
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Tejero Fernández, Alba; Gimenez-Llort, Lydia, dir. Programa integral de Tratamiento Cognitivo-Conductual para adolescentes de entre 12 y 16 años con Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal en aras de evitar un futuro contacto con el sistema de justicia penal. 2024. 160 pag. (Grau en Criminologia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/296660>

under the terms of the  license

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA



**PROGRAMA INTEGRAL DE TRATAMIENTO
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
ADOLESCENTES DE ENTRE 12 Y 16 AÑOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO
FETAL EN ARAS DE EVITAR UN FUTURO
CONTACTO CON EL SISTEMA DE JUSTICIA
PENAL**

TRABAJO FINAL DE GRADO

PROF. LYIDIA GIMÉNEZ LLORT

GRADO DE CRIMINOLOGÍA

ALBA TEJERO FERNÁNDEZ

17 DE MAYO DE 2024

Curso 2023-2024

Palabras: 8.487

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	8
3. PROPUESTA DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO	17
3.1. JUSTIFICACIÓN.....	17
3.2. OBJETIVOS.....	20
3.3. DESTINATARIOS.....	21
3.4. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA.....	22
3.4.1. INCORPORACIÓN AL PROGRAMA.....	22
3.4.2. DURACIÓN DEL PROGRAMA.....	23
3.4.3. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN PRE Y POST TRATAMIENTO: HCR-2023	
3.4.4. PROCESO DE TRATAMIENTO.....	24
3.5. ACTIVIDADES	29
4. RECURSOS	38
5. CONCLUSIONES	39
6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	41
7. BIBLIOGRAFÍA	42
8. ANEXOS	52
1. TABLA SUBCATEGORÍAS TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL	52
2. FICHA INICIAL Y FINAL: VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA	58
3. ESCALA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA: HCR-20 (ADAPTADA)	61
4. FICHA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES	62
5. CRONOGRAMAS ACTIVIDADES	64
Tabla 1. Cronograma sesión 1. Presentación.	64
Tabla 2. Cronograma sesión 2. Yincana deportiva	67
Tabla 3. Cronograma sesión 3. Arteterapia.....	70
Tabla 4. Cronograma sesión 4. Emotions.	73
Tabla 5. Cronograma sesión 5. Role-playing.....	76
Tabla 6. Cronograma sesión 6. Resolución de problemas.	80
Tabla 7. Cronograma sesión 7. Mindfulness.....	84

Tabla 8. Cronograma sesión 8. Reestructuración de pensamientos negativos.	87
Tabla 9. Cronograma sesión 9. Decisiones acertadas.	92
Tabla 10. Cronograma sesión 10. Taller de sustancias.	96
Tabla 11. Cronograma sesión 11. Red comunitaria.	100
Tabla 12. Cronograma sesión 12. Conducta desviada y moral.	104
Tabla 13. Cronograma sesión 13. Mi familia.	108
Tabla 14. Cronograma sesión 14. Resiliencia.	111
Tabla 15. Cronograma sesión 15. Autorregulación emocional.	114
Tabla 16. Cronograma sesión 16. Cierre.	118
6. CALENDARIO (CRONOGRAMA) ACTIVIDADES	121
7. ENTREVISTA MERCEDES DEL VALLE	122
8. ENTREVISTA ÓSCAR GARCÍA ALGAR	136
9. ENTREVISTA OLGA VALVERDE GRANADOS	145

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) es un trastorno del neurodesarrollo causado por la exposición intrauterina al alcohol que afecta al desarrollo cognitivo, conductual y emocional de las personas que lo sufren, mermando su calidad de vida. Estas deficiencias pueden aumentar el riesgo de contacto con el sistema de justicia penal. No obstante, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se ha reportado como la intervención psicológica más eficaz para trastornos de índole similar. El presente trabajo aborda la problemática del TEAF, proponiendo un programa de TCC específico para los jóvenes que padecen este trastorno, con el fin de evitar su contacto con el sistema de justicia penal.

Palabras claves: Alcohol, Niños, TEAF, Tratamiento Cognitivo Conductual, Programa de Tratamiento, Sistema de justicia penal.

ABSTRACT

Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) is a neurodevelopmental disorder caused by in utero exposure to alcohol that affects the cognitive, behavioural and emotional development of people who suffer from it, reducing their quality of life. These deficiencies can increase the risk of contact with the criminal justice system. However, Cognitive Behavioural Therapy (CBT) has been reported as the most effective psychological intervention for similar disorders. This paper addresses the problem of FASD, proposing a specific CBT program for young people who suffer from it, to avoid their contact with the criminal justice system.

Keywords: Alcohol, Children, FASD, Cognitive Behavioural Treatment, Treatment Program, Criminal justice system.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

TEAF	Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal
SAF	Síndrome Alcohólico Fetal
SAFp	Síndrome Alcohólico Fetal parcial
ARBD	Daño cerebral relacionado con el alcohol
ARND	Trastorno del desarrollo neurológico relacionado con el alcohol
ND-PAE	Trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
SNC	Sistema Nervioso Central
APA	Asociación Americana de Psicología

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol de la madre durante el embarazo genera una serie de complicaciones para el feto, entre los que cabe destacar el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal el cual se han convertido recientemente en un problema de salud pública a nivel mundial (Ilhan y Yapar, 2020). Así como se estima, cada año nacen más de 100.000 bebés en el mundo con algún trastorno de esta índole (García y Astals, 2021). El TEAF acoge una amplia gama de trastornos, los cuales se caracterizan por una serie de trastornos físicos, neurocognitivos y conductuales que afectan a los individuos que han estado en contacto con el alcohol en la etapa intrauterina.

Este tipo de trastorno, además, reporta una serie de discapacidades secundarias como autorregulación emocional deficiente, falta de habilidades sociales, falta de autoestima o desarrollo de enfermedades de salud mental, entre otros (García et al., 2022; Elliott y Andersson, 2021). Asimismo, los estudios muestran que los jóvenes con Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal tienen más contacto con el sistema de justicia penal y mayor facilidad para desarrollar adicción a sustancias adictivas (Elliott y Andersson, 2021), aspectos que pueden ser determinantes para el grupo de edad juvenil.

Hoy en día, los programas de salud existentes en torno a este fenómeno están dirigidos a concienciar y prevenir el consumo de alcohol durante el embarazo, por tanto, son meramente preventivos. No existe, por tanto, a nivel nacional un programa que aborde de manera integral el tratamiento de los hijos afectados por este Trastorno.

De la revisión sistemática realizada por Nieto et al. (2021) se desprende la existencia de distintas intervenciones psicológicas dirigidas a mitigar los daños causados por el TEAF. Éstas quedan agrupadas en intervenciones dirigidas a: i) la regulación emocional y conductual; ii) habilidades sociales, y iii) familiares.

No obstante, y así como indican los autores (2021, párr.29) “los programas que se han basado en los principios de la terapia cognitivo-conductual han demostrado ser más eficaces en la mejoría de la autorregulación y en la disminución de problemas

de conducta de las personas afectadas por este trastorno”. Ello es debido a que “esta terapia está dirigida a cambiar los pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas” (Puerta y Padilla, 2011, p.252).

Es por ello por lo que el presente trabajo tiene como objetivo principal desarrollar un programa de tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes afectados por Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal que les ayude a mejorar aquellos aspectos de sus capacidades cognitivas, conductuales y emocionales, que les predeterminan y/o conducen a llevar a cabo conductas desviadas, e incluso delictivas, y por tanto, a tener más riesgo de contacto con el sistema de justicia penal.

2. MARCO TEÓRICO

Uno de los grandes retos que afronta la sociedad actual son los trastornos del neurodesarrollo. La causa de éstos puede ser multifactorial, y en ocasiones, muy difícil de identificar y tratar. No obstante, existe una causa ambiental que es perfectamente identificable: *el alcohol*.

En España, el consumo de bebidas alcohólicas está muy normalizado debido a su elevado consumo, su producción y el arraigo social que ostenta en la cultura local (OEDA, 2021). Por lo que respecta a sus efectos en el organismo de las personas cabe destacar que éstos son variados. Esto es debido a que la estructura biológica humana presenta varias dianas donde el alcohol puede actuar, encontrándose éstas tanto en el Sistema Nervioso Central¹ como a niveles periféricos (Valverde, 2024).

A niveles de SNC, el alcohol puede causar tanto efectos a corto plazo, o efectos agudos, como efectos a largo plazo o crónicos, entre los que cabe destacar la depresión, la agresividad o el cáncer entre otros (PNSD, 2023). En esta línea, señalan Ilhan y Yapar (2020) que “los problemas relacionados con el consumo de alcohol son considerados problemas de salud pública” (p.1197). Asimismo, cuando se trata de individuos con TEAF, hay que tener en cuenta que los problemas que pueden derivarse también pueden involucrar al sistema judicial.

El alcohol es un agente tóxico que puede estar presente en el origen de malformaciones congénitas y déficits cognitivos (Maya et al., 2021), así como de trastornos del neurodesarrollo que están presentes en el individuo desde el nacimiento. Por consiguiente, el alcohol es un agente teratogénico el cual se sitúa entre una de las primeras causas tóxicas del retraso mental (Aros, 2008).²

El impacto del consumo de alcohol sobre el niño depende en gran medida del momento del desarrollo en que se produce la exposición. Sin embargo, comprender los mecanismos teratogénicos del alcohol es una cuestión compleja, ya que es muy

¹ SNC, en adelante.

² La condición de agente teratogénico implica que, al entrar en contacto con un embrión o feto en desarrollo durante el embarazo, tiene el potencial de interrumpir su crecimiento y desarrollo normal, provocando malformaciones congénitas o defectos de nacimiento (Clínica U. Navarra, s.f.).

improbable que sólo uno de ellos sea el responsable de los efectos observados en el desarrollo embrionario y fetal (Aros, 2008). Así pues, la forma de beber de la embarazada, la dosis o la duración del consumo parecen ser también factores ligados a los efectos teratogénicos (Aros, 2008).

Estos efectos teratogénicos generan una amplia gama de resultados neuroconductuales conocidos colectivamente como Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal³, siendo su máximo exponente el Síndrome Alcohólico Fetal⁴ (Mattson et al., 2019). Al tratarse de un espectro, por tanto, se deberá atender a los factores anteriormente mencionados y al momento del desarrollo embrionario en que se produce la exposición para conocer la afectación clínica en el niño (Mattson et al., 2019).

Por lo que respecta a la dosis, si bien pudiera parecer que la exposición del feto a altas concentraciones de alcohol en periodos cortos de tiempo provoca mayores afectaciones cognitivas y conductuales, los estudios llevados a cabo por Valverde (2024), demuestran que un patrón de consumo ligero también es capaz de generar en el feto graves malformaciones y alteraciones de tipo cognitivo, conductual, emocional y motivacional.

La magnitud del daño, por su parte, está directamente relacionada con el periodo de desarrollo del feto en el que se produce la exposición (Guerra et al., 2009). Así como señalan Maier y West (2001), el feto es especialmente vulnerable a los efectos dañinos de la exposición prenatal al alcohol durante los períodos críticos del desarrollo del cerebro, muchos de los cuales ocurren muy temprano en el embarazo, donde por ejemplo ocurre la neurogénesis o la muerte celular programada (Valverde, 2024).

Por tanto, no existe un nivel de consumo de alcohol seguro para el feto (García, 2024), ya que incluso un consumo ligero puede provocar una serie de déficits neurocognitivos conductuales muy difíciles de revertir, dando así un diagnóstico de TEAF.

³ TEAF, en adelante.

⁴ SAF, en adelante.

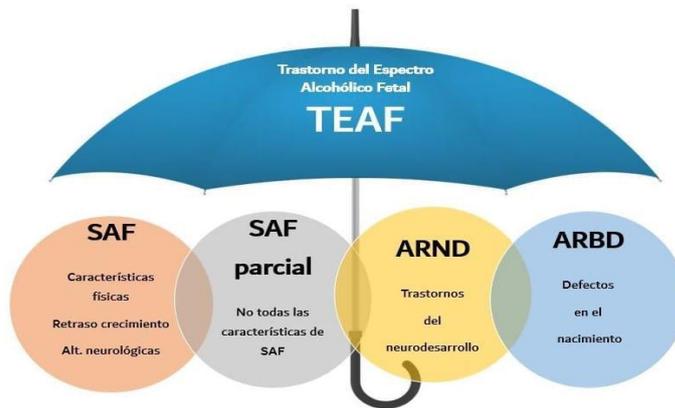
Los déficits neurocognitivos conductuales, a su vez, quedan divididos en dos grandes áreas. En primer lugar, así como señalan Mattson et al. (2019), se encuentran “las anormalidades neurológicas caracterizadas por la disminución en el volumen cerebral o la desorganización del sistema nervioso central (SNC)” (p.5). Las afectaciones a diferentes áreas cerebrales indican que “los niños con TEAF presentan patrones de activación cerebral alterados durante el aprendizaje verbal, la inhibición de la respuesta, la atención visual y la memoria” (Mattson et al., 2019, p.6).

En segundo lugar, se encuentran las afectaciones negativas al funcionamiento cognitivo y conductual que se caracterizan por “influir en la inteligencia general, la función motora, los niveles de atención y actividad, el desarrollo del lenguaje, la función ejecutiva, la percepción y construcción visual, el aprendizaje y la memoria y el funcionamiento adaptativo” (Mattson et al., 2019, p.6).

Como se puede observar las deficiencias cognitivas y conductuales son consecuencia inmediata de las anormalidades neurológicas, ya que la afectación a éstas últimas da como resultado una serie de déficits en la capacidad de relación y desarrollo del feto, y, posteriormente, del niño.

Sin embargo, la principal dificultad en el diagnóstico del TEAF, radica en la correcta identificación de los síntomas presentes en cada persona afectada, “con el objetivo de evitar el infradiagnóstico del TEAF a favor de otras condiciones mentales” (García et al., 2021, p.44), como a favor del Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad.

El TEAF, a su vez, presenta varios sub diagnósticos: SAF, SAFp, ARND, ARBD y ND-PAE.



Fuente: Visual TEAF (2019).

En el extremo más grave del espectro se sitúa el SAF el cual se caracteriza por la presencia de anomalías faciales distintivas (Mattson et al., 2019). Así como señalan Hoyme et al. (2016; citado en Mattson et al. 2019), el diagnóstico de SAF requiere la presencia de las siguientes anomalías:

- Anomalías faciales características: fisuras palpebrales cortas; borde bermellón fino y filtrum liso.
- Deficiencia de crecimiento: talla y peso.
- Crecimiento anormal del cerebro: circunferencia de la cabeza; anomalías de la estructura cerebral.
- Evidencia de deterioro neuroconductual: deterioro en la capacidad de rendimiento, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, así como de regulación.

En determinados casos esta anomalía facial puede estar ausente, por lo que resulta de especial importancia, así como señalan Mattson et al. (2019), “delinear los déficits neuroconductuales asociados a la exposición prenatal al alcohol” (p.1).

El ARBD⁵ hace referencia a los defectos relacionados con el nacimiento. Así como indican Hoyme et al. (2016; cit. en Mattson et al., 2019, p.2) “las personas diagnosticadas con ARBD tienen antecedentes documentados de exposición prenatal al alcohol y presentan 1 o más anomalías físicas”.

⁵ Del inglés, *Alcohol-Related Birth Defects*.

Por otro lado, el ARND⁶ responde a trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol, para cuyo diagnóstico es necesario que se presenten una serie de ítems.⁷ Por último, el ND-PAE⁸ hace referencia a trastorno neuroconductual asociado con la exposición prenatal al alcohol, el cual presenta sus propios ítems.⁹

Cabe destacar que “el ND-PAE se trata de un diagnóstico de salud mental que se ha propuesto recientemente y que se asocia con los efectos teratogénicos de la exposición al alcohol en el útero” (Hagan et al., 2017, p.2).

Como se puede observar, todas las subcategorías de TEAF presentan una serie de características comunes. En primer lugar, se encuentran las referidas al mal funcionamiento mental que se deriva de la exposición prenatal al alcohol. Así como indican García et al. (2021) estas características son:

Dificultad para los procesos cognitivos (funcionamiento ejecutivo y memoria); habilidades sociales (comunicación verbal y no verbal); la conducta adaptativa (resolución de problemas y toma de decisiones); el rendimiento académico (trastornos del aprendizaje); la atención y la concentración (impulsividad y desinhibición) y las habilidades motrices. (p.44)

Y, en segundo lugar, se encuentran las relacionadas con la comorbilidad de enfermedades mentales tales como los trastornos de ánimo, los trastornos de conducta y las adicciones al alcohol u otras sustancias (García et al., 2021).

Es relevante señalar que, “de manera similar a los niños TDAH, los niños con exposición prenatal al alcohol tienen déficits de organización, aumento de conductas impulsivas, disminución de la inhibición de la respuesta, disfunción ejecutiva e hiperactividad” (Mattson et al., 2019, p.13). De todo ello se encarga el control inhibitorio “el cual permite frenar impulsos y, posteriormente, razonar, planificar o resolver problemas” (Diamond, 2013; citado en Jordán y Vicente, 2023, p.5). Este tipo de control, dentro de la población con TEAF se ha demostrado

⁶ Del inglés, *Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder*.

⁷ Ver Anexo 1.

⁸ Del inglés, *Neurobehavioral Disorder associated with Prenatal Alcohol Exposure*.

⁹ Ver Anexo 1.

afectado, comprobándose así un déficit de inhibición global (Jordán y Vicente, 2023).

Además, desde el punto de vista criminológico este fenómeno también resulta de vital importancia. Las alteraciones neurocognitivas que produce el alcohol en el feto, como se ha expuesto a lo largo del trabajo, hace que las personas con TEAF tengan “la capacidad intelectual alterada, un escaso control de los impulsos, una trayectoria escolar trastocada y entornos familiares inestables” (Elliott y Andersson, 2021, p. 8).

Asimismo, al tratarse de una enfermedad crónica, estas alteraciones perdurarán a lo largo de la vida adulta, y “se traducirán en una serie de discapacidades secundarias, como problemas legales, internamiento en instituciones, conductas sexuales inapropiadas, abuso de sustancias, dependencia y dificultad de incorporarse al mundo laboral” (García et al., 2022, p.7), situación que aumentará las posibilidades de interacción de estas personas con el sistema de justicia penal (Elliott y Andersson, 2021).

Como se puede observar, estas características se constituyen como factores de riesgo que aumentan la posibilidad de contacto con el sistema de justicia penal, ya que son características típicas que pueden darse en un infractor.

En términos de prevalencia, se estima que alrededor del 61,1% de los jóvenes de entre 12 y 20 años afectados con TEAF tendrán problemas legales (Sans et al., 2019). Otros autores, como Elliott y Andersson (2021) señalan que “entre las personas con TEAF, un 60% indica que ha tenido al menos un incidente con el sistema de justicia penal y un 42% declara haber estado recluida por algún delito” (p.8).

Por tanto, las discapacidades primarias causadas por el TEAF tales como la inhibición conductual, la regulación emocional, un bajo control de impulsos y una menor capacidad para el enjuiciamiento moral, aumentan exponencialmente las posibilidades de contacto con el sistema judicial (Elliott y Andersson, 2021). En otras palabras, la falta de capacidad para discernir entre el bien y el mal y las consecuencias de los actos en personas con TEAF, supone un factor de riesgo que

aumenta de manera vertiginosa las posibilidades de que éstas se vean implicadas en la estructura judicial.

Pese a que se trata de un fenómeno infravalorado socialmente, resultan alarmantes las cifras de prevalencia de TEAF y SAF alrededor del mundo. En 2017, “la prevalencia global de consumo gestacional de alcohol se situaba alrededor del 9,8%, y la prevalencia de Síndrome Alcohólico Fetal, en 14,6/10.000, lo que supone unos 119.000 nacimientos anuales con SAF a nivel mundial” (Maya et al., 2021, p.e2).

Esta prevalencia no se distribuye de manera uniforme alrededor del mundo, situándose las más altas en los países del Este Europeo (de 5,1 a 33,5%), donde está presente la cultura de consumo de alcohol (Maya et al., 2020), y en Estados Unidos donde se estima que alrededor de entre el 1 al 5% de niños de primer grado de primaria están afectados por Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (May et al., 2018).

La cuestión tampoco resulta baladí en España. La prevalencia de TEAF estimada en nuestro entorno es de entre 1-5% de la población (Valverde, 2024). Asimismo, encuestas realizadas en nuestro país, indican que “alrededor del 40% de las mujeres consumen alcohol en el primer trimestre de embarazo, y alrededor del 23% y 17% en el segundo y tercer trimestre, respectivamente” (García et al., 2021, p.29). Estos datos concuerdan con los ofrecidos por el estudio llevado a cabo por Sebastiani et al. (2018), el cual revela que “en España, la prevalencia del consumo de alcohol durante el embarazo mediante análisis del cabello materno en el momento del parto se sitúa alrededor del 60%” (p.2).

De todo lo expuesto, resulta evidente la necesidad de prevención y tratamiento. En España, desde el Ministerio de Sanidad, existen distintas campañas dirigidas a la prevención del consumo de alcohol en el embarazo. No obstante, no existe actualmente a nivel nacional un programa que aborde de manera integral las deficiencias causadas por el TEAF.

En la actualidad, existen diferentes tipos de programas psicológicos que pueden ir dirigidos a abordar este Trastorno. Estos son: la terapia cognitivo-conductual, las

psicoterapias psicoanalíticas y dinámicas, las terapias de corte existencial-humanista y las terapias sistémicas (Labrador et al., 2003). Sin embargo, el más investigado y el que ha demostrado una mayor eficacia es el tratamiento cognitivo conductual ya que “se basa en el modo de aprender nuevas formas de pensar, actuar y sentir” (Labrador et al., 2003, p.5).

La Terapia Cognitivo-Conductual¹⁰ es una forma de tratamiento psicológico que ha demostrado ser eficaz para una variedad de problemas que incluyen depresión, trastornos de ansiedad, problemas por consumo de alcohol y drogas, entre otros (APA, s.f). Puerta y Padilla (2011) lo definen como “un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas” (p.252).

La Asociación Americana de Psicología (s.f.) dispone que “el tratamiento con TCC implica trabajar con estrategias que permitan cambiar tanto patrones de pensamiento como de comportamiento” (párr. 4-5).

Por lo que respecta a los patrones de pensamiento, la APA (s.f., párr.4) sugiere que las estrategias a seguir pueden incluir:

- i) aprender a reconocer las distorsiones del pensamiento que están creando problemas y luego reevaluarlas a la luz de la realidad; ii) obtener una mejor comprensión del comportamiento y la motivación de los demás; iii) utilizar habilidades de resolución de problemas para afrontar situaciones difíciles, y iv) aprender a desarrollar un mayor sentido de confianza en las propias capacidades.

En lo referente a los patrones de comportamiento las estrategias a seguir incluyen: “i) juego de roles para prepararse para interacciones potencialmente problemáticas con otros, y ii) aprender a calmar la mente y relajar el cuerpo” (APA, s.f., párr. 5).

Este modelo de tratamiento, así como indican Puerta y Padilla (2011) es estructurado, activo y centrado en el problema y dura normalmente entre 10 y 20

¹⁰ TCC, en adelante.

sesiones. Además, se ha reputado muy eficaz para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Así como indica Orjales (2007) “parece indiscutible que dentro de un programa de intervención básico dirigido al paciente con TDAH se deba contemplar (...) la aplicación de técnicas conductuales, emocionales y cognitivas” (p.23). Por tanto, partiendo de la base de que el TEAF comparte muchas características neurobiológicas similares al TDAH, se establece que este tipo de tratamiento es el más adecuado para el abordaje del TEAF.

3. PROPUESTA DE PROGRAMA DE TRATAMIENTO

3.1. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de creación y aplicación de un programa de tratamiento dirigido a adolescentes con Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal se basa fundamentalmente en la falta de existencia de un programa de tratamiento de referencia específico para este trastorno y grupo diana.

En España, desde el Ministerio de Sanidad, existen distintas campañas dirigidas a la prevención del consumo de alcohol en el embarazo, pero no existe un programa de tratamiento único para aquellas personas afectadas por esta condición.

No obstante, cabe recordar que Sanidad, es una materia compartida entre el Estado y las Comunidades Autónomas en virtud del artículo 148.21 de la Constitución Española, por lo que cada CC.AA. tendrá distintos programas de prevención, intervención y tratamiento de TEAF con sus respectivos objetivos y directrices, lo que se presenta como una desventaja manifiesta en el tratamiento y abordaje de las consecuencias de este trastorno ya que los resultados de estos programas serán variados en función de la CC.AA. en que nos encontremos.

En Cataluña se lleva a cabo el programa “*Embaràs sense alcohol ni drogues*” cuyo objetivo es “sensibilizar a la población general y a las mujeres gestantes de los daños asociados al consumo de alcohol durante el embarazo y formar a los profesionales sobre cómo hacer una detección precoz y una intervención breve en aras de disminuir el número de embarazos que se exponen al alcohol” (GENCAT, s.f., párr.1).

Por otro lado, la Generalitat de Cataluña está redactando el PAIcSaMAEC, siglas que obedecen al “*Programa d’Abordatge Integral dels casos de salut mental i addiccions d’elevada complexitat*”. Este programa incluye el TEAF como una de sus líneas de trabajo y como objetivos generales establece: conseguir una actuación más eficaz en prevención, asistencia, bienestar, rehabilitación e integración de las personas con este tipo de trastorno (GOVERN, 2020).

Asimismo, la necesidad de creación de un programa cognitivo-conductual que aborde las deficiencias causadas por el TEAF pasa por la falta de especialización de los profesionales médicos en este trastorno, así como la falta de creación de una red de Unidades Médicas y Equipos Multidisciplinares que aborden de manera integral dicha enfermedad (Valverde, 2024; Del Valle, 2024).

Por otro lado, es necesario hacer referencia a las teorías criminológicas para comprender la justificación del programa. Son varias las que se relacionan entre sí y las que proporcionan una explicación a este fenómeno.

Así pues, en primer lugar, se encuentra *la teoría del etiquetamiento o labeling approach* cuyo representante más célebre es Becker. Dicha teoría parte de la premisa de que el individuo actúa según la imagen que éste sostenga de sí mismo, y ésta proviene de cómo la sociedad lo caracteriza como desviado. En consecuencia, el etiquetamiento de una persona determina como ésta actuará, produciéndose así la asunción de la identidad de delincuente (Cid y Larrauri, 2001).

En el presente caso, encontramos el etiquetamiento en una doble vertiente: i) cuando la persona se encuentra en la etapa de la infancia o adolescencia y todavía no ha tenido contacto con el sistema de justicia penal; y, ii) cuando la persona se hace adulta y, en algunas ocasiones, entra en contacto con el sistema sancionador.

Si se habla del primer supuesto, y tomando en consideración las deficiencias en el aprendizaje y memoria que presentan las personas afectadas por este Trastorno, se haría referencia a la asunción de la etiqueta “tonto” o “desviado” que pueden poner otros niños a los afectados. La asunción de esta etiqueta en la etapa de desarrollo infantil puede ser devastadora ya que “puede venir acompañado de emociones negativas las cuales mermen su autoestima y autocompetencia” (Zarkowska y Clements, 2019; cit. Castillo et al., 2019, p.126).

Si se hace referencia al segundo supuesto, hablamos de que la persona ha entrado en algún momento de su vida en contacto con el sistema de justicia penal por lo que pasará a llevar la etiqueta de “desviado” o “delincuente” y la consiguiente estigmatización que esto supone. Además, debido a la merma de las estructuras neuro- cerebrales, así como al bajo CI que se da en bastantes casos (Del Valle, 2024)

se debe tener en cuenta que muy posiblemente esta persona no entienda el por qué se le ha puesto esta etiqueta.

En segundo lugar, y consecuencia implícita de la primera teoría, se encuentra la teoría de la frustración o “*strain*”. Son varios los autores que han ofrecido una revisión a dicha teoría y la han operativizado en dos procedimientos diferenciados. En el presente trabajo se entenderá por *frustración* la consecuencia del bloqueo de oportunidades (Teijón y Sillero, 2018). En el bloqueo de oportunidades “se analizan las circunstancias, eventos o condiciones que impiden o limitan a los individuos a progresar en sus objetivos” (Teijón y Sillero, 2018, p.5). Agnew (1992; citado en Teijón y Sillero, 2018) afirma que “las personas recurren a conductas antisociales cuando se les impide alcanzar sus objetivos” (p.6).

Así pues, si se toma en consideración lo desarrollado en el presente trabajo en cuanto al deficiente desarrollo cerebral de este colectivo, se observa que el bloqueo de oportunidades a nivel laboral, educativo y social que sufren estas personas les aboca a recurrir a conductas anti normativas o desviadas para la consecución de sus objetivos.

Por último, pero no menos importante se encuentra la teoría biológica. Wilson-Herrnstein (1985; citado en Cid y Larrauri, 2001) “parten de considerar el hecho de que el coeficiente de inteligencia medio de la población delincuente está entre 8 y 9 puntos por debajo de la media de la población” (p.72).

En el presente caso, y así como se ha expuesto en el marco teórico del presente trabajo, el desarrollo neuro cerebral de las personas con TEAF es deficiente, por lo que su Coeficiente Intelectual se sitúa por debajo de la media de la población general. En la mayoría de los casos, este CI se sitúa por debajo de los 80 puntos (Del Valle, 2024) lo que arroja un resultado de discapacidad intelectual.

Pues bien, siguiendo con el relato de la teoría de Wilson-Herrnstein (1985; citado en Cid y Larrauri, 2001), los autores explican esta correlación entre baja inteligencia y delincuencia sobre la base de la teoría de la elección racional, argumentando que:

La persona con baja inteligencia tiende a valorar más el delito por las siguientes razones: i) la baja inteligencia le lleva al fracaso escolar y por tanto a esperar poco del mercado de trabajo, lo que le lleva a buscar otras fuentes de satisfacción; ii) la baja inteligencia vinculada a un pensamiento cortoplacista que debilita la valoración de los beneficios de no delinquir; iii) la baja inteligencia asociada a la impulsividad, lo que no lleva a realizar un cálculo costes/beneficios antes de realizar el delito; y, iv) la baja inteligencia comporta menor razonamiento moral y por ello un debilitamiento de las prohibiciones en la conciencia de la persona. (p.72).

Por tanto, sobre la base de esta teoría, el comportamiento desviado de las personas con TEAF se explica en base a que la deficiente conexión de las estructuras cerebrales les lleva a no poder realizar de manera correcta un cálculo de costes/beneficios asociados al delito así como a una actuación impulsiva, que impide precisamente esta reflexión, y una inhibición con respecto al razonamiento moral y por ello una infracción de las normas morales, y en consecuencia, de las normas sociales y penales.

3.2. OBJETIVOS

El objetivo general (OG) del programa es *realizar un tratamiento cognitivo-conductual para adolescentes afectados por el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal que les ayude a mejorar sus capacidades cognitivas, conductuales y emocionales, entre otras, en aras de prevenir un futuro contacto con el sistema de justicia penal.*

Los objetivos específicos del presente trabajo son:

- OE1: Desarrollar y proporcionar herramientas para la gestión del autocontrol y autorregulación emocional en adolescentes con Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal.
- OE2: Mejorar las habilidades de aprendizaje y memoria de los adolescentes afectados por Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal.

- OE3: Promover y desarrollar estrategias para la toma de decisiones conscientes y responsables en adolescentes afectados por Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal.
- OE4: Disminuir las conductas antisociales de los sujetos que presentan Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal.
- OE5: Valorar cómo la mejora de las afectaciones del desarrollo neurocognitivo-conductual asociadas al TEAF disminuyen los indicadores de riesgo que predisponen a la delincuencia y a la comisión de conductas delictivas, y por tanto, que facilitan la entrada en el sistema de justicia penal.

3.3.DESTINATARIOS

El siguiente programa va dirigido principalmente a adolescentes de entre 12 y 16 años residentes en Cataluña que hayan sido diagnosticados con Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal o presentan una sintomatología altamente compatible con dicha enfermedad ¹¹.

La franja de edad escogida para realizar la intervención es de 12 a 16 años. Si bien es cierto que la máxima plasticidad cerebral se alcanza en los primeros años del neurodesarrollo (UNIR, 2021) y las intervenciones psicológicas serían mayormente adecuadas para niños en etapa infantil, es importante tener en cuenta que las primeras manifestaciones de comportamiento desviado surgen al comienzo de la adolescencia. Así, existe un pico de prevalencia delictiva que llega a su máximo en el periodo de la adolescencia media-tardía, es decir, en torno a los 15-19 años (CRIMIJOV, s.f.).

Este hecho dificulta considerablemente la implementación de intervenciones más tempranas. A su vez, para la realización de la TCC se requiere por parte del sujeto un estadio madurativo y capacidad de aprendizaje cercanas o propias a las de un adulto.

Pese a las elevadas tasas de adopción en España de niños/as del Este Europeo, y de la alta prevalencia de Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal entre estos, el

¹¹ Pueden participar adolescentes con diagnóstico de TDAH.

presente programa será de aplicación tanto para niños y niñas de nacionalidad española como para los provenientes de cualquier otro país que muestren una sintomatología compatible con este trastorno.

3.4.DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El presente programa de tratamiento abordará las tres áreas de intervención (cognitiva, conductual y emocional) mediante distintas actividades encaminadas a proporcionar estrategias y desarrollar habilidades que permitan al individuo un mejor desarrollo de su vida cotidiana y una disminución de los factores de riesgo asociados con la delincuencia.

Se realizará por parte del criminólogo y del neuropsicólogo una detección de necesidades de cada sujeto a efectos de determinar a la finalización del programa la efectividad de éste.

3.4.1. INCORPORACIÓN AL PROGRAMA

La incorporación al programa de tratamiento se hará de 3 maneras diferentes en función de quién solicite la participación del menor en éste.

En primer lugar, la solicitud la podrá iniciar el profesional que realice el seguimiento médico del menor. En este caso, la entrada se hará de forma automática siempre y cuando se realice la petición de forma escrita junto con el consentimiento informado de los padres.

En segundo lugar, la petición la podrá iniciar el personal docente del Centro de Educación Primaria donde acuda el menor. En este caso, deberán aportar junto con el cumplimiento de la solicitud, el consentimiento por escrito de los padres del menor, así como un informe donde se explique la sintomatología detectada en el menor y el desarrollo social y académico que éste ha tenido en los últimos 3 años.

Por último, la petición la podrán iniciar los padres del menor. Para este caso, se deberá completar un formulario, asistir a una reunión de forma presencial con la persona que llevará a cabo el programa de tratamiento y firmar un documento en virtud del cual se autorizará la participación de su hijo en el programa.

3.4.2. DURACIÓN DEL PROGRAMA

El programa se desarrollará llevando a cabo 2 sesiones por semana (Lunes y Miércoles) de 17:00h a 19:00h de la tarde, aunque el horario puede variar en función de la sesión que se desarrolle¹². Por tanto, el programa se prolongará por unas 8 semanas (1 mes y medio).

El programa comprende un total de 16 sesiones destinadas al abordaje y tratamiento de las afectaciones cognitivas, conductuales y emocionales causadas por el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal a partir de una intervención cognitivo-conductual.

3.4.3. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN PRE Y POST TRATAMIENTO: HCR-20

Para medir los indicadores de riesgo de contacto con el Sistema de Justicia Penal de los participantes del tratamiento se utilizará por parte del criminólogo la Escala HCR-20 de Evaluación del Riesgo de Violencia adaptada.

El HCR-20¹³ es una escala de factores de riesgo del comportamiento violento la cual contiene 20 ítems organizados por: factores históricos, clínicos y de riesgo. Así como indican Pueyo y Echeburúa (2010) “su principal objetivo es identificar a pacientes con riesgo de violencia y funciona como una guía con la cual se alcanzan juicios probabilísticos sobre el riesgo de ocurrencia de violencia en el futuro” (p.405).

Pese a que dicha escala se administra generalmente a adultos y tiene por objetivo evaluar la predicción de riesgo de violencia futura, es la que más se adapta para el objetivo del presente trabajo.

Esta escala se administrará tanto al inicio como al final del tratamiento por el criminólogo con el objetivo de valorar si las afectaciones iniciales cognitivas, conductuales y emocionales, así como los factores de riesgo de cada individuo, han

¹² Mirar la descripción de las sesiones para saber qué duración concreta tienen cada sesión.

¹³ Ver Anexo 3.

disminuido. Así pues, se valorará en términos generales también la eficacia del programa.

3.4.4. PROCESO DE TRATAMIENTO

3.4.4.1. *METODOLOGÍA*

El programa de tratamiento consistirá principalmente en trabajar los aspectos cognitivos, conductuales y emocionales afectados por el TEAF a través de la aplicación de los principios de la terapia cognitivo-conductual.

3.4.4.2. *CONTENIDO*

El contenido del programa vendrá determinado por un criminólogo y un neuropsicólogo. No obstante, se considerarán valiosas las perspectivas de otros actores que puedan aportar valores a la hora de la valoración clínica y penal.

3.4.4.3. *FASES*

1. Fase 1: Presentación del programa y proporción a los usuarios

La presentación y facilitación del programa se llevará a cabo de tres maneras diferentes en función de cómo el usuario acceda al programa.

1.1. Profesionales médicos (Pediatras, médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.)

Para este supuesto, el programa será proporcionado mediante el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. Así pues, a los profesionales que estén especializados en el tratamiento con adolescentes, se les proporcionará de manera íntegra el programa con el objetivo de que puedan recomendarlo a aquellos menores que presenten un diagnóstico de TEAF o una sintomatología compatible con dicho trastorno.

Esta recomendación será efectuada a los padres de los adolescentes para que éstos autoricen la participación de sus hijos/as en el programa de tratamiento propuesto.

1.2. Personal educativo

El programa de tratamiento se pondrá a disposición de todos los directores de los Centros de Educación Secundaria Obligatoria de Cataluña. En dichos Centros, se creará una reunión por parte del director junto a todos los docentes que impartan

clases en el mismo y se les explicará la existencia del programa y las líneas de actuación.

Cuando el personal educativo sepa o tenga sospechas de que el individuo padece un Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal o una sintomatología compatible con dicho trastorno, deberá realizar una tutoría con los padres del menor donde explicará la existencia de dicho programa y a la persona a la que deben dirigirse (en este caso al CAP, el cual derivará su caso al responsable de admisiones del programa para una primera evaluación del menor y su posible admisibilidad).

1.3. Padres

Los progenitores de menores diagnosticados con TEAF o con una sintomatología compatible con dicho Trastorno que lo comuniquen al servicio de Centro de Atención Primaria, profesionales o Centro Educativo dónde acuda su hijo/a, tendrán acceso íntegro al programa y se les facilitará una copia de este para que puedan valorar la participación del menor en el mismo.

2. Fase 2: Primera recogida de información y selección

Una vez el menor acuda al programa, el criminólogo realizará una entrevista con el menor donde administrará el HCR-20. Posteriormente, el neuropsicólogo realizará una entrevista con el adolescente donde, por una parte, completará la ficha inicial y, por otro lado, realizará una primera recogida de información acerca del menor en cuanto a su desarrollo durante las diferentes etapas de la vida. Esto englobará: el historial médico, educativo, psicológico, psiquiátrico, pedagógico y social del menor.

Una vez realizado el contacto descrito en el apartado anterior, se llevará a cabo una entrevista del profesional al menor. En esta exploración el profesional responsable del tratamiento llevará a cabo un seguido de preguntas¹⁴ para conocer y valorar si el menor cumple los requisitos de admisión al programa y si el programa en cuestión es adecuado a las necesidades que presenta el sujeto.

¹⁴ La formulación de las preguntas variará en función de la edad del menor y atendiendo a su nivel de comprensión. No obstante, todas ellas girarán en torno a los mismos temas.

En función del resultado que arroje el primer contacto entre el menor y el responsable del programa de tratamiento, la admisión al mismo será diferente: i) para el caso de que el menor esté diagnosticado con TEAF la admisión al programa será directa e inmediata; ii) para el caso de que el menor presente una sintomatología compatible con TEAF, se llevará a cabo una reunión entre el responsable del programa y el equipo que formará parte del mismo con el objetivo de valorar si la participación del menor en el programa es adecuada o no. Para el caso de que resulte afirmativa, el acceso al programa será directo e inmediato; para el caso de que resulte inconcluyente (el menor se encuentra entre el sí y el no), se llevará a cabo un segundo contacto entre el menor y dos profesionales que participen en el programa cuyo objetivo será indagar en más profundidad en la vida del menor para valorar si es adecuada su participación o no en el programa.

En el caso de que se determinase que el programa no es adecuado para el menor¹⁵, y por tanto, se denegase su participación en el mismo, se aconsejará a los padres y profesionales médicos que traten al menor seguir observando su conducta ya que si en un futuro el menor recibiera un diagnóstico de TEAF, se podría volver a valorar su participación en el programa.

3. Fase 3: Áreas de intervención

Las áreas de intervención del presente programa son: *cognitiva, conductual y emocional*.

Pese a que el TEAF afecta a estas tres áreas, se brindará especial atención en el programa a la conductual y emocional debido a su relevancia criminológica, ya que las alteraciones conductuales son las que determinan un peor pronóstico a nivel adaptativo social (Sans et al., 2019).

¹⁵ En función de la edad del menor que se pretenda explorar, puede ser que todavía no se haya desarrollado de manera completa y no se pueda apreciar de manera correcta las afectaciones cognitivo-conductuales que este padece. Por ello, si cuando el menor crece los profesionales o los progenitores del mismo quieren volver a realizar una valoración para la admisibilidad del mismo en el programa, se podrá realizar.

Pronóstico desfavorable (% por grupos de edad)	Edad 6-11 años	Edad 12-20 años	Edad 21-52 años
- Conducta sexual inapropiada	39.1	47.5	51.7
- Fracaso escolar	14.3	62.3	59.1
- Problemas legales	14.3	61.1	58.4

Fuente: Tabla 2. Prevalencia de pronóstico desfavorable en el trastorno del espectro alcohólico fetal (Adaptada de Streissguth, et al). Sans et al., 2019.

4. Fase 4: Seguimiento del tratamiento

El Criminólogo y el Neuropsicólogo, junto con el resto de las profesionales participantes en el tratamiento se reunirá cada semana para hacer una puesta en común sobre los avances que ha realizado cada menor, así como evaluar la efectividad de la intervención que se está realizando.

De igual manera, el responsable del programa se reunirá con las familias en tutorías programadas para realizar un *feedback* de los avances que se observan del menor durante la realización del programa, así como los avances que éste presenta en su vida cotidiana.

5. Fase 5: Evaluación y desvinculación

La evaluación de la eficacia del presente programa se llevará a cabo utilizando dos herramientas.

En primer lugar, por lo que respecta a la perspectiva clínica, el neuropsicólogo realizará una evaluación inicial a través de la ficha inicial de admisión al programa¹⁶ en la cual recopilará información acerca de: la exposición prenatal al alcohol documentada; anomalías físicas; función motora; cognición; lenguaje; función ejecutiva; atención y regulación emocional.

En segundo lugar, y para evaluar cómo varían los indicadores de riesgo predictivos de la conducta desviada, por parte del criminólogo, se utilizará el HCR-20 que será administrado tanto al inicio como al final del programa.

¹⁶ Ver Anexo 2.

Asimismo, ambos profesionales se reunirán una vez a la semana para realizar evaluaciones intermedias de los participantes y poner en común los avances u observaciones que hayan realizado respecto a cada sujeto.

La utilización de ambas herramientas tanto al inicio como a la finalización del programa proporcionará una visión íntegra de la eficacia del programa propuesto, así como el impacto en el comportamiento de los adolescentes con TEAF. Además, pondrá de manifiesto los puntos débiles y críticos del programa, lo que permitirá realizar los ajustes necesarios para maximizar los beneficios del mismo.

Cabe tener en cuenta que el presente programa de tratamiento cognitivo-conductual no pretende retornar a los adolescentes a un estado basal sin alteraciones neuroconductuales, sino que lo que se pretende mediante el presente programa es dotarlos de herramientas conductuales, emocionales y cognitivas que prevengan que entren en contacto con el sistema de justicia penal.

3.5. ACTIVIDADES

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Crear un espacio seguro y de bienestar.• Fomentar la creación de relaciones y vínculos interpersonales entre los menores. <p>1.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sesión práctica (Grupal) <p><i>Pistolero</i></p> <p><i>¿Qué edad tengo?</i></p> <p><i>¿Cómo soy?</i></p>

SESIÓN 2. YINCANA DEPORTIVA	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Fomentar los vínculos sociales entre los menores.• Fomentar el cumplimiento de las normas.• Mejorar la gestión de las emociones: enfado, estrés, euforia, etc. <p>2.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sesión práctica <p><i>Yincana deportiva: futbol, baloncesto y voleibol.</i></p>

SESIÓN 3. ARTETERAPIA	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la expresión de emociones y sentimientos. • Mejorar la autoestima y el autoconcepto. • Promover la aceptación personal. • Desarrollar la introspección. • Potenciar la creatividad y la imaginación. <p>3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Arteterapia</i></p>

SESIÓN 4. EMOTIONS	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar emociones básicas. • Promover estrategias para afrontar las emociones. • Aprender estrategias para el manejo de la ira y de la frustración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Emotions</i></p>

SESIÓN 5. ROLE-PLAYING	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el desarrollo de habilidades sociales básicas y complejas. • Fomentar la escucha activa. • Mejorar la inteligencia emocional y la modulación de la expresión emocional. • Sensibilizar acerca de la importancia de las habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Role-playing</i></p>

SESIÓN 6. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de situaciones sociales conflictivas. • Identificación de situaciones personales abrumadoras y conflictivas. • Generación de soluciones alternativas. • Fomento de la empatía y la escucha activa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>“Cristina”</i></p> <p><i>“Yo”</i></p>

SESIÓN 7. MINDFULNESS	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estrategias para afrontar el estrés y la ansiedad de situaciones cotidianas a través de la relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Mindfulness</i></p>

SESIÓN 8. REESTRUCTURACIÓN DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los pensamientos negativos de los participantes. • Conocer en qué situaciones aparecen estos pensamientos y cómo afrontarlos. • Revertir los pensamientos negativos y repetitivos en pensamientos positivos y realistas. • Realizar una reestructuración cognitiva de patrones de pensamiento negativos. • Proporcionar herramientas para reconstruir los pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Historias de vida</i></p>

SESIÓN 9. DECISIONES ACERTADAS	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar acerca de la toma de decisiones informadas y responsables. • Incentivar la reflexión acerca de las consecuencias de las acciones y decisiones propias. • Estimular el autoconocimiento y la autoevaluación. • Proporcionar herramientas para una reflexión crítica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión práctica <p><i>Decisiones acertadas</i></p>

SESIÓN 10. TALLER DE SUSTANCIAS	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las diferentes tipologías de sustancias adictivas. • Conocer las consecuencias y repercusiones a nivel psicológico y social de estas. • Sensibilizar acerca del consumo abusivo de sustancias. • Tomar consciencia del proceso adictivo. • Reflexionar acerca de los factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias. • Promover la reflexión acerca de las consecuencias del consumo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Testimonios</i></p>

<p>abusivo de sustancias a largo plazo y cómo éstas interfieren con nuestras metas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el desarrollo de estrategias alternativas de afrontamiento. • Dar a conocer las distintas asociaciones que tratan el consumo de sustancias 	
--	--

SESIÓN 11. RED COMUNITARIA	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar qué apoyos familiares y sociales tiene cada individuo. • Potenciar el fortalecimiento de los vínculos positivos. • Reflexionar sobre aquellos vínculos perjudiciales para el sujeto. • Fomentar las redes de apoyo comunitario existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p style="text-align: center;"><i>Mis redes</i></p>

SESIÓN 12. CONDUCTA DESVIADA Y MORAL	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Comprender en qué consiste la conducta desviada y las consecuencias en el desarrollo personal. • Reflexionar sobre los valores propios y los predominantes en la sociedad. • Reflexionar acerca de las consecuencias de la transgresión de las normas. • Adaptar el comportamiento personal a los valores y ética social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Casos prácticos</i></p>

SESIÓN 13. MI FAMILIA	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Concienciar sobre la importancia del apoyo familiar. • Reflexionar acerca de las áreas a mejorar en la relación familiar. • Mejorar la comunicación y proporcionar estrategias resolución de discrepancias y conflictos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión práctica <p><i>Mi familia</i></p>

SESIÓN 14. RESILIENCIA	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar objetivos personales tanto a corto como largo plazo. • Fomentar el desarrollo personal y las ambiciones. • Reflexionar acerca del camino a adoptar para alcanzar dichos objetivos. • Fomentar la perseverancia y la resiliencia frente a las adversidades y /u obstáculos de la vida. • Desarrollar estrategias para la autosuperación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Película: Billy Elliott</i></p>

SESIÓN 15. AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL	
OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia sobre las emociones que experimentamos. • Identificar los pensamientos asociados a cada emoción. • Comprender las respuestas que se dan ante tales emociones. • Fomentar la regulación y la expresión de las emociones. • Fomentar el autocontrol. • Desarrollar estrategias para la regulación emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesión teórica • Sesión práctica <p><i>Inside out</i></p>

SESIÓN 16. CIERRE

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Reflexionar acerca de todo lo aprendido durante el tratamiento.• Valorar el aprendizaje realizado durante el programa.• Establecer futuras metas para el desarrollo personal.• Reflexionar sobre aspectos a mejorar en el programa.	<ul style="list-style-type: none">• Sesión práctica <i>Puesta en común y cierre</i>

4. RECURSOS

El presente programa se llevará a cabo en todo el territorio catalán y será presentado ante la Generalitat de Catalunya para que sea un programa subvencionado. Deberán colaborar en su aplicación, de forma simultánea, tanto el Departamento de Salud como de Justicia.

Para su desarrollo se utilizarán los recursos materiales descritos en cada una de las actividades, así como los recursos humanos señalados, que serán los profesionales que se encarguen del desarrollo de cada sesión. No obstante, pese a ser un programa subvencionado por la Generalitat, se hará un cálculo de coste aproximado del programa.

En primer lugar, por lo que respecta a los recursos materiales, se estima un coste de entre 200 y 250 euros a lo largo de todo el programa.

En segundo lugar, con respecto a los recursos personales, es decir, a los profesionales trabajadores, se estima un sueldo de 600 a 900 euros, contando que únicamente trabajarán lunes y miércoles de 17:00 a 19:00h, pero realizarán evaluaciones intermedias al final de cada semana. El personal fijo será el criminólogo y el neuropsicólogo, aunque para cada actividad se prevé la participación de distintos profesionales a los cuales se les retribuirá en función de las horas empleadas al mes.

5. CONCLUSIONES

Debido a que el presente tratamiento no se llevará a cabo, las conclusiones que cabe establecer son hipotéticas. Por tanto, en base a los objetivos que presentaba el presente programa de tratamiento se han extraído las siguientes conclusiones.

En primer lugar, se espera que la terapia cognitivo-conductual mejore la capacidad de gestión de autocontrol de los sujetos participantes, así como que les dote de estrategias para manejar la autorregulación emocional. Así pues, se espera que, gracias al programa de tratamiento, los adolescentes sean capaces de identificar, comprender y controlar sus emociones ante diversos escenarios y situaciones de su vida cotidiana, las cuales les generen estrés y ansiedad.

Este punto es importante desde el punto de vista criminológico ya que el déficit en el desarrollo de este tipo de habilidades puede estar asociado con la realización de conductas impulsivas y agresivas que aumentan exponencialmente la posibilidad de estos sujetos de involucrarse en conductas antisociales y delictivas. Por lo tanto, la mejora de estas capacidades puede reducir de manera vertiginosa las probabilidades de contacto con el sistema judicial.

En segundo lugar, y en lo que respecta a la mejora de habilidades de aprendizaje y memoria, se espera que este tratamiento optimice los déficits cognitivos que presentan los sujetos con TEAF. La mejora de estos déficits también es relevante desde el punto de vista criminológico ya que los sujetos con una menor capacidad de memoria o atención tienden a reportar un menor rendimiento académico y, en algunas ocasiones, una mayor falta de oportunidades de empleo, lo que puede conllevar a que estos sujetos se impliquen en actividades delictivas.

Seguidamente, se espera que el presente tratamiento ofrezca a los adolescentes estrategias de desarrollo del pensamiento crítico y herramientas alternativas para la resolución de problemas y conflictos, y a su vez les ayude a reflexionar y tomar decisiones conscientes. Esto es importante criminológicamente ya que el hecho de que los jóvenes tomen decisiones reflexionadas puede ayudarles a prevenir situaciones de conflicto, lo que reduciría la participación en comportamientos antisociales o delictivos.

Por último, se espera que el presente programa ayude a disminuir los indicadores de riesgo asociados con la delincuencia de los participantes, así como a reducir las posibilidades de consumo de sustancias o de involucración en ambientes desfavorables de éstos, consiguiendo así una disminución de probabilidades de contacto con el sistema de justicia penal.

6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Las limitaciones del presente trabajo se abordarán desde el punto de vista de las limitaciones de aplicación que presenta el programa y las limitaciones del objeto de estudio.

Así pues, por lo que respecta a las limitaciones del programa de tratamiento, cabe destacar la participación en el mismo por parte de los adolescentes. Al tratarse de un programa voluntario, los participantes no están obligados a asistir a las sesiones, por lo que los resultados de este podrán variar en función del número de sesiones al que haya asistido el menor.

En segundo lugar, como limitación del programa cabe destacar los criterios de inclusión y exclusión. Es posible que la selección y criterios utilizados para la participación en el mismo no sea la idónea, ya que la ventana de observación temporal del criterio de edad que se establece en el presente programa es restrictiva. Asimismo, el ámbito de aplicación territorial también es restrictivo ya que se aplicará en Cataluña.

Por lo que respecta al objeto de estudio, las limitaciones principales que se han encontrado han sido, en primer lugar, la falta de información criminológica con respecto al tema, y en segundo lugar, la falta de colaboración por parte de entidades públicas a la hora de proporcionar información acerca del fenómeno.

Por lo que respecta a las futuras líneas de investigación que se erigen en torno al presente fenómeno, cabe destacar, primeramente, el estudio de la transgeneración. Es decir, qué sucede con la transmisión de los genes de personas afectadas por TEAF trastorno a su descendencia y la afectación neurocognitiva en éstos.

Una segunda línea de investigación a señalar es la realización un estudio cualitativo acerca de las razones por las que las madres, aun sabiendo los riesgos asociados a la exposición prenatal al alcohol, consuman durante el embarazo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association. (s.f.). *What is Cognitive Behavioral Therapy?*. Recuperado el 13 de febrero de 2024. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- American Psychological Association. (2023). *Estrategias para controlar su enojo*. Recuperado el 13 de febrero de 2024. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- Aros, S. (2008). Exposición fetal a alcohol. *Revista chilena de pediatría*, 79 (1), 46-50. Scielo. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700008
- Astals, M., García, O., Cortés, M.T., Pascual, F. (2022). El síndrome alcohólico fetal en España: análisis de la situación del TEAF en España: Programas, recursos y propuestas de mejora – (2021-2022). *Socidrogalcohol*, 1-81. Socidrogalcohol. https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2022/11/TEAF_A4_interior_2022-07-14.pdf
- Bados, A., García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona. Recuperado el 13 de enero de 2024, desde <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogo_PNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Bosch, A. (2012). Resiliencia, *Educación Médica*, 15(2), pp.77-78. Scielo. <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v15n2/colaboracion2.pdf>
- Castillo, K., Chávez, P., Zoller, M. (2019). Factores familiares y escolares que influyen en los problemas de conducta y de aprendizaje en los niños.

ACADEMO: Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, 6 (2), 124-134. Research Gate.
https://www.researchgate.net/publication/334651460_Factores_familiares_y_escolares_que_influyen_en_los_problemas_de_conducta_y_de_aprendizaje_en_los_ninos

Children's Minnesota. (2024). *Sistema de clasificación de la función motora gruesa*. Consultado el 28 de abril de 2024, de <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/17457/sistema-de-clasificacion-de-la-funcion-motora-gruesa/>

Clínica Universidad Navarra (s.f.). *Diccionario médico: teratógeno*. Recuperado el 28 de noviembre de 2023 desde <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/teratogeno>

Del Valle, M. (2024). Entrevista Trabajo Final de Grado. [Comunicación personal].

Douglas, K., Hart, S., Webster, C., Belfrage, H. (2008). *HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography*. UMass Chan Medical School, Recuperado el 18 de abril de 2024, de <https://www.umassmed.edu/globalassets/center-for-mental-health-services-research/documents/products-publications/reports/adult-criminal-justice/hcr-20-violence-risk-assessment-scheme-overview-and-annotated-bibliography.pdf>

Domínguez, P. (s.f.). *Arteterapia. Principios y ámbitos de aplicación*. Junta de Andalucía. <https://mediacionartistica.org/wp-content/uploads/2013/05/libro-at-pilar-dominguez.pdf>

Elliott, E., Andersson, E. (2021). Los costes económicos y sociales de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal. En O. García y R. Mendoza (Eds.) *Consumo de alcohol en el embarazo: prevención, diagnóstico y atención temprana de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)*. (pp. 1-20). Ediciones Díaz de Santos. <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788490521519.pdf>

- Equipo editorial Etecé. (2021, agosto 5). *Conflicto*. Concepto. Recuperado el 25 de marzo de 2024 desde <https://concepto.de/conflicto/>
<https://www.revistatabularasa.org/numero-1/Mfuquen.pdf>
- Esper, L., Furtado, E. (2014) Identifying maternal risk factors associated with fetal alcohol spectrum disorders: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 877-889. DOI: 10.1007/s00787-014-0603-2.
- Flak, A., Su, S., Bertrand, J., Denny, C., Kesmodel, U., Cogswell, M. (2014). The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: A meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 38(1), 214-216. DOI: 10.1111/acer.12214.
- Flores, M., Vicente M., Torres, I., López, A. (2014). Consumo de alcohol y comportamientos violentos. Aspectos medicolegales: una revisión desde la jurisprudencia española. *CES Derecho*, 5(2), 220-236. Research Gate. https://www.researchgate.net/publication/276004101_Consumo_de_alcohol_y_comportamientos_violentos/link/554dd9c708ae12808b351094/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpenN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uInIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
- Fuquen, M.A. (2003). Los conflictos y las formas alternativas de resolución, *Tabularasa*, (1), pp.265-278. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/396/39600114.pdf>
- Garcés, C. (2021, 27 de mayo). Reconocer y gestionar las emociones para mejorar la salud mental. *Universidad de Chile*. Recuperado el 25 de marzo de 2024 desde <https://uchile.cl/noticias/176402/reconocer-y-gestionar-las-emociones-para-mejorar-la-salud-mental#:~:text=Reconocer%20las%20emociones%20y%20saber,los%20sentimientos%20que%20pueden%20afectarnos.>
- García, O., Astals, M., González, P., Andreu, V. (2021). *Informe sobre alcohol, embarazo y trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF)*. Ministerio de Sanidad. Recuperado el 27 de enero de 2024 desde

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/embarazo/docs/Informe_AlcoholEmbarazo_TEAF.pdf

García, O. (2022, 6-8 octubre). XLIX jornadas nacionales de Socidrogalcohol. [Sesión de Congreso]. VIII Congreso Nacional de Patología Bio-Psicosocial, Tenerife, España.

<https://jornadas2022.socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2022/11/JS22-LIBRO-DE-ABSTRACTS-v2.pdf#page=67>

García, O. (2024). Entrevista Trabajo Final de Grado. [Comunicación personal].

Generalitat de Catalunya. (2018, 20 de noviembre). *El Govern crea el Programa d'abordatge integral sobre els casos de salut mental d'elevada complexitat*.

[Comunicado de prensa]. <https://govern.cat/salaprensa/notes-premsa/311188/govern-crea-programa-abordatge-integral-sobre-casos-salut-mental-elevada-complexitat>

Generalitat de Catalunya. (2018). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. (3ª edición). Departamento de Salut.

Giménez, L. (2021). "Tema 6. Alcohol". [Apuntes Moodle]. Universidad Autónoma de Barcelona- AulaMoodle.

Gobierno de España. (2022). *Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2022*. [Conjunto de datos]. Ministerio de Sanidad.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Gobierno de España. (2021). Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021. [Conjunto de datos]. Ministerio de

Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

Grupo de Investigación en Criminología y Delincuencia Juvenil (CRIMIJOV). (s.f.). *¿A qué edad empiezan los jóvenes a delinquir?*. Universidad de

Castilla- La Mancha. Recuperado el 13 de abril de 2024, de <https://www.uclm.es/-/media/Files/A05-Investigacion-departamentos/grupos/crimijov/Infografias/Infografia-edad/A-que-edad-empiezan-los-jovenes.ashx?la=es>

Guerra, P., Povedano, E., Fernández, M. (2018). El problema del alcohol en las mujeres. Una revisión a través de casos clínicos. *Psicosomática y psiquiatría*, 7, 28-37. Raco.

<https://racocat.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/392553>

Guerri, C., Bazinet, A., Riley, E.P. (2009). Foetal alcohol spectrum disorders and alterations in brain and behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44 (2), 108-144. DOI: 10.1093/alcalc/agn105.

Hagan, J., Balachova, T., Bertrand, J., Chasnoff, I., Dang, E., Fernandez, D., Kable, J., Kosofsky, B., Senturias, Y., Singh, N., Sloane, M., Weitzman, C., Zubler, J. (2016). Neurobehavioral Disorder Associated With Prenatal Alcohol Exposure. *Pediatrics*, 138(4). DOI: 10.1542/peds.2015-1553.

Hernández, K.A., Lesmes, A.K., (2018). La escucha activa como elemento necesario para el diálogo, *Revista Convicciones*, 5(9), pp. 83-87. Revista Convicciones.

<https://www.fesc.edu.co/Revistas/OJS/index.php/convicciones/article/view/272>

Ilhan, M., Dilek, Y. (2020). Alcohol consumption and alcohol policy. *Turkish Journal of Medical Services*, 50(5), 1-7. National Center for Biotechnology Information.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491269/pdf/turkjmedsci-50-1197.pdf>

Jordán, L., Vicente, C. (2023). *Control inhibitorio selectivo en niños y adolescentes con trastorno del espectro alcohólico fetal: un estudio preliminar*. (Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Madrid).

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/708734/jordan_gonzalez_laura_y_vicente_gomez_cristina_tfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., Fernández, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI*, 84, 1-48. Consejo General de la Psicología en España. <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/28148>
- Lacruz, C., Glòria, R. (2016). La importancia de la autorregulación y la empatía en la formación docente. *Movimento*, 22(1), 157-172. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/1153/115344155012.pdf>
- La Moncloa. (2021, 15 de noviembre). *El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y se asocia con una importante carga de enfermedad y mortalidad.* [Comunicado de prensa]. https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2021/151121-monografia_alcohol.aspx
- López, I., Gené, J. (2022). Revisión sistemática de la investigación sobre el uso del mindfulness en la educación física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 21(3), 83-98. Scielo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232021000300007&lng=es&tlng=es
- Maier, S., West, J. (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research and Health*, 25 (3), 168-174. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6707176/>
- Mattson, S., Bernes, G., Doyle, L. (2019). Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(6), 1046–1062. DOI: 10.1111/acer.14040.
- Maya, S., Martina, S., García, O. (2021). Perfil neurocognitivo y conductual del trastorno del espectro alcohólico fetal. *Anales de pediatría* (95), 208.e1-209.e9. DOI: 10.1016/j.anpedi.2020.12.015.

- Mayo, P., Gossage, J. (2011). Maternal risk factors for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcohol Research and Health*, 34(1), 15-26. National Center for Biotechnology Information.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860552/>
- May, P., Gossage, J., Brooke, L., Snell, C., Marais, A., Hendricks, L., Croxford, J., Viljoen, D. (2005). Maternal risk factors for fetal síndrome in the Western Cape Province of South Africa: A population-based study. *American Journal of Public Health*, 95 (7), 1190-1199. DOI: 10.2105/AJPH.2003.037093.
- May, P., Chambers, C., Kalberg, W., Zellner, J., Feldman, H., Buckley, D., Kopald, D., Hasken, J., Xu, R., Honerkamp-Smith, G., Taras, H., Manning, M., Robinson, L., Adam, M., Abdul-Rahman, O., Vaux, K., Jewett, T., Elliott, A., Kable, J., Akshoomoff, N., Falk, D., Arroyo, J., Herel, D., Riley, P., Charness, M., Coles, C., Warren, K., Jones, K., Hoyme, H. (2018). Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders in 4 US Communities. *JAMA*, 319 (5), 474-482. doi: 10.1001/jama.2017.21896.
- Mena, E. (2010). Autoevaluación y creatividad. *VARONA*, (50), 37-44. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/pdf/3606/360635568007.pdf>
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (SENDA). (2016). *Sugerencias metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individuales (PTI)*. SENDA.
https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIEN TO_CL_7298.PDF
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (s.f.). *Alcohol's effects on health*. Recuperado el 8 de diciembre de 2023 desde <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-alcohol-use-disorder>
- Nieto, Z., Vidal, R., Gómez, N., Ramos, J.A. (2021). Intervenciones psicológicas del trastorno del espectro alcohólico fetal a lo largo del ciclo vital. *Revista de Neurología*, 72(5), 168-176. DOI:10.33588/rn.7205.2020639.

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2021). *Monografía. Alcohol 2021: Consumo y consecuencias*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogo_PNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 19-30. UNED. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132550/APCS_3_esp_19-30.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Orgillés, P. (2011). Arteterapia en las drogodependencias. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6,135-149. https://doi.org/10.5209/rev_ARTE.2011.v6.37089
- Pérez, F., Aarón, E. (2020). Redes comunitarias y de soporte social como recurso para el cuidado y el mantenimiento de la salud. *Revista Salud y Sociedad UPTC*, 5 (1), 33-43. Revista Sociedad y Salud UPTC. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/11702
- Pizarro, P., Santana, A., Vial, B. (2013). La participación de la familia y su vinculación en los procesos de aprendizaje de los niños y niñas en contextos escolares. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2), 271-287. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67932397003.pdf>
- Puerta, J., Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Ramos, C., Bolaños, M., García, A., Martínez, P., Jadán., J. (2018). La Escala EFECO para Valorar Funciones Ejecutivas en Formato de AutoReporte, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*,1(50), pp. 83-93. <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.07>

- Real Academia Española (2023). Conflicto. En Diccionario de la Real Academia Española. Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/conflicto>
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil, Boletín Oficial del Estado [BOE], 206, de 25 de julio de 1889 (España). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>
- Sans, A., Solerdelcoll, A., Boix, C., Serra, C., Serra, J.M., Caldú, X. (2019). Trastorno del espectro alcohólico fetal: Un trastorno del neurodesarrollo infradiagnosticado y de pronóstico incierto. *Medicina (Buenos Aires)*, 79 (1, Supl. 1), 62-67. Scielo. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200013&lng=es&tlng=es.
- Sebastianini, G., Borrás, C., Alsina, M., Pascual, M., Ferrero, S., Gómez, M.D., García, O. (2018). Los efectos del alcohol y las drogas de abuso en el perfil nutricional materno durante el embarazo. *Nutrientes*, 10 (8), 1-17. DOI: 10.3390/nu10081008.
- Secretaría de Educación Pública (2018). Importancia del desarrollo de las habilidades sociales y emocionales. Programa Nacional para la convivencia escolar. Recuperado el 25 de marzo de 2024 desde https://dgfc.siged.sep.gob.mx/contenido_academico/38/802/503_283.pdf
- Teijón, M., Sillero, M. (2018). Anomia, frustración y desviación: Un test de las teorías clásicas de la frustración a nivel individual. InDret. <https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/view/341942/433004>
- UNIR. (2021, marzo 8). Plasticidad cerebral o neuronal: claves e importancia en la Neuropsicología Clínica. [Entrada blog]. UNIR. Recuperado el 25 de marzo de 2024 desde <https://www.unir.net/salud/revista/plasticidad-cerebral-neuronal/>
- Valverde, O. (2024). Entrevista Trabajo Final de Grado. [Comunicación personal].

Visual TEAF. (2019). Criterios diagn3sticos Hoyme 2016. [Imagen]. Visual TEAF
<https://www.somospacientes.com/visual-teaf/noticias/entrevistas/como-se-diagnostica-el-teaf/>

8. ANEXOS

1. TABLA SUBCATEGORÍAS TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL (SAF)
<u>Anomalías faciales características (2 o más de los siguientes)</u>
<ul style="list-style-type: none">• Fisuras palpebrales cortas• Borde bermellón fino• Filtrum liso
<u>Deficiencia de crecimiento (prenatal y/o posnatal)</u>
<ul style="list-style-type: none">• Talla y /o peso \leq percentil 10 para la edad cronológica
<u>Crecimiento anormal del cerebro (1 o más de los siguientes)</u>
<ul style="list-style-type: none">• Circunferencia de la cabeza \leq percentil 10• Anomalías de la estructura cerebral• Convulsiones no febriles recurrentes
<u>Evidencia de deterioro neuroconductual (deterioro cognitivo o conductual)</u>
A. Deterioro cognitivo
<ul style="list-style-type: none">• Presencia de deterioro global (capacidad o rendimiento conceptual general, coeficiente intelectual verbal o espacial $IQ \geq 1,5$ SD por debajo de la media) o deterioro cognitivo en al menos 1 dominio neuroconductual (función ejecutiva, aprendizaje, memoria o visoespacial) $\geq 1,5$ SD por debajo de la media.
B. Deterioro del comportamiento
1. Evidencia de déficit conductual en al menos 1 dominio de autorregulación (regulación del estado de ánimo o del comportamiento, atención o control de impulsos) $\geq 1,5$ SD por debajo de la media.
<u>Exposición documentada o no al alcohol</u>

Nota: Extraído de “Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure”, de S., Mattson, G., Bernes y L., Doyle, 2019, p. 27.

<p>SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL PARCIAL (SAFp)</p> <p>CON EXPOSICIÓN DOCUMENTADA</p>
<p><u>Anomalías faciales características (2 o más de los siguientes)</u></p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Fisuras palpebrales cortas ● Borde bermellón fino ● Filtrum liso
<p><u>Evidencia de deterioro neuroconductual (deterioro cognitivo o conductual)</u></p>
<p>A. Deterioro cognitivo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Presencia de deterioro global (capacidad o rendimiento conceptual general, coeficiente intelectual verbal o espacial $IQ \geq 1,5$ SD por debajo de la media) o deterioro cognitivo en al menos 1 dominio neuroconductual (función ejecutiva, aprendizaje, memoria o visoespacial) $\geq 1,5$ SD por debajo de la media.
<p>B. Deterioro del comportamiento</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Evidencia de déficit conductual en al menos 1 dominio de autorregulación (regulación del estado de ánimo o del comportamiento, atención o control de impulsos) $\geq 1,5$ SD por debajo de la media.

Nota: Extraído de “Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure”, de S., Mattson, G., Bernes y L., Doyle, 2019, p. 27-28.

SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL PARCIAL (SAFp)	
SIN EXPOSICIÓN DOCUMENTADA	
<u>Anomalías faciales características (2 o más de los siguientes)</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Fisuras palpebrales cortas ● Borde bermellón fino ● Filtrum liso 	
<u>Deficiencia de crecimiento o crecimiento cerebral anormal</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Talla y /o peso \leq percentil 10 para la edad cronológica o ● Circunferencia de la cabeza \leq anomalías de la estructura cerebral del percentil 10 o convulsiones no febriles recurrentes. 	
<u>Evidencia de deterioro neuroconductual (deterioro cognitivo o conductual)</u>	
A. Deterioro cognitivo	
<ul style="list-style-type: none"> ● Presencia de deterioro global (capacidad o rendimiento conceptual general, coeficiente intelectual verbal o espacial $IQ \geq 1,5$ SD por debajo de la media) o deterioro cognitivo en al menos 1 dominio neuroconductual (función ejecutiva, aprendizaje, memoria o visoespacial) $\geq 1,5$ SD por debajo de la media. 	
B. Deterioro del comportamiento	
2. Evidencia de déficit conductual en al menos 1 dominio de autorregulación (regulación del estado de ánimo o del comportamiento, atención o control de impulsos) $\geq 1,5$ SD por debajo de la media.	

Nota: Extraído de “Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure”, de S., Mattson, G., Bernes y L., Doyle, 2019, p. 28.

<p>TRASTORNO NEUROCONDUCTUAL RELACIONADO CON EL ALCOHOL</p> <p>(ARND)</p>
<p><u>Exposición documentada al alcohol o no</u></p>
<p><u>Evidencia de deterioro neuroconductual (deterioro cognitivo o conductual)</u></p>
<p>A. Deterioro cognitivo</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Presencia de deterioro global (capacidad o rendimiento conceptual general, coeficiente intelectual verbal o espacial $\geq 1,5$ SD por debajo de la media) o deterioro cognitivo en al menos 2 dominios neuroconductuales (función ejecutiva, aprendizaje, memoria o visoespacial) $\geq 1,5$ SD por debajo de la media
<p>B. Deterioro del comportamiento</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Evidencia de déficit conductual en al menos 2 dominios de autorregulación (regulación del estado de ánimo o del comportamiento, atención o control de impulsos) $\geq 1,5$ DE por debajo de la media

Nota: Extraído de “Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure”, de S., Mattson, G., Bernes y L., Doyle, 2019, p. 28.

DEFECTOS CONGÉNITOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

(ARBD)

Exposición documentada al alcohol o no

Una o más anomalías físicas que se ha demostrado que son el resultado de la exposición prenatal al alcohol mediante modelos animales o estudios en humanos.

Nota: Extraído de “Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure”, de S., Mattson, G., Bernes y L., Doyle, 2019, p. 28.

TRASTORNO NEUROCONDUCTUAL ASOCIADO CON LA EXPOSICIÓN PRENATAL AL ALCOHOL (ND-PAE)	
<u>Exposición documentada al alcohol durante la gestación</u>	
<u>Evidencia de deterioro neurocognitivo (incluido 1 o más de los siguientes)</u>	
A. Deterioro intelectual global	
B. Déficit funcionamiento ejecutivo	
C. Deterioro del aprendizaje	
D. Déficit del razonamiento visoespacial	
E. Déficit de memoria	
<u>Evidencia de déficit de autorregulación (incluido 1 o más de los siguientes)</u>	
A. Deterioro del estado de ánimo o de la regulación del comportamiento	
B. Déficit de atención	
C. Déficit de control de impulsos	
<u>Evidencia de déficit de funcionamiento adaptativo (se requieren 2 o más)</u>	
A. Deterioro de la comunicación	
B. Déficit de comunicación e interacción social	
C. Déficit de habilidades para la vida cotidiana	
D. Déficit de habilidad motora	

Nota: Extraído de “Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure”, de S., Mattson, G., Bernes y L., Doyle, 2019, p. 28-29.

2. FICHA INICIAL Y FINAL: VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL (TEAF)			
Nombre del paciente:			
Edad:			
Dirección:			
Nombre del profesional:			
FICHA DE EVALUACIÓN INICIAL: ADMISIÓN AL PROGRAMA			
<i>Marque con una X la siguiente casilla</i>			
	SI	NO	
Exposición al alcohol intrauterino reportado			
<i>Marque con una X las siguientes casillas (SI: presente; NO: ausente)</i>			
<u>Rasgos físicos</u>	SI	NO	
Microcefalia			
Puente nasal hundido			
Hendiduras palpebrales estrechas			
<i>Filtrum</i> borrado			
Labio superior fino			
<i>Marque con una X la opción que mejor se adecúa al paciente</i>			
<u>Función motora</u>			
Camina sin limitaciones			
Camina con limitaciones			
Camina utilizando un dispositivo manual auxiliar			
Utiliza dispositivos de movilidad motorizados			
Utiliza dispositivo de movilidad motorizado con apoyo para la cabeza			
<i>Marque con una X las siguientes casillas (1: sin problema; 2: con dificultades; 3: con graves dificultades)</i>			
<u>Cognición</u>	1	2	3
El sujeto se encuentra orientado en el espacio-tiempo y durante el desarrollo de la entrevista.			
El sujeto reproduce de manera correcta y clara las actividades cotidianas (a preguntas del entrevistador).			
El sujeto tiene fijados los conocimientos adquiridos en la escuela e instituto (a preguntas del entrevistador).			
El sujeto es capaz de realizar cálculos matemáticos básicos mentalmente sin problema (a preguntas del entrevistador).			
El sujeto es capaz de recordar clara y precisamente eventos y situaciones que hayan tenido lugar en el día.			

El sujeto es capaz de mantener una conversación clara y coherente.			
El sujeto construye frases gramaticalmente correctas.			
<i>Marque con una X las siguientes casillas (1: nunca; 2: a veces; 3: siempre)</i>			
<u>Lenguaje</u>	1	2	3
El sujeto tiene un vocabulario variado acorde a su edad y conocimientos.			
El sujeto hace un uso correcto de los adverbios, adjetivos y sustantivos.			
El sujeto conjuga de manera correcta los verbos de las frases.			
<i>Marque con una X las siguientes casillas (1: nunca; 2: a veces; 3: siempre)</i>			
<u>Función ejecutiva</u>	1	2	3
Presenta dificultades para ejecutar órdenes largas.			
Se muestra predispuesto a realizar tareas que no son de su agrado.			
Se queda en blanco en mitad de la realización de una actividad.			
Actúa de manera impulsiva sin reflexionar acerca de las consecuencias de su acción.			
Tiene dificultades para plantear soluciones a los problemas y obstáculos que se le plantean.			
<i>Marque con una X las siguientes casillas (1: nunca; 2: a veces; 3: siempre)</i>			
<u>Atención</u>	1	2	3
Cuando está realizando una tarea, se muestra plenamente interesado y concentrado.			
Se muestra atento a las explicaciones recibidas.			
Mantiene sostenida la mirada cuando habla.			
Se muestra calmado cuando entabla un diálogo con alguien (presencia de estereotipias).			
<i>Marque con una X las siguientes casillas (1: nunca; 2: a veces; 3: siempre)</i>			
<u>Regulación emocional</u>	1	2	3
Se muestra excesivamente emocionado cuando va a suceder algo especial.			
Gestiona sus emociones de manera controlada.			
Expresa sus sentimientos de manera clara y ordenada.			
Muestra empatía hacia los sentimientos de los demás.			
Verbaliza sus miedos e inseguridades.			
Responde de forma irritada y/o molesta cuando recibe comentarios negativos.			
OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS			

Fuente: Elaboración propia.

Para realizar el apartado de *Función motora*, la información se ha extraído de Children's Minnesota (2024).

Para realizar el apartado de *Función ejecutiva*, la información se ha extraído de Ramos et al. (2018).

3. ESCALA DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE VIOLENCIA: HCR-20
(ADAPTADA)

HOJA DE CODIFICACIÓN DEL HCR-20		
Nombre:	Fecha:	
Edad:		
Dirección:		
Codificación (0: Ausente; 1: Parcial; 2: Sí/Definitivamente presente)		
Ítems Históricos		(0,1,2)
H1	Delincuencia previa	
H2	Primer acto violento a edad temprana	
H3	Inestabilidad en las relaciones interpersonales	
H4	Problemas escolares	
H5	Uso de sustancias	
H6	Trastorno mental grave	
H7	Inadaptación temprana	
H8	Trastorno de personalidad	
H9	Psicopatía	
H10	Fracaso en intervención previa	
TOTAL		/20
Ítems Clínicos		(0,1,2)
C1	Ausencia de Insight	
C2	Impulsividad	
C3	Actitudes negativas/antisociales	
C4	Agresividad	
C5	Síntomas activos de enfermedad mental grave	
TOTAL		/10
Ítems de riesgo		(0,1,2)
R1	Metas poco realistas	
R2	Exposición a desestabilizadores	
R3	Ausencia de apoyo personal	
R4	Grupo de pares antisocial	
R5	Estrés	
TOTAL		/10
HCR-20 TOTAL		/40
Riesgo Total: Bajo [] Moderado [] Alto []		

Fuente: Elaboración propia. Adaptada de *HCR-20 violence risk assessment scheme: overview and annotated bibliography*, K., Douglas, S., Hart, C., Webster y H., Belfrage, 2008, p.5.

4. FICHA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES

FICHA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES		
FICHA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES		
Nombre:	Fecha de inicio de tratamiento:	
Edad:		
Dirección:		
Nombre del profesional asignado		
Persona de contacto		
Nombre		
Dirección		
Parentesco		
Teléfono		
Correo electrónico		
Otra persona de contacto		
DETECCIÓN DE NECESIDADES		
<i>NIVEL: PERSONAL</i>	SI	NO
<i>NIVEL: COGNITIVO</i>	SI	NO
<i>NIVEL: CONDUCTUAL</i>	SI	NO

<i>NIVEL: EMOCIONAL</i>			SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica sus propias emociones. • Muestra empatía acerca de las emociones de los demás. • Respeta los sentimientos de las personas que lo rodean. 				
<i>NIVEL: SOCIOFAMILIAR</i>			SI	NO
N.º	Necesidades identificadas	Objetivos	Metas	
REGISTRO DEL PROGRESO EN EL TRATAMIENTO				
Sesión	Fecha	Observaciones	Firma	
REGISTRO DE INCIDENCIAS				
Sesión	Fecha	Incidencia		

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *Formato para el registro del plan de tratamiento en los servicios de salud mental en Irlanda* (MHC, 2012, citado en SENDA, 2016, p. 65).

5. CRONOGRAMAS ACTIVIDADES

Tabla 1. Cronograma sesión 1. Presentación.

SESIÓN 1. PRESENTACIÓN	
ÁREA PERSONAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Crear un espacio seguro y de bienestar• Fomentar la creación de relaciones y vínculos interpersonales entre los menores
Temporalización	<p>La sesión durará 2 horas. Estará íntegramente destinada a que los menores se presenten, puedan conocer con quién van a compartir espacio y puedan comenzar a crear relaciones de amistad entre ellos.</p> <p>La sesión se dividirá en 3 actividades prácticas: el “pistolero”, “¿qué edad tengo?” y “¿cómo soy?”.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none">• Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión práctica</u></p> <p>Se llevarán a cabo 3 actividades prácticas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) “Pistolero”: Los menores deberán formar un círculo alrededor del responsable de la actividad. Se hará una primera ronda donde

	<p>todos ellos deberán decir su nombre en voz alta. Una vez todos lo hayan dicho, el responsable comenzará a dar vueltas sobre sí mismo y quedará parado sobre sus pies cuando decida, apuntando con sus dedos hacia uno de los participantes. Éste tendrá que agacharse, y los dos menores que tenga a cada lado deberán señalarse y decir el nombre del otro con la mayor brevedad posible. El primero que diga el nombre del otro ganará, y, por ende, el que más haya tardado quedará eliminado.</p> <p>2) “¿Qué edad tengo?”: En el mismo círculo formado anteriormente, se situará uno de los menores elegido al azar. Los demás deberán intentar adivinar su edad. Aquel que acierte qué edad tiene el menor, pasará al centro del círculo y los demás deberán adivinar su edad, y así sucesivamente hasta que todos los menores hayan pasado por el centro del círculo.</p> <p>3) “Preséntame”: Los menores se agruparán por parejas formadas al azar. Cada uno/a deberá hablar sobre si mismo nombrando sus</p>
--	--

	<p>gustos personales, hobbies, forma de ser, gustos musicales, etc. Una vez las parejas hayan finalizado la presentación entre sí, se volverá a unir el grupo. Cada pareja saldrá al frente de sus compañeros para presentarse, pero esta vez, será el compañero/a quien le presente y viceversa.</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>
Profesionales	Criminólogo y Educador Social
Material	No hace falta material
Necesidad y justificación de la actividad	Es importante que los menores se conozcan entre ellos y se cree un ambiente de amistad, colaboración y escucha activa.

Tabla 2. Cronograma sesión 2. Yincana deportiva.

SESIÓN 2. YINCANA DEPORTIVA ÁREA PERSONAL Y ÁREA CONDUCTUAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar los vínculos sociales entre los menores • Fomentar el cumplimiento de las normas • Mejorar la gestión de las emociones: enfado, estrés, euforia, etc.
Temporalización	<p>La sesión durará 2 horas. Los primeros 10 minutos de la sesión estarán destinados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recordar el nombre de los participantes • Hacer una breve presentación de la actividad • Explicar las normas que se aplicarán en cada deporte. <p>La sesión se dividirá en 3 periodos. Al finalizar los primeros 30 minutos, se dará la merienda.</p> <p>Al finalizar, los segundos 30 minutos, se dejarán 15 minutos para que los menores hablen y se relacionen entre sí.</p>

	El tercer periodo será de 20 minutos, y, al acabar, se realizará por parte del profesional una breve charla de cierre.
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión práctica</u></p> <p>Se llevarán a cabo 3 actividades prácticas consecutivas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Futbol 2) Baloncesto 3) Voleibol
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>
Profesionales	Criminólogo y Educador Social
Material	<ul style="list-style-type: none"> • 10 petos. 5 de color rojo y 5 de color azul. • Pelota de baloncesto • Pelota de futbol

	<ul style="list-style-type: none"> • Pelota de voleibol
Necesidad y justificación de la actividad	<p>Es necesario que los jóvenes comiencen a saber gestionar sus emociones en un entorno seguro, donde se fomenta el respeto y la educación.</p> <p>Asimismo, la actividad servirá para que el profesional comience a observar la personalidad de cada participante y pueda determinar qué aspectos deben trabajarse de manera más sucinta.</p>

Tabla 3. Cronograma sesión 3. Arteterapia.

SESIÓN 3. ARTETERAPIA	
ÁREA PERSONAL Y ÁREA COGNITIVA (AUTOESTIMA Y ACEPTACIÓN PERSONAL)	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la expresión de emociones y sentimientos. • Mejorar la autoestima y el autoconcepto • Promover la aceptación personal • Desarrollar la introspección • Potenciar la creatividad y la imaginación
Temporalización	<p>La sesión durará 2 horas.</p> <p>Los primeros 5 minutos se destinarán a realizar una breve presentación de la actividad.</p> <p>Los siguientes 15 minutos irán destinados a la realización de la sesión teórica.</p> <p>Durante la siguiente hora se realizará la sesión práctica.</p> <p>Los últimos 10 minutos se destinarán a realizar una reflexión grupal y una charla de cierre.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad.

	<p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la actividad y descripción • Explicación del significado de la arteterapia <p>2) <u>Sesión práctica Arteterapia</u></p> <p>1º) En primer lugar, se pedirá a los menores que se dibujen cómo se ven actualmente.</p> <p>2º) Seguidamente, se les preguntará y hará reflexionar sobre qué les gustaría cambiar acerca de ellos mismos. Una vez realizada la reflexión, deberán plasmarlo en el papel.</p> <p>3º) Por último, se les preguntará: ¿qué te gustaría ser en un futuro?; deberán plasmarlo en el papel.</p> <p>Al final de la sesión, cada menor expondrá los resultados de su trabajo al resto del grupo.</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un</p>

	<i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).
Profesionales	Criminólogo; Educador Social y Arte terapeuta.
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices • Lápices de colores • Folios en blanco
Necesidad y justificación de la actividad	<p>La Arte terapia es un método psicoterapéutico que incide de manera directa sobre la vulnerabilidad individual centrandó su campo de actuación en el trabajo con la persona y sus vicisitudes (Orgillés, 2011).</p> <p>Así como indica Domínguez (s.f.), “la arteterapia tiene como objetivo ayudar en conflictos emocionales, discapacidades psíquicas y sociales, autoestima (...) siempre teniendo como base el proceso creador y con los elementos inconscientes que este proceso conlleva.” (p.21)</p>

Tabla 4. Cronograma sesión 4. Emotions.

SESIÓN 4. EMOTIONS	
ÁREA PERSONAL Y ÁREA COGNITIVA (EMOCIONES)	
<i>Tipo de sesión</i>	Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar emociones básicas • Promover estrategias para afrontar las emociones. • Aprender estrategias para el manejo de la ira y de la frustración.
Temporalización	<p>La sesión durará 2 horas. Los primeros 5 minutos se destinarán a que los jóvenes se sienten y se relajen.</p> <p>A continuación, se realizará la clase teórica cuya duración serán aproximadamente 30-35 minutos. Una vez realizada la sesión teórica, se pasará a realizar la actividad práctica <i>Emotions</i>, la cual tendrá una duración total de 1 hora.</p> <p>Los últimos 20 minutos de la sesión se destinarán a que el profesional proporcione las herramientas alternativas de gestión de las emociones.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento de la actividad y explicación de su desarrollo. • Explicación básica sobre las emociones y sus tipologías. <p>2) <u>Sesión práctica <i>Emotions</i></u></p> <p>1º) Separación del grupo en dos subgrupos de 5 personas.</p> <p>2º) Creación de 5 tarjetas por persona donde se escriban emociones.</p> <p>3º) Identificación de las emociones comunes en el subgrupo.</p> <p>4º) Creación de un listado grupal de emociones positivas y negativas.</p> <p>5º) Debate abierto sobre cuándo han experimentado dichas emociones y cómo las han afrontado.</p> <p>6º) Proporcionar herramientas de afrontamiento a las emociones alternativas.</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un</p>

	<i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).
Profesionales	Criminólogo y Psicólogo.
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Cartulinas • Tijeras • Rotuladores • Mini pizarras • Tizas • Borrador
Necesidad y justificación de la actividad	<p>Esta actividad es necesaria debido a que permite a los adolescentes aprender a reconocer sus emociones y saber gestionarlas, así como tomar consciencia de lo que se está sintiendo, y poder regular su disposición a cómo los sentimientos pueden afectarlos (Garcés, 2021).</p> <p>Por su parte, algunas de las estrategias alternativas para la gestión de la ira y el enfado pueden ser la relajación, el uso del humor o la mejora de la comunicación, entre otros (APA, 2010)</p>

Tabla 5. Cronograma sesión 5. Role-playing.

SESIÓN 5. ROLE- PLAYING	
ÁREA COGNITIVA Y ÁREA SOCIAL (DESARROLLO HABILIDADES SOCIALES)	
<i>Tipo de sesión</i>	Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el desarrollo de habilidades sociales básicas y complejas. • Fomentar la escucha activa. • Mejorar la inteligencia emocional y la modulación de la expresión emocional. • Sensibilizar acerca de la importancia de las habilidades sociales.
Temporalización	<p>La sesión durará 2 horas. Los primeros 25-30 minutos se destinarán a realizar una breve presentación de la actividad exponiendo, de forma integral, las habilidades sociales.</p> <p>Seguidamente, se pasará a realizar la sesión práctica por un periodo de 1 hora. Los últimos 5 minutos se destinarán a 5 realizar una breve charla de cierre por parte del profesional.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación del desarrollo de la actividad.

	<ul style="list-style-type: none">• Exposición sobre los diferentes tipos de habilidades sociales existentes.• Explicación de la importancia de las habilidades sociales. <p>2) <u>Sesión práctica</u> <i>Role-play</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) Se establecerán diferentes escenarios sociales sucesivos (una fiesta, una reunión en la escuela, una reunión familiar, etc).2) A cada participante se le dará al azar una tarjeta con un rol concreto.3) En cada escenario social que se realice, se reorganizarán los roles de manera que cada menor allá conseguido pasar al menos por 5 roles diferentes.4) Los participantes deberán actuar en dicho escenario de conformidad al rol asignado.5) A la finalización de cada escenario, se llevará a cabo un diálogo abierto dónde se preguntará a los participantes qué rol han encontrado más difícil y cuál más fácil y los motivos.6) Al final de la sesión, el responsable de la actividad proporcionará una serie de estrategias para mejorar las habilidades sociales en función de cada rol.
--	---

Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>
Profesionales	Criminólogo; Psicólogo y Educador social
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Pizarra • Tizas • Tarjetas con roles concretos y explicados.
Necesidad y justificación de la actividad	<p>Es importante que los jóvenes desarrollen habilidades sociales ya que éstas sirven para optimizar las relaciones interpersonales a través de la expresión adecuada y respeto por las emociones, opiniones y necesidades propias y de los demás, para el logro de relaciones funcionales, armónicas e inclusivas (Secretaría de Educación Pública, 2018).</p> <p>Un medio para alcanzar el objetivo expuesto es la escucha activa. Ésta, así</p>

	<p>como señalan Hernández y Lesmes (2018) consiste en:</p> <p>una forma de comunicación que transmite ideas claras sin irrumpir al receptor (...); se demuestra cuán atento está una persona durante el diálogo(...) se escucha atentamente, analizando, razonando y comprendiendo la información que se está transmitiendo en la conversación de una o varias personas (p.84)</p> <p>Por lo tanto, el fomento y trabajo de la escucha activa permite generar en las personas sentimientos de empatía, mejora de la comunicación, fomenta la creación y el fortalecimiento de relaciones interpersonales y promueve el aprendizaje.</p>
--	---

Tabla 6. Cronograma sesión 6. Resolución de problemas.

SESIÓN 6. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS ÁREA PERSONAL, ÁREA COGNITIVA Y ÁREA SOCIAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de situaciones sociales conflictivas. • Identificación de situaciones personales abrumadoras y conflictivas. • Generación de soluciones alternativas. • Fomento de la empatía y la escucha activa.
Temporalización	<p>La sesión tendrá una duración total de 2 horas.</p> <p>Los primeros 20 minutos irán destinados a la sesión teórica y a la explicación de los conceptos que se pretenden trabajar en la parte práctica.</p> <p>La siguiente hora está destinada a realizar la sesión práctica, la cual, a su vez, estará dividida en dos actividades de 45 minutos cada una.</p> <p>Los últimos 5 minutos se reservarán para realizar un pequeño comentario por parte del profesional que realice la sesión.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la actividad y explicación del desarrollo de esta. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de los términos conflictivo, decisivo y moral y ejemplificaciones. • Explicación de la importancia de la resolución de conflictos desde el uso de la reflexión y no la impulsividad. <p>2) <u>Sesión práctica</u> <i>Cristina y Yo</i></p> <p>Se dividirá en 2 partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª parte: “Cristina” <p>1º) Se proyectarán distintos videos sobre Cristina (personaje inventado) en distintas situaciones de carácter conflictivo, decisivo y moral y se mostrará qué decisión y cómo las ha resuelto.</p> <p>2º) Los participantes deberán decidir si las ha resuelto de manera correcta o no.</p> <p>3º) Los participantes deberán llevar a cabo un <i>brainstorming</i> sobre posibles soluciones alternativas a los conflictos planteados y las consecuencias que podrían tener estas soluciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2ª parte: “Yo” <p>1º) En un primer momento, de manera individual, cada participante deberá reflexionar sobre situaciones conflictivas, decisivas y morales que hayan experimentado de forma personal.</p>
--	---

	<p>2º) Seguidamente, deberán anotar en un papel dicha situación y la respuesta que dieron ante tal escenario.</p> <p>3º) Cada participante, delante del grupo, deberá leer dichas situaciones en voz alta y las respuestas que dio.</p> <p>4º) En forma de diálogo abierto, cada participante dará su opinión (siempre de forma respetuosa) acerca de la situación del compañero y la respuesta que éste empleó, y propondrá una forma alternativa para haberlo afrontado.</p> <p>5º) Por último, se generará un listado – por parte del responsable de la sesión- que aúne todas las soluciones alternativas que se han ido generando en el transcurso de la actividad y propondrá aquellas que considere más oportunas.</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>

Profesionales	Criminólogo, Psicólogo y Educador Social
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Portátil • Proyector • Bolígrafos • Hojas en blanco
Necesidad y justificación de la actividad	<p>El término <i>conflicto</i> presenta varias acepciones en el Diccionario de la Real Academia Española. En su acepción psicológica queda definido como la “<i>coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo, capaces de generar angustia y trastornos neuróticos</i>” (R.A.E., 2023). No obstante, el término <i>conflicto</i> también hace referencia a las discrepancias que se dan cuando dos o más personas tienen intereses u opiniones opuestas (Concepto, s.f.).</p> <p>Es importante desarrollar formas no violentas de resolución de conflictos, así como alternativas dado que éstas permiten a los individuos “ser gestores de cambios pro-positivos y pro-activos que faciliten el bienestar mutuo, así como la satisfacción y el beneficio de los actores involucrados” (Fuquen, 2003, p.274).</p>

Tabla 7. Cronograma sesión 7. Mindfulness.

SESIÓN 7. MINDFULNESS	
ÁREA COGNITIVA Y ÁREA CONDUCTUAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar estrategias para afrontar el estrés y la ansiedad de situaciones cotidianas a través de la relajación.
Temporalización	<p>La sesión tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos.</p> <p>Los primeros 20 minutos irán dirigidos a la explicación de la actividad y a la ejemplificación de esta.</p> <p>En la siguiente hora, se pasará a realizar la sesión práctica.</p> <p>Los últimos 10 minutos se dedicarán a la puesta en común entre todos los jóvenes acerca de lo que han sentido durante la realización de la actividad.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la actividad y explicación de su desarrollo. • Explicación de las técnicas de relajación y de sus beneficios.

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación concreta de la técnica de <i>mindfulness</i>, su aplicación y de sus beneficios. <p>2) <u>Sesión práctica <i>Mindfulness</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Puesta en práctica individual de la técnica <i>mindfulness</i>. • Durante la realización de la actividad se irá guiando al participante por una serie de estados mentales “estresantes” que se abordarán con la técnica de relajación. • A la finalización de la actividad cada participante compartirá su experiencia y lo que ha sentido con la realización de la actividad con el resto de grupo.
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>
Profesionales	Criminólogo e Instructor de <i>Mindfulness</i>

Material	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario el material.
Necesidad y justificación de la actividad	<p>El <i>mindfulness</i> es definido por Kabat-Zinn (2003, cit. en López y Gené, 2022) como “el estado particular de conciencia que surge al poner la atención, de forma intencional y sin juzgar, en el momento presente, viviendo la experiencia momento a momento.” (p.84).</p> <p>Esta técnica es importante ya que reporta sendos beneficios para la salud tales como la reducción de estrés, de ansiedad, depresión, aumenta los niveles de atención y aumento en la autorregulación y función ejecutiva, entre otros (López y Gené, 2022).</p>

Tabla 8. Cronograma sesión 8. Reestructuración de pensamientos negativos.

SESIÓN 8. REESTRUCTURACIÓN DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS	
ÁREA PERSONAL Y ÁREA COGNITIVA	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los pensamientos negativos de los participantes. • Conocer en qué situaciones aparecen estos pensamientos y cómo afrontarlos. • Revertir los pensamientos negativos y repetitivos en pensamientos positivos y realistas. • Realizar una reestructuración cognitiva de patrones de pensamiento negativos. • Proporcionar herramientas para reconstruir los pensamientos.
Temporalización	<p>La sesión durará 2 horas.</p> <p>Los primeros 20 minutos se destinarán a la realización de la sesión teórica y a la explicación de los distintos conceptos que se trabajarán en la sesión práctica.</p> <p>La siguiente hora y media se destinará íntegramente a la realización de las actividades prácticas. La primera actividad tendrá una duración de 45</p>

	<p>minutos, y la segunda actividad, de carácter conjunto, será de otros 45 minutos.</p> <p>Los últimos 10 minutos se destinarán a realizar una breve charla de cierre por parte del profesional donde resuma los puntos más importantes de la actividad.</p>
<p>Descripción de la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación de los pensamientos y cómo éstos influyen en nuestras emociones. • Explicación de los pensamientos negativos y las distorsiones cognitivas y el efecto que éstos tienen sobre nuestros estados de ánimo. • Presentación y explicación de técnicas de reestructuración cognitiva. <p>2) <u>Sesión práctica <i>Historias de vida</i></u></p> <p>1º) Se dividirá a los participantes por parejas y a cada uno de ellos se le proporcionará la historia de una persona (Alberto, María, Clara, Juan y Carlos). Tanto los personajes como las historias serán completamente inventadas. Éstas ejemplificarán diversas situaciones de sus</p>

	<p>vidas cotidianas y los pensamientos que a éstos se les plantean.</p> <p>Los participantes, deberán identificar qué pensamientos tienen sus personajes y cuáles de ellos son negativos.</p> <p>Seguidamente deberán convertir estos pensamientos negativos en pensamientos positivos y realistas.</p> <p>2º) Seguidamente, cada pareja saldrá al frente de los demás compañeros y explicará la historia que le ha tocado, así como los pensamientos negativos que ha identificado y cómo los ha convertido en positivos y realistas.</p> <p>3º) De manera simultánea el responsable de la actividad irá apuntando en la pizarra (en forma de tabla) qué pensamientos negativos ha identificado cada grupo y la solución propuesta.</p> <p>4º) Una vez finalizada la puesta en común, el responsable de la actividad pedirá a los participantes que de manera individual piensen acerca de sus pensamientos negativos, en qué situaciones se han generado y cómo se han sentido.</p> <p>6º) A continuación les invitará a revertir estos pensamientos negativos a pensamientos positivos mediante la reformulación de estos.</p>
--	---

	7º) Por último, se hará una breve reflexión acerca de los tipos más comunes de pensamientos negativos que han surgido y cómo poder transformarlos.
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>
Profesionales	Criminólogo y Psicólogo
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Las historias y situaciones de cada uno de los personajes inventados: Alberto, María, Clara, Juan y Carlos. • Bolígrafo • Hojas en blanco
Necesidad y justificación de la actividad	Así como indican Bados y García (2010): “la reestructuración cognitiva consiste en que el cliente identifique, y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros”. (p.2).

	<p>Este tipo de técnica cognitivo-conductual se ha mostrado más eficaz que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, por abuso de sustancias, entre otros (Bados y García, 2010).</p>
--	--

Tabla 9. Cronograma sesión 9. Decisiones acertadas.

SESIÓN 9. DECISIONES ACERTADAS ÁREA COGNITIVA Y ÁREA CONDUCTUAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar acerca de la toma de decisiones informadas y responsables. • Incentivar la reflexión acerca de las consecuencias de las acciones y decisiones propias. • Estimular el autoconocimiento y la autoevaluación. • Proporcionar herramientas para una reflexión crítica.
Temporalización	<p>La sesión tendrá una duración de 2 horas.</p> <p>Los primeros 10 minutos irán destinados a la explicación de la actividad por parte del profesional.</p> <p>La siguiente hora y veinte minutos irán dirigidas a la sesión práctica, tanto individual como grupal.</p> <p>Los últimos 10 minutos se destinarán a que el profesional realice una reflexión y breve charla de cierre de la actividad.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión práctica</u> <i>Decisiones acertadas</i></p>

	<p>1º) Se pedirá a los participantes que escriban en una hoja cómo les gustaría ver cada una de las áreas de su vida (salud, relaciones de amistad, amor, trabajo y familia).</p> <p>2º) Seguidamente se les pedirá que dibujen un árbol para cada una de las áreas.</p> <p>3º) A continuación, el responsable de la actividad generará una situación hipotética para cada área.</p> <p>4º) En las ramas del árbol que han dibujado, los participantes deberán escribir las posibles soluciones que darían al dilema planteado y las consecuencias que éstas tendrían.</p> <p>5º) Una vez finalizado, los jóvenes se situarán en forma de redonda donde compartirán su árbol, sus ideas y las consecuencias que han pensado para cada situación.</p> <p>6º) El profesional, paralelamente, deberá ir haciendo una lista en la pizarra con los pros y contras que se generen de las soluciones que ha planteado cada participante.</p> <p>7º) Se realizará una breve charla final por parte del profesional donde se reflexionará</p>
--	--

	acerca de la lista que haya confeccionado en la pizarra.
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>
Profesionales	Criminólogo y Pedagogo.
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas en blanco • Bolígrafo • Colores • Pizarra • Tizas
Necesidad y justificación de la actividad	<p>La necesidad de incentivar la autoevaluación, así como indica Mena (2010):</p> <p>pasa por a la formación integral de un sujeto más pleno, más comprometido, más audaz, reflexivo, crítico, independiente, con un alto nivel de autoestima, con sólidos valores de responsabilidad, sinceridad,</p>

	<p>honestidad y justicia, capaz de autorregularse, autoperfeccionarse, autodeterminarse, autoeducarse y, por ende, autoevaluarse, lo cual debe promover un mayor desarrollo de sus capacidades creativas. (p.37)</p>
--	--

Tabla 10. Cronograma sesión 10. Taller de sustancias.

SESIÓN 10. TALLER DE SUSTANCIAS	
ÁREA PERSONAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las diferentes tipologías de sustancias adictivas. • Conocer las consecuencias y repercusiones a nivel psicológico y social de estas. • Sensibilizar acerca del consumo abusivo de sustancias. • Tomar consciencia del proceso adictivo. • Reflexionar acerca de los factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias. • Promover la reflexión acerca de las consecuencias del consumo abusivo de sustancias a largo plazo y cómo éstas interfieren con nuestras metas. • Fomentar el desarrollo de estrategias alternativas de afrontamiento. • Dar a conocer las distintas asociaciones que tratan el consumo de sustancias.
Temporalización	La sesión tendrá una duración de 2 horas.

	<p>Los primeros 10 minutos se destinarán a realizar por parte del profesional una explicación de la sesión.</p> <p>En los siguientes 50 minutos se realizará la sesión teórica abordando los diferentes aspectos de las sustancias adictivas.</p> <p>En la siguiente hora se realizará la sesión práctica con los diferentes testimonios que se traerán al aula.</p> <p>Los últimos 10 minutos se reservarán para que los jóvenes realicen las preguntas que les hayan surgido durante el desarrollo de la actividad.</p>
<p>Descripción de la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación sobre las distintas tipologías de sustancias adictivas existentes hoy en día y de sus consecuencias a nivel psicológico y social. • Explicación sobre el consumo abusivo de sustancias. • Breve explicación simplificada del proceso adictivo. • Explicación acerca de los factores de riesgo y de protección que intervienen en el consumo de sustancias.

	<ul style="list-style-type: none"> • Exponer las diferentes asociaciones que ofrecen tratamiento para el consumo de sustancias. <p>2) <u>Sesión práctica Testimonios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Testimonios”: Se traerá a la sesión a miembros de Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Proyecto Hombre (deberán haber pasado por un proceso rehabilitador o encontrarse inmersos en él). • Éstos explicarán de primera mano su testimonio y su historia con las drogas. • Se formará un diálogo abierto entre los testimonios y los participantes del programa donde éstos podrán realizar aquellas preguntas que consideren oportunas y de su interés siempre desde el respeto y la educación.
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un</p>

	<i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).
Profesionales	Criminólogo, Testimonios y Psiquiatra
Material	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario el material.
Necesidad y justificación de la actividad	<p>Es necesario concienciar sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias y las consecuencias de este. Así como indica Becoña (2002):</p> <p>“(...) si prevenimos, impidiendo el consumo o retrasando el inicio del mismo, de las drogas por así decir de iniciación, evitaremos no sólo los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que las drogas legales producen, sino que también impediremos que las personas pasen al consumo de sustancias consideradas más peligrosas, las drogas ilegales, como es por excelencia la heroína.” (p.22)</p>

Tabla 11. Cronograma sesión 11. Red comunitaria.

SESIÓN 11. RED COMUNITARIA	
ÁREA PERSONAL Y ÁREA FAMILIAR/SOCIAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar qué apoyos familiares y sociales tiene cada individuo. • Potenciar el fortalecimiento de los vínculos positivos. • Reflexionar sobre aquellos vínculos perjudiciales para el sujeto. • Fomentar las redes de apoyo comunitario existentes y la utilización de recursos comunitarios de su entorno.
Temporalización	<p>La sesión tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos.</p> <p>Los 10 primeros minutos irán dirigidos a la explicación de la actividad por parte del profesional encargado de la misma.</p> <p>En los siguientes 45 minutos, los invitados pasarán a realizar su explicación.</p> <p>Los últimos 35 minutos se destinarán a realizar la parte conjunta de la sesión práctica.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de los diferentes tipos de apoyo social existentes: familia, amigos, comunidad y recursos profesionales. • Explicación de las relaciones tóxicas y perjudiciales. <p>2) <u>Sesión práctica <i>Mi red</i></u></p> <p>1º) Se invitará a la sesión a varios miembros de asociaciones comunitarias de la localidad (trabajadores sociales, asociaciones sin ánimo de lucro, entre otros).</p> <p>2º) Éstos realizarán una charla acerca de los servicios que ofrecen y de qué manera pueden resultar de ayuda para los jóvenes.</p> <p>3º) Cada participante deberá exponer delante de sus compañeros aquellos recursos comunitarios que conozca, compartiendo su experiencia personal (únicamente si quiere).</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un</p>

	<i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).
Profesionales	Criminólogo y Psicólogo
Material	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario el material.
Necesidad y justificación de la actividad	<p>Afirman Pérez y Aarón (2020) que:</p> <p>Las redes comunitarias y de soporte social son estructuras o dinámicas de vínculos o interacciones entre diferentes actores o miembros de un territorio, instituciones, organizaciones o grupos de diferente tipo, los cuales coordinan acciones conjuntas con el propósito de compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales...) para generar alternativas que les permitan potenciarlos (generar sinergias), en pos de un objetivo común, la solución de problemas o la satisfacción de necesidades. (p.34)</p> <p>Éstas están formadas por familiares, amigos, vecinos y organizaciones sociales que pueden impactar en el comportamiento y salud de los individuos, al actuar como medio para generar capital social y apoyo (Pérez y Aarón, 2020).</p> <p>Asimismo, son importantes ya que contribuyen a mejorar la calidad de vida,</p>

	la salud de las personas y de las comunidades (Pérez y Aarón, 2020).
--	--

Tabla 12. Cronograma sesión 12. Conducta desviada y moral.

SESIÓN 12. CONDUCTA DESVIADA Y MORAL	
ÁREA PERSONAL, ÁREA COGNITIVA Y ÁREA CONDUCTUAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender en qué consiste la conducta desviada y las consecuencias en el desarrollo personal. • Reflexionar sobre los valores propios y los predominantes en la sociedad. • Reflexionar acerca de las consecuencias de la transgresión de las normas. • Adaptar el comportamiento personal a los valores y ética social.
Temporalización	<p>La sesión tendrá una duración de 2 horas.</p> <p>Los primeros 10 minutos se destinarán a realizar por parte del profesional una explicación de la sesión.</p> <p>En los siguientes 20 minutos se realizará la sesión teórica abordando los conceptos de conducta desviada, antinormativa y delito.</p> <p>En la siguiente hora y media se realizará la sesión práctica con los jueces que acudan a la sesión.</p> <p>Los últimos 10 minutos se reservarán para que los jóvenes realicen las preguntas que</p>

	les hayan surgido durante el desarrollo de la actividad.
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicación sobre las diferencias entre la conducta desviada y la conducta antinormativa. • Ejemplificación de decisiones moralmente cuestionables. • Exposición de las consecuencias que puede conllevar la transgresión de las normas morales y sociales. <p>2) <u>Sesión práctica Casos prácticos</u></p> <p>1º) Se pedirá que acudan a la sesión dos jueces/as de menores.</p> <p>2º) Se formarán dos grupos de 5 personas que estarán asistidos cada uno por un juez.</p> <p>3º) Éstos traerán diferentes casos reales (modificando los detalles personales por la protección de datos) y se los explicarán a los menores sin darles la solución ni el desenlace jurídico que tuvieron.</p> <p>4º) Los participantes deberán buscar la solución de forma grupal al dilema planteado.</p>

	<p>5º) El juez/a los escuchará una vez tengan la solución a los diferentes supuestos.</p> <p>6º) El juez/a acabará reflexionando sobre la solución que han ofrecido los participantes y ofrecerá la solución jurídica real del conflicto presentado, así como las consecuencias que tuvieron para el menor.</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>
Profesionales	Criminólogo, 2 Jueces/as
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Casos jurídicos.
Necesidad y justificación de la actividad	<p>El artículo 6 del Código Civil dispone que “la ignorancia de las leyes no excusa de su cumplimiento”. De conformidad a este precepto, se entiende que cualquier persona que lleve a cabo una transgresión de las normas que regulan la paz social podrá ser procesada. Es por ello, que es importante conocer las consecuencias que</p>

	tienen nuestros actos desde un punto de vista jurídico-penal.
--	---

Tabla 13. Cronograma sesión 13. Mi familia.

SESIÓN 13. MI FAMILIA	
ÁREA PERSONAL Y ÁREA FAMILIAR	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciar sobre la importancia del apoyo familiar. • Reflexionar acerca de las áreas a mejorar en la relación familiar. • Mejorar la comunicación y la resolución de discrepancias y conflictos.
Temporalización	<p>La sesión será de 1 hora y 30 minutos.</p> <p>Los 10 primeros minutos de la sesión irán destinados a la presentación y explicación de la actividad.</p> <p>Los siguientes 10 minutos se destinarán a explicar la importancia de la familia y del apoyo familiar.</p> <p>La siguiente hora se utilizará para la realización de la actividad práctica.</p> <p>Los últimos 10 minutos irán dirigidos a realizar un diálogo abierto entre los jóvenes.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión práctica</u> <i>Mi familia</i></p>

	<p>1º) Se pedirá a los participantes que escriban en una hoja (con formato de tabla) qué aspectos de la relación con sus familiares les gustaría cambiar y/o mejorar.</p> <p>2º) A continuación, se les pedirá que reflexionen acerca de cómo sus familiares se sienten respecto a esos aspectos.</p> <p>3º) Seguidamente, se les pondrá por parejas para que se expliquen mutuamente cuáles son los aspectos/áreas que han identificado y qué harían para cambiarlos.</p> <p>4º) Una vez hayan reflexionado por parejas, se formará un diálogo abierto entre todos los participantes, los cuales deberán exponer las áreas sobre las cuales quieren mejorar. El responsable de la actividad las apuntará en la pizarra y ofrecerá estrategias para mejorarlas.</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>

Profesionales	Criminólogo y Psicólogo.
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de papel en blanco • Bolígrafos
Necesidad y justificación de la actividad	Es importante trabajar el área familiar ya que, así como señalan Aylwin y Solar (2003, citado en Pizarro et al., 2013) la familia “corresponde a una de las esferas que más incidencia tiene en la formación del niño como persona, es la instancia de socialización por excelencia, ahí se aprende a vivir con otros, a abrazar determinados valores y a vincularse e interpretar el mundo” (p.274).

Tabla 14. Cronograma sesión 14. Resiliencia.

SESIÓN 14. RESILIENCIA	
ÁREA PERSONAL Y ÁREA CONDUCTUAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar objetivos personales tanto a corto como largo plazo. • Fomentar el desarrollo personal y las ambiciones. • Reflexionar acerca del camino a adoptar para alcanzar dichos objetivos. • Fomentar la perseverancia y la resiliencia frente a las adversidades y /u obstáculos de la vida. • Desarrollar estrategias para la autosuperación.
Temporalización	<p>La sesión durará 2 horas y 5 minutos.</p> <p>Los primeros 5 minutos se destinarán a realizar una breve descripción de la actividad.</p> <p>Los siguientes 10 minutos se dedicarán a la realización de la sesión teórica y explicación de los conceptos que se trabajarán con la película.</p> <p>La última hora y cincuenta minutos, está dirigida al visionado de la película.</p>

<p>Descripción de la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposición sobre la importancia de establecer objetivos personales tanto a corto como largo plazo. • Explicación de los conceptos <i>ambición, perseverancia y resiliencia</i> y sus implicaciones. • Exposición sobre las distintas estrategias de superación personal. <p>2) <u>Sesión práctica Película Billy Elliott.</u></p> <p>1º) Se proyectará la película <i>Billy Elliot</i>.</p> <p>2º) Una vez finalizado el visionado de la película se realizará un diálogo abierto (guiado) con los participantes donde se reflexionará acerca de la capacidad de superación, perseverancia y resiliencia del joven protagonista de la película.</p>
<p>Consideraciones</p>	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un</p>

	<i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).
Profesionales	Criminólogo
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector • Película <i>Billy Elliot</i>
Necesidad y justificación de la actividad	<p>La resiliencia, así como indica Bosch (2012), es “la adaptabilidad de los individuos o los grupos frente a los retos o amenazas” (p. 77). Es, por tanto, un concepto que hace referencia a las estrategias y mecanismos que presentan los individuos y grupos para superar las adversidades que se les presentan en la vida (Bosch, 2012).</p> <p>Estos mecanismos de autosuperación se basan en “el apoyo social, controlar las emociones, aprender reflexivamente y apoyarse en creencias morales para conseguir automotivarse” (Bosch, 2012, p. 77).</p> <p>Es por ello por lo que reforzar esta capacidad en los participantes puede ayudarles a saber afrontar dificultades que aparezcan en su vida diaria y que para ellos se presenten como retos.</p>

Tabla 15. Cronograma sesión 15. Autorregulación emocional.

SESIÓN 15. AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL	
ÁREA COGNITIVA, ÁREA EMOCIONAL Y ÁREA CONDUCTUAL	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia sobre las emociones que experimentamos. • Identificar los pensamientos asociados a cada emoción. • Abrazar las emociones que perciben y experimentan. • Comprender las respuestas que se dan ante tales emociones. • Fomentar la regulación y la expresión de las emociones. • Desarrollar estrategias para la regulación emocional.
Temporalización	<p>La sesión tendrá una duración de 2 horas.</p> <p>Los primeros 10 minutos estarán destinados a la explicación de la actividad por parte del profesional encargado de la mismas.</p> <p>En la siguiente hora y media se llevará a cabo la sesión práctica. En primer lugar, se llevará a cabo la parte conjunta, y después el <i>role-playing</i>.</p>

	<p>Los últimos 10 minutos estarán dirigidos a que el profesional realice una charla de cierre de la actividad.</p>
<p>Descripción de la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión teórica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposición sobre las distintas emociones existentes y la importancia de su regulación. • Explicación sobre las distintas estrategias de regulación emocional. <p>2) <u>Sesión práctica <i>Inside Out</i></u></p> <p>1º) Se pedirá a los participantes que identifiquen en qué situaciones se han sentido sobrepasados por sus sentimientos y /o emociones. Una vez identificados, deberán escribirlos en un papel.</p> <p>2º) Seguidamente, se les pedirá que piensen acerca cómo reaccionaron.</p> <p>3º) El responsable de la actividad los agrupará por grupos de 5 personas y se trabajarán una serie de estrategias para la autorregulación emocional:</p> <p><u>Ejemplos</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfado: Deberán alejarse de la situación que les produce la emoción, cerrar los ojos, respirar

	<p>profundo y lentamente y auto abrazarse.</p> <p>2. Tristeza: Identificar una canción que les haga sentir triste. Cuando necesiten llorar o desahogarse deberán escucharla para poder descargar esa emoción.</p> <p>3. Alegría: Realizar respiraciones lentas y profundas y focalizar la atención en el presente.</p> <p>4º) Se realizará un role-playing (en los mismos grupos de 5) donde el responsable de la actividad guiará a los participantes por una serie de escenarios que les producirán distintas emociones.</p> <p>Los participantes deberán identificar dichas emociones y poner en práctica las estrategias aprendidas.</p>
Consideraciones	<p>Durante el desarrollo de la sesión, se irán haciendo breves pausas donde los profesionales preguntarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Os encontráis bien? • ¿Cómo os sentís? <p>Asimismo, si las actividades se desarrollan correctamente, los profesionales deberán realizar un <i>feedback</i> positivo a los menores (refuerzo positivo).</p>

Profesionales	Criminólogo y Psicólogo
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Papel • Bolígrafo
Necesidad y justificación de la actividad	La importancia de la autorregulación emocional radica en que el individuo pueda conocer e identificar los conflictos a los que se enfrenta y, en consecuencia, pueda mitigar sus efectos (Canales y Rovira, 2016).

Tabla 16. Cronograma sesión 16. Cierre.

SESIÓN 16. CIERRE DEL PROGRAMA	
<i>Tipo de sesión</i>	Individual y Grupal
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar acerca de los contenidos aprendidos durante el programa. • Valorar el aprendizaje realizado durante el programa. • Establecer futuras metas para el desarrollo personal. • Reflexionar sobre aspectos a mejorar en el programa.
Temporalización	<p>La sesión tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos.</p> <p>Los primeros 10 minutos se destinarán a realizar una breve explicación sobre la actividad y el desarrollo de la sesión.</p> <p>La siguiente hora estará destinada a la realización de la sesión práctica.</p> <p>Los últimos 20 minutos estarán dedicados a realizar una breve charla por parte del profesional respecto a su valoración del programa y al aprendizaje de los jóvenes. Asimismo, se destinarán estos 20 minutos a la despedida de los jóvenes del programa.</p>
Descripción de la actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación y explicación del desarrollo de la actividad. <p>1) <u>Sesión práctica</u> <i>Puesta en común y cierre</i></p>

	<p>1º) Cada participante deberá escribir en una hoja en blanco, por un lado, el aprendizaje que ha realizado con el programa, y, por otro, los aspectos que cree que se deberían mejorar. Asimismo, cada participante deberá indicar un logro personal que considere importante</p> <p>2º) Seguidamente, se realizará un diálogo abierto de todos los participantes con el profesional donde se pondrán en común las ideas de cada participante. El profesional deberá ir apuntándolas en la pizarra.</p> <p>3º) En base a todo ello, el profesional deberá realizar una charla de cierre, destacando los aspectos positivos que se han dado durante la realización del programa.</p>
Profesionales	Criminólogo y Neuropsicólogo.
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas en blanco • Bolígrafos • Pizarra • Tizas
Necesidad y justificación de la actividad	Es necesario que los jóvenes reflexionen acerca de lo que han aprendido durante la realización del programa, así como de su progreso durante el desarrollo de este.

	<p>Es importante también que sean capaces de identificar sus logros para seguir perseverando en la vida.</p>
--	--

6. CALENDARIO (CRONOGRAMA) ACTIVIDADES

Semana	Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	17:00- 19:00	Presentación del Programa		Yincana deportiva		
2	17:00- 19:00	Arteterapia		Emotions		
3	17:00- 19:00	Role-Playing		Resolución de problemas		
4	17:00- 19:00	Mindfulness		Reestructuración de pensamientos negativos		
5	17:00- 19:00	Decisiones acertadas		Taller de sustancias		
6	17:00- 19:00	Red Comunitaria		Conducta desviada y moral		
7	17:00- 19:00	Mi familia		Resiliencia		
8	17:00- 19:00	Autorregulación emocional		Cierre		

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA MERCEDES DEL VALLE

Alba: Bueno, soy Alba y esta va a ser la entrevista para la realización de mi Trabajo Final de Grado. El objetivo de la investigación es conocer las barreras para la prevención y el tratamiento del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal y del Síndrome Alcohólico Fetal en mujeres vulnerables. Esta entrevista será grabada con el consentimiento de la participante y sin más dilación pues empezamos. Entonces, su nombre si lo quiere compartir.

Mercedes: Sí, Mercedes del Valle Díaz.

Alba: ¿Cuál es el trabajo que desempeña actualmente?

Mercedes: Pues yo soy cofundadora y presidenta de la Asociación Visual TEAF. Es una asociación sin ánimo de lucro, formada por familia y afectados por el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal que es un trastorno que se produce por la exposición prenatal al alcohol. Nuestros objetivos son mejorar la calidad de vida de afectados y familias y concienciar socialmente de los riesgos, de la estigmatización, la gravedad y todos los problemas derivados de este trastorno. La falta de concienciación social digamos ¿no? y la falta de aceptación por parte de la sociedad.

Alba: Hablando sobre la asociación ¿de qué forma se organizan ustedes?

Mercedes: Pues nosotros somos una asociación formada por socios de pleno derecho. Los socios son tanto primeras personas que están afectados por el trastorno (mayores de edad) que deciden voluntariamente asociarse, como también cuidadores y cuidadoras: padres, madres, tutores.

También tenemos cuidadores de segundo nivel, por ejemplo, abuelos que cuidan a los nietos, y también tenemos familias de acogida. También tenemos “sospechas”, porque el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal, a pesar de estar identificado hace más de cincuenta años, y además de tener precisamente unos procedimientos de diagnóstico, no está lo suficientemente diagnosticado.

Los profesionales tienen bastante falta de formación, entonces, hay veces que los profesionales dicen “sospecho” que pueda tener esto, pero no tienen un diagnóstico en concreto. Da igual, en la asociación también son bienvenidos. No es imprescindible tener diagnóstico.

Por lo que respecta a las actividades que realiza Visual TEAF, éstas se basan en recoger la información de los socios y socias acerca de sus necesidades. Trabajamos por proyectos y los intentamos poner en marcha.

A diferencia de una asociación de pacientes al uso, nosotros trabajamos por proyectos, porque metemos una parte empresarial. Luego también tenemos códigos de transparencia. O sea, usamos muchas cosas de la empresa para progresar, porque nos dimos cuenta de que si queremos avanzar, tenemos que tener claros los objetivos y el procedimiento de cómo alcanzarlos.

Estamos muy contentos porque la asociación nació en 2018 en base a proyectos precisamente, y a pesar de lo jovencitos que somos, los avances que hemos conseguido son impresionantes. Entonces estamos muy contentos.

Alba: ¿Y cuántas personas se estiman que participan hoy en la asociación?

Mercedes: Pues mira, como socio de pleno derecho somos casi 500 en casi todo el territorio. El mayor número es en Madrid, el segundo es Cataluña. Tenemos delegación abierta en Cataluña porque las familias de Cataluña son muy activas. Participamos en grupos de trabajo con la Generalitat. Por ejemplo, somos socios de pleno derecho con Salut Mental de Cataluña. Estuvimos como grupo de trabajo del Psacmae, que es programa dirigido a adolescentes y jóvenes con enfermedad mental grave, y uno de los criterios para entrar a estos programas es el TEAF. Estamos en un grupo de trabajo con infancia y familia, para intentar poner en marcha un protocolo de detección temprana del TEAF. Es decir, somos bastante activos. Hemos participado y participamos en encuentros de formación.

Y luego, como te digo, el primero sería Madrid, el segundo en Cataluña y luego tenemos grupos por Extremadura, Andalucía, Valencia, País Vasco, todo Galicia.

Alba: ¿Esta asociación tiene algún tipo de contacto directo con una asociación cuyas siglas con AFASAF, asociación de familias afectadas por el Síndrome Alcohólico Fetal?

Mercedes: Tenemos contacto en el sentido de que hemos hecho algún acto conjunto. Por ejemplo, en 2019, celebramos el día mundial del TEAF en Madrid, por el PNSD. Estuvimos 7 asociaciones, entre ellas AFASAF. En el siguiente acto que hubo ellos decidieron no participar, aunque nosotros les invitamos, y bueno digamos que hay familias que están en las dos asociaciones. Hay contacto con la presidenta actual, pero es verdad que AFASAF trabaja básicamente en Cataluña y digamos que sobre todo las formas, el trabajar por proyectos. A mí personalmente, me parece que AFASAF, y le debemos mucho a las familias TEAF porque han sido los primeros que han puesto la cuña en la puerta para intentar abrirla, han sido los primeros activistas, por así decirlo, del Trastorno, sobre todo Cataluña. Cataluña nos ha abierto la puerta a Visual TEAF claramente.

Pero sí, en España de TEAF hay como 7 asociaciones, cosa que yo personalmente no entiendo porque si fuéramos uno tendríamos más fuerza, pero lo cierto es que recientemente en Murcia han hecho dos. Había una, pero ahora ha habido otra. A mí me apena un poco esto, porque dividimos fuerza, con lo cual somos más vulnerables. A veces las asociaciones no ponemos bien el foco porque a veces, el foco hay que ponerlo en lo profesional y la administración, el foco no hay que ponerlo sobre nosotros. Pero bueno, también es cierto que en España somos así. Muy diversos. Y cada uno lo ve de una forma y es muy difícil ponernos de acuerdo.

Nosotros concretamente trabajamos en proyecto y en red. En red significa que si tengo que firmar con el diablo para el interés de mi hija, yo firmo. Yo no digo que no a nadie, excepto al lobby del alcohol. ¿Por qué? Porque pertenecemos a la Alianza Europea, y yo firmé que me comprometía a no recibir subvenciones de las empresas de alcohol. Entonces cuando me han llamado para asistir a actos donde estaba el lobby del alcohol, yo me he negado profundamente. Nos parece antiético.

También tenemos colaboración con AFATRAC de Cataluña, que es una asociación de familias con trastornos de conducta. Tenemos convenios de colaboración tanto con asociaciones como con universidades, como con hospitales. Por ejemplo, con el Hospital Clínic tenemos un convenio de colaboración también. Con la Clínica Universitaria de la Rey

Juan Carlos también o Comillas o Carlos III. Tenemos convenios con distintas universidades para realizar proyectos del alumnado, realizar proyectos en las asignaturas completas y realizar servicios. Me parece un procedimiento para llegar a la población muy joven también. Porque es un tema difícil, nos cuesta llegar y me parece un tema super importante para llevar a los jóvenes. La parte preventiva, sobre todo.

¿Y qué más tenemos? Buenos somos muy abiertos, muy osados. Por tanto, la puerta abierta a cualquiera.

Alba: Entrando un poco más en el TEAF y SAF, ¿cómo afecta este síndrome a la dinámica familiar y relaciones personales?

Mercedes: Afecta mucho. Para nosotros el TEAF es el TEAF. El SAF es un subtipo. EL TEAF tiene 4 subtipos, de momento, porque hay un 5 que está en el DSM V. Los 4 subtipos son: SAF completo, que es cuando tienes todos los rasgos típicos; el SAF parcial, que tiene parte; ARND, que es cuando tienes el trastorno neuropsicológico pero no tienes los rasgos físicos.

Si hablamos solo de SAF estamos hablando solo del 20% de la población. El estudio que hicieron en Cataluña ,de prevalencia, el único que hay en España, que se hizo sobre 212 niños de adopción internacional, de Rúsia y Ucrania, ahí salió perfectamente que más del 50% estaban afectados. Pero de SAF completo solo era el 20%.

Esto es muy importante porque si solo estoy hablando de SAF me estoy quitando todo el resto. Estoy diciendo que si no se le nota en la cara, ya no lo tiene y no es verdad.

Luego, ARND hay muchísimos y son más difícil de detectar. Este es un punto importante. Las demás asociaciones ponen SAF, pero yo creo que no se debe poner eso. Yo era más partidaria de poner ND-PAE que es lo que se va a poner en el DSM-V.

ND-PAE significa Trastornos del Neurodesarrollo derivados de la exposición prenatal al alcohol. Eso es el TEAF. Un trastorno del desarrollo causado por la exposición prenatal al alcohol.

ARBD es muy raro. No conozco ninguno porque solo afecta a órganos internos, no afecta al cerebro. Va a tener problemas de corazón, de huesos, de deformaciones físicas en los huesos,

orejas, pero no va a tener daño neuropsicológico. Es bastante complicado de encontrar. Los hay. Pero como el cerebro es lo primero que se desarrolla, es en lo primero que impacta, en el SNC.

Otro tema importante del que disiento con otras asociaciones es que dicen alcohol y otras drogas. No. Las drogas son las drogas, el alcohol es teratógeno. Hace mucho más daño el alcohol que las drogas. Cuando diagnosticaron a mi hija, fui a unas jornadas al Clínic y escuché a tanto profesional, yo me quedé muerta. Dije ¿pero qué estamos haciendo?. Esto es un problema de salud pública, es grave. Y más ahora con los datos que tenemos a nivel recogida de datos de los jóvenes en España, que es terrorífico. O sea vamos a tener muchos niños TEAF.

Alba: Vosotros como familiares, ¿cómo afrontáis este diagnóstico TEAF?

Mercedes: Nosotros, cómo podemos. Nuestro caso personal es que tenemos una hija, que es de adopción proveniente de Rusia. Vino con 3 años, y todo estuvo estupendamente, y empezamos a notar problemas sobre todo cuando empezó la primaria. Siempre vas a profesionales y lo achacan al trauma por abandono y todas esas cosas, pero según crecía, la desesperación era mayor, porque yo veía que algo no funcionaba.

Yo te voy a comentar, yo soy físico electrónico, entonces soy muy cuadrículada de mente. Yo me estudio todo, lo analizo de mente, me creo o no las cosas según si me lo argumentan. Entonces yo veía que algo no encajaba. Sería TDAH, impulsividad. Yo tenía amigas con hijos TDAH biológicos y no era igual. Lo que me extrañaba era que mi hija no asumía peligros. Es decir, era capaz de ponerse en peligro grave de una manera en que ni un animal es capaz. Claramente, yo veía que tenía un problema de fallo cerebral. Las cosas que hacía no eran racionales. Yo ahora entiendo que ella tiene un daño orgánico de su cerebro y la conducta es un síntoma.

Es el modelo neuroconductual. A mi me decían que la conducta era o bien porque mi hija era así, o porque yo no la educaba correctamente. Mi hija pensaba que no podía, que era mala y que era tonta. Culpabilidad de los padres porque algo no estamos haciendo bien. Y los profesionales también diciendo que el problema es que no lo aceptas porque como has

adoptado, no es tuya y no la aceptas. O sea tú figúrate que es eso, un maltrato psicológico para padres e hijos.

Alba: Partiendo de esa base de que decían que era TDAH porque sí que comparte muchos síntomas parecidos, como descubrieron ustedes que era este trastorno?

Mercedes: Por una amiga. Teníamos unos amigos cuyo hijo, Alexei, también era de Rúsia, e igual. Quizá también más problemáticos porque en los chicos se evidencia más los daños sociales del TEAF. Mi opinión personal es que, además de la parte biológica, que esto lo ha comentado algún profesional en alguna charla, influye mucho la presión social. Porque un defecto o un comportamiento raro se acepta más en la mujer que en el hombre.

Cuando mi hija tenía casi 16 años, la situación era desesperada, la habían expulsado de varios colegios, mi amiga me dijo, nuestros hijos van a tener el síndrome alcohólico fetal ese de los niños de Rusia, tú que miras tanto, búscalo por internet. Yo ese síndrome no lo había oído en mi vida y me quedé muerta. Yo cuando vi, los daños, los efectos, la esperanza de vida hasta los 35 años, dije mi hija no es esto. Es imposible que mi hija tenga esto, pero me quiero quedar tranquila. Quiero diagnosticarla y que por lo menos me digan, no, no lo es. Tenemos la sospecha pero que me digan que no tiene TEAF. Busqué como loca y encontré un correo, que era precisamente de una investigación de niños con TEAF. Yo escribí a ese correo, desesperada, puse mi móvil, y a la mañana siguiente era el Doctor García-Algar, al que le debo la vida. Lo bueno que tiene García-Algar es que para él lo primero son los niños, los niños por encima de las familias, igual que en la asociación.

Nosotros estamos para que nuestros hijos estén en la sociedad como se merecen. Estamos para unas personas que tienen un trastorno de por vida, pero que tengan su espacio en la sociedad, que se lo merecen. Y a más aportan porque son gente con valores también.

Entonces el Dr. me llamó y me dijo que el estudio estaba cerrado, pero que si quería iba del Hospital del Mar al Clínic, pero que la podían diagnosticar. Eso fue en Diciembre y en Marzo estaba con mi hija para descartarlo. Cuando a mi me dijeron que era SAF parcial y que tenía discapacidad, me caí de la silla. Dije sí yo pedí un niño sano. Tardé 11 meses en aceptarlo, en pasar el duelo. Una vez que lo aceptamos todo cambia drásticamente.

Mi hija tiene discapacidad intelectual como el 80% de los niños TEAF. Discapacidad intelectual significa que tiene un CI por debajo de 80, como la mayoría. Y los estamos forzando en un sistema que al final explotan. Muertos en la asociación tenemos 2. Entonces, ¿qué estamos haciendo?. Qué estábamos haciendo en la adopción. Es un sistema de protección para ellos. Pero en vez de protegerles le metes en un sistema de maltrato institucional, como es el colegio, a pelo. Mi hija ha estado castigada hasta los 15 años todos los días porque no llegaba. Normal, si yo pongo un objetivo por encima es imposible.

Pasan fases. La fase uno son daños derivados del trastorno: baja memoria, agresividad, etc. La fase 2 son los daños sobrevenidos. Si tu eso no lo identificas y no lo tratas: ansiedad, depresión, etc. La tercera fase es que si sigues sin tratarlo, enfermedad mental grave, muerte, aislamiento. Es el modelo neuroconductual.

¿Qué pasa? Que no se está diagnosticando debidamente. Hay una responsabilidad por parte de las instituciones y de los profesionales bestial. El hecho de que tú no tengas ni idea estás haciendo que este chico acabe fatal. Es por eso la creación de la asociación. Mi hija ahora mismo está trabajando, tiene un novio y mi hija es feliz. A mi lo que me preocupaba es que mi hija estaba depresiva. Normal, todos los días la cagaba. Y ahora está feliz, contenta. ¿Qué necesita supervisión? Por supuesto, estamos hablando de personas dependientes. Todas. Todas van a ser dependientes en su vida.

¿Qué hay? Primero identificarlo. Segundo adaptar expectativas, que no significa es tonta no puede hacer nada, y tercero, ajustar el entorno, quitarles las barreras, porque ellos no pueden. Igual que a otras personas con otras discapacidades.

En el trabajo lo estamos viendo. Nosotros tenemos un programa de inserción laboral para conseguir y mantener empleo. El objetivo es tener empleo. Tenemos ya 7 o 8 miembros de la asociación. Todos los chicos de la asociación van a tener empleo. Aunque sea uno a uno. Me da igual que tarde 20 o 30 años, vamos a conseguirlo. Tenemos chicos que florecen, porque los trabajos son la leche. Porque son chicos super buenos trabajando que no se cansan, les da igual todo, super dispuestos. Entonces el trabajo va muy bien. Ellos recuperan su dignidad. Entonces ese es el objetivo.

Alba: Lo que veo por lo que ha mencionado es que estos niños vienen de Rusia. Aquí en España, de madres españolas, ¿qué porcentaje hay de niños que salen con este Trastorno?

Mercedes: Esta pregunta es fantástica. Nosotros primero, cuando nos hemos reunido con las administraciones, lo primero que pedimos es un estudio de prevalencia de población general. ¿Por qué? Porque si no tenemos datos no podemos saber qué necesitamos. Ya te he dicho tema proyectos.

Entonces, primero lo hemos pedido a nivel comunidad, hemos presentado el proyecto, pero siempre se rechaza. Entonces, las estimaciones que hay en la Unión Europea y nuestro entorno son muy altas, del 4%. Eso es una pasada porque de autismo es un 1%. Entonces habría que hacerlo, porque estimaciones sí, pero hay que hacerlo. A nivel de asociación y de todas las personas, sorprendentemente, cuando yo he hecho cálculos, resulta que el primer país de procedencia de nuestros chicos es Rusia, pero el segundo, por delante de Ucrania, Polonia, es España porque son adopción nacional.

Entonces, de adopción nacional hay muchos. Porque la primera causa para quitar la patria potestad es el alcohol de la madre. Por ejemplo, datos. En la Comunidad de Madrid, nos han dicho que hay más de 4.000 tutelados, de los cuales más de 1.000 estaban por tema del alcohol de la madre. No significa que todos los hijos de alcohólicas tengan TEAF porque hay más factores. Entonces a mi me sorprendió mucho ver que el segundo país era España por delante de Polonia y Ucrania. Y luego hay también de Sudamérica y de Etiopía. Por tanto, sacar datos es algo que se debería hacer y más ahora cuando han sacado el PNSD sobre el consumo de alcohol en España de los jóvenes, es bestial. Estamos hablando que más del 50% de chicas con 18 años hacen el binge drinking. Por hacer un binge drinking, te puede salir un TEAF porque no hay cantidad segura. O sea no es que yo tenga que beber mucho. Nosotros ahora hemos estado dando unas charlas en AA, y en todas he identificado a niños SAF completos y biológicos.

Hay un estigma muy grande con el TEAF porque en esta sociedad, la madre es como una figura intocable. Entonces el pensar que el niño lo tiene por culpa de la madre, no se acepta. Pero nosotros siempre decimos lo mismo, una madre no bebe a posta para dañar a su hijo. O bebe porque no le han informado y piensa que no pasa nada o tiene una enfermedad que se llama adicción y hay que ayudarle. Y además, la adicción en las mujeres está muy

estigmatizada. Entonces ahí hay una barrera bestial, que no solo pasa aquí, si no en todos los países.

Alba: Entrando en este tema de las barreras de las madres biológicas de niños con este Trastorno, ¿qué barreras podría usted identificar para la prevención y tratamiento?

Mercedes: Para mí la primera barrera es el estigma. Porque es curioso, pero los TEAF no generamos empatía ¿Por qué? Porque claro la gente dice: si la madre bebió. Al final son hijos de una alcohólica. Como que se lo merecen. Entonces hay un tema de estigma gigante. Luego el tema social de que el alcohol, no pasa nada por ingerir un poco. La exposición prenatal al alcohol es la primera causa de discapacidad intelectual no genética y prevenible. ¿Por qué no hay campañas? Yo voy al centro de salud y no hay ni un cartel.

También en la nueva Ley del Menor, en el capítulo 9, aparece ahora la protección del nasciturus. Ahora te dice que si la mujer en el parto llega con signos evidentes de drogas o alcohol, tienen que dar parte de maltrato a la Fiscalía. Esto está bien porque por primera vez hay una protección de nasciturus en relación a los tóxicos, pero está mal porque la respuesta no debería ser esa. La respuesta debería ser preventiva, para que no se llegue a esa situación.

Encima ese niño tendrá TEAF y se lo quitarán a la madre, produciéndose el abandono. Esto tiene dos consecuencias: familias de adopción nacional de niños pequeños con sospecha de TEAF y por otro lado, familias a las que le han quitado al niño y están desesperadas porque se lo devuelvan. En general estamos viendo la segunda generación (no se ha atendido a la madre, no se ha atendido al niño, se hace una ley donde te quitan al niño y al final es un problema grave).

¿Qué haría falta? Primero, un estudio de la prevalencia y segundo una Ley de protección al TEAF o en las propias leyes de sanidad, una modificación. Tenemos una declaración del Senado a favor del TEAF del 2019 donde todos los partidos políticos la firman y hablan de que hay que investigar, pero es papel mojado porque no se hace nada.

Alba: ¿Qué mejoras introduciría usted para el tratamiento y prevención de este trastorno tanto a nivel sanitario, educativo, etc?

Mercedes: Pues al inicio nuestro primer objetivo era el diagnóstico, pero lo cambiamos al segundo y tuvimos que poner primero la formación de profesionales. ¿Por qué? Porque no puede diagnosticar a alguien si no sabe qué es. Entonces lo primero es la formación en todos los ámbitos: sanitario, educativo, social, justicia, cuerpos de seguridad... Se tiene que saber identificar y diferenciar respecto a TDAH y otros, y saber cómo tratarlo o por lo menos intentarlo. Sobre todo creérselo porque piensan que te lo estás inventando. ¿Por qué? Porque es un trastorno invisible. Además, cuando la conducta es derivada de un daño cerebral orgánico, tendemos a pensar que la conducta es volitiva, y eso no es así.

Segundo objetivo, concienciación social. Que tengamos conciencia de que es un trastorno y, por último, mejora de la calidad de vida de los chicos. Al final, que prevalezcan sus derechos.

Alba: Tocando un poco el tema de la justicia, ¿estos chicos/personas tienen más contacto con el Sistema de Justicia Penal?

Mercedes: Sí. De hecho hay un estudio canadiense donde los datos dicen que si los chicos no están diagnosticados antes de los 22 años, el 80% por ciento van a pasar por el área judicial. Y si es diagnosticado antes de los 8 años, el 0% por ciento. En Canadá, hay estudios hechos en población reclusa joven con FAS y sale más de un 15% de afectación. Entonces, ¿cuál es el problema qué hay?

Yo tengo una proposición que no solo valdría para el TEAF si no para los otros también. Y sería que cada joven que entre en el sistema judicial por primera vez, se debería valorar el CI. Entonces, todos los que estén por 80 o menos tienen discapacidad intelectual, lo que tendría que ser un facilitador. Como te he comentado antes, el 80% de los TEAF tienen un CI por debajo de 80. Eso en cualquier ámbito de la vida es imposible porque intentar sobrevivir al día a día es muy complicado. En el ámbito judicial donde te está peligrando tu vida, estás totalmente desprotegido. O sea no se está cumpliendo el derecho a la justicia igual para todos. Entonces yo haría valoración del CI a todos los que entraran para poder valorar si hay discapacidades intelectuales y ponerles un facilitador.

Luego un tema también muy importante es la moral, porque efectivamente ellos no tienen moral porque no lo entienden. No entienden causa-efecto y no saben generalizar. Con lo cual es un problema. Te voy a poner un ejemplo que nos pasó en la asociación. Chico de 21 años que se acuesta con una chica de 15 años. El chico TEAF. El padre de la chica se entera y le

denuncia, y la chica fatal porque claro, era su novio. El chico va ante el Juez y le pregunta: ¿os habéis acostado?, y el chico dice: sí, es que es mi novia. Claro, no sabe que como tiene menos de 16 es un delito. Él piensa que está bien, no sabe que es un delito.

Piensa que los TEAF son mezcla de hiperactividad, más autismo más inteligencia límite. Entonces son extremadamente vulnerables.

Claro y luego con el tema de adopciones no te dicen qué problema tiene tu hijo. Y luego te dicen que el problema es tuyo porque no aceptas a tu hijo de adopción.

Alba: ¿Y qué responsabilidad se origina para esta persona intermediaria de la agencia de adopción?

Mercedes: Mira en nuestro caso yo pedí un niño que estuviera sano porque yo en aquel momento tenía un puesto de mucha responsabilidad. Era jefa de mantenimiento de Telefónica, tenía 40 personas por debajo mío, mi marido también trabajaba y no podíamos estar todo el día en el hospital. Y mejor que tuviera ya una edad, porque teníamos poca disponibilidad. Cuando al final ves que tienes una discapacidad intelectual grave.

Para mí denunciar, por ejemplo, no está en mi hoja de ruta porque sería decirle a mi hija que no la quiero. Sí me gustaría que hubiera algún tipo de reconocimiento público pero mi foco no está ahí. Pero sí, esto es una sensación que tienen muchas familias y en la que estoy muy de acuerdo, porque sienten que les han estafado. Entonces, bueno, cada uno lo lleva cómo puede.

También nos está pasando que está llegando gente que tienen 17/18 años con SAF completo y sin diagnóstico.

Luego también en los centros tutelados por las Comunidades Autónomas no hay diagnóstico. Entran con 12/13 años y a los 18 les sueltan sin tener diagnóstico. Y nos llegan a la asociación, pero están destruidos ya.

Luego también ha salido un informe de sin hogarismo. Dice que entre la población joven ha subido un montón. Bueno, vete a diagnosticar ahí cuánta gente TEAF hay. O sea es un tema grave de salud pública, donde a la Administración le rebota cuando son adultos, pero cuando nosotros muramos, se los comerán con patatas. Ahora estamos las familias a nivel económico

y demás, pero cuando nosotros no estemos, ahí se les queda a la administración. O sea que es un tema que tela.

Alba: Bueno yo creo que el lobby del alcohol tiene muchísima presión.

Mercedes: El lobby del alcohol, aunque yo no soy de conspiraciones, este sí me lo creo. Se han infiltrado en nuestros actos, se han fotografiado con nuestros carteles, nos han intentado comprar y meter en campañas con ellos. Y luego en televisión, estoy convencida de que está prohibido meter cualquier cosa que hable mal del alcohol. Yo he intentado escribir a todos los medios para que el día 9/09 (día del TEAF), salga en el telediario, y la respuesta siempre ha sido no. ¿Y qué sale en los telediarios los domingos y los sábados? Siempre bebiendo alcohol mujeres. Entonces yo estoy convencida de que hay muchísimo dinero para que en todos los telediarios aparezcan mujeres bebiendo alcohol, asociado al tema de ocio pero también ahora, se ha metido en el deporte. Las marcas de alcohol financian y patrocinan el deporte.

Alba: Pues Mercedes, yo de momento no tengo más preguntas. Si se me ocurriese algo más me pondría en contacto contigo. Encantada de conocerte y gracias por todo lo que me has explicado.

Mercedes: De nada. Nos vemos.

Por favor, lee cuidadosamente este documento de consentimiento antes de decidirte a participar en este estudio.

Estimada/o participante,

Mediante la firma del presente documento se autoriza la grabación de la entrevista, así como la posterior utilización de la información obtenida para la realización del Trabajo de Final de Grado de Criminología realizado por Alba Tejero Fernández, estudiante de sexto curso del doble grado de Derecho y Criminología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer las barreras que encuentran las mujeres vulnerables a la hora de prevenir y tratar el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal o el Síndrome Alcohólico Fetal, así como conocer los programas que se están llevando a cabo ahora mismo en España y Cataluña para evitar este síndrome.

En este caso no está prevista ninguna compensación por participar.

La información que se recabe en la presente entrevista será tratada confidencialmente y con uso exclusivamente académico. Algunos fragmentos de la entrevista que se correspondan con el objetivo principal podrán ser utilizados durante el desarrollo del artículo y serán revisados por el tribunal encargado de evaluar el trabajo de investigación, así como por la tutora que dirige el mismo. Una vez finalizado el trabajo y presentado, el material audiovisual recopilado pasará a ser destruido.

La participación en las presentes entrevistas es libre, voluntaria y anónima, pudiendo en cualquier caso negarse a responder cualquiera de las preguntas que se realicen.

Si decide participar, su identidad se mantendrá confidencial y solo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos del proyecto. Si se tuvieran que presentar casos de estudio, se usarían siempre pseudónimos.

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en el estudio, autorizo la utilización de la información que de la grabación se recabe y estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de forma:

- Declarada
- Anónima

En _____, a ____ de ____ de 20_____.

Firma participante

Firma investigador

Yo, Hercede del Valle Diet, doy mi consentimiento para participar en el estudio, autorizo la utilización de la información que de la grabación se recabe y estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de forma:

- Declarada
- Anónima

En Madrid, a 9 de Feb de 20 24.

Firma participante



Firma investigador

4742044 Firmado digitalmente
9S- ALBA por 47420449S-
TEJERO ALBA TEJERO
FERNÁN FERNÁNDEZ
DEZ Fecha:
2024.05.16
16:18:30 +02'00'

ENTREVISTA ÓSCAR GARCÍA ALGAR

Entrevista realizada a Óscar García Algar, Jefe de la Unidad de Neonatología del Hospital Clínic Maternidad de Barcelona y experto en el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal.

Alba: “Buenos días. Soy Alba y esta es mi entrevista para el TFG que versa sobre las Barreras para la prevención y el tratamiento del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal. ¿Cuál es su nombre? ¿Y su profesión?”

Óscar: “Óscar García Algar, pediatra. Soy el jefe de servicio de la unidad de neonatología del Hospital Clínic Maternidad de Barcelona.”

Alba: “Por la revisión de la literatura existente de este fenómeno he visto que su nombre aparece en muchos documentos. ¿Cuántos años lleva estudiando este fenómeno?”

Óscar: “Más o menos unos 20 años. Esto no es algo que empieces. Nosotros trabajamos con exposición a sustancias de abuso o tóxicos y, en un momento, pensamos en el alcohol”.

Alba: “Sabemos que el alcohol es un agente nocivo para la salud, pero ¿qué implicaciones más concretas tiene en las mujeres?”

Óscar: “Partimos de la base de que el alcohol no sirve para absolutamente nada, y es tóxico para cualquier persona. Puede ser que su afectación sea diferente entre hombres y mujeres. Es decir, hay diferencias fisiológicas que hacen que el alcohol sea más tóxico. Pero además, las mujeres viven una situación fisiológica muy diferenciada, y es que a veces están embarazadas. Entonces el embarazo se ve perjudicado. El producto del embarazo, que es el niño, se ve perjudicado. Y ya no solo el embarazo, si no que desde que la mujer quiere quedarse embarazada debe ser un periodo libre de alcohol porque se ha demostrado que las células germinales pueden estar afectadas.

Esta condición también afectaría al hombre. Un hombre que quiere tener un hijo, debería dejar de consumir alcohol antes de que se produzca el embarazo. “

Alba: “Para que estas células no estén “contaminadas” ¿Hay algún periodo de tiempo prudencial en el que se deba dejar de beber?”

Óscar: “Las células se renuevan cada 120 días, así que más o menos. Actualmente hay evidencia en animales, pero más o menos 3 meses antes del embarazo se debería dejar de consumir alcohol.”

Alba: “Las últimas encuestas EDADES y ESTUDES configuran dos tipos de perfil de mujeres que consumen alcohol. El primero de 14 a 18 años con un consumo *binge drinking*, y, el segundo, de 20 a 34 años que son las que normalmente se suelen quedar embarazadas. Entonces, ¿qué otros factores de riesgo se podrían asociar a este consumo?”

Óscar: “Hay que tener en cuenta que hay varios factores que influyen en el consumo de alcohol. Por ejemplo, que seas hombre o mujer, que estés embarazada o no. Influyen las características fisiológicas individuales: si tienes más IMC o no, si tienes otras enfermedades, etc. También influye tu metabolismo y eso está muy condicionado genéticamente.

Hay personas que metabolizan muy rápido el alcohol, como por ejemplo los asiáticos. Estas personas que metabolizan tan rápido el alcohol, rápidamente tienen síntomas de embriaguez. Esto en cierta manera es protector, porque cuando beben poco, tienen muchos síntomas y dejan de consumir.

En cambio, hay personas que tienen un patrón genético de metabolización de alcohol más lento, como por ejemplo las personas de los países nórdicos, norteamericanos o sudafricanos, que metabolizan muy lento el alcohol. Por tanto, cuando ya tienen síntomas de embriaguez, es porque ya han consumido mucha cantidad, y por lo tanto, los efectos tóxicos son mucho mayores.

Entonces la conjunción de todos estos diversos factores, determina lo que se conocen como patrones de consumo. El patrón de consumo hace referencia a la cantidad de alcohol consumida y el lapso de tiempo en que se consume. Por ejemplo, si tu bebes una botella de vodka, tanto si la metabolizas rápido como lento, tendrás síntomas rápidamente. Pero si bebes un par de cervezas hoy, otro par mañana, pues los efectos son diferentes. Pero son igual de nocivos los efectos. Lo que pasa es que la intensidad, la rapidez y la gravedad de los efectos

es diferente en función del patrón de consumo, que viene condicionado por la cantidad y el lapso de tiempo en el que se produce el consumo.”

Alba: “¿Aquí en España, cuál sería el patrón más común?”

Óscar: “Hay de todo, lo que pasa que habitualmente, el mediterráneo, es más un consumo de poca cantidad pero de forma continuada. Y en los países nórdicos es más común el consumo de *binge drinking*, que es consumir mucho alcohol en poco tiempo, y además alcohol de alta graduación.

Los más jóvenes que hacen este consumo de botellón, normalmente no se mantiene cuando las mujeres van a quedarse embarazadas. Lo que pasa es que si las chicas jóvenes que hacen botellón, se quedan embarazadas y siguen con ese patrón de consumo, ese hábito, puede acarrear muchas complicaciones y problemas.”

Alba: “¿Por qué el consumo de alcohol prolongado en el tiempo es peor en todo caso que un episodio de *binge drinking*?”

Óscar: “No es que sea mejor o peor. Cada forma es diferente. Si tú consumes mucha cantidad en poco tiempo, hace daño. Si consumes poco en un espacio prolongado de tiempo, también hace daño. No hay una que sea mejor que la otra. Dependerá de cada caso, pero no hay ningún patrón de consumo que esté libre de riesgos. Siempre hay que evitar consumir alcohol y si estás embarazada o pretendes quedarte embarazada, aún más.”

Alba: “Bien, pasando a los efectos del alcohol sobre el feto, ¿podría explicar cómo afecta el consumo de alcohol en el feto en cada etapa del desarrollo embrionario?”

Óscar: “Hay un esquema clásico que explica el desarrollo embrionario, y cómo afecta el embarazo a cada una de estas etapas. Entonces, el alcohol es tóxico en todos los momentos del embarazo: desde las células germinales, y en cada una de las fases. Lo que sí que es más tóxico en los primeros meses del embarazo, pero siempre es tóxico.

Altera sobre todo el desarrollo de las estructuras del sistema central nervioso, y hay imágenes muy icónicas de cebreros de neonatos que han sufrido exposición prenatal al alcohol que son

más pequeños, están deformados, etc. Pero además, no solo afecta al cerebro, también afecta a órganos como al corazón, los ojos, entre otros. Depende también del momento del embarazo, de la intensidad del consumo y otros factores. Sobre todo, el más importante es que afecta al neurodesarrollo.”

Alba: “Dentro de las alteraciones del neurodesarrollo que se dan, ¿habría algún área cerebral que se viera más afectada? ¿O sería un conjunto?”

Óscar: “Es todo en conjunto. Es una afectación estructural, no únicamente funcional. Es decir, afecta a la propia estructura del Sistema Nervioso Central: cerebro y otras estructuras. El alcohol hace daño a la formación de las estructuras anatómicas del cerebro. Esto se traduce en una serie de síntomas de mal funcionamiento, y esos síntomas pueden ser: pérdida de memoria, agresividad, falta de capacidad de concentración, capacidad intelectual disminuida, alteración de la memoria de trabajo. Es decir, lo que se denominan dominios psicológicos. Entonces, cuando estos dominios están afectados, significa que hay una lesión anatómica-orgánica, producida por el alcohol.”

Alba: “Pasando al TEAF propiamente, encontramos que el TEAF es la denominación genérica que engloba distintos subtipos. ¿Podría explicar en qué consiste cada uno de ellos?”

Óscar: “El daño que hace a nivel anatómico y orgánico el alcohol, se conoce como Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal, y esto se expresa, clínicamente, por una serie de síntomas que a veces son comunes a otras patologías, pero que a veces son características específicas del alcohol. Entonces, esto define que haya 4 formas clínicas de este Trastorno, que a su vez tienen su manifestación clínica.

Tenemos SAF completo, SAF parcial, ARND y ARBD, pero esto incluye una serie de síntomas diversos: pérdida de memoria, retraso mental, entre otros.

El SAF completo, es cuando se dan todas las características: confirmación o no de exposición prenatal al alcohol, alteración del crecimiento, que es peso, perímetro craneal y talla por debajo del percentil 10; alteraciones dismorfológicas, que es el *filtrum*, el espacio por debajo

de la nariz más difuminado, y ojos y labio superior patológico; y después, la alteración cognitiva y conductual, que esto se define como dominios neuropsicológicos afectados.

Entonces si los tienen todos es SAF completo, y si falta alguno, es SAF parcial.

Si existen malformaciones, es ARBD, y si solo está la exposición al alcohol documentada y el deficiente desarrollo neurocognitivo, entonces es ARND.”

Alba: “Por su parte, el DSM-V ha añadido el ND-PAE.”

Óscar: “Sí, lo que pasa es que estas formas clínicas, nacen de la literatura científica, pero las clasificaciones internacionales de enfermedades, como el ICD-10 y el DSM-V, en este caso, tienen clasificaciones diversas, pero no incluyen muy claramente el TEAF. Hay algunas que sí, que cada vez más se está trabajando e incluyendo. Pero, la que más se parece es el ND-PAE.

ND-PAE quiere decir alteraciones del neurodesarrollo derivadas de la exposición prenatal al alcohol. En cambio, el ICD-9 y el ICD-10, sí que tienen alguna más propia del TEAF, pero se encuentran en evolución.”

Alba: “Como médico de neonatología, ¿suelen ver esta condición médica?”

Óscar: “Sí. A veces vemos a recién nacidos que están afectados, pero el problema no es los que nosotros vemos que están afectados, si no los que no vemos. No todos tienen un SAF completo, y en la época natal es muy difícil realizar un diagnóstico. Sobre todo se manifiesta cuando ya son más mayores, y provienen de países donde el consumo de alcohol es mucho mayor, como por ejemplo los adoptados de países del Este. A estos los diagnostica el médico o el psicólogo.

Alba: “¿Cuál sería la prevalencia estimada de niños/as con este Trastorno en España?”

Óscar: “No se sabe. Si nos basamos en estudios similares que existen, como por ejemplo en Italia, estaríamos hablando de un 4%. Aquí siempre se había dicho un 1/1000, pero basado en cuestionarios. Entre los adoptados está entre el 50 y 70%, de los que vienen de países del Este.”

Alba: “También he leído que una manera de detectar si ha habido alcohol durante el embarazo, es mediante los cuestionarios informados que se administran a las mujeres, y otra forma es mediante los metabolitos, los cuales a su vez, pueden recogerse de diversas maneras. Entonces, ¿cuáles serían estas formas?”

Óscar: “Con los metabolitos lo que diagnósticas es el consumo. Lo que buscan los metabolitos, que proceden del metabolismo de esa sustancia que has consumido y que está presente en matrices biológicas. Éstas a su vez pueden ser matrices agudas como la sangre o la orina, pero después hay matrices biológicas que son de exposición crónica. Es decir, podemos detectar la exposición pasiva o el consumo activo de sustancias de una forma retrospectiva, como por ejemplo con el cabello. El cabello, cada centímetro para atrás equivale a 1 mes, por lo que con 9 centímetros tienes todo el embarazo. Por tanto, puedes hacer una análisis segmentario y encontrar qué se ha consumido en cada trimestre. Entonces aquí buscar metabolitos del alcohol, en este caso etilglucurónido, y por tanto, puedes saber en cada trimestre la cantidad que ha consumido y clasificar si ha sido un consumo social, de riesgo, etc.”

Alba: “Volviendo a los niños que padecen este Trastorno, ¿sabe si actualmente se lleva a cabo algún programa de prevención o tratamiento dirigido a estos niños?”

Óscar: “Sobre todo lo que hay es campañas de prevención de consumo de alcohol en el embarazo, que pueden tener más o menos éxito porque la presión de la industria del alcohol, es muy alta. Y porque la sociedad está muy acostumbrada a que por consumir alcohol no pasa nada. Pero básicamente es prevención.

Y tratamiento, no hay ningún tratamiento específico. El tratamiento es de los síntomas, y esto los profesionales de salud mental o pediatras pueden tratar los síntomas, pero no revertir la enfermedad.”

Alba: “Desde el punto de vista de la mujer, ¿cuáles serían las barreras que le dificultan acceder a esta prevención?”

Óscar: “Lo más importante es que no hay la concienciación social, para adoptar una actitud proactiva de cara a transmitir a la sociedad de que el embarazo debe ser un periodo libre de

consumo de alcohol. Y no solo el embarazo, si no también los meses anteriores a quedarte embarazada.”

Alba: “¿Cree que es un problema proveniente de la Administración, de la falta de educación?”

Óscar: “De todos los aspectos. Hay un problema de la sociedad, de que no es consciente de que el alcohol es un tóxico, y de que si no lo consumes, eres como extraño y que te pasa alguna cosa. Luego también hay una falta de experiencia entre la población profesional sanitaria para el diagnóstico del TEAF, pero lo más importante no es el diagnóstico, si no evitar que aparezca para que no lo tengas que diagnosticar, lo cual pasa por evitar el consumo durante el embarazo.”

Alba: “¿Cree que los planes realizados por la Generalitat de prevención son eficaces? y es más ¿considera que hay suficientes profesionales para llevarlos a cabo?”

Óscar: “Sí, son efectivos, y de hecho hacen cosas para implementarlos, no sólo en atención primaria, si no también en salud mental. Tanto para poder detectarlo de forma precoz, pero para evitar el consumo. Y sobre todo, porque hay que concienciar a la población.”

Alba: “Y si una mujer bebedora embarazada acude al CAP, ¿hay algún tipo de protocolo que se deba seguir?”

Óscar: “Sí. Hay recomendaciones, derivaciones y tests de detección. También hay protocolos para incentivar que dejen de beber, para controlarlas, para ayudarlas, etc.”

Alba: “¿Cuáles serían, desde su punto de vista, las mejoras que habría que introducir para concienciar a la sociedad de este problema?”

Óscar: Depende mucho de los gobernantes. Si no hacen una campaña global, no hay nada que hacer. Sobre todo está la industria del alcohol, que es un lobby muy fuerte, pero no creo que haya nadie lo suficientemente valiente como para prohibir la dispensación de alcohol a a las embarazadas, o para hacer una campaña publicitaria en los medios de comunicación para prohibirlo.

Alba: “Por último, ¿todos estos jóvenes afectados por el Trastorno, tienen más posibilidad de contacto con el Sistema de Justicia Penal?”

Óscar:“Si si, muchas posibilidades. Son personas que tienen muchos problemas neurocognitivos, de conducta, sociales, de integración, etc. Por tanto, tienen una vida muy complicada y es posible que tengan también problemas de consumo de sustancias y de contacto con el sistema de justicia. “

Alba: “Claro, si estos chicos tuvieran un diagnóstico de TEAF, las consecuencias del sistema de justicia penal, también serían diferentes.”

Óscar: “Claro, las personas con diagnósticos de enfermedad mental y de afectación a la inteligencia, permiten a las familias tramitar la dependencia y, porque permite en cuanto a la justicia actuar como atenuante.”

Alba: “Pues muchas gracias por su colaboración. Por ahora se da por acabada la entrevista.”

Óscar: “Gracias a ti. Nos vemos.”

Por favor, lee cuidadosamente este documento de consentimiento antes de decidirte a participar en este estudio.

Estimada/o participante,

Mediante la firma del presente documento se autoriza la grabación de la entrevista, así como la posterior utilización de la información obtenida para la realización del Trabajo de Final de Grado de Criminología realizado por Alba Tejero Fernández, estudiante de sexto curso del doble grado de Derecho y Criminología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer las barreras que encuentran las mujeres vulnerables a la hora de prevenir y tratar el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal o el Síndrome Alcohólico Fetal, así como conocer los programas que se están llevando a cabo ahora mismo en España y Cataluña para evitar este síndrome.

En este caso no está prevista ninguna compensación por participar.

La información que se recabe en la presente entrevista será tratada confidencialmente y con uso exclusivamente académico. Algunos fragmentos de la entrevista que se correspondan con el objetivo principal podrán ser utilizados durante el desarrollo del artículo y serán revisados por el tribunal encargado de evaluar el trabajo de investigación, así como por la tutora que dirige el mismo. Una vez finalizado el trabajo y presentado, el material audiovisual recopilado pasará a ser destruido.

La participación en las presentes entrevistas es libre, voluntaria y anónima, pudiendo en cualquier caso negarse a responder cualquiera de las preguntas que se realicen.

Si decide participar, su identidad se mantendrá confidencial y solo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos del proyecto. Si se tuvieran que presentar casos de estudio, se usarían siempre pseudónimos.

Yo, _____, doy mi consentimiento para participar en el estudio, autorizo la utilización de la información que de la grabación se recabe y estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de forma:

- Declarada
- Anónima

En _____, a _____ de _____ de 20_____.

Firma participante

Oscar
Garcia
Algar

Firmado digitalmente por Oscar Garcia Algar
Fecha: 2024.02.07 14:37:26 +01'00'

Firma investigador

4742044
9S- ALBA
TEJERO
FERNÁN
DEZ

Firmado digitalmente por 47420449S- ALBA TEJERO FERNÁNDEZ
Fecha: 2024.05.16 16:18:12 +02'00'

ENTREVISTA OLGA VALVERDE GRANADOS

Entrevista realizada a Olga Valverde Granados. Neurocientífica y coordinadora del Grupo de Investigación en Neurobiología del Comportamiento del Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona.

Alba: “Buenos días. Yo soy Alba, y esta es una entrevista para la realización de mi Trabajo Final de Grado. ¿Cuál es su nombre? y ¿Su profesión?”

Olga: “Hola. Buenos días. Soy Olga Valverde y soy catedrática de la Universidad Pompeu Fabra. Trabajo en docencia, en investigación y neurociencia.”

Alba: “¿Cuántos años lleva estudiando el fenómeno del TEAF?”

Olga: “La primera publicación que tenemos del tema es del año 2017, pero empezamos un poco antes a estudiarlo, así que podríamos decir que llevamos más de 10 años.”

Alba: “¿Podría proporcionar una visión general sobre su carrera profesional e investigadora?”

Olga: “Sí. Yo empecé realizando mi tesis doctoral en la Universidad de Cádiz donde estudié Medicina e hice mi tesis de Licenciatura sobre un tratamiento para el Síndrome de Abstinencia a la heroína, ya que en aquella época el problema de esta droga era mucho más prevalente que ahora. Se utilizaron benzodiazepinas y ligandos del receptor benzodiazepínico. Después empecé a estudiar también los efectos de los antidepresivos como analgésicos y durante mi Tesis Doctoral.

A partir del año 1992, hice una estancia postdoctoral en Francia, en la Universidad René-Descartes y estuve allí seis años en los que estuve estudiando el sistema opioide y como este sistema puede influenciar el dolor y la analgesia y cómo se podría modular el dolor utilizando este sistema peptidérgico.

Hice una segunda Tesis Doctoral en la misma Universidad (Universidad René-Descartes de París) en el año 1996, en la que empecé a estudiar el Sistema Endocannabinoide por la similitud que tiene con el Sistema Opiode. Después, ya en 1998, vine a la Universidad Pompeu Fabra como profesora titular de Biología Humana, y empecé a trabajar en el laboratorio de neurofarmacología, con las mismas líneas de investigación que seguía en Francia. Es decir, adicciones y, sobre todo enfocado al estudio del Sistema Endocannabinoide.

Posteriormente, en el año 2006, comencé a liderar mi propio grupo de investigación. El objetivo de este grupo es estudiar las bases neurobiológicas de algunos trastornos psiquiátricos, en particular, de drogas de abuso, depresión, y la interacción entre ambos.

A día de hoy, también estamos muy enfocados en el estudio de la cronobiología. Es decir, cómo la alteración de los ritmos circadianos, puede influir en el desarrollo de trastornos psiquiátricos. En esta última fase, las adicciones que estamos estudiando con más interés son, el consumo de alcohol y de cocaína. El Sistema Endocannabinoide lo estudiamos, pero como modulador de todos estos procesos.

En este contexto, nos interesó el alcohol porque es la droga más prevalente en cuanto a su consumo. Rápidamente empezamos a usar el alcohol para conocer sus efectos en la adolescencia, pero a la vez comenzamos a interesarnos también por el Síndrome Alcohólico Fetal, ya que la mayoría de modelos que había en aquél entonces estaban basados en consumos intensivos de alcohol, y a nosotros lo que nos interesaba era estudiar los consumos no intensivos. Es decir, con un consumo superficial que aparentemente no tuviera consecuencias. Entonces, nuestra sorpresa fue que, este tipo de consumo, sí que tenía consecuencias a largo plazo en la descendencia.

Todo esto, lo hemos tratado en modelos animales, por tanto, yo puedo hablar de los resultados que hemos obtenido en la experimentación.”

Alba: “Bien. Pasando a hablar del Trastorno, ¿podría explicar en qué consiste?”

Olga: “Este trastorno consiste en una serie de alteraciones del neurodesarrollo que también puede afectar a otros órganos periféricos, y que se debe al consumo de alcohol durante la

gestación o las primeras etapas de la vida, es decir, durante el periodo de lactancia. Por lo tanto, se trata de un consumo de alcohol perinatal.

Estos trastornos aparecen porque el alcohol tiene un efecto teratogénico, lo cual significa que produce malformaciones en el desarrollo embrionario. Estas malformaciones y alteraciones van a depender, por un lado, de la cantidad de alcohol que se haya consumido, y, por otro lado, del momento del desarrollo en que se haya realizado el consumo. El Sistema Nervioso y el desarrollo general tiene unas etapas, y cuando se toma el tóxico en unas etapas concretas, se afectará el desarrollo del Sistema Nervioso que en ese momento se está desarrollando. Si que es verdad que hay mayores malformaciones en el segundo y tercer trimestre que es cuando se desarrolla el sistema nervioso, pero dependerá del tipo de consumo que se haga.

Las primeras semanas de embarazo, si hay un alto consumo, posiblemente derivará en un aborto. Pero si se da en el periodo de neurogénesis, afectará al encéfalo y a la migración de neuronas, a la muerte neuronal programada que es necesaria para que aparezcan otras neuronas. Realmente, se está afectando todo el desarrollo del Sistema Nervioso. Después del nacimiento, también se puede afectar porque hay otros procesos que se desarrollan en este periodo de la vida.

Hasta hoy, se hablaba de Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal, sobre todo cuando existen malformaciones evidentes, pero actualmente sabemos que existen también alteraciones del aprendizaje y del comportamiento sin que existan rasgos evidentes faciales, y que por tanto, puede ser un trastorno silente, que no se diagnostique con facilidad. Todas estas alteraciones se producen en forma de un espectro y se habla del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal.”

Alba: “Vale. Por otro lado, cuando se habla del TEAF, se habla de un Espectro que abarca diferentes manifestaciones clínicas: SAF, SAF parcial, ARBD, ARND y ND-PAE. ¿Podría explicar en qué consiste cada una de ellas?”

Olga: “El SAF, es el más grave y es el que cursa con malformaciones faciales y en otros órganos. Los otros, mayoritariamente, no cursan con malformaciones, si no con alteraciones del aprendizaje, de la memoria u otros tipos de comportamientos. Por lo tanto, se basan más en cambios emocionales, cognitivos y motivacionales, que en alteraciones físicas evidentes.

Por tanto, son los que tienen una mayor complicación a la hora de ser diagnosticados y los límites entre uno y otro diagnóstico son más difíciles de determinar.”

Alba: “De acuerdo. Si hablamos en términos de prevalencia, ¿cuántas mujeres se estima que han consumido alcohol durante el embarazo?”

Olga: “Las estadísticas actuales hablan de que un 25% de mujeres, consumen alguna cantidad de alcohol durante la gestación. De este 25%, un 10-11%, consumen en atracón, que es el patrón de consumo que a simple vista produce estas malformaciones en el feto.

Con estas cifras, se considera que prácticamente entre un 1-5% de la descendencia de estas mujeres, tiene alguna alteración por consumo de alcohol. Esto quiere decir que, al final, la prevalencia es alta. Si comparamos con otros trastornos por ejemplo, respecto a la esquizofrenia, se estima que afecta a un 1 a 2% de la población.

Algunas estadísticas sí que hablan de una mayor prevalencia en cuanto al TEAF, si se incorpora a casos de TDAH, que en realidad son TEAF pero mal diagnosticados. En estos casos, podríamos estar hablando del 10%.”

Alba: “Estas cifras son muy altas.”

Olga: “La verdad es que sí, y alarmantes.”

Alba: “Pasando a su campo de investigación, ¿cómo explicaría Ud. el modelo neuroconductual del TEAF?”

Olga: “A nivel neurobiológico lo que ocurre es que hay cambios a muchos niveles. En el desarrollo del sistema nervioso, se sabe que existe, por una parte, alteraciones de las conexiones neurales. Existen, por otro lado también, alteraciones de la mielinización de los nervios. Este punto también lo hemos estudiado nosotros, y hemos visto que existen déficits en las proteínas que conforman las vainas de mielina, lo que se traduce en que la transmisión del impulso eléctrico nervioso, es deficitario. Y también hemos observado que existen deficiencias de conexiones entre las distintas regiones cerebrales. Esto ocurre también en otros trastornos, pero hace que el sistema nervioso no esté actuando como un conjunto a la hora de tomar decisiones, si no que hay áreas que están trabajando de forma autónoma e independiente sin recibir la información adecuada.

Hay áreas límbicas que se ocupan de los impulsos y que necesitan ser moduladas por áreas corticales, pero esto puede ser que en personas con TEAF, no se desarrolle correctamente. De manera que son niños impulsivos, que funcionan por instintos, sin tener un comportamiento adaptado.

Por otra parte, hemos observado en los últimos estudios que hay alteraciones metabólicas a nivel celular. Los estudios en torno a este fenómeno no están muy desarrollados, pero es una vía que debería investigarse más. Imaginemos que las células nerviosas, que pueden ser neuronas o células gliales, no reciben los nutrientes necesarios para que se puedan realizar las funciones oportunas. Estamos hablando entonces de que a nivel molecular, también existen alteraciones.

Por otro lado, hay un problema inflamatorio. Se sabe que el alcohol actúa sobre unos receptores (TLR2 y TLR4), produciendo no solo un proceso inflamatorio, si no también una amplificación de la inflamación. Es decir, que la inflamación no se resuelve, ya que los propios factores inflamatorios que se liberan, vuelven a activar de nuevo los receptores que causan la inflamación y que resulta en una inflamación crónica, que dificulta a su vez funciones celulares fisiológicas. Por lo tanto, hay un proceso patológico que se inicia con el consumo del alcohol durante la gestación, que se mantiene en el tiempo y que además, a día de hoy es irreversible.”

Alba: “Cuando habla de proceso inflamatorio, ¿a qué área hace referencia exactamente?”

Olga: “Hacemos referencia al cerebro en su conjunto, y sobre todo a que hay proliferación de células inflamatorias y de factores inflamatorios, que en principio intentan proteger y defender a las neuronas, pero que incluso cuando la inflamación es persistente, pueden provocar un daño de por sí con pérdidas neuronales, de plasticidad sináptica, etc. Es decir, hay todo un conjunto de procesos moleculares que se alteran. Es decir, hay una disfunción general del sistema nervioso.

Sobre todo se afectan las funciones más superiores, que son el aprendizaje y la memoria, pero también las funciones emocionales y las motivacionales.

El hecho también de que los niños, durante su desarrollo, ven que les cuesta adquirir determinados aprendizajes, también genera una situación emocional negativa, que acompañado por la patología que tienen, les lleva muchas veces a realizar conductas de riesgo, y requieren una mayor atención y acompañamiento.”

Alba: “Pese a que anteriormente lo hemos tocado, ¿habría alguna área cerebral concreta que se viese más afectada?”

Olga: “Pues mira, se habla de daños en el cerebelo. En los niños hay una disminución del volumen cerebeloso. Pero también hemos visto afectaciones hipocampales, que es una estructura que se encarga de los procesos de memoria. Y yo creo que también hay afectaciones corticales. El sistema mesolímbico también se ve afectado, lo que provoca alteraciones motivacionales y mayor vulnerabilidad al consumo de sustancias.

En esta línea, nosotros realizamos un estudio en ratones en el cual demostramos que un modelo de TEAF ligero, sin malformaciones físicas, produce en adolescentes y adultos, que no han consumido alcohol desde que nacieron, un mayor consumo voluntario de cocaína. Sabemos que en la clínica, los niños con TEAF, son niños más vulnerables a consumir alcohol, cannabis, tabaco u otras drogas como cocaína o drogas de diseño.

Aquí, por tanto, hay dos factores. El primero es que por los déficits de aprendizaje, al tener problemas cognitivos, son más propensos a realizar conductas de riesgo porque son más impulsivos. Entonces, si realizan conductas de riesgo que implican consumo de sustancias, pueden iniciarse en el proceso adictivo con más facilidad. Además, al tener dificultades en el proceso de aprendizaje, tienen también dificultad para realizar tareas de aprendizaje escolar que les motive hacia tareas protectoras y no al consumo, ya que muchas veces, se utiliza el consumo como vía de escape a la frustración que sienten por otras cosas.

Y luego el segundo, que una vez que empiezan a consumir, el proceso adictivo se acelera, y tienen más vulnerabilidad al consumo. Sobre todo, en la época de la adolescencia, es una etapa crítica para tener en cuenta que si consumen, pueden volverse adictos. ”

Alba: “Desde esta perspectiva, ¿qué impacto tendría el contexto familiar y ambiental en el niño?”

Olga: “Mucho. Yo creo que el impacto familiar y ambiental es crucial, y esto también se ha visto en asociaciones de familiares de niños con TEAF. Un ambiente enriquecido y positivo que, por una parte, le disminuya la frustración de los déficits con los que se encuentran, y por otro lado, que les den alternativas de aprendizaje y acompañamiento emocional. Un entorno no estigmatizador, y soporte médico. Un ambiente de estas características reduce la sintomatología.

También es cierto que como el TEAF es un espectro, los niños que tienen menos sintomatología, tienen un mejor pronóstico. Los que tienen TEAF grave, tienen mayores dificultades, y aún con el apoyo familiar, no evolucionan como deberían, pero el apoyo familiar siempre es un punto esencial.

Hemos de pensar que el TEAF es un trastorno del neurodesarrollo que produce alteraciones del sistema nervioso, y por tanto, se debería ver como un trastorno neuropsiquiátrico con una influencia biológica y una ambiental.

La influencia ambiental, en los trastornos neuropsiquiátricos es algo que está claramente identificado, y en el caso del TEAF también.

Si un niño con TEAF, crece en un entorno donde sus familiares también están afectados por otras patologías, o no se ocupan de él, pues su evolución irá a peor.”

Alba:” Pasando un poco al lado criminológico, y el contacto con el Sistema de Justicia Penal, ¿qué posibilidades hay de que un menor con esta patología, entre en contacto con el sistema de justicia?”

Olga: “Yo ese tema no lo conozco tan bien por mi experiencia investigadora, pero te voy a hablar por lo que he oído y mi opinión. Las personas con TEA, por una parte, son más vulnerables a desarrollar conductas de riesgo que les podrían llevar a delinquir, pero no quizá porque quieran, sino porque se ven abocados a ello.

Por ejemplo, si una persona con TEAF se vuelve adicta a las drogas, tendrá más posibilidades de contacto con el sistema sancionador ya que necesitará dinero para poder consumir, porque necesita dinero para vivir, etc. Entonces, no es solo por la enfermedad en sí, sino por todo lo que rodea a la situación. Muchos jóvenes con TEAF son más vulnerables a entrar en el mundo de las drogas, y las drogas son una puerta de entrada a la delincuencia.

Yo creo que en esto los criminólogos tienen que asesorar, muy bien al sistema judicial, de que estamos hablando de personas enfermas. Que no delinquen porque quieren, sino porque su patología no les permite reaccionar o vivir con normalidad. Si se dispusiera de tratamientos eficaces, disminuirían la cantidad de personas que por esta patología realizan actos delictivos.

Además, son personas que por sus propias deficiencias cognitivas, pueden verse fácilmente manipuladas por otras personas, lo que las convierte en víctimas. A veces pueden no tener la capacidad de discernir entre lo que les conviene y lo que no.

Y luego, por último, está el tema de la estigmatización también. Esto ocurre con los consumidores de droga, pero hay que pensar que son personas enfermas. Y aquí, retomando el TEAF, si no tenemos un diagnóstico, cómo vamos a buscarle un atenuante. O cómo vamos a proporcionarle ayuda social, que es muy necesaria, si no está diagnosticado.

Aquí en Cataluña hay un sistema un poco más avanzado que en el resto de España en cuanto a programas de información y de soporte y ayuda social al TEAF, pero desde mi punto de vista, creo que todavía es muy necesario seguir avanzando y desarrollando programas eficaces.”

Alba: “Pasando al tratamiento, ¿cuál cree que sería el enfoque más adecuado para abordar las deficiencias causadas por el TEAF?”

Olga: “Partimos de la base de que actualmente no existe ningún tratamiento que sea eficaz. Yo siempre digo que en estos casos, el tratamiento principal es la prevención, porque el TEAF es un trastorno que claramente se puede prevenir. Entonces, por dónde hay que empezar es por hacer campañas de prevención de consumo de alcohol en los CAP, pediatras, ginecólogos y obstetras, así como al personal de enfermería.

A nivel escolar, sobre todo en los institutos que es cuando se comienza a dar el consumo en atracón o *binge drinking*, también hay que intensificar la información y prevención.

Por lo que respecto a los tratamientos, hoy en día son meramente sintomáticos. Por ejemplo, si el niño no duerme, se le da un tratamiento para que pueda dormir, o si el niño es hiperactivo, se le administran psicoestimulantes a dosis bajas para disminuir la hiperactividad y mejorar la concentración. Es decir, se va haciendo un tratamiento personalizado, en función de los síntomas más evidentes que presente el paciente, pero no existen tratamientos curativos.

Nosotros, en laboratorio, vemos que hay dos vías posibles de tratamiento que requieren de ensayos clínicos.

El primero es facilitar la activación del sistema endocannabinoide. Éste participa en muchas funciones tales como la motivación, el aprendizaje, la regulación emocional, entre otros. Hemos visto en modelos animales de TEAF, que hay una disminución de la función endocannabinoide, lo cual implica también difusión en la plasticidad cerebral y disfunciones metabólicas.

Entonces, hemos visto que aumentando la actividad del Sistema Endocannabinoide, se pueden revertir algunas de las alteraciones cognitivas.

La facilitación de este sistema se puede realizar a través de unos fármacos, que son inhibidores de la enzima que degrada los endocannabinoides (la enzima FAAH). Estos fármacos, que aumentan los niveles de endocannabinoides, producen efectos beneficiosos.

También tenemos la sustancia natural, que es el Cannabidiol, que no es adictiva y que tiene un espectro muy amplio de acción. Hemos visto que el Cannabidiol, produce efectos de mejora a nivel cognitivo y emocional en los ratones. Además, tiene efecto antiinflamatorio.

Hay que tener en cuenta que el Sistema Endocannabinoide es neuromodulador. Una de las dianas sobre las que actúa es un receptor nuclear que modula el metabolismo.

Entre los moduladores se encuentra el PPAR gamma que cuando se activa con Cannabidiol o antagonistas específicos, hace que mejore el aprendizaje.

Por otra parte, si somos capaces de mejorar el aporte energético de la neurona, quizá podríamos mejorar los síntomas.”

Alba: “Claro, ¿esto es lo que hablábamos anteriormente de la mielinización?”

Olga: “La mielinización es cuando las neuronas se conectan unas a otras transmitiendo un impulso nervioso. Pero para que este impulso, pase con rapidez, hay unas células que envuelven al axón (oligodendrocitos), que facilitan que la transmisión del impulso eléctrico sea más eficaz y rápida.

A lo que me refiero con lo de los moduladores, es que para que las neuronas trabajen correctamente, necesitan aporte energético de otras células, como por ejemplo, de los astrocitos. En el núcleo de estos astrocitos es donde se encuentra el receptor PPAR gamma, que es el que modula el metabolismo de la glucosa, que en los casos de TEAF se encuentra disminuido. Así que si nosotros mejoramos esta función, mejoramos el acompañamiento que los astrocitos hacen a la neurona, y por ende, el funcionamiento celular.

Pero claro, no únicamente es esta función la que está dañada, sino que como hemos dicho antes, es una combinación del mal funcionamiento de estas células, más la alteración de la mielinización de los axones y la falta de conexión entre las distintas regiones cerebrales.

Todo esto, depende también de la cantidad de alcohol que se haya consumido y la manifestación clínica del trastorno.”

Alba: “Claro, si hablamos de SAF completo, es una condición mucho más difícil de revertir que, por ejemplo, el ARND que son “únicamente”, alteraciones cognitivas. Y si conseguimos mejorar las células que acompañan a la neurona, conseguimos revertir en mayor medida los efectos del TEAF. “

Olga: “Exactamente. Pero a lo mejor, en un TEAF completo, si esto se demuestra eficaz en humanos, no lo revertiremos completamente, pero mejorará muchísimo. Imagina que mejoramos los niveles de estrés, ansiedad y frustración de estas personas, pues mejorar ese aspecto emocional, ya es un gran avance.”

Alba: “Recapitalunado, vosotros habéis llevado a cabo un programa en ratones con Cannabidiol.”

Olga: “Nosotros hemos llevado a cabo programas con Cannabidiol, Pioglitazona e inhibidores de la FAAH, y los tres ensayos nos han salido positivos porque todos actúan sobre la diana del PPAR gamma, que tiene una función esencial.”

Alba: “Entonces, ¿cree que la utilización de estos fármacos, junto con un programa de tratamiento psicológico que mejore la sintomatología del TEAF es necesario?”

Olga: “Sí, pero es una hipótesis porque nuestros ensayos únicamente han sido en animales y no en humanos, pero todos los ensayos apuntan a esa vía. Si que es cierto, que el Cannabidiol es usado por personas por su cuenta, pero esto yo no lo recomendaría porque hace falta realizar ensayos en humanos.

Tampoco recomendaría el consumo de cannabis porque es una droga de abuso y genera adicción.”

Alba: “Ustedes han llevado el ensayo en modelos animales, pero si lo pasaramos a humanos, ¿cuál sería la edad adecuada de inicio al tratamiento?”

Olga: “Sería en la infancia y en el inicio de la adolescencia, porque cuanto más precozmente actuemos menos daños hay y más aprendizaje recuperamos. En etapa juvenil también, aunque los efectos sean menos bueno.

Estamos hablando de personas para las que hoy en día, no existe tratamiento, entonces hay que empezar y explorar todas las vías posibles.

Por ejemplo, el Cannabidiol ya se utiliza en niños para tratar otras patologías, y sería posible realizar un estudio en personas para probar su eficacia en el tratamiento del TEAF. “

Alba: “Esta intervención, ¿debe ser limitada únicamente al desarrollo del cerebro o quizá más a largo plazo?”

Olga: “Habría que ensayarlo y creo que debería ser a largo plazo, pero habría que ver los resultados clínicos que se obtienen.”

Alba: “Por último, y retomando lo que hemos hablado anteriormente sobre el ambiente y los familiares. ¿Cree que sería aconsejable realizar una intervención o, añadir de alguna manera a la intervención, a los familiares de los afectados por TEAF?”

Olga: “Creo que sí, de hecho es lo que hacen hoy en día las asociaciones. Además, las familias necesitan saber el problema que tienen sus familiares y aprender a comprender a sus

hijos. Deben darse cuenta de que si los hijos tienen un comportamiento o rendimiento difícil, es por un motivo y a causa de su enfermedad.

Deben facilitar la integración a nivel social de ese niño, pero también necesitan herramientas para manejar la situación que genera esa patología en la familia.”

Alba: “¿Cuál cree que serían las futuras líneas de investigación en torno al TEAF?”

Olga: “Poner recursos en investigación básica y ensayos clínicos, porque las primeras nos ofrecen las líneas y los ensayos nos permiten corroborarlo. Además, habría que formar a los profesionales de forma multidisciplinar, tanto ginecólogos, obstetras, pediatras, psiquiatras, psicólogos, etc. Deben haber unidades específicas para tratar el TEAF, y hoy en día está todo disperso.

Aquí en Cataluña sería muy necesario porque tenemos muchos niños con TEAF.”

Alba: “Bueno, pues pasando ya al final de la entrevista, ¿hay algún otro aspecto que le gustaría agregar en relación al TEAF?”

Olga: “Simplemente decir que hace falta interés por parte de las autoridades sanitarias y los políticos. Es un problema que afecta a la infancia y a las familias y hace falta una abordaje integral, por parte de todos los expertos.

Queda también por ver cómo afecta el alcohol a los gametos del padre que consume alcohol o la transgeneración. Esto es que un chico con TEAF, ¿qué puede transmitir a su descendencia?.”

Alba: “Pues por mi parte ya está todo. Muchas gracias por su colaboración.”

Olga: “A ti. Muchas gracias. Nos vemos.”

Por favor, lee cuidadosamente este documento de consentimiento antes de decidirte a participar en este estudio.

Estimada/o participante,

Mediante la firma del presente documento se autoriza la grabación de la entrevista, así como la posterior utilización de la información obtenida para la realización del Trabajo de Final de Grado de Criminología realizado por Alba Tejero Fernández, estudiante de sexto curso del doble grado de Derecho y Criminología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer en qué consiste el TEAF, así como sus expresiones y consecuencias para el desarrollo de la vida de las personas que lo padecen, conocer los programas que se están llevando a cabo ahora mismo en España y Cataluña para evitar este trastorno, y realizar un programa de tratamiento para las personas que lo sufren.

En este caso no está prevista ninguna compensación por participar.

La información que se recabe en la presente entrevista será tratada confidencialmente y con uso exclusivamente académico. Algunos fragmentos de la entrevista que se correspondan con el objetivo principal podrán ser utilizados durante el desarrollo del artículo y serán revisados por el tribunal encargado de evaluar el trabajo de investigación, así como por la tutora que dirige el mismo. Una vez finalizado el trabajo y presentado, el material audiovisual recopilado pasará a ser destruido.

La participación en las presentes entrevistas es libre, voluntaria y anónima, pudiendo en cualquier caso negarse a responder cualquiera de las preguntas que se realicen.

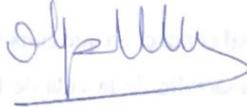
Si decide participar, su identidad se mantendrá confidencial y solo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos del proyecto. Si se tuvieran que presentar casos de estudio, se usarían siempre pseudónimos.

Yo, Olga Valverde, doy mi consentimiento para participar en el estudio, autorizo la utilización de la información que de la grabación se recabe y estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de forma:

- Declarada
- Anónima

En Barcelona, a 12 de Junio de 2024.

Firma participante



Firma investigador