarles sobre el mantenimiento y la generalización de lo aprendido.
- ❖ Fomentar en los destinatarios las participaciones futuras en actividades preventivas para su bienestar físico y psicológico.

Técnicas:

- ❖ Despedida grata.
- ❖ Discurso.
- ❖ Reforzador positivo (recuerdo del programa).

Tiempo: 30 a 45 minutos.



Procedimiento: Se ofrece un sentido agradecimiento a los destinatarios por la participación y receptividad en las actividades. Se invita a poner en práctica los conocimientos adquiridos las veces que sea necesario y a continuar asistiendo a futuras actividades preventivas, tanto con la institución “Proyecto Hombre” como en otros programas que estén dirigidos al bienestar físico y psicológico de las personas. Se entrega un regalo de recuerdo del programa a cada uno de los participantes (reloj de pulsera de actividad física) por haber participado de manera comprometida con las actividades. Y finalmente se brinda una merienda para compartir en el cierre del programa.

Recursos materiales:

- ❖ Refrigerio y merienda.
- ❖ Reloj de pulsera de actividad física (regalo).
- ❖ Registro de asistencia.

Lugar: Aula de actividades.

Destinatarios: Adolescentes y familiares.

Nota: De esta manera, se concluiría con las actividades de intervención de carácter selectivo del consumo de alcohol en adolescentes hijos de padres bajo tratamiento por trastorno por consumo de alcohol, junto con sus familiares.

5.5.1 Cronograma de actuación.

Tabla 6

Temporalización de las sesiones.

TEMPORALIZACIÓN																					
SESIONES	Semana 1					Semana 2					Semana 3					Semana 4					Horas
	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	
1. El alcohol y sus consecuencias. (Evaluación Pre-Test).		X																			2
2. Factores de riesgo y de protección ante el consumo de alcohol en los adolescentes.				X																	2
3. La prevención del consumo de bebidas alcohólicas.						X															2
4. Presión de grupo y sistema de creencias.									X												2
5. Relación y dialogo entre padres y adolescentes.											X										2
6. Autoestima y el alcohol.														X							2
7. Consumo de alcohol antes de los 18 años.																X					
8. Cierre del programa. (Evaluación Pos-Test)																			X		2

Nota: Fuente: elaboración propia.

5.5.2 Recursos humanos y materiales.

Según Chiavenato (1999) los recursos humanos se pueden describir como aquellas situaciones en que las personas están involucradas en el trabajo, que usan recursos y son aquellos con los que cuenta una entidad, organización, acción o actividad para adquirir otros recursos que son de igual manera imprescindibles. Mientras que los recursos materiales son todos aquellos insumos, herramientas, maquinarias, equipos, materia prima, terrenos, edificios, oficinas, entre otros, los cuales son necesarios para llevar a cabo una labor, actividad, proceso, trabajo, etc., refiere el autor.

En este orden de ideas, y para la implementación de la presente propuesta de intervención, será necesario dentro de los recursos humanos la participación de un especialista en psicología y psicopedagogía, los cuales se encargarán de la ejecución de dicha intervención.

Con respecto a los recursos materiales tangibles e intangibles necesarios, el lugar físico donde se llevará a cabo las sesiones del programa para su ejecución será en las instalaciones de la Fundación Aldaba “Proyecto hombre” a quién está destinado dicho proyecto. En las actividades en la que fuera necesario usar material audiovisual, se usarán los materiales pertenecientes a la institución, no siendo necesario adquirirlos por otros medios. Lo que quiere decir, que los materiales indispensables para el desarrollo de las actividades son materiales de oficina (folios de color blanco, lápiz de grafito, rotuladores, etc.) y el material para la merienda que se llevará a cabo durante el cierre del programa, ver Anexo 13.



6. CONCLUSIONES

Durante este Trabajo de Fin de Máster, se ha destacado la importancia de actuar de forma temprana a través de la concientización y sensibilización social para evitar así, que los jóvenes con familias con trastornos por consumo y sus familias puedan retrasar el consumo de bebidas y por ende el abuso de esta sustancia y prevenir las posibles consecuencias que esta conducta conlleva, por medio del desarrollo de habilidades individuales para afrontar los factores de riesgo y sobre todo la presión social que induce al consumo de alcohol.

Para ello, con este trabajo se ha pretendido abordar el problema por medio de diseño de estrategias que permitan poder cambiar la percepción de riesgo del consumo y desarrollar habilidades de afrontamiento ante los factores de riesgo. De la misma manera desarrollar habilidades para mejorar el funcionamiento y la autoestima familiar en la población destinataria del programa.

Este trabajo es el resultado de la realización de una propuesta de intervención preventiva de carácter selectivo que puede utilizarse en destinatarios adolescentes entre 14 a 16 años con padres con trastorno por consumo de alcohol y en sus familiares. Es por ello, que en líneas generales se puede decir que el objetivo de este Trabajo de Fin de Máster se ha conseguido, ya que el objetivo general es diseñar una propuesta de intervención preventiva dirigida a reducir la aparición del consumo de bebidas alcohólicas en los hijos adolescentes de padres con trastorno por consumo de alcohol (TCA).

Es importante destacar el trabajo del especialista en psicopedagogía como figura de referencia a la hora de poner en marcha este tipo de propuestas de intervención, el cual mediante sus conocimientos permite centrar el estudio en situación del aprendizaje de la persona, y por otro lado colabora en la superación de las dificultades y problemas a la hora de crear estrategias psicoeducativas y en su ejecución.

La puesta en marcha de esta propuesta podría no solo beneficiar a los adolescentes directamente, sino que también a sus familiares y al entorno, ya que al ser destinatarios indirectos del programa tienen el beneficio de participar en las actividades en carácter de



prevención del consumo y poder desarrollar habilidades para mejorar tanto el funcionamiento como la autoestima familiar.

Es importante que se sigan desarrollando y aplicando propuestas de tipo preventivo del consumo de alcohol, pues a través de estas estrategias se puede reducir la prevalencia del consumo de bebidas antes de los 18 años y por supuesto de los trastornos relacionados al consumo de alcohol. Por otro lado, el desarrollo de estos programas de prevención, contribuyen a la sensibilización de la población en general sobre el no consumo de bebidas alcohólicas y por su puesto a la aparición de las consecuencias que están asociadas a ellas.

Es importante mencionar las limitaciones de la presente propuesta de intervención que se han presentado e identificado a la hora de desarrollar este trabajo, la cual ha sido la poca variedad de programas en materia de prevención selectiva del consumo de alcohol en la adolescencia existentes en las bases de datos de los diferentes medios divulgativos que usa la comunidad científica, lo que ha dificultado en gran medida poder tener más información actual de referencia al respecto. Otra limitación es que no se ha podido aplicar la intervención, y por tanto es una propuesta sin evaluar. La evaluación es importante porque permite determinar si se cumplen o no los objetivos establecidos en dicha propuesta.

En relación con los puntos fuertes de esta propuesta, el hecho de haber desarrollado una investigación e identificado una problemática existente en nuestro país, para posteriormente crear estrategias que permitan abordarla, ayuda a conocer más a fondo la realidad actual y los factores de riesgo a los que nos enfrentamos en la práctica sociosanitaria.

Para finalizar, se puede decir y como ya se ha mencionado en líneas anteriores, el Trabajo de Fin de Máster ha cumplido con los objetivos propuestos al comienzo, pero a pesar de ello existen muchas maneras de ampliarlo. A continuación, se recogen algunas sugerencias de futuro:

- ❖ Objetar la propuesta realizada, tanto con relación al diseño como a la metodología utilizada, con muestras más amplias o en contextos distintos, para considerar la coherencia de los resultados.



- ❖ Diseñar programas de formación para los profesionales de la psicopedagogía que imparten las sesiones a la población destinataria que ha sido seleccionado para este trabajo.
- ❖ Aplicar la intervención realizada a otro tipo de instituciones que también posean las mismas políticas intervencionistas ante la prevención del trastorno por consumo de alcohol, por parte de los directivos quienes afecta de manera directa la labor que lleva a cabo la organización.
- ❖ Desarrollar estudios e investigación en diferentes contextos como colegios públicos, concertados, infantil, primaria, ESO, bachillerato y de adultos, etc., dirigidos a comprender las percepciones del consumo de alcohol y las motivaciones para su prevención, por medio de vivencias, prácticas y circunstancias determinadas de las distintas tipologías de centros educativos.
- ❖ Iniciar procesos de investigación y acción en la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en edades tempranas, mediante grupos de autoformación, toma de decisiones, resolución de problemas, intercambio de ideas y experiencias o vivencias, con la finalidad de aumentar el conocimiento profesional.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcedo, M^a.A., Dema, S., Fontanil, y., Solís, P. (2014). *Estudio sobre el Consumo de Alcohol en Adolescentes y Jóvenes del Consejo de Oviedo*. Plan Municipal Sobre Drogas Del Ayuntamiento de Oviedo. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Estudio__consumo_alcohol_adolescentes_y_jovenes.pdf.
- Alonso, M., Yañez, Á., y Armendáriz, N. (2017). Funcionalidad Familiar y Consumo de Alcohol en Adolescentes de Secundaria. *Salud y Drogas*, 17(1), 87-96. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83949782009>.
- Álvarez, A. (2017). *Influencia de la Personalidad en la Gravedad de los Trastornos por Consumo de Alcohol*. [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca]. <https://gredos.usal.es/handle/10366/135712>.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. 5^a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Psychological Association [APA]. (2021). Trastorno del Consumo de alcohol y su tratamiento. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/alcohol>.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry [AACAP]. (2015). *Los Hijos de Alcohólicos*. https://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FF-Spanish/Los-Hijos-de-Alcoholicos-017.aspx.
- Apud, I., y Romaní, O. (2016). La Encrucijada de la Adicción: Distintos Modelos en el Estudio de la Drogodependencia. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 16(2), 115-125. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520005>.
- Arbex, C. (2013). *Guía Metodológica para la Implementación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada*. ADI. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4855.
- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. Cuarta Edición. Editorial Episteme.



- Asociación Española de Pediatría [A.E.P]. (25 de agosto de 2014). *Alcohol: cómo prevenir el consumo en adolescentes*. <https://enfamilia.aeped.es/prevencion/como-prevenir-consumo-alcohol-en-adolescentes>.
- Ávila, D., y Pilco, A. (2016). Tolerancia a la frustración y distorsiones cognitivas en estudiantes con consumo de alcohol. *Revista Eugenio Espejo*, 10(2), 13-22. <https://doi.org/10.37135/ee.004.01.01>.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Biolatto L. (2018). Estrategias con adolescentes para prevenir el consumo problemático de alcohol: modalidades y ámbitos de aplicación. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), 48-66. DOI: 10.17151/hpsal.2018.23.2.4.
- Bobes, J., Guardia, J., Pascual, P., y Pereiro, C. (2013). *Alcoholismo. Guía de Intervención en el Trastorno por Consumo de Alcohol*. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos (2da Edición)*. Enfoque Editorial, S.C. http://www.bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/03/Manual.de_.Trastornos.Adictivos.pdf.
- Borrás, T. (2016). Consumo de Bebidas Alcohólicas en la Adolescencia Temprana y su Atención Médica. *Archivo Argentina Pediátrico*, 114(5), 412-418. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.412>.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Saco, PM., Schaunig-Busch, I., Rut, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M., & Tomás R. (2012). Selective Prevention Programs for Children from Substance-Affected Families: A *Comprehensive Systematic Review*. *Substance Abuse Treatment, Prevention, And Policy*, 7(23), 17. doi: 10.7334/psicothema2016.275.
- Bugallo, L., Calero., y Schmidt, V. (2016). Consumo de Alcohol y su Relación con la Autopercepción Adolescente. *Salud y drogas*, 16(1),49-58. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83943611005>.
- Cava, M., Musitu, G., y Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18(3), 367-373. <https://www.uv.es/lisis/mjesus/psicothema.pdf>.



- Cava, M., Murgui, S., y Musitu, G. (2008). *Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media*. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
https://www.uv.es/lisis/mjesus/cava_psicotema.pdf.
- Chiavenato, A. (1999). *Administración de recursos humanos* (5ta Edición). Mc Graw Hill.
- Chidava, C. (2017). *Consumo de Alcohol en Menores y sus Implicaciones en la Familia*. Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia.
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5368_d_informe-alcohol_def.pdf.
- Christiansen, J. (2019). *Baja Autoestima (Cómo encontrar la tuya cuando no la tienes)*. Babelcube Inc.
- García F., y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Tea Ediciones.
- Chung, T., Creswell, K., Bachrach, R., Clark, D., y Martin, C. (2018). Consumo excesivo de alcohol entre adolescentes. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(1), 5-15.
<https://arcr.niaaa.nih.gov/binge-drinking-predictors-patterns-and-consequences/adolescent-binge-drinking>.
- Clínica Universidad de Navarra [Diccionario Médico]. (2020). *Síndrome de Abstinencia*.
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sindrome-abstinencia>.
- Comisión Global de Políticas de Drogas [CGPD]. (2019). *Clasificación de Sustancias Psicoactivas*.http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2019/06/2019Report_ESP_web.pdf.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD]. (2004). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención Escolar*. Organización de los Estados Americanos. Washington, D.C.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones-Secretaría de Salud [CONADIC-SS]. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*. Cuernavaca, Morelos. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424 Cita en texto: (CE 1978) España.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>.



- Cornellá, M., Viñas, F., Juárez, J., y Malo, S. (2020). El Riesgo de Adicción: Su Prevalencia en la Adolescencia y su Relación con la Seguridad del Apego y el Autoconcepto. *Clínica y Salud*, 31(1), 21-25. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a1>.
- Educacciontv. (2017, 30 de junio). *Jóvenes y alcohol: no, gracias* [video]. You Tube. <https://www.youtube.com/watch?v=i5woTaEmHY0>.
- Escobar, J., y Uribe, M. (2014). *Avances de la Psiquiatría desde un Modelo Biopsicosocial*. Ediciones Uniandes.
- Espada, S., Fernández, F., y Laporte, M. (2012). Modelo Integrador para las Personas con Adicción a Sustancias Psicoactivas. *Revista Española de Drogodependencia*, 37(4), 449-460. <https://roderic.uv.es/handle/10550/47595>.
- Estévez, E., Martínez, B., y Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: la perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15(2), 223-232. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000200007.
- Ferrett, H., Careya, P., Thomas, T., Tapert, S., & Feind, G. (2010). Neuropsychological performance of South African treatment-naïve adolescents with alcohol dependence. *Drug Alcohol Dependence*, 110(1-2), 8-14. <http://nbresearch.com/PDF/2010/Ferrett2010.pdf>.
- Fernández, H., y Fernández, J. (2017). Terapia Cognitivo Conductual Integrativa. *Revista de Psicología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. <http://revistas.uned.es/index.php/rppc>.
- Florenzano, R., Echeverría, Á., Sieverson, C., Barr, M., y Fernández, M.Á. (2016). El impacto del alcohol en los niños y las familias: resultados de una encuesta de población. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(3), 162-168. DOI: 10.1016/j.rchipe.2015.06.020.
- García, L., Expósito, J., Sanhueza, C., y Angulo, M^a.T. (2008). Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Adicciones*, 20(3), 271-218. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.269>.
- García del Castillo, J. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y Drogas*, 15(1), 5-14. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758001.pdf>.



- García, J.M., García, M., y Rivera, S. (2015). Potencial resiliente en familias con adolescentes que consumen y no consumen alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 18 (2), 163-172. DOI: 10.14718/ACP.2015.18.2.1.
- Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D.R., Williams A.J., Kingsland, M., Hodder, R.K., Stockings, E., McFadyen, T.R., Tindall, J., Sherker, S., Rae, J., & Wiggers, J. (2019). Family-based prevention programmes for alcohol use in young people. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*, Número 3. arte. N.º: CD012287. DOI: 10.1002/14651858.CD012287.pub2.
- González, F., y Temprano, R. (2018). *Actividades de Ocio y Tiempo Libre*. Paraninfos S.A.
- Gordon, R. (1974). Una clasificación operativa de la prevención de enfermedades. *Public Health Reports (Washington, D.C., 98(2), 107-109*. <https://europepmc.org/article/PMC/1424415>.
- Guevara, I., y Urchaga, J. (2018). Satisfacción Vital y Relaciones Familiares y con Iguales en la Adolescencia. *Cauriensia*, 13, 243-258. Doi: <https://doi.org/10.17398/2340-4256.13.243>.
- Haverfield, M. C., & Theiss, J. A. (2017). Parental communication of responsiveness and control as predictors of adolescents emotional and behavioral resilience in families with alcoholic versus nonalcoholic parents. *Human and Community Research*, 43(2), 214-236. <https://doi.org/10.1111/hcre.12102>.
- Hernández, E., Orozco, I., y Ríos, J. (2017). Estado del Arte sobre el Diseño, Análisis y Evaluación de Políticas de Reducción de daño por Consumo de Sustancias Psicoactivas, en Europa y América entre 2003 A 2013. *Salud y drogas*, 17(2),5-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83952052001>.
- Hernández, E., Calixto, M., y Álvarez, A. (2018). Intervenciones para disminuir el consumo de alcohol en adolescentes: Una revisión sistemática. *Enfermería Global*, 17(1), 529-539. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/1695-6141-eg-17-49-00529.pdf>.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos [N.I.D.A]. (25 de mayo de 2020). *¿Cuáles son los Factores de Riesgo y Cuáles son los Factores de Protección?*.



<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>.

Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo [NIAAA]. (2004) El consejo de NIAAA aprueba la definición de consumo excesivo de alcohol. *NIAAA Newsletter*, 3:3. https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf.

Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo [N.I.A.A.A.]. (De mayo de 2021a). *Consumo de alcohol entre los menores de edad*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/binge-drinking>.

Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo [N.I.A.A.A.]. (De mayo de 2021b). *Comprensión del Trastorno por Consumo de Alcohol*. https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Alcohol_Use_Disorder_Spanish.pdf.

Jiménez, T., Musitu, G., Ramos, M.J., & Murgui, S. (2009). Community involvement and victimization at school: An analysis through family, personal and social adjustment. *Journal of Community Psychology*, 37 (8), 959-974. Doi: 10.1002/jcop.20342.

Jiménez, T., Murgui, S., y Musitu, G. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 139-151. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780110>.

Knight, J., Shrier, L., Bravender, T., Farrell, M., Vander Bilt, J. & Shaffer, H. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 591-596. doi:10.1001/archpedi.153.6.591.

Knight, J., Sherritt, L., Shrier, L., Harris, S., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test among adolescent clinical patients. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 607-614. doi:10.1001/archpedi.156.6.607.

Kumpfer, K., Fenollar, J., y Jubani, C. (2013). Una Intervención Eficaz de Mejora de las Habilidades Familiares para la Prevención de Problemas de Salud en Hijos de Personas con Adicción al Alcohol y las Drogas. *Revista Interuniversitaria*, 21, 85-108.



- <https://gedos.usal.es/bitstream/handle/10366/140104/37067-116833-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Malacari, S (2010). Nuevas formas de consumo. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-031/273>.
- Marín, M., Arias, F., López, J., y Rubio, G. (2019). Trastornos por Consumo de Alcohol. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4993-5003. <https://doi.org/10.1016/J.Med.2019.09.004>.
- Martín, A. (2014). Farmacología y Toxicología del Alcohol Etílico, o Etanol. *Real Academia Médica y Cirugía de Valladolid*, 51, 242-248. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5361614>.
- Martínez, L., y Mintegi, S. (2020). Intoxicaciones. *Asociación Española de Urgencias Pediátricas*, 1:321-338. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/25_intoxicaciones.pdf.
- Martínez, E., Sierra, D., Jaimes, J., y Claro. (2011). Evaluación de un programa de prevención del consumo de alcohol en niños de estratos económicos bajos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(2), 127-143. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815138>.
- Méndez, M., De Jesús, M., Alonso, M., Uribe, J., y Armendáriz, N. (2015). Relación de Percepción de Riesgo y Consumo de Alcohol en Adolescentes. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 11(3),161-167. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80342807007>.
- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar, A. M., Richaud de Minzi, M. C., y Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1263-1275. <https://core.ac.uk/download/pdf/158838779.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2021). ¿Sabías Qué? [El consumo de alcohol en menores]. <https://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas11/alcoholenmenoresnoesnormal/sabias.html>.



- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017/2024). *Estrategia Nacional Sobre Adicciones*.
https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N. ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf.
- Morales, M., Benitez, M., y Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de zona rural. *Revista electrónica de investigación educativa*, 15(3), 98-113. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412013000300007.
- Mosqueda, A., y Carvalho, F. (2011). Factores protectores y de riesgo familiar relacionado al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 19, 789-795. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700017>.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M., y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., Suárez, C., Del Moral, G., y Villarreal, M.E. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes: el consumo en la familia y amigos. *Revista Búsqueda*, 14, 45-61. <https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/4378/58-109-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2013). Alcohol. Recuperado de: http://www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/Alcohol10_Sp.pdf.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment. A research-Based Guide* (3rd ed.). NIH Publication.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (1 de junio de 2020). *Terapia Cognitivo Conductual (Alcohol, Marihuana, Cocaína, Metanfetamina, Nicotina)*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drogadiccion/terapias-de-la-conducta/terapia-cognitivo-conductual>.
- Navarrete, B., y Secín, R. (2018). Generalidades del Trastorno por Consumo de Alcohol. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(1), 47-53. <https://www.medigraphic.com/newMedi/buscar/buscador.php>.



- Lacopetti, C., Londi, I., & Patussi, V., & Cosci, F. (2021). Family climate in children living with parents who harmfully consume alcohol. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1-7. <https://doi.org/10.1002/cpp.2562>.
- Lazcano, J. (2020). Inicio del Consumo de Alcohol en Estudiantes de Guadalajara; Un Análisis desde el Modelo Ecológico. *Redes. Revista de Psicoperapia Relacional E Intervenciones Sociales*, 0(41), 73-88. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/issue/view/32>. Recuerda el volumen no encontrado.
- Lerma, J., Steinebach, P., Carvajal, F., Ulloa, V., Cid, C., y Langer, Á. (2015). Factores de Riesgo Asociados al Consumo Problemático de Alcohol en La Adolescencia: El Rol Preventivo de Mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 7(1), 57-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.25115/psye.v7i1.540>.
- Ley 5/2018, de 3 de mayo, de la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la infancia y adolescencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 88, de 8 de mayo de 2018, pp. 54447 a 54570. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-6941.
- Lima, M., Martínez, J., Guerra, M^a., Vargas, A., y Lima, J. (2018). Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 68-71. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.016>.
- López, E., Sánchez, I., Rivera, F., y Moreno, C. (2021). Tendencias En El Consumo De Alcohol En Adolescentes Escolarizados En España (2010-2018). *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.011>.
- López, S., y Rodríguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. <http://www.psicothema.com/pdf/3768.pdf>.
- Lucas, G. (2014). *Factores de Riesgo y de Protección del Consumo de Drogas en Menores Protegidos de la Comunidad de Madrid*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense De Madrid]. <https://Eprints.Ucm.Es/24522/1/T35211>.
- Lundbeck. (28 de enero de 2016). *I Estudio Lundbeck: Percepción y Conocimiento del Alcoholismo en España*. <https://psiquiatria.com/lundbeck/el-17-de-la-poblacion-espanola-realiza-un-consumo-de-alcohol-de-riesgo-y-solo-el-1-3-lo-percibe-como-alto/>.



- Obradors, N., Ariza, C., y Muntanere, M. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria*, 28 (5), 381-385. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.004>.
- Observatorio Español de Drogas [OEDA]. (2021). Plan Nacional Sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>.
- Olmos, C. (2012). *El Consumo de Drogas en Adolescentes: Factores de Riesgo y de Protección al Inicio del Consumo*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/7297/files/TAZ-TFG-2012-131.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud [O.M.S.]. (1989). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud [O.M.S.]. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud [O.M.S.]. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol*. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de septiembre de 2018a). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
- Organización Mundial de la Salud. (18 de junio de 2018b). *La organización Mundial de la Salud (OMS) publica su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. [https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).
- Organización Mundial de la Salud. (20 De mayo de 2021). *El Impacto del Covid-19 en los Objetivos de Salud Mundial*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/the-impact-of-covid-19-on-global-health-goals>.
- Ortega, T., De la Cuesta, D., y Días, C. (1999). Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Revista cubana Enfermer*, 15(3), 164-168. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v15n3/enf05399.pdf>.



- Palacios, J. (2015). Evaluación psicométrica de la búsqueda de sensaciones de inventario en adolescentes mexicanos (IBS-Mx). *International Journal of Psychological Research*, 8(1), 46-60. <https://doi.org/10.21500/20112084.644>.
- Parella, S., y Martins, F. (2012). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Fedupel.
- Papeleo, P., y Schlingmann, F. (2017). *Factores de Protección y de Riesgo en Adolescentes con Consumo Problemático de Sustancias*. <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/6950/A17S21%20-%20Material%20Did%C3%A1ctico1.pdf?sequence=1>.
- Park, S., & Schepp, K.G. (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: Their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222–1231. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9930-7>.
- Páramo, M^a de los Ángeles (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>.
- Pascual, F., y Guardia, J. (2012). *Monografía sobre alcoholismo*. Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/alcohol/socidrogalcohol/Monografia-sobre-alcoholismo-2012.pdf>.
- Pautassi, R. (2013). Consumo del Alcohol Durante la Adolescencia y el Desarrollo Temprano, Causas y Consecuencias: Ciencia e Investigación. *Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias; Ciencia e Investigación*, 63(4), 38. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/25839>.
- Pérez, E., Soler, Y., Pérez, R., y González, G. (2016). Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Médica Multimed*, 20(2), 13 p. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/151>.
- Plan Nacional sobre Drogas (2019). Encuesta estatal sobre uso de Drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2018-2019. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Plan Nacional Sobre Drogas 2017-2024. (2017). Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>.



- Plan Nacional sobre Drogas (2020). Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2019-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm.
- Pedrero, E., y Ruiz, J.M. (2014). *Neuropsicología de la Adicción*. Médica Panamericana.
- Pretel, M., González, B., Machado, A, Fernández, O., y Toledo, Y. (2014). El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la Psicología de la Salud. *Revista Finlay*, 4 (4), 9. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/314>.
- Randolph, K., Russell, D., Harker, K., y Fincham, F. (2010). Influencias protectoras en las consecuencias negativas de beber entre los jóvenes. *Juventud y Sociedad*, 41(4), 546-568. doi:10.1177/0044118X09333664.
- Real Academia Española. (2021a). *Alcohol*. <https://dle.rae.es/alcohol>.
- Real Academia Española. (2021b) *Etanol*. <https://dle.rae.es/etanol>.
- Real Academia Española. (2021c) *Prevenir*. <https://dle.rae.es/prevenir>.
- Real Academia Española. (2021d) *Diagnóstico*. <https://dle.rae.es/diagn%C3%B3stico>.
- Redin, O. (2017). *Programa de Prevención del Consumo de Alcohol en Adolescentes en el Ámbito Educativo de Navarra*. [Trabajo Fin de Máster, Universidad Pública De Navarra]. <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/26709/TFM%20Redin%20Palacios%20Oihana.pdf?sequence=1>.
- Rial, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T., y Varela, J. (2017). Validación del "Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol" (Audit) En Población Adolescente Española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2), 371-386. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/07.Rial_25-2.pdf.
- Rial, A., Kim, S, Knight, J., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., Varela, J., y Golpe, S. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*. 31 (2), 160-169. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1105>.



- Rivarola, G., Pilatti, A., Godoy, J., Brussino S., y Pautassi, R. (2016). Modelo de Predisposición Adquirida para el uso del Alcohol en Adolescentes Argentinos. *Suma Psicológica*, 23(2), 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2016.03.002>.
- Rodríguez, L. (2012). *Valores Terminales, Valores Instrumentales y Consumo de Alcohol y Tabaco en Estudiantes de Preparatoria*. [Tesis de maestría Inédita, Universidad Autónoma de Nuevo León]. https://www.researchgate.net/publication/272158170_Valores_terminales_valores_instrumentales_y_consumo_de_alcohol_y_tabaco_en_estudiantes_de_preparatoria.
- Rodríguez, M., Perozo, C., y Matute, J. (2014a). Resistencia de la presión de grupo y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 25-40. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/article/view/21615>.
- Rodríguez, G., Sanchiz, R., y Bisquerra, A. (2014b). Consumo de Alcohol en la Adolescencia. Consideraciones Médicas y Orientación Educativa. *Salud Mental*, 37(3), 255-260. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam143j.pdf>.
- Rubio, A. (2016). *Consumo de alcohol y contextos de desarrollo en la adolescencia*. [Tesis Doctoral, Universidad de Huelva]. <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/12458>.
- Ruíz, A., Hernández, M., Mayrén, P., y Vargas, M^a. De Lourdes. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-117. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100010&lng=es&tlng=es.
- Saber Mas. (2016, 15 de junio). *El alcohol en tu cuerpo* [vídeo]. You Tube. <https://www.youtube.com/watch?v=DxFCGt8kF9Q>.
- Sánchez, M., y Latorre, J. (2012). Inteligencia emocional y clima familiar. *Psicología Conductual*, 20(1), 103-117. <https://es.scribd.com/document/303241042/Articulo-Inteligencia-Emocional-y-Clima-Familiar-2012>.
- Sánchez-Queija, I., Moreno, C., Rivera, F., y Ramos, P. (2015). Tendencias en el Consumo de Alcohol en los Adolescentes Escolarizados Españoles a lo Largo de la Primera Década del Siglo XXI. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 184-189. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v29n3/original4.pdf>.



- Sánchez, J. (2012). Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 14(56), 335-342. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000500010>.
- Sánchez-Ventura, J. (7 de septiembre de 2016). *El Consumo de Alcohol en la Adolescencia*. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. <https://www.familiaysalud.es/salud-joven/para-padres-de-adolescentes-y-publico-en-general/el-consumo-de-alcohol-en-la>.
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De La Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804. <http://www.automesure.com/library/pdf/8329970.pdf>.
- Shonkoff, J. P. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development*, 81(1), 357-367. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01399.x>.
- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías [Sociodrogalcohol]. (2020). Trastorno por Consumo de Alcohol. <https://socioalcohol.org/proyecto/trastorno-por-consumo-de-alcohol-tca/>.
- Squeglia, L., Spadoni, A., Infante, Myers, M., & Tapert, S. (2009). Initiating moderate to heavy alcohol use predicts changes in neuropsychological functioning for adolescent girls and boys. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 715-722. doi:10.1037/a0016516.
- Tamayo, M. (2012). *El proceso de la investigación científica*. (5ª Ed.). Limusa, S.A.
- Tegoma V., y Cortaza, L. (2016). Prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de una secundaria de Coatzacoalcos, Veracruz. *Enfermería universitaria*, 13(4), 239-245. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.10.001>.
- Tocu, R. (2014). Study on the parental beliefs and attitudes towards child rearing and education. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 137, 153-157. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.268>.
- Turner, Ph., Finkelhor, D., Ormrod, R., Hamby, S., Leeb, R., Mercy, J., & Holt, M. (2012). Family context, victimization, and child trauma symptoms: Variations in safe, stable, and nurturing relationships during early and middle childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 209-219. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01147.x>.



- Urgiles, S. (2019). *Programa de Prevención para el Consumo de Alcohol*. [Tesis de Grado, Universidad Técnica de Machala]. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/14555>.
- Valencia, J., González, M.J., y Galán, I. (2014). Aspectos Metodológicos en la Medición del Consumo de Alcohol: La Importancia de los Patrones de Consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 433-466. <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2014.v88n4/433-446/es>.
- Valero, M., Ballester, L., Orte, M^a.d.C., & Amer, J. (2017). Meta-Analysis of Family-Based Selectiva Prevention Programs for Drug Consumption in Adolescence. *Psicothema*, 29(3), 299-305. doi: 10.7334/psicothema2016.275.
- Vázquez, N., Muñoz, L., Juárez, O., y Ariza, C. (2018). ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cánnabis en jóvenes vulnerables?. *Revista Española de Salud Pública*, 92. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100431&lng=es&tlng=es.
- Vergara, M. (2013). *Perspectiva Ecológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes*. [Monografía como Requisito para Optar el Título de Especialista en Familia, Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga]. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5879/digital_24934.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Villar, A. (2016). *Programa de Prevención y Atención del Consumo de Alcohol y otras Drogas para Atención Primaria*. [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128293>.
- Villalbí, J., Bosque, M., Gili, M., Espelt, A., y Brugal M^a.T. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 515-528. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000400006>.
- Vinet, E., y Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. *Salud mental*, 35(3), 205-213. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300004&lng=es&tlng=es.
- World Health Organization. (2018). *Global Estatus Report on Alcohol and Health 2018*. World Health Organization.



Zambrano, F., Martínez, M., Alonso, M., y Álvarez, A. (2016). Relación entre alcoholismo, el funcionamiento familiar y otras afecciones psicológicas. *Medimay*, 23(2), 123 p. <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1009>.

Zarco, M. (2016). *Documento sobre consenso Sobre la deshabitación alcohólica*. https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/06/Consenso-deshabitaci%C3%B3n-alcoh%C3%B3lica_DEF.pdf



8. ANEXOS.

Anexo 1. Protocolo de consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
<p>Yo _____ he sido informado/a por Dña. Yosune Villadangos Flores, la cual es facilitadora de la intervención en materia de prevención selectiva. Estoy enterado/a que el estudio tiene como finalidad contribuir en la prevención del consumo de bebidas alcohólicas en hijos de padres que reciben tratamiento para el trastorno por consumo de alcohol en la provincia de Valladolid.</p>	
<p>Mi hijo o representado y yo hemos sido invitados a participar en dicha intervención, por lo tanto, tengo conocimiento de que tendremos que responder a una serie de cuestionarios y que la confidencialidad de las respuestas, estarán garantizadas.</p>	
<p>Asimismo, se me ha participado que tenemos el derecho de no continuar en la investigación e intervención, si esa fuera nuestra voluntad.</p>	
<p>Para hacerlo constatar, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del 202____</p>	
<p>_____</p> <p>Firma del padre o tutor</p>	
<p>Datos del participante:</p> <p>_____</p>	

Nota: Fuente: de elaboración propia.



Anexo 2. Entrevista estructurada para adolescentes.

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA ADOLESCENTES	
Instrucciones: solo para ser cumplimentado por el especialista.	
Nombre del entrevistador:	Fecha y lugar:
Nombre del entrevistado: Número de IP:	
I ÁREA PERSONAL	
1.	¿Cuántos años tienes?
2.	¿Cuál es tu fecha de nacimiento?
3.	¿Cuál es tu dirección?
4.	¿Cuál es tu número de teléfono?
5.	¿Cuál es tu correo electrónico?
6.	¿Hablas y comprendes el lenguaje español?
7.	¿Qué pasatiempos e intereses tienes?
8.	¿Qué aspiraciones tienes y cómo piensas lograrlo?
II ÁREA ESCOLAR	
9.	¿En qué nivel de escolaridad te encuentras?
10.	¿Qué calificaciones has obtenido?
11.	¿En qué actividades estás en el colegio?
12.	¿Cómo te llevas con tus compañeros?
13.	¿Cómo te la llevas con tus docentes y tutores?
14.	¿Cuéntame cómo pasas un día normal en la escuela?
III ÁREA FAMILIAR	
15.	¿Cuál es la situación laboral de tus padres?
16.	¿Cómo es tu relación con tus padres?
17.	¿Reciben tus padres algún tipo de tratamiento?
18.	¿Cuál tratamiento y dónde? (solo si la respuesta anterior es afirmativa).



19.	¿Existe en casa algún otro familiar que tenga esta misma afección? (solo si la respuesta anterior, es TCA).
20.	¿Cuántos hermanos tienes?
21.	¿Cómo es tu relación con ellos?
IV ÁREA SOCIAL	
22.	¿Tienes muchos o pocos amigos fuera del cole?
23.	¿Cómo es tu relación con ellos?
24.	Cuéntame un poco acerca de ellos.
25.	¿Qué te gusta hacer con tus amigos?
Observaciones:	

Nota: las preguntas 1,2,6,17,18 y 19 determinan los criterios para la inclusión y exclusión de los destinatarios en el programa de prevención. Fuente: de elaboración propia.



Anexo 3. Entrevista estructurada para padres o tutores.

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA PADRES	
Instrucciones: solo para ser cumplimentado por el especialista y si la persona desea participar en el programa.	
Nombre del entrevistador:	Fecha y lugar:
Nombre del entrevistado: Número de IP:	
I ÁREA PERSONAL-AFECTIVA-LABORAL	
1.	¿Hablas y comprendes el idioma español?
2.	¿Razones por las cuales quieres participar en el programa de prevención?
3.	¿Cuántos años tienes?
4.	¿Cuál es tu fecha de nacimiento?
5.	¿Cuál es tu dirección?
6.	¿Cuál es tu número de teléfono?
7.	¿Cuál es tu correo electrónico?
8.	¿Tienes una relación afectiva?
9.	¿Vives con él/ella?
10.	¿Es el padre o madre de tu hijo/a? (solo si es hijo/a biológico, de lo contrario deberá explicarlo en este espacio).
11.	¿Cómo es tu relación con él?
12.	¿Qué pasatiempos e intereses tienes?
13.	¿Qué aspiraciones tienes y cómo piensas lograrlo?
14.	¿Qué nivel académico tienes?
15.	Dime tu situación laboral.
II ÁREA FAMILIAR	
16.	¿Cómo es la relación familiar en general?
17.	¿Recibe tu pareja algún tipo de tratamiento?



18.	¿Cuál tratamiento y dónde? (solo si la respuesta anterior es afirmativa).
19.	¿Existe en casa algún otro familiar que tenga esta misma afección? (solo si la respuesta anterior, es TCA).
20.	¿Cuántos hijos (as) tienes?
21.	¿Cómo es tu relación con ellos?
III ÁREA SOCIAL	
22.	¿Tienes muchos o pocos amigos?
23.	¿Cómo es tu relación con ellos?
24.	Cuéntame un poco acerca de ellos.
25.	¿Qué te gusta hacer con tus amigos?
Observaciones:	

Nota: Fuente: de elaboración propia.



Anexo 4. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification).

CUESTIONARIO “AUDIT”					
Instrucciones: sus respuestas serán confidenciales, así que le agradecemos su honestidad. Para cada pregunta en la tabla siguiente, marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta.					
Nombre y apellidos:				N.º de identificación personal:	
Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o dos veces por semana	De 2 a 4 veces por semana	De 2 a 3 veces por semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 o 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el último año no puedo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario a casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario



en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho en día anterior?					
7. ¿Con qué frecuencia en el transcurso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Memos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
Total					

Nota: Este cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud En el sitio www.who.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria. Fuente: Adaptado de OMS.



Anexo 5. Cuestionario de cribado de abuso de sustancias (CRAFFT, Substance Abuse Screening Test).

CUESTIONARIO DE CRIBADO CARLOS “CRAFFT”			
Nombre y apellidos:		N.º de identificación personal	
Instrucciones: se le agradece que responda con la mayor sinceridad posible. Sus respuestas serán tratadas de manera confidencial.			
PARTE A			
Durante los últimos 12 meses		NO	SÍ
1	¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)		
2	¿Ha fumado marihuana o probado hachís?		
3	¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?		
Para uso exclusivo de los especialistas: ¿Respondió el adolescente “sí” a cualquiera de las preguntas de la Parte A?			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> NO ----- </div> <p>Pasar a la pregunta B1 solamente</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> SÍ ----- </div> <p>Pasar a las 6 preguntas Carlos</p>	
PARTE B			
1	¿Ha viajado, alguna vez, en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	NO	SÍ
2	¿Le han sugerido, alguna vez, sus AMIGOS o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?		
3	¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para RELAJARSE, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?		
4	¿Se ha metido, alguna vez, en LÍOS o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?		
5	¿Se le ha OLVIDADO, alguna vez, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?		
6	¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba SOLO o SOLA, sin compañía?		
		Total	



Anexo 6. Cuestionario de percepción de riesgo de consumo de alcohol (Escala BIP).

ESCALA BÁSICA BIP					
Creencias sobre las consecuencias de consumo de alcohol					
Instrucciones: puntuar de 5: muy improbable a 1= muy probable.					
¿Hasta qué punto es probable que te ocurriera cada una de las cosas siguientes si consumes alcohol durante el próximo mes?					
Ítems	Muy probable (5)	Probable (4)	No estoy seguro/a (3)	Improbable (2)	Muy improbable (1)
a. Meterme en líos con los policías.					
b. Tener malos resultados escolares.					
c. Meterme en líos con mis padres.					
d. Ser expulsado del colegio.					
e. Tener problemas con mis amigos.					
f. Convertirme en adicto.					
g. Tener problemas de dinero.					
h. Tener problemas para encontrar trabajo.					
i. Tener más amigos.					
j. Sentirme más relajado.					



k.	Pasármelo mejor.					
l.	Ser más popular.					
m.	Olvidar mis problemas.					
n.	Tener más confianza y ser más abierto.					
Total						
Observaciones:						



Anexo 7. Cuestionario de autoestima (AUT-AD).

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA -AUT. AD-				
Instrucciones: Puntuar 1= Siempre, 2=Algunas veces o 3: Nunca, donde corresponda según su criterio personal.				
N.º	Ítems.	Siempre	Algunas veces	Nunca
1	Consigo fácilmente amigos.			
2	Tengo miedo a algunas cosas.			
3	Hago bien los trabajos escolares.			
4	Soy muy crítico (a) en casa.			
5	Me cuido físicamente.			
6	Mis superiores me consideran bueno en mi trabajo.			
7	Muchas cosas me ponen nervioso (a).			
8	Soy una persona amigable.			
9	Me siento feliz en casa.			
10	Me buscan para realizar actividades deportivas.			
11	Mi familia está decepcionada de mí.			
12	Me considero elegante.			
13	Es difícil para mí hacer amigos (as).			
14	Trabajo mucho en clase.			
15	Me asusto con facilidad.			
16	Soy un chico (a) alegre.			
17	Me gusta como soy físicamente.			
18	Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nervioso (a).			
19	Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas.			
20	Mis superiores me estiman (profesores/as).			
21	Me cuesta hablar con desconocidos.			
22	Soy bueno haciendo deporte.			
23	Mis padres me dan confianza.			
24	Mis padres me dan confianza.			
25	Soy un buen estudiante.			
26	Tengo muchos amigos (as).			
27	Me siento nervioso (a).			
28	Soy una persona atractiva.			
29	Soy una persona atractiva.			
30	Me siento querido por mis padres.			
Observaciones:				



Anexo 8. Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL).

CUESTIONARIO FF-SIL					
Instrucciones: a continuación, se presenta una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Clasifique y marque con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación suceda.					
Situaciones.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes en la familia.					
2. En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades.					
3. En mi casa predomina la armonía.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ente situaciones difíciles.					
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante					



determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
Observaciones:					



Anexo 9. Cuestionario de satisfacción.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN																
Instrucciones: Estimados usuarios, la presente encuesta busca recoger información respecto a la didáctica aplicada, a las actividades realizadas, a su percepción con relación a la calidad y capacidad del facilitador (a) y a su percepción general del taller.																
Elija y marque la respuesta que mejor exprese su satisfacción o percepción.																
<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>Totalmente en desacuerdo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>En desacuerdo</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>De acuerdo</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Totalmente de acuerdo</td> </tr> </table>							1	Totalmente en desacuerdo	2	En desacuerdo	3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	De acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
1	Totalmente en desacuerdo															
2	En desacuerdo															
3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo															
4	De acuerdo															
5	Totalmente de acuerdo															
I. RESPECTO A LA DIDÁCTICA DE LAS ACTIVIDADES.																
N.º	ITEMS	ESCALA														
		1	2	3	4	5										
01	Se precisaron los objetivos a lograr.															
02	Los métodos utilizados facilitaron su aprendizaje.															
03	Los trabajos grupales e individuales fueron adecuadamente planificados.															
04	Las actividades fueron revisadas y confrontadas.															
05	Consideras que el método aplicado fue el más indicado.															
06	El programa desarrolló los temas que esperabas.															
II. RESPECTO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS																
07	En las sesiones el uso del material fue el adecuado.															
08	El análisis de los temas ayudó a la comprensión de los participantes.															
09	El material de la lectura ayudó a la comprensión de los temas.															
10	La temática desarrollada en las sesiones captó su interés.															
11	Las actividades realizadas le permitieron el desarrollo de habilidades que permitirán prevenir el consumo de bebidas alcohólicas.															
III. RESPECTO AL TRATO DE LOS FACILITADORES																
12	Respetó los horarios establecidos.															
13	Respondió a las preguntas amablemente.															
14	Respondió a las preguntas con pertinencia.															
15	Trató con respecto a los participantes.															
16	Realizó actividades de asesoría de manera individual y grupal.															
17	Mostró interés por las inquietudes del grupo.															
IV. RESPECTO A SU PERCEPCIÓN GENERAL DEL TALLER																



18	La información recibida en las diferentes sesiones satisfizo sus necesidades.					
19	El aprendizaje adquirido será de utilidad para el futuro en su vida cotidiana.					
20	Recomendaría participar en el programa a otras personas.					
21	Participaría en otro programa impartido por nosotros.					
22	La organización y desarrollo del evento fue la más indicada.					
23	Los ponentes satisficieron sus expectativas.					
24	Los ambientes fueron los más indicados.					
Observaciones:						

Nota: Fuente: de elaboración propia.



Anexo 10. Guía de frases de verdadero o falso.

GUIÓN VERDADERO O FALSO	
Ejemplo de frases verdaderas:	
-	Las bebidas alcohólicas afectan tu desarrollo físico y mental.
-	El consumo de alcohol en la adolescencia o en la infancia afecta al cerebro y ocasiona problemas de aprendizaje y de memoria.
-	Los efectos del alcohol pueden ocasionar a que llegues a tomar inadecuadas decisiones como: tomar la decisión de probar otras drogas o tener una relación afectiva con alguien que te conviene.
-	La ingesta del alcohol a edades tempranas puede ocasionar que desarrolles trastorno por consumo de alcohol.
-	El alcohol siempre termina afectando tus órganos vitales sobre todo el hígado, y más cuando se ingiere en grandes cantidades en poco tiempo.
-	Prevenir el consumo de alcohol es una iniciativa importante en nuestra sociedad.
Ejemplo de frases falsas:	
-	El consumo de alcohol no perjudica al que lo consume, porque no está prohibida su venta y muchos menos en niños y adolescentes.
-	En una fiesta si no hay alcohol no hay diversión.
-	Conducir el coche después de consumir alcohol no es peligroso.
-	El alcohol aporta muchas calorías beneficiosas al organismo por eso es considerado un alimento.
-	El alcohol es medicinal, puede curar muchas enfermedades.
-	Si una persona se emborracha una sola vez a la semana no desarrollará un trastorno por consumo de alcohol.

Nota: Fuente: de elaboración propia.



Anexo 11. Protocolo de recogida de resultados.

HOJA DE REGISTRO										
N.º	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FRASES DE VERDADERO A FALSO								
		A	B	C	d	E	F	g	h	I
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										
Observaciones:										

Nota: Fuente: de elaboración propia.



Anexo 12. Ficha (sopa de letras y el trastorno por consumo de alcohol).

SOPA DE LETRAS						
Ejemplo:						
			C			
A	L	C	O	H	O	L
			N			
			S			
			U			
			M			
			I			
			D			
			O			
			R			
Ficha a cumplimentar:						

Nota: Fuente: de elaboración propia.



Anexo 13. Materiales necesarios para la implementación del proyecto.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES		
Sesiones	Recursos humanos	Recursos materiales
1	Profesional de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Test.- Audiovisual.- Fotocopias.- Juegos de mesa.
2	Profesional de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Audiovisual.- Fotocopia.- Rotulador para pizarra acrílica.
3	Profesional de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Audiovisual.- Fotocopias.- Folios color blanco.- Lápiz de grafito.- Libro (actividades de ocio y tiempo libre).
4	Profesional de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Material de reciclaje.- Fotocopia.
5	Profesional de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Audiovisual.- Fotocopia.
6	Profesional de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Fotocopias.- Caja de zapatos.- Espejo.- Folios de color blanco.- Lápiz de grafito.- Acuarelas.- Pinturas de colores.- Papel de seda.- Pegamento.- Purpurina.- Tijeras punta roma.- Plastilina.



		<ul style="list-style-type: none">- Pinceles.- Materiales de reciclaje.
7	Profesional de referencia	<ul style="list-style-type: none">- Cuestionario.- Folios de color blanco.- Refrigerio y merienda (agua, zumos naturales, pastas secas, sándwich con jamón de pavo y queso, frutas).

Nota: Fuente: de elaboración propia.