

Programa ALFIL



INFORME DE EVALUACIÓN DE LAS SESIONES PSICOEDUCATIVAS

(grupos realizados entre 2001 y 2004)

Rosa Díaz, Montse García, Lourdes Serrano.

En representación del Grupo ALFIL. Socidrogalcohol

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



Financiado por:



(SE ADJUNTAN BASES DE DATOS EN DISKETTE)

1. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA ALFIL

A raíz de la necesidad detectada en nuestro país de evaluar, optimizar y difundir las intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de las repercusiones del alcoholismo paterno sobre la descendencia, desde Socidrogalcohol se diseñó en 1996 el Programa ALFIL, un programa de prevención familiar selectiva, que ha sido subvencionado desde 1997 por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Este programa ha sido aplicado por personal socio-sanitario especializado en centros de tratamiento del alcoholismo y en asociaciones de alcohólicos rehabilitados de varias comunidades españolas, y está dirigido a hijos de alcohólicos cuyos progenitores han sido identificados como dependientes del alcohol en un centro especializado (Díaz et al., 1997).

El Programa ALFIL fue diseñado para cumplir dos objetivos básicos:

- a) Realizar un estudio descriptivo de las características de los hijos de alcohólicos de 6 a 17 años cuyos padres entran en contacto con un centro especializado, y compararlas con las de un grupo control de la población general sin antecedentes familiares de la enfermedad, con el fin de averiguar si los primeros constituyen realmente una población de alto riesgo en nuestro país, sobre qué factores de riesgo específicos sería preciso intervenir y qué factores de protección se deberían fomentar (Díaz et al., 2001; Díaz et al., 2003 ; Díaz et al., en revisión).
- b) Evaluar el proceso de aplicación y la eficacia de una intervención psicoeducativa experimental en grupos de hijos de alcohólicos, con el fin de analizar las características óptimas y las dificultades para realizar este tipo de intervenciones en nuestro entorno socio-cultural.

Sin embargo, los objetivos del programa se han ido ampliando a lo largo de los años en función de las nuevas necesidades detectadas. El programa ALFIL se ha incorporado a las bases de datos especializadas en programas de prevención (Idea-Prevención, EDDRA, Catálogo de Programas de Prevención de Drogodependencias de la Agencia Antidroga, etc.) y participa en la Red Europea ENCARE (*European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family – Alcohol Group*). En conexión con este proyecto europeo se ha creado un directorio de una Red Española de profesionales interesados en este tema. Desde el programa también se han elaborado diversos tipos de materiales divulgativos, científicos, de formación y de autoayuda, algunos de los cuales están citados en las referencias bibliográficas de este informe. También se han realizado múltiples actividades de divulgación, sensibilización y formación a través de cursos, congresos, talleres, conferencias, etc. Por último, cabe citar la creación de una línea de investigación aplicada sobre hijos de alcohólicos en convenio con el Departamento de Metodología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, y otra sobre intervención en otra población de riesgo, los jóvenes consumidores con patología psiquiátrica, en colaboración con el Servei de Psiquiatria Infanto-Juvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona, financiada esta última por el Instituto Nacional de Investigación y Formación en Drogodependencias – INIFD.

En este informe se describen exclusivamente los objetivos, la metodología y los resultados de la evaluación de los grupos psicoeducativos que se han realizado en el marco del Programa ALFIL desde abril del año 2001 hasta marzo del 2004. Los resultados de la

primera evaluación del programa, con los grupos realizados entre 1998 y 2000 pueden consultarse en Díaz y Gual (2001) y en Díaz y Ferri (2002).

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS GRUPOS PSICOEDUCATIVOS

La intervención psicoeducativa del Programa ALFIL tiene como objetivo general disminuir factores de riesgo y potenciar factores de protección en los hijos de alcohólicos y en sus familias, con el fin de reducir la probabilidad de que los menores de estas familias desarrollen problemas importantes relacionados, directa o indirectamente, con el consumo de drogas. Este objetivo general se traduce en los siguientes propósitos específicos:

- a) Promover en los jóvenes cambios en los conocimientos, las actitudes y las expectativas sobre el alcohol para favorecer la toma de decisiones responsable y saludable con respecto a su consumo y facilitar el entendimiento de los problemas que el alcohol ha ocasionado en sus familias. Aunque las otras drogas no constituyen un objetivo específico, en las sesiones se citan, se comparan con el alcohol y se resuelven las dudas que los jóvenes plantean sobre ellas.
- b) Favorecer el aprendizaje y la utilización de estrategias de afrontamiento a los factores de riesgo que pueden llevar, entre otros problemas, a consumir drogas: dificultades emocionales y de autoestima, impulsividad, falta de habilidades sociales y de solución de problemas, situaciones de estrés ambiental, presión al consumo del grupo de amigos y de la publicidad, etc.
- c) Facilitar que los participantes acepten y valoren positivamente el grupo como recurso educativo y terapéutico, procurando crear un clima de confianza y respeto mutuo que facilite la identificación y el apoyo emocional entre los participantes, la discusión en grupo de iguales, la práctica de habilidades sociales y el aprendizaje de modelos de comportamiento positivos dentro del grupo.
- d) Facilitar el aprendizaje y la utilización de estrategias educativas preventivas en la familia a través de:
 - Dotar a los padres de recursos educativos que les permitan establecer límites coherentes, mantener las normas y los valores familiares, fomentar la libertad y la responsabilidad progresivas en los hijos, entender la crisis adolescente, mantener una actitud abierta y flexible con los hijos, potenciar las habilidades de comunicación, la convivencia y la resolución de conflictos mediante el diálogo.
 - Disminuir los sentimientos de culpa sobre la enfermedad y los trastornos que ha podido ocasionar en la familia.
 - Evitar las actitudes co-dependientes que facilitan el mantenimiento del hábito alcohólico.
 - Favorecer la aceptación del alcohólico como un enfermo que, aunque no ha buscado conscientemente su enfermedad, debe responsabilizarse de su tratamiento y recuperación.
 - Apoyar la reorganización familiar y el restablecimiento de los lazos afectivos
 - Mostrar esperanza en el futuro.

3. METODOLOGÍA

Los primeros grupos del programa ALFIL, realizados entre 1998 y 2000, constaban de 9 sesiones para los hijos y 2 para sus padres, que son descritas en *Manual para educadores y terapeutas* citado en las referencias de este informe. La evaluación de esos primeros grupos permitió extraer una serie de conclusiones y sugerencias de optimización que se han ido incorporando en los grupos sucesivos (Díaz y Ferri, 2002). Así, en los nuevos grupos realizados entre 2001 y 2003 se ha utilizado como referencia el mismo manual, pero de forma más flexible. Las sesiones para padres se han ampliado añadiendo algunos contenidos sobre drogas y dividiendo los objetivos y contenidos de las dos sesiones iniciales a lo largo de 9 sesiones, el mismo número que para los hijos. Por otro lado, se ha otorgado mayor flexibilidad a los educadores para organizar los contenidos y las actividades siempre de acuerdo con los objetivos básicos descritos en el manual. En las Tablas 1 y 2 aparece la descripción de las sesiones sugeridas para los nuevos grupos, que se podían adaptar ligeramente cambiando el orden de algunas sesiones, desdoblado o uniendo sesiones, de acuerdo con las necesidades e incidencias especiales de cada grupo.

Tabla 1. Esquema de las sesiones para padres sugeridas para los grupos del programa ALFIL 2001-2004.

SESIONES PARA PADRES		
Sesión	Título	Contenidos básicos
1	Alcohol y otras drogas: ¿Qué pasa con ellas?	Información sobre concepto de droga, diferencias y similitudes entre las drogas. El alcohol como droga.
2	Alcohol y jóvenes: ¿Por qué empiezan a beber?	Factores de riesgo y cómo enfrentarse: presión de grupo, publicidad, malestar emocional, falta de habilidades sociales, impulsividad, necesidad de sensaciones nuevas, etc.
3	La adolescencia: esa “maravillosa” etapa. ¿Cómo ayudar a tomar decisiones responsables?	Características de los adolescentes. El proceso de toma de decisiones, pros y contras y cómo aprender de los errores.
4	Alcoholismo y familia: genética y ambiente. Factores de riesgo y protección.	¿El alcoholismo se “hereda”? Factores de riesgo y de protección en la familia (tolerancia, metabolismo, temperamento, modelos, educación). Roles desadaptativos. Co-dependencia.
5	Estrategias preventivas desde la familia: valores, normas y límites. ¿Dónde acaba su libertad y empiezan sus responsabilidades?	Valores saludables y prosociales. ¿Cómo definir y mantener normas y límites?
6	Estrategias preventivas desde la familia: la comunicación afectiva.	La resolución de conflictos mediante la comunicación afectiva y efectiva. Expresión adecuada de sentimientos.
7	¿Cómo hablar con los hijos del alcohol y otras drogas?. ¿La experiencia personal de los padres puede ayudarles?.	La conveniencia de hablar de la propia experiencia con el alcohol. ¿Cómo manejar la vergüenza y la culpa?. El alcoholismo como “enfermedad” y el estigma social.
8	¿Qué hacer si los hijos empiezan a consumir alcohol u otras drogas?. Síntomas de problemas y cómo abordarlos	¿Cómo actuar ante los primeros consumos de sustancias? ¿Y si aparecen algunos problemas? ¿Y si un hijo se convierte en drogodependiente?
9	Despedida.	Resumen de ideas-clave. Últimas dudas. Cuestionario de evaluación. Merienda conjunta con los hijos (si éstos lo permiten), exposición de trabajos realizados (póster, etc.)

Tabla 2. Sesiones para hijos sugeridas para los grupos psicoeducativos del programa ALFIL (2001-2004)

SESIONES PARA HIJOS		
Sesión	Título	Contenidos básicos
1	Opiniones sobre el alcohol y sus efectos	Descripción de diferentes formas de uso y abuso. Sondeo de opiniones. Mitos y realidad. Sugerencia de temas y buzón de dudas.
2	Información objetiva sobre el alcohol: pros y contras.	Crítica de los mitos culturales. Efectos objetivos del alcohol: agradables y desagradables, orgánicos y psicológicos, a corto y largo plazo.
3	El alcoholismo, una enfermedad con tratamiento	La progresión del uso al abuso y la dependencia. El alcoholismo como enfermedad Tratamiento y rehabilitación. El mito de la “no-curación”
4	Alcoholismo y familia: genética y ambiente	¿El alcoholismo se “hereda”? Un factor de riesgo genético: “aguantar bien el alcohol” Factores de riesgo y de protección en la familia. El secreto familiar: “un elefante en el salón” Malestar emocional ante situaciones típicas en el hogar alcohólico (mentiras, olvidos, agresividad, etc.). Video-forum con “ <i>El retorno del mago</i> ”.
5	¿Por qué beben los jóvenes?: La presión del grupo de amigos y de la publicidad	Entrenamiento en la técnica de toma de decisiones Analizar y afrontar la presión del grupo y de la publicidad
6	¿Por qué beben los jóvenes?: El malestar emocional	Afrontar el estrés, aumentar la autoestima, expresar sentimientos, resolver problemas, planificar el futuro, etc.
7	¿Por qué beben los jóvenes?: La facilitación de las relaciones sociales y la desinhibición.	Entrenamiento en habilidades sociales: comunicación asertiva, ligar y hacer amigos, manejo de conflictos, etc.
8	Los primeros síntomas de problemas con el alcohol en los jóvenes.	Crítica de creencias falsas: “yo aguanto mucho...”, “necesito el puntillo para pasarlo bien y evadirme...”, “todo el mundo bebe...” Los límites entre el uso y el abuso ¿Cómo ayudar a alguien con problemas con el alcohol?
9	Despedida	Resumen de ideas-clave. Últimas dudas. Cuestionarios de evaluación y sobre el alcohol. Merienda conjunta con los padres (si lo desean), exposición de trabajos realizados, intercambio de direcciones y teléfonos, etc.

Los grupos del programa ALFIL realizados entre 2001 y 2004, estuvieron formados por entre 4 y 14 participantes, de ambos sexos, y con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años. Se recomendó agrupar a los jóvenes por edades homogéneas, pero nuevamente resultó imposible, de la misma forma que había ocurrido en los grupos piloto, debido a que habitualmente las familias deseaban que los hermanos de diferentes edades acudiesen juntos, la dificultad para hacer esperar a algunas familias, etc. De manera que, aunque las sesiones habían sido diseñadas en principio para jóvenes de 12 a 16 años, se realizaron adaptaciones para que pudieran aplicarse en el margen de edades citado. Las sesiones de grupo fueron guiadas por un educador-terapeuta con formación en alcoholismo desde una perspectiva familiar. La duración promedio de las sesiones fue de unos 90 minutos y se realizaron habitualmente con una frecuencia de una sesión por semana. En la mayoría de

casos, las sesiones para padres y para hijos han estado al cargo de diferentes profesionales, ya se suelen realizarse de forma paralela.

Tal como se describe en el manual del programa, las actividades realizadas durante las sesiones han seguido, fundamentalmente, una orientación cognitivo-conductual, aunque también ha habido lugar para el análisis de los sentimientos y las emociones más comunes en una familia con problemas de alcohol. Se ha procurado en todos los casos mantener una dinámica de grupo participativa, fomentando la expresión de opiniones y experiencias cercanas a los jóvenes y el aprendizaje compartido. Los materiales más utilizados han sido transparencias con las ideas clave de las sesiones, los folletos de autoayuda del programa “¿Alcohol en la familia?” y “¿Siempre eliges tú” (citados en las referencias), vídeos sobre prevención de drogas, historietas del Programa “Tú decides”, lecturas y recortes de artículos del diario, etc.

Los participantes se han seleccionado en esta ocasión *ad hoc* en función de las posibilidades y necesidades de cada centro, a partir de padres en tratamiento por su alcoholismo o de familias que entraban en contacto con los centros de tratamiento o las asociaciones de alcohólicos rehabilitados que han participado en el programa, que se relacionan en la Tabla 3.

Tabla 3. Centros de tratamiento y asociaciones de alcohólicos rehabilitados que han participado en los grupos del programa ALFIL realizados entre 2001 y 2004.

Localidad	Centro o Asociación
BARCELONA	Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya. Hospital Clínic de Barcelona.
MADRID	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Aranjuez. Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Alcobendas.
ALCOI (ALICANTE)	Centro de Día en Alcoi (AEPA) y Unitat d'Alcoholologia d'Alcoi.
CÓRDOBA	Servicio de Drogodependencias de la Cruz Roja de Córdoba.
SEVILLA	Asociación Bitácora
SALAMANCA	“5 y más. Servicios socio-culturales”
VALLADOLID	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid (ARVA)
BURGOS	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Burgos (ARBU)
LEÓN	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de León (ARLE)
SEGOVIA	Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Segovia (ARSEG)
PONFERRADA (LEON)	Bergidum Ex-Dependientes Asociados (BEDA)

Por lo general, se informaba a los padres en sesión individual o conjunta acerca de la posibilidad de participar en una serie de sesiones educativo-preventivas para padres e hijos por separado y se les explicaba el contenido y los objetivos del programa. También se les indicaba que el programa de sesiones educativas se iba repitiendo a lo largo del tiempo, de modo que si no les avisábamos para el primero que se realizase, podíamos avisarles más adelante. Cuando las familias mostraban resistencias a participar, se utilizaban estrategias motivacionales para promover cambios de actitud que facilitasen su aceptación de la intervención. En algunos centros se ha recurrido a llamar por teléfono a familias que se encontraban en “lista de espera” para participar en grupos tras participar en el estudio epidemiológico del programa.

Los datos para evaluar las sesiones educativas que se presentan en este trabajo fueron obtenidos a través de diferentes procedimientos e instrumentos, que se encuentran anexos al final de este informe:

- a) Registros de sesiones del programa ALFIL (participantes e incidencias de las sesiones).

- b) Cuestionarios de evaluación del programa para padres y para hijos (post-sesiones).
- c) Cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y expectativas sobre el alcohol (pre y post-sesiones).
- d) Talleres y registros de valoración de la experiencia por parte de los profesionales implicados (*focus group*).

De los instrumentos relacionados se extrajeron diferentes indicadores que permitieron realizar una evaluación del impacto, del proceso y de la efectividad del programa de sesiones.

Además de las comparaciones pre-post para comprobar si había cambios significativos debidos a la participación en el programa, mediante el estadístico t de Student para muestras relacionadas, se realizó un análisis ítem por ítem de los tres cuestionarios de conocimientos, actitudes y expectativas. Igualmente, se calculó el porcentaje de aprendizaje de conocimientos sobre el alcohol para cada uno de los ítems del cuestionario correspondiente. También se realizó un análisis descriptivo de los grupos realizados de los que se obtuvieron datos válidos.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de los grupos y los participantes

En la Tabla 4 se describen los grupos realizados en el periodo comprendido entre abril de 2001 y marzo de 2004 de los que se han obtenido datos válidos para la evaluación conjunta (10 grupos de hijos y 10 grupos de padres). En la tabla se han registrado los participantes que acudieron al menos a una de las sesiones (un total de 83 hijos de alcohólicos y 111 padres), así como aquellos de entregaron los cuestionarios de valoración de las sesiones (62 hijos y 103 padres).

Hay que hacer constar, sin embargo, que el número total de grupos realizados ha sido mayor. A los 10 grupos de hijos descritos en este informe hay que añadir 5 más (1 en Barcelona, 2 en Sevilla, 1 en Madrid y 1 en Salamanca) y a los 10 grupos de padres hay que añadir 7 más (2 en Barcelona, 2 en Sevilla, 1 en Madrid, 1 en Salamanca y 1 en Córdoba). Los datos obtenidos de estos grupos no se han podido incluir en este informe por varias razones: algunos no son comparables con el resto por corresponder a grupos de niños demasiado pequeños para completar los cuestionarios, otros son incompletos, otros corresponden a grupos realizados con muy pocos sujetos, o con demasiados cambios metodológicos, etc.

El porcentaje medio de asistencia de los jóvenes a las sesiones fue del 81,61%, según los datos recogidos en los 8 grupos en los que se anotaron sistemáticamente los asistentes a cada sesión. En general, los niños avisaron de su ausencia en días concretos por causas justificadas.

Tabla 4. Descripción de los grupos (hijos y padres) realizados en el Programa ALFIL durante 2001-2004 de los que se han obtenido datos válidos.

Lugar	Nº Grupos	Hijos		Padres	
		Participantes * ¹	Edad (años)	Participantes * ¹	Edad (años)
Valladolid	1	10	11-17	12	34-50
Alicante	2	10	10-15	17	36-61
Barcelona	2	13	11-17	19	32-58
Burgos	1	7	12-17	10	35-62
León	2	28	11-18	28	32-62
Madrid	1	5	12-16	14	33-49
Segovia	1	10	13-17	11	38-50
Total participantes * ¹		83	10-18	111	32-62
		(50,6% masc.)	(14,2 ±1,9)	(41,7% masc.)	(44,0 ±6,6)
Total cuestionarios entregados * ²		62		103	

*¹: Número de participantes que asistieron como mínimo a una sesión.

*²: Número de cuestionarios de valoración de las sesiones entregados en la última sesión del programa.

Con respecto a la descripción de los asistentes, además de los datos de edad y sexo que constan en la tabla, se registró el nivel de estudios de los padres (3,9% sin estudios, 63,1% estudios primarios, 26,2% estudios secundarios y 5,8% estudios universitarios) y el número de hijos, que se situaba entre 1 y 6, con una media de $2,2 \pm 1,1$.

4.2. Cumplimiento de la organización y planificación de las sesiones sugeridas

Igual que sucedió en los primeros grupos del programa (1998-2000) la mayoría de los grupos de este período también se iniciaron con retraso respecto a la planificación temporal inicial, debido al retraso de un taller de formación, dificultades para obtener el material necesario para todos los centros, problemas para acceder o motivar a la población diana, dificultades para contactar con las familias por teléfono en horario de trabajo, coincidencia con épocas de exámenes o actividades extraescolares de los niños, vacaciones escolares, etc.

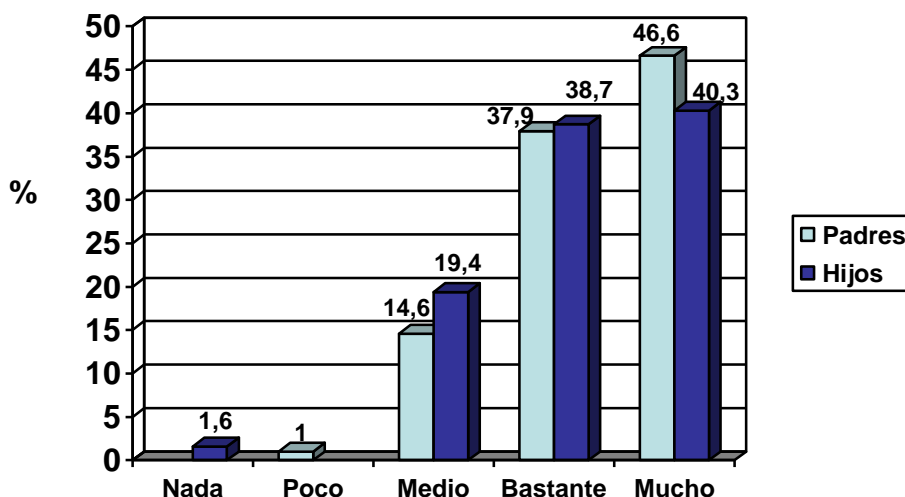
Tal como se ha indicado en el apartado de metodología, estos grupos siguieron una metodología más flexible que los realizados en el período anterior del programa. La mayoría realizaron todas las sesiones propuestas, excepto 3 que realizaron sólo 7 u 8 sesiones, uniendo dos sesiones en una. En algún caso también se ha dividido alguna sesión en dos. En varios casos la sesión de alcohol y familia (nº 4) se ha trasladado hacia el final del programa, por considerar que los temas que trataba necesitaban de una mayor confianza y cohesión en el grupo o que rompían la dinámica y la continuidad establecida en las primeras sesiones. A pesar de la recomendación de realizar la última sesión conjuntamente con padres e hijos para fomentar el diálogo sobre los temas del programa,

en general los adolescentes preferían realizar esta sesión por separado. También hay que hacer constar que se han realizado algunos grupos sólo con padres, cuyos hijos no deseaban o no podían acudir a las sesiones o bien eran demasiado pequeños o mayores para asistir (casos de Córdoba y Barcelona).

4.3. Valoración subjetiva de los participantes

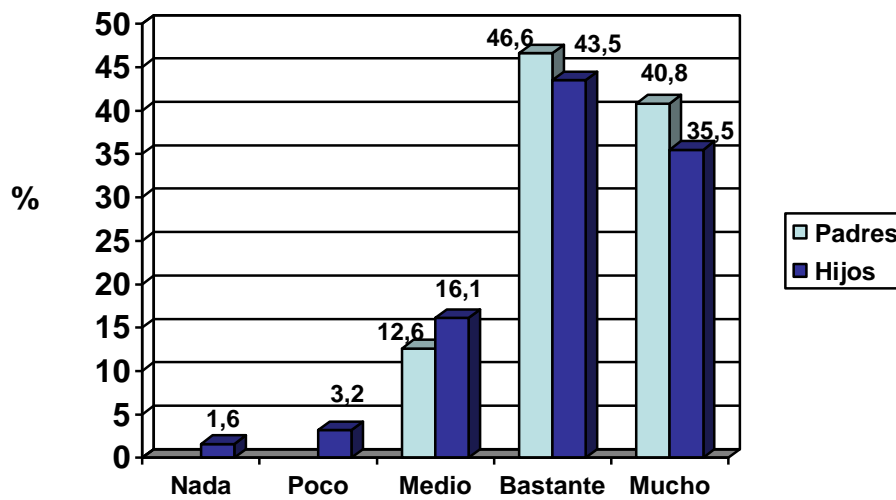
El análisis descriptivo de los datos de los cuestionarios de evaluación completados por los padres y los hijos tras la realización de las sesiones, reveló que participar en esta experiencia había resultado bastante o muy satisfactorio para el 84,5% de los padres y para el 79,0% de los hijos que entregaron el cuestionario de valoración en la última sesión (el 74,7% de los hijos y el 92,8% de los padres que participaron) (Figura 1).

Figura 1. Satisfacción general de padres e hijos con su participación en las sesiones.



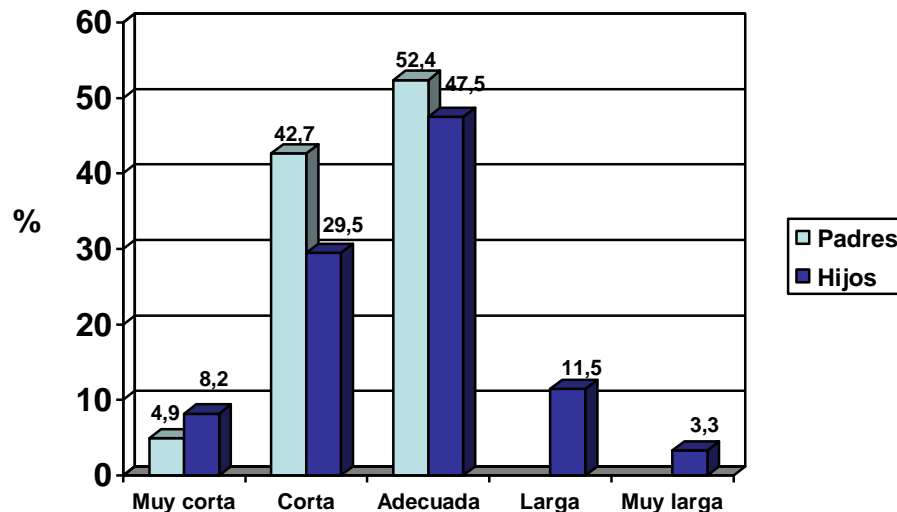
En relación con la claridad y la cantidad de información recibida durante la sesiones del programa, el 87,2% de los padres declararon estar bastante o muy satisfechos, mientras que los hijos mostraron en un 79,0% de los casos también un alto grado de satisfacción (Figura 2).

Figura 2. Satisfacción general de padres e hijos con la información recibida en las sesiones



Con respecto a la duración del programa en la Figura 3 se puede apreciar que al 42,7% de los padres el programa les pareció corto, y para el 4,9% fue muy corto (a pesar de que en esta ocasión se ofrecieron más sesiones para padres que en los grupos realizados entre 1998 y 2001).

Figura 3. Valoración de la duración del programa, según padres e hijos.



En relación con las opiniones de los jóvenes sobre otros aspectos del programa, en la Tabla 5 puede comprobarse que valoraron favorablemente las actividades propuestas, el que hubiera sesiones para padres y el haber realizado el programa con otros jóvenes como ellos, a pesar de que, como se ha explicado anteriormente, se tuvieron que mezclar jóvenes de edades muy diferentes en algunos grupos.

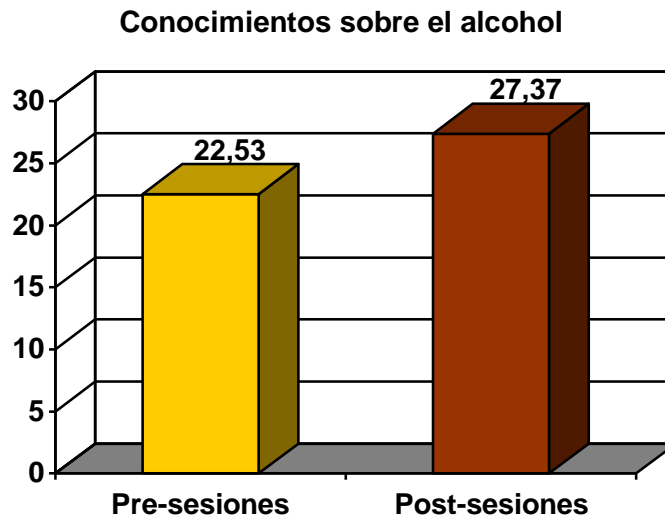
Tabla 5. Opiniones de los hijos sobre diversos aspectos del programa ALFIL.

	Porcentaje (%)
Las actividades propuestas para realizar cada una de las sesiones te ha parecido	
Nada satisfactorias	-
Poco satisfactorias	-
Suficientemente satisfactorias	27,9
Bastante satisfactorias	45,9
Muy satisfactorias	26,2
¿Qué te ha parecido que en el programa se hiciesen sesiones para padres?	
Nada satisfactorio	-
Poco satisfactorio	1,6
Suficientemente satisfactorio	16,1
Bastante satisfactorio	35,5
Muy satisfactorio	46,8
¿ Qué te ha parecido trabajar los diferentes contenidos del programa con un grupo de jóvenes de tu edad?	
Nada satisfactorio	-
Poco satisfactorio	1,6
Suficientemente satisfactoria	8,2
Bastante satisfactoria	44,3
Muy satisfactoria	45,9

4.4. Cambios en los conocimientos, las actitudes y las expectativas sobre el alcohol

El análisis de los indicadores globales de conocimientos, actitudes y expectativas sobre el alcohol, calculados a partir de las respuestas de los sujetos a los tres cuestionarios que se encuentran anexos a este informe revelaron diferencias significativas pre-post sesiones en el índice global de conocimientos ($p \leq 0,001$) (Figura 4).

Figura 4. Cambio pre-post sesiones en el índice de conocimientos sobre el alcohol. Este índice se obtiene sumando el total de ítems con respuesta correcta de un total de 36 ítems ($p \leq 0,001$).



También se obtuvo un cambio actitudinal (puntuación total) con una diferencia pre-post situada en el límite de la significación estadística ($p=0,051$). En cambio, no se han obtenido diferencias significativas en relación con la puntuación total en el cuestionario de expectativas sobre el alcohol ($p=0,316$). Véase la Tabla 6.

Tabla 6. Análisis de diferencias pre-post en actitudes y expectativas sobre el alcohol (puntuación total) mediante la t de Student para muestras relacionadas.

		Prueba de muestras relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Diferencias relacionadas							
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	EXPEPOS - EXPEPRE	-1.83	15.151	1.811	-5.44	1.78	-1.010	69	.316
Par 2	ACTIPOS - ACTIPRE	-3.19	13.410	1.603	-6.38	.01	-1.988	69	.051

En las Tablas 7 a 11, se muestran los análisis ítem por ítem de los diferentes cuestionarios administrados antes y después de las sesiones del programa. Estos resultados serán comentados en el apartado de discusión.

Tabla 7. Respuestas a los ítems del cuestionario de conocimientos antes de realizar las sesiones del programa ALFIL.

Ítem	Aciertos	Errores	NS/NC
1. Las bebidas alcohólicas de alta graduación, como el whisky, son perjudiciales para la salud, pero la cerveza, por ejemplo, no lo es.	76,6%	16,9%	6,5%
2. Hay pocos accidentes de tráfico que estén relacionados con el consumo excesivo de alcohol.	87,0%	6,5%	6,5%
3. El alcohol mezclado con un refresco (como el vino con gaseosa) afecta menos al organismo que tomado a “palo seco”.	27,6%	43,4%	28,9%
4. Los efectos del alcohol son más intensos si se consume con el estómago vacío	73,7%	6,6%	19,7%
5. El alcohol tiene algunas propiedades nutritivas para el organismo.	57,1%	15,6%	27,3%
6. El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede hacer que el organismo llegue a depender físicamente del alcohol.	82,9%	1,3%	15,8%
7. Después de tomar alcohol, los reflejos son más rápidos.	84,4%	2,6%	13,0%
8. La mezcla de bebidas alcohólicas y pastillas para dormir (barbitúricos) puede ser mortal.	77,9%	1,3%	20,8%
9. Tomar alcohol ayuda a que mejore un poco la memoria.	89,5%	-	10,5%
10. El alcohol que contienen las bebidas alcohólicas de baja calidad (como el vino barato) perjudican más al organismo que el alcohol de las bebidas de “marca”.	49,4%	18,2%	32,5%
11. Los efectos del alcohol (la borrachera) desaparecen bebiendo café.	13,2%	64,5%	22,4%
12. Un alcohólico es aquel al que el alcohol le sienta mal físicamente.	63,2%	22,4%	14,5%
13. Beber un trago de alcohol es útil para combatir el frío.	46,8%	27,3%	26,0%
14. El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede provocar alteraciones mentales muy graves porque destruye las neuronas del cerebro.	81,6%	1,3%	17,1%
15. Un alcohólico es una persona que se emborracha a menudo.	40,3%	55,6%	4,2%
16. Tomar bebidas alcohólicas de forma habitual disminuye la capacidad para estudiar.	71,4%	7,8%	20,8%
17. El hábito de consumir alcohol puede hacer más fácil que se acabe consumiendo tabaco, cocaína, u otras drogas.	42,1%	27,6%	30,3%
18. Pasarse un poquito con el alcohol los fines de semana no comporta peligro de alcoholismo, siempre que no bebas durante el resto de la semana.	50,6%	33,8%	15,6%
19. La cirrosis (cáncer de hígado) es una enfermedad muy relacionada con el consumo excesivo de alcohol.	73,3%	1,3%	25,3%
20. Los efectos del alcohol desaparecen después de una ducha de agua fría.	61,8%	21,1%	17,1%
21. El alcoholismo es un vicio.	31,1%	67,6%	1,4%
22. Una copita de licor ayuda a curar el resfriado o la gripe.	63,6%	11,7%	24,7%
23. Las bebidas alcohólicas son tan buenas para quitar la sed como las que no contienen alcohol.	72,0%	20,0%	8,0%
24. Las personas que aguantan mucho bebiendo alcohol sin emborracharse tienen menos probabilidad que otras de llegar a ser alcohólicos.	63,6%	23,4%	13,0%
25. El alcoholismo es una enfermedad.	92,2%	3,9%	3,9%
26. El alcohol provoca dependencia física, igual que la heroína.	67,1%	5,3%	27,6%
27. El consumo habitual de bebidas alcohólicas durante el embarazo puede ocasionar retraso mental y problemas físicos en el recién nacido.	84,4%	2,6%	13,0%
28. Un vermut o una copita de licor antes de comer estimula el apetito.	28,9%	14,5%	56,6%
29. El alcohol tiene efectos tóxicos en nuestro organismo.	77,6%	5,3%	17,1%
30. Un alcohólico es un borracho.	53,9%	35,5%	10,5%
31. Los efectos del alcohol desaparecen después de vomitar.	50,0%	31,6%	18,4%
32. El alcohol es una droga, como la heroína o la cocaína.	76,3%	19,7%	3,9%
33. Un consumo diario de 4 o 5 cervezas (caña de 200 ml.) se puede considerar perjudicial para un hombre sano de complejión física normal.	58,4%	10,4%	31,2%
34. Los licores como el coñac o el whisky contienen 4 o 5 veces más cantidad de alcohol que la cerveza o el vino.	80,5%	2,6%	16,9%
35. En España hay más alcohólicos que heroinómanos.	40,3%	7,8%	51,9%
36. Un alcohólico puede dejar fácilmente de beber alcohol, sólo con un poco de fuerza de voluntad.	46,8%	46,8%	6,5%

Tabla 8. Respuestas al cuestionario de conocimientos tras la realización de las sesiones del programa ALFIL.

Ítem	Aciertos	Errores	NS/NC
1. Las bebidas alcohólicas de alta graduación, como el whisky, son perjudiciales para la salud, pero la cerveza, por ejemplo, no lo es.	88,6%	8,6%	2,9%
2. Hay pocos accidentes de tráfico que estén relacionados con el consumo excesivo de alcohol.	97,1%	-	2,9%
3. El alcohol mezclado con un refresco (como el vino con gaseosa) afecta menos al organismo que tomado a "palo seco".	50,0%	35,7%	14,3%
4. Los efectos del alcohol son más intensos si se consume con el estómago vacío	84,3%	7,1%	8,6%
5. El alcohol tiene algunas propiedades nutritivas para el organismo.	60,0%	21,4%	18,6%
6. El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede hacer que el organismo llegue a depender físicamente del alcohol.	91,4%	4,3%	4,3%
7. Después de tomar alcohol, los reflejos son más rápidos.	84,3%	10,0%	5,7%
8. La mezcla de bebidas alcohólicas y pastillas para dormir (barbitúricos) puede ser mortal.	80,0%	1,4%	18,6%
9. Tomar alcohol ayuda a que mejore un poco la memoria.	94,1%	1,5%	4,4%
10. El alcohol que contienen las bebidas alcohólicas de baja calidad (como el vino barato) perjudican más al organismo que el alcohol de las bebidas de "marca".	68,6%	14,3%	17,1%
11. Los efectos del alcohol (la borrachera) desaparecen bebiendo café.	78,6%	10,0%	11,4%
12. Un alcohólico es aquel al que el alcohol le sienta mal físicamente.	71,4%	21,4%	7,1%
13. Beber un trago de alcohol es útil para combatir el frío.	68,6%	22,9%	8,6%
14. El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede provocar alteraciones mentales muy graves porque destruye las neuronas del cerebro.	87,1%	4,3%	8,6%
15. Un alcohólico es una persona que se emborracha a menudo.	57,4%	39,7%	2,9%
16. Tomar bebidas alcohólicas de forma habitual disminuye la capacidad para estudiar.	80,0%	4,3%	15,7%
17. El hábito de consumir alcohol puede hacer más fácil que se acabe consumiendo tabaco, cocaína, u otras drogas.	54,3%	25,7%	20,0%
18. Pasarse un poquito con el alcohol los fines de semana no comporta peligro de alcoholismo, siempre que no bebas durante el resto de la semana.	57,1%	35,7%	7,1%
19. La cirrosis (cáncer de hígado) es una enfermedad muy relacionada con el consumo excesivo de alcohol.	90,0%	2,9%	7,1%
20. Los efectos del alcohol desaparecen después de una ducha de agua fría.	85,7%	8,6%	5,7%
21. El alcoholismo es un vicio.	44,1%	52,9%	2,9%
22. Una copita de licor ayuda a curar el resfriado o la gripe.	67,1%	7,1%	25,7%
23. Las bebidas alcohólicas son tan buenas para quitar la sed como las que no contienen alcohol.	75,7%	8,6%	15,7%
24. Las personas que aguantan mucho bebiendo alcohol sin emborracharse tienen menos probabilidad que otras de llegar a ser alcohólicos.	78,3%	13,0%	8,7%
25. El alcoholismo es una enfermedad.	98,5%	1,5%	-
26. El alcohol provoca dependencia física, igual que la heroína.	87,0%	2,9%	10,1%
27. El consumo habitual de bebidas alcohólicas durante el embarazo puede ocasionar retraso mental y problemas físicos en el recién nacido.	88,6%	2,9%	8,6%
28. Un vermut o una copita de licor antes de comer estimula el apetito.	51,4%	15,7%	32,9%
29. El alcohol tiene efectos tóxicos en nuestro organismo.	87,1%	2,9%	10,0%
30. Un alcohólico es un borracho.	75,7%	20,0%	4,3%
31. Los efectos del alcohol desaparecen después de vomitar.	77,1%	15,7%	7,1%
32. El alcohol es una droga, como la heroína o la cocaína.	86,8%	13,2%	-
33. Un consumo diario de 4 o 5 cervezas (caña de 200 ml.) se puede considerar perjudicial para un hombre sano de complejión física normal.	80,0%	4,3%	15,7%
34. Los licores como el coñac o el whisky contienen 4 o 5 veces más cantidad de alcohol que la cerveza o el vino.	82,9%	4,3%	12,9%
35. En España hay más alcohólicos que heroinómanos.	67,1%	5,7%	27,1%
36. Un alcohólico puede dejar fácilmente de beber alcohol, sólo con un poco de fuerza de voluntad.	75,4%	21,7%	2,9%

Tabla 9. Adquisición de conocimientos (cambio porcentual) tras la participación en el programa ALFIL, para cada uno de los ítems.

Ítem	Cambio porcentual
1. Las bebidas alcohólicas de alta graduación, como el whisky, son perjudiciales para la salud, pero la cerveza, por ejemplo, no lo es.	12,0%
2. Hay pocos accidentes de tráfico que estén relacionados con el consumo excesivo de alcohol.	10,1%
3. El alcohol mezclado con un refresco (como el vino con gaseosa) afecta menos al organismo que tomado a “palo seco”.	22,4%
4. Los efectos del alcohol son más intensos si se consume con el estómago vacío	10,6%
5. El alcohol tiene algunas propiedades nutritivas para el organismo.	2,9%
6. El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede hacer que el organismo llegue a depender físicamente del alcohol.	8,5%
7. Después de tomar alcohol, los reflejos son más rápidos.	-
8. La mezcla de bebidas alcohólicas y pastillas para dormir (barbitúricos) puede ser mortal.	2,1%
9. Tomar alcohol ayuda a que mejore un poco la memoria.	4,6%
10. El alcohol que contienen las bebidas alcohólicas de baja calidad (como el vino barato) perjudican más al organismo que el alcohol de las bebidas de “marca”.	19,2%
11. Los efectos del alcohol (la borrachera) desaparecen bebiendo café.	65,4%
12. Un alcohólico es aquel al que el alcohol le sienta mal físicamente.	8,2%
13. Beber un trago de alcohol es útil para combatir el frío.	21,8%
14. El consumo continuado de bebidas alcohólicas puede provocar alteraciones mentales muy graves porque destruye las neuronas del cerebro.	5,5%
15. Un alcohólico es una persona que se emborracha a menudo.	17,1%
16. Tomar bebidas alcohólicas de forma habitual disminuye la capacidad para estudiar.	8,6%
17. El hábito de consumir alcohol puede hacer más fácil que se acabe consumiendo tabaco, cocaína, u otras drogas.	12,2%
18. Pasarse un poquito con el alcohol los fines de semana no comporta peligro de alcoholismo, siempre que no bebas durante el resto de la semana.	6,5%
19. La cirrosis (cáncer de hígado) es una enfermedad muy relacionada con el consumo excesivo de alcohol.	16,7%
20. Los efectos del alcohol desaparecen después de una ducha de agua fría.	23,9%
21. El alcoholismo es un vicio.	13,0%
22. Una copita de licor ayuda a curar el resfriado o la gripe.	3,5%
23. Las bebidas alcohólicas son tan buenas para quitar la sed como las que no contienen alcohol.	3,7%
24. Las personas que aguantan mucho bebiendo alcohol sin emborracharse tienen menos probabilidad que otras de llegar a ser alcohólicos.	14,7%
25. El alcoholismo es una enfermedad.	6,3%
26. El alcohol provoca dependencia física, igual que la heroína.	19,9%
27. El consumo habitual de bebidas alcohólicas durante el embarazo puede ocasionar retraso mental y problemas físicos en el recién nacido.	4,2%
28. Un vermut o una copita de licor antes de comer estimula el apetito.	22,5%
29. El alcohol tiene efectos tóxicos en nuestro organismo.	9,5%
30. Un alcohólico es un borracho.	21,8%
31. Los efectos del alcohol desaparecen después de vomitar.	27,1%
32. El alcohol es una droga, como la heroína o la cocaína.	10,5%
33. Un consumo diario de 4 o 5 cervezas (caña de 200 ml.) se puede considerar perjudicial para un hombre sano de complexión física normal.	21,6%
34. Los licores como el coñac o el whisky contienen 4 o 5 veces más cantidad de alcohol que la cerveza o el vino.	2,4%
35. En España hay más alcohólicos que heroinómanos.	26,8%
36. Un alcohólico puede dejar fácilmente de beber alcohol, sólo con un poco de fuerza de voluntad.	28,6%

Tabla 10. Puntuación promedio de actitudes sobre el alcohol antes y después de las sesiones.

Ítem	Puntuación	Puntuación	p
	Antes	Después	
1. Tomar una cerveza o una copa con unos amigos resulta muy agradable.	2,89	2,79	0.41
2. Los jóvenes que beben alcohol resultan más atractivos para sus amigos.	2,11	2,34	0.15
3. Es mucho peor ser heroinómano que ser alcohólico.	3,07	2,51	0.01 *
4. El consumo de alcohol trae más problemas que beneficios	4,26	4,43	0.30
5. Encuentro lógico que los jóvenes tomen alcohol con sus amigos para pasárselo bien.	2,39	2,41	0.86
6. Si bebes alcohol es más fácil hacer amigos y se “liga” más	2,06	2,14	0.62
7. La gente, en general, debería esforzarse por beber menos alcohol.	4,44	4,63	0.11
8. Uno se divierte más después de tomar unas copas y “coger un puntillo”	2,64	2,62	0.92
9. El alcohol es malo para la salud.	4,38	4,45	0.62
10. El alcohol es la perdición para muchas personas.	4,32	4,31	0.93
11. Un alcohólico es un vicioso.	2,97	2,72	0.14
12. Después de beber un poco de alcohol, pero sin pasarse, se conduce igual que si no se ha bebido nada.	1,89	1,61	0.07
13. En nuestra sociedad, poder beber alcohol es un signo de que ya eres “mayor”, y eso hace que te tomen más en serio.	2,42	2,36	0.73
14. Los padres y los maestros no deberían beber alcohol delante de los niños para darles un buen ejemplo.	4,46	4,44	0.91
15. Debería hacerse más controles de alcoholemia a los conductores.	4,34	4,36	0.91
16. Las bebidas alcohólicas ayudan a animar las fiestas.	2,81	2,74	0.61
17. No se debería anunciar bebidas alcohólicas por televisión.	3,72	4,00	0.08
18. Comprar bebidas alcohólicas es una forma de tirar el dinero.	3,97	3,85	0.34
19. Consumir bebidas alcohólicas de determinadas marcas es un signo de distinción o prestigio entre los amigos.	2,46	2,56	0.55
20. Estoy de acuerdo con la ley que prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 16 años.	3,87	4,26	0.01 *
21. Si no tomas bebidas con alcohol, tus amigos se ríen de ti.	2,29	2,14	0.38
22. Deberían retirar el carné de conducir a las personas que conducen bajo los efectos del alcohol.	4,12	4,12	1.00
23. Tomar un poco de alcohol ayuda a algunas personas a enfrentarse a los problemas cotidianos.	2,51	2,30	0.23
24. Las autoridades sanitarias deberían preocuparse por prevenir el abuso de alcohol entre los jóvenes.	4,20	4,29	0.56
25. No hay nada malo en tomar un poco de alcohol si te hace sentir mejor.	2,72	2,46	0.09
26. La gente que llega a abusar del alcohol es porque ya tienen otros problemas previamente.	3,24	3,47	0.13
27. Creo que se debería expulsar de la escuela a un alumno que tomase alcohol dentro del recinto escolar.	3,67	3,33	0.03 *
28. Beber alcohol no es más que una forma de desaprovechar el tiempo.	3,69	3,54	0.31
29. Tomar una copa sólo de vez en cuando no es peligroso.	3,38	3,44	0.66
30. Las personas que beben alcohol frecuentemente, suelen ocasionar muchos problemas a la sociedad.	2,51	2,49	0.92
31. Una fiesta sin alcohol no suele ser tan divertida como una con alcohol.	2,69	2,43	0.16
32. Consumir alcohol, tabaco o “porros” no es tan malo como consumir drogas “duras” como la heroína y la cocaína.	3,30	3,20	0.55
33. La gente suele mostrarse más abierta y sociable después de tomar un par de copas.	2,78	2,74	0.78
34. La gente no ve “normal” que una persona no beba alcohol.	2,81	2,74	0.68
35. Resulta muy difícil no beber alcohol en una fiesta en la que todo el mundo bebe.	3,70	4,10	0.01 *
36. Se debería prohibir terminantemente la venta de alcohol y tabaco a menores de 18 años.	2,03	2,03	1.00
37. El consumo de alcohol es necesario en algunas situaciones sociales.	2,97	3,14	0.31

Tabla 11. Puntuación promedio de expectativas sobre el alcohol antes y después de las sesiones. Escala Likert 1 a 5, de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, con posición neutra (3).

Ítem	Puntuación Antes	Puntuación Después	<i>p</i>
1. El alcohol te ayuda a relajarte cuando estás tenso.	2.39	2.23	0.34
2. Beber una copa hace que te sientas menos tímido y que encuentres más fácil hablar de tus sentimientos con los demás.	3.00	3.09	0.58
3. El alcohol ayuda a conciliar el sueño más fácilmente.	2.73	2.36	0.01 *
4. Cuando la gente bebe alcohol siente que tiene más poder para convencer a los demás.	2.89	2.83	0.77
5. Beber alcohol te hace mostrarte más romántico.	2.11	2.11	1.00
6. Después de beber alcohol se ve el futuro de forma más optimista.	2.59	2.56	0.87
7. Tomar un poco de alcohol ayuda a calmar el dolor	2.64	2.53	0.43
8. Después de haber tomado unas copas no se puede pensar con la misma claridad que antes.	4.20	4.27	0.57
9. Tomar una copa hace que te sientas bien.	2.49	2.40	0.58
10. El alcohol hace que la gente sea menos eficiente en sus tareas.	3.65	3.93	0.02 *
11. Algunas bebidas alcohólicas tienen un sabor agradable y refrescante.	3.49	3.43	0.72
12. Beber alcohol hace que uno se ponga agresivo con los demás.	3.84	3.83	0.93
13. El alcohol tiene efectos mágicos en las personas.	2.48	2.60	0.51
14. Tomar alcohol hace que sea más difícil concentrarse.	4.04	3.71	0.04 *
15. Beber alcohol añade calor y compañerismo a las reuniones sociales.	2.21	2.30	0.53
16. Cuando alguien se siente agobiado o frustrado, tomar unas copas hace que se sienta mejor.	2.45	2.38	0.64
17. El alcohol permite celebrar de forma agradable las ocasiones especiales.	2.52	2.49	0.87
18. Después de beber un par de copas es más fácil enfrentarse a la gente y decir “las cosas claras”.	3.00	3.14	0.36
19. Tomar alcohol hace que uno sienta menos angustia y preocupación por las cosas.	3.10	2.99	0.44
20. La gente se encuentra más alegre y de mejor humor después de tomar unas copas.	2.93	2.93	1.00
21. Después de haber bebido la gente tiene dificultad para coordinar sus movimientos.	4.14	4.41	0.03 *
22. Es más fácil que uno acabe discutiendo y peleándose con los demás si bebe alcohol que si no lo bebe.	3.84	4.09	0.10
23. Un poquito de alcohol ayuda a dormir de un tirón.	2.58	2.39	0.24
24. Tomar alcohol le da a uno más confianza en sí mismo	2.48	2.58	0.56
25. Después de tomar alcohol la gente se vuelve menos responsable	3.82	4.09	0.06
26. Una persona que bebe alcohol parece más interesante a los demás que una que no lo bebe.	2.13	2.07	0.67
27. Si beben alcohol los artistas son más creativos en su obra.	2.13	1.93	0.08
28. Después de beber alcohol uno recuerda mejor las cosas	1.49	1.75	0.03 *
29. Beber alcohol afecta poco a las capacidades físicas como correr, nadar, o hacer deporte en general.	2.34	2.34	1.00
30. El alcohol produce depresión en muchas personas.	4.00	4.25	0.13

4.5. Cambios en la dinámica familiar: comunicación, conflictos y uso de nuevas estrategias aprendidas

En los análisis realizados se detectaron algunos cambios subjetivos (según la valoración de los padres) en relación con la dinámica de las familias que participaron en los grupos (Tabla 12). Por un lado, el 66,7% de los padres informó de un mayor diálogo o comunicación en casa tras la participación de las sesiones. Por otro lado, el 44,9% de los padres informó de menos conflictos tras la participación en las sesiones. Y por último, el 55,1% de los padres informó de la puesta en práctica de las recomendaciones y técnicas sugeridas en las sesiones (aunque sólo el 44,9% indicó que habían sido efectivas).

Tabla 12. Valoración de los padres de los cambios producidos en la familia después de participar en el programa ALFIL respecto a la comunicación familiar, los conflictos en casa y el uso de estrategias y sugerencias aprendidas en el programa.

	Porcentaje (%)
Comunicación familiar	
No ha habido cambios porque antes ya teníamos una buena comunicación	26,5
No ha habido cambios, seguimos teniendo problemas de comunicación	5,9
Hemos dialogado más que antes, aunque se puede mejorar	52,0
Hemos mejorado bastante la forma de comunicarnos.	14,7
Otras respuestas	1,0
Conflictos en la familia	
No había conflictos antes ni ahora	33,7
Sigue habiendo los mismos conflictos que antes	14,3
Han aumentado los conflictos familiares	6,1
Han disminuido los conflictos familiares	44,9
Otras respuestas	1,0
Utilización de estrategias y sugerencias aprendidas en el programa	
Ya las practicaba casi todas antes de participar en el programa	21,4
Las he puesto en práctica pero no han funcionado	10,2
Las he puesto en práctica y han funcionado	44,9
No las he puesto en práctica	21,4
Otras respuestas	2,0

4.6. Análisis cualitativo de los problemas detectados por los profesionales

A pesar de que las experiencias de intervención con los hijos de alcohólicos y sus padres han sido, por lo general, muy satisfactorias para los profesionales que las han realizado, aún queda mucho trabajo por hacer para optimizar este tipo de intervenciones. El análisis cualitativo de las dificultades que representa realizar este tipo de programas ha permitido encontrar una serie de posibles soluciones que deben tener en cuenta los profesionales que deseen aplicar este tipo de programas en el futuro (Tabla 13).

Tabla 13. Problemas y soluciones adoptadas o sugeridas en el Programa ALFIL.

Problemas	Soluciones
1. Dificultad para captar participantes voluntarios (especialmente en las familias de mayor riesgo).	1. Formación en técnicas motivacionales específicas. En las familias de mayor riesgo, uso de incentivos como subvenciones, informes favorables, etc.
2. Algunos jóvenes no aceptan o dejan de asistir (especialmente los disociales).	2. Hacer grupos para niños más pequeños para poder captar antes de los 12-13 años a los que tienen tendencias antisociales.
3. Jóvenes mayores de 18 años (o sus padres) piden acudir a los grupos educativos. Algunos muestran síntomas afectivos y otros han empezado a consumir sustancias adictivas	3. Ampliar este tipo de grupos educativos a los jóvenes adultos de familias con problemas de alcohol
4. Asistencia irregular a las sesiones	4. Seguimiento telefónico, incentivos, flexibilidad, improvisación, resumir sesiones anteriores
5. Dificultad para “movilizar” al grupo	5. Dos terapeutas: uno dirige y otro supervisa y ayuda. Formación en técnicas de dinamización de grupos. Buzón de dudas anónimas
6. Pocos materiales adaptados a los hijos de alcohólicos o aburridos	6. Elaboración de más materiales específicos. Uso de recursos a través de internet, etc.
7. Los padres piden que los programas duren más y tengan mayor continuidad	7. Escuelas para padres (más sesiones). Sesiones de seguimiento de los grupos. Grupos semi-abiertos
8. Falta de continuidad de los programas (falta de recursos económicos para conseguir recursos humanos estables)	8. Buscar recursos continuados. Incorporar la asistencia a los hijos en los programas de tratamiento del alcoholismo

4.7. Análisis cualitativo de las respuestas más frecuentes de los participantes a las preguntas abiertas

En general hay que decir que los participantes ofrecieron pocas respuestas a las preguntas abiertas de los cuestionarios de valoración de las sesiones, supuestamente debido a que debían contestar el cuestionario en poco tiempo si deseaban participar en la sesión de despedida junto con los demás. En general, los comentarios fueron de aceptación y disfrute de lo que se había realizado, aunque en ocasiones realizaron sugerencias que vale la pena tener en cuenta para los siguientes grupos.

Tabla 14. Resumen de las respuestas más frecuentes a las preguntas abiertas de los cuestionarios de evaluación del programa por parte de padres e hijos.

Pregunta	Respuestas de los padres	Respuestas de los hijos
¿Lo que más ha gustado?	Todo. La claridad. La sinceridad. El respeto. La cordialidad. La seriedad. Poder hablar de la experiencia personal. Aprender sobre drogas. Hablar sobre los hijos con otros padres. Resolver dudas. Conocer mejor a mis hijos y cómo comunicarme con ellos. Conocer a gente nueva. Poder tratar el tema “tabú” y sin alzar la voz.	Compartir con el grupo, estar con gente. Saber cómo se sienten otros chicos de mi edad que también tienen problemas. No sentirme un bicho raro. Los debates. Conocer a gente. Los juegos de ordenador. Los vídeos. La relajación. El tema de anuncios (publicidad). Poder ayudar a los demás del grupo. Los regalos.
¿Lo que menos ha gustado?	Nada. Ha sido corto. Quizás demasiado “general” sin profundizar en algunas cosas. El desplazamiento. Enfrentarme a la realidad de lo que me ha pasado. No poder compartirlo con el marido / la mujer.	Nada. Venir el viernes. Que algunos chicos desprecien a los alcohólicos. Algunas sesiones se iban de tema. La teoría. Hacer “fichas” de trabajo. A veces aburrido, charlas “pesadas”. Algunos vídeos. Tener que leer o escribir.
¿Temas o actividades que añadiría o ampliaría?	Nada. En general, están bien. Hablar de sexo. Hablar de cuándo una persona empieza a ser alcohólica. Las enfermedades derivadas de las drogas. Mesa redonda con los hijos. Más sesiones conjuntas con los hijos.	Nada. Más habilidades sociales. Hablar de otras drogas, además del alcohol. Hablar más del tabaco. Relajación. Ampliar el tema de exteriorizar sentimientos. Más juegos. Más películas. Más ordenador. Más diálogos (escenificaciones).
¿Temas o actividades que eliminaría o reduciría?	Ninguno. Están todos bien.	Ninguno. Las charlas largas. La teoría.
¿Molestia por algunos temas tratados?	No. En absoluto. Al contrario, me he sentido muy cómoda.	No. Un poco avergonzada por la falta de confianza al principio, pero luego ya no.
¿Trato y preparación de los educadores?	Muy bueno / satisfactorio. Estupendo. Fenomenal. Excelente. Me han dado confianza. Muy profesional y humano. Muy objetivo. Correcto, adecuado, bien preparado.	Bueno. Muy bueno. Interesante y claro. Mucha simpatía. Bastante bueno.
¿Sugerencias de mejora?	En general está bien. Que los chicos no desconecten del programa. Hacer algunas sesiones de vez en cuando sobre diferentes temas. Encontrarse cada cierto tiempo. Hacerlo más largo. Tratar con más profundidad algunos temas. Que los niños hiciesen una entrevista a un enfermo alcohólico. Facilitar la asistencia con más horarios.	No. Todo muy correcto. Más consejos. Más sesiones de habilidades sociales y de relajación. Más vídeos y ordenador.

5. DISCUSIÓN

Impacto y difusión del programa

A pesar de que se trataba de un programa experimental que no podía ofrecerse a nivel asistencial, el ALFIL ha contado con un grado de difusión aceptable entre los profesionales, la población diana y también en algunos medios de comunicación públicos. A medida que se ha ido conociendo la existencia del Programa ALFIL, a través de la difusión de trípticos informativos para pacientes y profesionales, la participación en congresos nacionales e internacionales, y la realización de charlas y conferencias, entre otras actividades, ha ido aumentando la demanda de participación, de manuales del programa y materiales específicos, de talleres de formación e intercambio de experiencias, y de asesoramiento sobre casos particulares. Uno de los colectivos más interesados en el programa ha sido el de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, que a menudo realizan grupos de apoyo para familiares. A pesar del interés inicial en llegar a todas las comunidades españolas, no se han podido llevar a cabo grupos psicoeducativos en todos los centros que lo han solicitado por falta de presupuesto o por dificultades para conseguir personal estable que se dedicara a ello. Eso sí, se cuenta con un directorio de profesionales, organizaciones y centros que han mostrado interés en este tipo de actividades preventivas y en conseguir los materiales específicos que se han ido editando.

También se ha conseguido intercambiar experiencias con programas de características similares al ALFIL en otros países europeos a través de la Red Europea EN CARE, lo que sin duda ha sido muy enriquecedor para el programa. Igualmente se han realizado tareas de intercambio y difusión a través de la Red Iberoamericana RIOD.

A pesar del esfuerzo de difusión de este programa, aún se debe continuar trabajando para que este tipo de programas pueda ofrecerse sistemáticamente como parte del tratamiento familiar del alcoholismo en todas las comunidades de nuestro país. Para conseguir este objetivo será necesario el esfuerzo coordinado entre todos los organismos socio-sanitarios, centrales y autonómicos, implicados en la asistencia y la prevención a los problemas de drogas.

Evaluación del proceso de aplicación del programa

Lo primero a destacar en la valoración subjetiva de los participantes en el programa es el amplio grado de aceptación y satisfacción tanto de los profesionales como de las familias que acaban aceptando participar, a pesar de las resistencias iniciales de algunos adolescentes que acuden a las sesiones obligados. Si embargo, no debemos olvidar que resulta muy difícil conseguir la participación voluntaria de aquellas familias que más lo necesitan, principalmente porque los progenitores no están en contacto con centros de tratamiento ni asociaciones. Probablemente este tipo de programas debería ser de carácter obligatorio para aquellas familias en las que se detecta un elevado nivel de riesgo y un bajo nivel de protección en relación con el consumo de alcohol u otras drogas en uno o ambos progenitores, bien por parte de los servicios de asistencia social primaria, bien por los servicios de atención a la infancia y la adolescencia en riesgo. También sería recomendable introducir algunos aspectos específicos de los programas para hijos de alcohólicos en los programas de prevención de drogodependencias que tienen lugar en la escuela, ofreciendo a todos los jóvenes que deseen profundizar en el tema del alcohol en la familia la posibilidad de hacerlo a través de algún servicio de asesoramiento específico, del mismo

modo que suele realizarse en algunos programas escolares en los Estados Unidos (Short et al., 1995; Emshoff, 1990) .

Otro aspecto destacable es el hecho de que el proceso de aplicación del programa se suele facilitar si se ofrecen programas medianamente estructurados, pero lo suficientemente flexibles para permitir introducir modificaciones sobre la marcha. Por ejemplo, en los grupos realizados entre 2001 y 2004 la sesión 4 de los hijos fue cambiada hacia el final de las sesiones en varios de los grupos y en también en varios grupos los hijos no desearon realizar una sesión conjunta con los padres, por lo que la sesión de despedida se realizó por separado. Estos detalles se deben tener en cuenta en las futuras optimizaciones del programa.

Resulta curioso que, a pesar de haber ampliado el número de sesiones para padres, éstos siguen considerando en un porcentaje del 47,6% que el programa es demasiado corto y desean más atención tanto para ellos como para sus hijos. Probablemente lo que están solicitando en estos casos es disponer de más programas asistenciales para familiares, programas que tengan cierta continuidad para asesorar y ofrecer apoyo emocional a los familiares de los pacientes, tanto si estos realizan tratamiento como si no.

Eficacia de las sesiones

En relación con los resultados inmediatos de los grupos en la consecución de sus objetivos, el análisis comparativo pre-post sesiones reveló diferencias significativas en el índice global de conocimientos ($p < 0.001$) y diferencias en el margen de significación en la actitud general hacia el consumo, aunque no en el índice global de expectativas sobre el alcohol. Estos resultados son equiparables a los que se obtuvieron con los primeros grupos del programa, realizados entre 1998 y 2000, excepto en las actitudes, que no presentaron entonces diferencias significativas (Díaz y Ferri, 2000).

Los resultados sobre el cambio positivo en los conocimientos sobre el alcohol resultaron similares a los de otros estudios sobre intervenciones preventivas en hijos de alcohólicos (Short et al., 1995; Emshoff, 1990). En general, el índice de conocimientos resultó bastante elevado incluso previamente a la participación en las sesiones. Por ejemplo, la mayoría saben que “el alcoholismo es una enfermedad”, que “el alcohol es una droga” o que “el alcohol durante el embarazo puede ocasionar retraso mental y problemas físicos en el recién nacido”. Sin embargo, es de destacar el cambio significativo en ítems como “Un alcohólico es un borracho”, “los efectos del alcohol desaparecen bebiendo café”, “los efectos del alcohol desaparecen después de vomitar” o “los efectos del alcohol desaparecen con una ducha de agua fría”. También se convencen después de participar en el grupo de que “un alcohólico NO puede dejar fácilmente de beber alcohol, sólo con un poco de fuerza de voluntad”. Con estos cambios se consideró alcanzado el objetivo de hacer entender a los hijos algo más sobre la enfermedad de sus padres, para intentar reducir los sentimientos de rabia y resentimiento (aunque no se preguntó directamente por ellos).

El análisis de las respuestas en el cuestionario de conocimientos reveló que en sucesivos análisis de los datos sería interesante tener en cuenta las respuestas “NS/NC” a la hora de calcular el índice de conocimientos.

Según la literatura revisada, en general, los hijos de alcohólicos en edad escolar muestran actitudes y expectativas sobre el alcohol bastante negativas. Sin embargo, esto no les protege de desarrollar problemas relacionados con el consumo de esa sustancia en el futuro, ya que a medida que se acerca la adolescencia sus actitudes y expectativas cambian hasta alcanzar posiciones más favorables hacia el consumo, quizás debido a que en los primeros contactos con la sustancia suelen tener una respuesta más satisfactoria que los jóvenes de la población general (Wiers y cols,1998). Para poder profundizar en el conocimiento de los factores que pueden llevar a estos jóvenes a consumir alcohol en un momento determinado, a pesar de sus actitudes negativas iniciales, se deberá realizar un seguimiento de los sujetos para obtener nuevos datos a lo largo de la adolescencia y post-adolescencia sobre sus intenciones de consumir alcohol, su consumo real, los efectos que les produce y las razones que les llevan a consumir ésta u otras sustancias, con el fin de relacionarlos con la presencia de algunos marcadores de riesgo obtenidos en la evaluación previa.

El hecho de que en estos nuevos grupos del programa ALFIL los participantes cambiaran las actitudes pero no las expectativas, podría ser un reflejo de que en los talleres de formación de profesionales se hizo mucho hincapié en que ofrecieran a los jóvenes una visión realista acerca de los efectos del alcohol, tanto los “positivos” como los “negativos”. Es decir, se explicó a los profesionales que debían mostrar a los jóvenes que aceptaban que el alcohol tiene aspectos agradables y desagradables, pros y contras, y que la decisión de consumirlo, así como la cantidad a consumir la realiza cada persona en función de los aspectos atractivos y del riesgo que percibe. En vista de los resultados obtenidos, podríamos pensar que esta estrategia pedagógica resultaría más efectiva que otras menos tolerantes a la hora de conseguir cambios en las actitudes hacia el consumo y hacia el abuso en los jóvenes. En nuestra opinión serían las actitudes y no tanto las expectativas las que acaban determinando el consumo.

Resulta curioso el cambio significativo pre-post detectado en el ítem “Estoy de acuerdo con la ley que prohíbe la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 16 años”, que podría indicar que cuando se les explica a los jóvenes que la razón de esa ley es protegerles y no simplemente controlarles, aceptan mejor la prohibición. Sería un argumento más a favor de utilizar las explicaciones razonables a la hora de educar a los jóvenes.

Los resultados de este estudio también muestran cambios subjetivos positivos en la dinámica familiar en un porcentaje elevado de los padres que participaron en el estudio, tanto en la comunicación familiar, como en los conflictos, como en el uso de las estrategias aprendidas en el programa. Estos cambios percibidos podrían reflejar simplemente la satisfacción general con la participación en el programa, pero se prefirió utilizar estos indicadores más sencillos de obtener, ya que los instrumentos para medir variables como la autoestima, las habilidades sociales, las estrategias de afrontamiento al estrés, el ambiente familiar, etc., resultan demasiado largos para administrarlos al final de este tipo de programas.

Por último, para la valoración de la eficacia a medio-largo plazo de las sesiones será preciso continuar con el seguimiento de los participantes con el fin de comprobar si se mantienen los cambios en los conocimientos y en las actitudes sobre el alcohol, si presentan mejor ambiente familiar, menos consumo de alcohol u otras drogas, menos psicopatología y problemas psicosociales, mejor rendimiento cognitivo y escolar y mejor

evolución del alcoholismo paterno, entre otros indicadores de eficacia. También será necesaria la comparación con un grupo control equivalente de hijos de alcohólicos que no haya participado en los grupos educativos, para comprobar si los cambios han sido realmente debidos a la intervención o han podido ser debidos al simple hecho de participar en el estudio epidemiológico del programa o a otras causas.

Análisis de dificultades y soluciones adoptadas

Como era de esperar, la evaluación del programa ALFIL ha presentado algunas de las dificultades metodológicas propias de los programas preventivos dirigidos a grupos de alto riesgo (Kumpfer, 1999). Sin embargo, el análisis de algunas de éstas y otras dificultades puede ser de gran utilidad para optimizar la metodología y el procedimiento de evaluación de este tipo de programas en el futuro.

Uno de los principales obstáculos para realizar grupos psicoeducativos con hijos de alcohólicos y con sus padres fue el manejo de las resistencias que suelen mostrar estas familias a participar en este tipo de actividades, especialmente las familias que presentan mayor riesgo. Muchos alcohólicos se sienten culpables del sufrimiento que han ocasionado en sus familiares y esto hace que no sean capaces de reconocer la presencia de problemas en su familia, otros creen que sus hijos no han captado nada anormal en su comportamiento, o que aún son demasiado pequeños para poder hablar de estos temas. Por su parte, algunos hijos muestran resentimiento hacia sus padres y se niegan a acudir a las sesiones, alegando que no son ellos los que tienen que resolver los problemas de su casa, sino sus padres. Todos ellos suelen utilizar, como mecanismo de defensa, la negación de los problemas familiares, y muestran una gran dificultad para destapar el cúmulo de sentimientos dolorosos y contradictorios que ha ocasionado la enfermedad en su familia. En el manual del programa se ofrecen algunas directrices sobre cómo abordar las resistencias típicas de estas familias. Durante estos años también se ha procurado facilitar el entrenamiento en técnicas motivacionales de los profesionales interesados en realizar este tipo de intervenciones, a través de talleres y seminarios especializados. El siguiente paso para conseguir avanzar en este campo será la formación de los agentes sociales que podrían facilitar la detección de los jóvenes procedentes de familias con problemas de alcohol que no reciben atención específica, con el fin de facilitar su acceso a programas educativos y/o terapéuticos, incluso en el caso de que el progenitor alcohólico no esté recibiendo un tratamiento específico para su adicción.

Algunos de los educadores manifestaron también dificultades para hacer participar activamente a los jóvenes en la dinámica de las sesiones de grupo, especialmente durante las primeras sesiones, si es que no se conocían previamente. Para tratar de solucionar este problema típico en los grupos con hijos de alcohólicos (Kern, 1985) además de la necesaria preparación de los educadores en técnicas de dinamización de grupos de jóvenes, en algunos centros resultó de gran ayuda guiar los grupos en la modalidad de co-terapia. Esta modalidad, además de facilitar la supervisión de las sesiones, permite colaborar en la preparación de las actividades, así como realizar escenificaciones y bromas entre los educadores-terapeutas para hacer más amenas y distendidas las sesiones, especialmente cuando se tratan temas que pueden crear malestar emocional entre los participantes. En la *Guía de actuación para jóvenes con problemas de alcohol en la familia* (2004) se ofrecen algunas sugerencias de cómo abordar otros problemas de actitud y comportamiento que pueden manifestar los jóvenes en los grupos psicoeducativos.

Otro aspecto que, en principio, pareció problemático fue la dificultad para formar grupos de jóvenes de edades similares, especialmente cuando los grupos se realizaban en centros de asistencia y tratamiento del alcoholismo. Sin embargo, en la mayoría de ocasiones, la presencia en los grupos de jóvenes de diferentes edades resultó positiva en el sentido de que los mayores servían de modelo de experiencia respetable para los pequeños, y se establecían relaciones de enseñanza-aprendizaje mutuas muy satisfactorias. Para los más jóvenes participar en una experiencia de este tipo con jóvenes de mayor edad resultaba agradable, pues les hacía sentir mayores. Los jóvenes de mayor edad, especialmente las chicas, se mostraban dispuestos a ayudar y enseñar algunas cosas a los más pequeños, aunque en general mostraban preferencia por participar en grupos de discusión a un nivel más profundo con jóvenes de su misma edad. Una manera de conseguir grupos más homogéneos en edad sería realizar las sesiones en lugares centralizados que permitieran reunir a la población diana de diversos centros de tratamiento, asociaciones de alcohólicos rehabilitados, etc. Otra forma de homogeneizar los grupos sería realizarlos dentro del marco escolar, a través del procedimiento de selección de jóvenes de riesgo por parte de los profesores (Kumpfer y cols, 1996; Nastasi, 1998) del procedimiento de auto-selección de jóvenes preocupados por el consumo de alcohol de sus familiares o amigos, o bien a través de un cuestionario breve de *screening* (Short y cols, 1995; Emshoff, 1990).

Otra de las dificultades encontradas fue la falta de materiales adaptados a nuestro entorno socio-cultural para abordar con los hijos de alcohólicos temas clave como la codependencia, la culpa, la vergüenza, el estigma de la enfermedad alcohólica, los roles desadaptativos en los hijos de alcohólicos, los conflictos típicos en la familia alcohólica, los factores de riesgo genéticos en el alcoholismo, etc. Por ello, desde el programa se han elaborado materiales preventivos específicos para las sesiones, así como de materiales informativos y de autoayuda apropiados para estas familias, como los folletos “¿Alcohol en la familia?” (2001) y “¡Siempre eliges tú!” (2003)

Un problema frecuente en los grupos psicoeducativos que se realizan fuera del entorno escolar es la asistencia irregular a las sesiones por parte de algunos jóvenes, a pesar de hacerles énfasis en la conveniencia de acudir a todas ellas. En los grupos realizados entre 2001-2004 hubo menos absentismo que en los realizados entre 1998 y 2000 y, por lo general, las ausencias fueron debidas a causas médicas o actividades extraescolares, excepto algún abandono. En algunas ocasiones se debieron a olvidos de los niños o de los padres. Probablemente también influyeron las resistencias inconscientes a abordar algunos temas conflictivos o que generan cierto malestar emocional. En definitiva, en cualquiera de los casos, en los grupos educativos que cuentan con un número concreto de sesiones, en los que todos los niños deben recibir la misma información y realizar las mismas actividades, es esencial que los niños acudan al mayor número posible de sesiones. Por ello, en los talleres de formación de profesionales se ha ido insistiendo cada vez más en la necesidad de utilizar técnicas de seguimiento y motivación a través del teléfono (por ejemplo, cuando se sospecha que un niño no va a acudir), el uso contingente de refuerzos como meriendas, pequeños obsequios, uso libre de *internet* o juegos de ordenador tras la sesión, etc. También se recomienda compensar la ausencia de algunos niños a determinadas sesiones, a través de resúmenes y recapitulaciones periódicas de lo acontecido en las sesiones anteriores antes de comenzar una nueva sesión.

Cabe también destacar que sigue siendo especialmente difícil motivar a participar en los grupos a los adolescentes que presentaban características disociales, que son precisamente los que presentan mayor riesgo de consumo de drogas y delincuencia. Muchos de estos

jóvenes ya habían iniciado el consumo de sustancias adictivas y preocupaban especialmente a sus padres, pero no suelen acudir ni siquiera a la primera sesión, a pesar del interés y la insistencia de sus padres. Se debe avisar, sin embargo, de que es preferible no incluir más de uno o dos de este tipo de jóvenes en cada grupo, para evitar que distorsionen la dinámica excesivamente. En algunos grupos, para captar este tipo de casos de “riesgo extremo” se optó por ampliar la edad de intervención hacia los más jóvenes (10 a 12 años), ya que a estas edades aún no han iniciado el consumo de sustancias, y son más influenciables por las directrices paternas. Otra solución posible para facilitar la inclusión de estos casos en los grupos educativos sería realizar inicialmente un abordaje individual con el fin de prepararlos para su posterior participación en un grupo. También puede funcionar el uso de estrategias de motivación “extrínsecas” como incentivos a la familia, atención extra, etc.

Propuestas de futuro

La segunda evaluación de los grupos realizados siguiendo flexiblemente la metodología del programa ALFIL ha demostrado que los grupos psicoeducativos para hijos de alcohólicos son, en general, bien aceptados, y tienen resultados positivos, especialmente por lo que respecta a cambios en los conocimientos y marginalmente en las actitudes hacia el consumo de alcohol.

Aunque se ha avanzado considerablemente, aún quedan algunas preguntas por responder en relación con la intervención preventiva generalizada para hijos de alcohólicos: ¿Cómo conseguir la colaboración del personal de atención primaria?, ¿Qué técnicas son más útiles para motivar a las familias más reacias?, ¿Cómo llegar a los que más lo necesitan?, ¿Cómo conseguir los recursos necesarios para la continuidad de los programas?. Es preciso continuar trabajando en la optimización de las estrategias de motivación de las familias más reacias a participar, en el diseño de materiales preventivos y de autoayuda para estas familias, así como en la sensibilización y formación de los agentes sociales encargados de la detección precoz y la derivación de estas familias a los servicios especializados (pediatras, educadores, jueces, policías, etc).

Los grupos psicoeducativos pueden cumplir un papel clave en la intervención preventiva con hijos de alcohólicos en nuestro país. Tal como se propone en la *Guía de actuación preventiva para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol* (citada en las referencias de este informe), este tipo de grupos debería formar parte de un plan de intervención integral que incluiría: 1) la detección precoz de casos, 2) la evaluación de factores de riesgo y de protección en cada caso concreto, 3) la motivación de las familias para participar en los programas, 4) el *counselling* o técnicas de apoyo y consejo a la familia, 5) los grupos psicoeducativos para padres y para hijos, 6) los grupos de apoyo mutuo o autoayuda y/o 5) la derivación hacia actividades terapéuticas más intensas dirigidas específicamente a los casos de mayor riesgo.

Si se pretende aplicar los resultados de esta investigación a la práctica clínica preventiva, será necesario el apoyo de organismos públicos, tanto centrales como autonómicos, para definir claramente cuáles deben ser las responsabilidades de los diferentes agentes sociales involucrados y facilitar su adecuada formación y coordinación para evitar multiplicar esfuerzos. Igualmente, se plantea la necesidad de incorporar profesionales especializados en el trato con niños y con familias en los centros de atención al alcoholismo. Su papel sería el de ofrecer asesoramiento y apoyo psicológico, además de coordinar las

intervenciones para evitar la negación de los problemas en los hijos, o el peregrinaje de los niños por diferentes servicios que no están preparados para abordar los síntomas del menor dentro del contexto de una familia con problemas de alcohol.

AGRADECIMIENTOS

El Programa ALFIL ha sido subvencionado a Socidrogalcohol por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1997-2003).

Agradecemos también sus aportaciones a todos los profesionales de Socidrogalcohol y a todos los niños y familias que han participado en el Programa ALFIL

REFERENCIAS

- Díaz, R.; Arnau, J.; Bueno, A.; García, M., Gual, A.; Bono, R.; Gómez, J. (2002). Informe del análisis preliminar con la muestra total del estudio epidemiológico con hijos de alcohólicos del Programa ALFIL. Socidrogalcohol – Plan Nacional sobre Drogas.
- Díaz, R.; Ferri, M.J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos. En A. Gual (Ed.). Monografía sobre alcohol. **Adicciones**, 14 (Supl. 1), 353-374.
- Díaz, R.; García, M.; Arnau, J.; Bono, R; Serrano, L.; Gual, A. (2004, en revisión). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology.
- Díaz, R.; Gual, A., Serrano, L.; Costa, S.; Ferri, M.J.; Grau, C. (2001). Programa ALFIL: evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos. **Adicciones**, 13 (1), 39-49.
- Díaz, R., Gual, A., y Grau, C. Intervención preventiva: Diseño de un programa de reducción del riesgo familiar en hijos de alcohólicos. Libro de ponencias de las **XXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol**. Alicante. Marzo, 1997.
- Díaz, R. y Gual, A. Evaluation of psycho-educational sessions for children of alcoholics from the Alfil Program in Spain. **1st European Workshop on Families of People with Alcohol or Mental Health Problems**. Bjärsjölagard's Castle. Sweden. August, 2001.
- Emshoff, J.G. A preventive intervention with children of alcoholics. **Prevention in Human services**, 1990, 7 (1), 225-253.
- Kern, J.C. Management of children of alcoholics. En S. Zinberg, J. Wallace y S. Blume (Eds.). **Practical approaches to alcoholism psychotherapy**. New York: Plenum Press. 1985.
- Kumpfer, K.L. Outcome measures of interventions in the study of children of substance abusing parents. **Pediatrics**, 1999, 103 (5), 1128-1144.
- Kumpfer, K.L., Molraard, V., y Spoth, R. The “Strengthening Families Program” for the prevention of delinquency and drug use. En R. Peters, y R. McMahon (Eds.) **Preventing childhood disorder: substance abuse and delinquency**. Newburg, CA: Sage Publications. 1996 (pp.241-267).
- Nastasi, B. K. Groups for prevention and intervention with children of alcoholics. En K. Callan, y T.R. Kratochwill (Eds.) **Handbook of group intervention for children and families**. Needam Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998 (pp.193-219).
- Programa ALFIL: Intervención psicoeducativa para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas.** (2000) Socidrogalcohol – Plan Nacional sobre Drogas. Barcelona.

- Programa ALFIL: Guía de actuación para niños y jóvenes de familias con problemas de alcohol.** (2004) Socidrogalcohol – Plan Nacional sobre Drogas. Barcelona.
- Short, J.L., Roosa, M.W., Sandler, I.N., Ayers, T.S., Gensheimer, L.K., Braver, S.L., y Yein, J. Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. **American Journal of Community Psychology**, 1995, 33 (2), 223-247.
- ¿Alcohol en la familia?**. Folleto de autoayuda para familias con problemas de alcohol. Socidrogalcohol-Plan Nacional sobre Drogas, 2001
- ¡Siempre eliges tú!**. Folleto de autoayuda para familias con problemas de alcohol. Socidrogalcohol-Plan Nacional sobre Drogas, 2004.
- Wiers, R.W., Gunning, W.B., Sergeant, J.A. Do young children of alcoholics hold more positive or negative alcohol-related expectancies than controls?. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, 1998, 22 (8), 1855-1864.