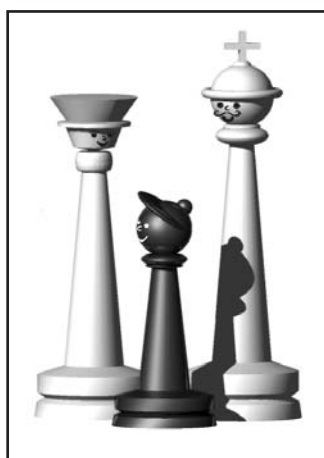


PROGRAMA ALFIL



GUÍA DE ACTUACIÓN PREVENTIVA
PARA NIÑOS Y JÓVENES DE FAMILIAS
CON PROBLEMAS DE ALCOHOL



Redacción

Rosa Díaz. Coordinadora del Programa ALFIL. Socidrogalcohol.

Equipo técnico

Inmaculada Báez. Servicio de Drogodependencias. Cruz Roja de Córdoba.

Susana Bonmatí. Programa de intervención con hijos de alcohólicos. AEPA: Fundación para el Estudio y la Prevención de las Adicciones. Alicante.

Yolanda de Dios. 5 y más – Servicios Socioculturales. Salamanca.

M^a José Ferri. Centro de Día de Alcoi. AEPA: Fundación para el Estudio y la Prevención de las Adicciones. Alcoi. Alicante.

Isabel Garbayo. Centro de Drogodependencias Pza. San Bruno. Ayuntamiento de Zaragoza.

Marisol Lorente. Programa Municipal de Prevención de Adicciones. Ayuntamiento de Zaragoza.

Juan Luis Megías. Servicio de Drogodependencias. Cruz Roja de Córdoba.

Lourdes Serrano. Programa ALFIL. Socidrogalcohol. Barcelona.

Raquel Valdés. ARTIC. Alcohólicos Rehabilitados de Torrent y Comarca. Valencia.

Itziar Villaceros. Programa ALFIL. Socidrogalcohol. Madrid.

M^a Paz Villafañez. ARVA. Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid.

Equipo asesor

Tomás Cantó. Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Josefina Castro. Jefe del Servei de Psiquiatria i Psicologia Infanto-Juvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Antoni Gual. Jefe de la Unitat d'Alcoholologia de l'Hospital Clínic de Barcelona.

Sonia Moncada. Jefa del Servicio de Prevención. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Alicia Rodríguez-Martos. Agència de Salut Pública. Barcelona.

Ilustraciones

NUNA, Villaceros, Programa IRISAR

Agradecimientos

En primer lugar, a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y a la Comisión Europea por apoyar esta línea de trabajo. A todos los profesionales vinculados al Programa ALFIL desde su inicio en 1997, por haber contribuido a evaluar y difundir las intervenciones con hijos de alcohólicos en nuestras comunidades. A todos los participantes en talleres de formación y grupos de discusión sobre las temáticas tratadas en esta guía. Por último, nuestro más sincero agradecimiento a todas las asociaciones, centros de tratamiento y familias que han participado en las actividades del programa ALFIL, porque ellos son los que más nos han enseñado cómo podemos ayudarles. Gracias sobre todo, por sus testimonios, que aparecen en este texto con nombres falsos para salvaguardar su privacidad.

Edición

© SOCIDROGALCOHOL, 2004

Via Augusta, 229 bajos – 08021 – Barcelona

Tel: 93 201 98 56, FAX: 93 414 75 88

E-mail: socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

Página web: www.socidrogalcohol.org

Subvencionado por

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Impresión

Espai Gràfic Anagrafic, S.L.

Depósito Legal: B-26.027-04

ISBN: 84-609-1132-2

PRESENTACIÓN

Al referirnos al tema de las repercusiones de los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas es indudable que existen segmentos de la población juvenil considerados de alto riesgo, que precisan de intervenciones preventivas más intensas que el resto de la población. Uno de los grupos de riesgo más numerosos es el de los hijos de alcohólicos.

Por ello, de acuerdo con la línea de prioridad establecida para las intervenciones con grupos de riesgo tanto por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en su Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) como por el European Alcohol Action Plan (2000-2005), en Socidrogalcohol hemos realizado durante estos años un proyecto de investigación aplicada que ha permitido estudiar las necesidades de esa población de riesgo, así como sistematizar diversas experiencias de intervención preventiva. El Programa ALFIL se encuentra indexado en las bases de datos especializadas de Idea-Prevención y EDDRA, así como en el Catálogo de Programas de Prevención de Drogodependencias (Agencia Antidroga). También ha participado en la creación de la Red Europea ENCARE (*European Network for Children Affected by Risky Environments within the family*).

Gracias a la experiencia acumulada durante 7 años en el Programa ALFIL, ahora Socidrogalcohol saca a la luz una nueva publicación que pretende servir de guía para todos aquellos que desean intervenir preventiva y terapéuticamente con los hijos de alcohólicos en nuestro país, desde los diferentes ámbitos posibles: los centros de tratamiento, las asociaciones, la escuela o los centros de atención primaria.

Pretendemos así aportar nuestro granito de arena para que se pueda llegar a cumplir uno de los objetivos que plantea la OMS para reducir los problemas que ocasiona en alcohol en las familias: “garantizar que los programas de prevención y tratamiento de base familiar estén ampliamente disponibles y sean implantados”.

Sirva pues la publicación de esta guía para concienciar de la necesidad de continuar trabajando entre todos en la extensión y optimización de este tipo de intervenciones en nuestro país. Definitivamente, el esfuerzo realizado no se puede quedar estancado.



Prof. Dr. Julio Bobes

Presidente de Socidrogalcohol

ÍNDICE

Introducción	7
1. El alcoholismo, una enfermedad familiar	9
1.1. Características de las familias con problemas de alcohol	10
1.2. La negación y el silencio	13
1.3. La co-dependencia	15
1.4. Roles disfuncionales	17
1.5. ¿El alcoholismo se hereda?	19
1.6. ¿Cómo romper el círculo vicioso?	21
2. Los hijos de alcohólicos como grupo de riesgo.	22
2.1. Problemas físicos y de salud	24
2.2. Trastornos emocionales y de conducta	26
2.3. Dificultades escolares	32
2.4. Modelos de vulnerabilidad y de resistencia	33
2.5. ¿Debemos intervenir?	34
3. Programas preventivos para hijos de alcohólicos	38
3.1. ¿Son útiles los programas?	42
3.2. Principios básicos de la intervención con hijos de alcohólicos	44
3.3. Características del educador-terapeuta	50
4. Un plan integral de intervención	55
4.1. Detección precoz	57
4.2. Evaluación de factores de riesgo y protección	68
4.3. Primeros contactos con la familia: la motivación	73
4.4. <i>Counselling</i> y otras técnicas de apoyo a la familia	80
4.5. Intervenciones en la escuela	81
4.6. Grupos psicoeducativos para hijos y para padres	85
4.7. Grupos de apoyo mutuo o autoayuda	95
4.8. Psicoterapia individual, en grupo y familiar	97
4.9. Recomendaciones para el abordaje médico - farmacológico	104
4.10. Un caso especial: El Síndrome de Alcoholización Fetal (SAF)	106
5. A quien corresponda: ¿Cómo podemos seguir avanzando?	110
6. Recursos para intervenir con hijos de alcohólicos	113
6.1. Organizaciones y servicios	113
6.2. Bibliografía recomendada	115
6.3. Materiales de autoayuda	118
6.4. Otras páginas web de interés	119

INTRODUCCIÓN

En numerosas ocasiones, cuando las familias con problemas de alcohol contactan con un servicio de ayuda, los niños de estas familias ya han desarrollado problemas emocionales o de comportamiento que requieren una intervención terapéutica, o bien se han convertido en adolescentes rebeldes que rehúsan cualquier tipo de intervención. Ya es tarde para la verdadera prevención. Unos años más tarde, un número considerable de estos jóvenes acaban en las consultas de salud mental o en centros de tratamiento de drogodependencias. Es inevitable preguntarse ¿Podría haberse hecho algo antes?. Probablemente sí pero... ¿Quién? ... ¿Dónde? ... ¿Cómo?.

Los niños con problemas de alcohol en su familia podrían ser detectados precozmente por sus maestros, su pediatra u otro personal socio-sanitario que esté en contacto frecuente con ellos o con sus familias, con el fin de prevenir el desarrollo de complicaciones derivadas del alcoholismo familiar. Sin embargo, a pesar de su buena intención en la mayoría de los casos, los profesionales implicados en este tipo de detección precoz se encuentran con dificultades para abordar a estas familias como la falta de tiempo, de conocimientos, de recursos, el temor a equivocarse en sus apreciaciones o a violar la privacidad de los asuntos “de familia”.

También los profesionales de los servicios especializados en el tratamiento del alcoholismo podrían tener un papel importante en la detección y la prevención en los hijos de alcohólicos. Sin embargo, tampoco ésta es una práctica habitual. Parece que se ha olvidado que el alcoholismo es una enfermedad que afecta a toda la familia. El foco habitual del tratamiento suele ser el enfermo y, a lo sumo, su pareja o algún familiar responsable de darle la medicación, pero los niños permanecen como víctimas invisibles de la enfermedad. Todavía existen mitos como el de que si el alcohólico deja de beber, todo en casa se irá ajustando automáticamente, o el de que si el alcohólico no quiere hacer tratamiento, no hay nada que hacer. Pero nada más lejos de la realidad.

La idea de realizar esta guía surgió a partir de la constatación que en nuestro país no existían apenas programas especializados en la intervención con hijos de alcohólicos. Se pretendía dar respuesta al incremento de la demanda profesional de apoyo técnico para realizar este tipo de intervenciones.

El objetivo general de esta guía consiste en fomentar las intervenciones preventivas con los hijos de alcohólicos en nuestro país, de la forma más natural y respetuosa posible, desde todos los ámbitos: familiar, escolar y comunitario. Para ello se pretende sensibilizar, ofrecer información básica, criterios de intervención y algunas recomendaciones prácticas para que cada uno de los profesionales implicados pueda realizar la parte que le corresponde dentro de un plan integral de intervención que incluiría desde la detección precoz hasta el abordaje psicoeducativo y psicoterapéutico de estos jóvenes, en el marco de una familia con características peculiares.

Esta guía se dirige principalmente a los profesionales socio-sanitarios y de la educación que están en contacto frecuentemente con miembros de familias con problemas de alcohol. Sin embargo, la mayoría de los contenidos de esta guía pueden aplicarse en general a las familias afectadas por otro tipo de drogodependencias y, en algunos aspectos, también a las familias afectadas por trastornos mentales que interfieren en la capacidad de crianza de los hijos.

Para la elaboración de esta guía se han utilizado diferentes metodologías. Por una parte, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre estrategias de prevención específicas para hijos de alcohólicos y otros jóvenes de riesgo. Por otro lado, se ha realizado un esfuerzo de sistematización de la experiencia adquirida en el Programa ALFIL (1997-2003). Además, la participación del programa ALFIL en la *European Network for Children Affected by Risky Environments in their family* (ENCARE) subvencionada por la Comunidad Europea, ha permitido el intercambio de información y materiales con otros países. También se han recogido a través de grupos de discusión y grupos focales las experiencias de profesionales que tienen experiencia en este tipo de intervenciones. Por último, se ha contado con el asesoramiento de expertos de nuestro país en diversos temas relacionados con este campo.

La guía consta de 6 apartados. En el primero se describen las características de las familias con problemas de alcohol y los mecanismos que utilizan los diferentes miembros para enfrentarse a la situación. El segundo apartado se centra en el análisis de las consecuencias negativas que tiene el alcoholismo paterno sobre los hijos y plantea la duda de si es lícito intervenir en esta población de riesgo. En el capítulo 3 se revisan los programas para hijos de alcohólicos que se han realizado hasta el momento en diferentes países, concluyendo sobre las características óptimas de los programas que han resultado efectivos. El apartado 4 está dedicado a describir lo que podría ser un plan de intervención integral aplicable a los jóvenes en familias con problemas de alcohol y se hace una mención especial al modo de abordar a los niños con Síndrome de Alcoholización Fetal (SAF). El capítulo 5 está dirigido "a quien corresponda" y en él se sugieren algunas estrategias para poder avanzar en la intervención con hijos de alcohólicos en nuestro país. Por último, en el capítulo 6 se recogen los recursos y materiales de que podemos disponer en nuestro entorno para trabajar con esta población de riesgo.

Para terminar, sólo queda puntualizar que en esta guía se utilizará habitualmente el género masculino para hablar de la persona afectada por el alcoholismo en la familia por razones de simplicidad en el redactado, aunque evidentemente el alcoholismo afecta a ambos sexos.

1. EL ALCOHOLISMO, UNA ENFERMEDAD FAMILIAR

María se levanta sola por las mañanas, con su propio despertador, sin hacer demasiado ruido para no molestar a mamá, que duerme profundamente por el exceso de alcohol de la noche anterior. A sus escasos 10 años se encarga de despertar y vestir a sus hermanos pequeños mientras su padre prepara el desayuno, antes de marcharse a trabajar hasta la noche. En el fondo le gusta que sus hermanos pequeños le hagan caso, por algo es la hermana mayor; pero odia profundamente no poder ir nunca a casa de sus amigas a jugar. Sabe que cuando llegue de la escuela probablemente le tocará quedarse con sus hermanos hasta que llegue su madre de trabajar. A veces no hay nada para merendar en casa, de manera que coge algo de dinero del cajón donde mamá suele guardarlo y baja a la tienda de la esquina a buscar unas magdalenas. Cuando llega su madre, quizás se gane una bronca por no haber hecho aún los deberes, por haber dejado que el pequeño Jaime se hiciera pipí en los pantalones, o quién sabe por qué razón. María ha aprendido a no enfrentarse a su madre porque suele ponerse furiosa y acaba pegando a alguno de sus hermanos. A veces piensa que algo no va del todo bien en su familia pero no se atreve a hablar con nadie. Al fin y al cabo, esas cosas seguro que no pasan en casa de sus amigas... ¿Quién la va a entender?. Eso sí, tiene una cosa clara, ella no beberá un whisky en su vida, porque intuye que es eso lo que transforma a su madre en un demonio.

El alcoholismo, entendido como dependencia del alcohol, puede diagnosticarse a través de unos criterios precisos que se describen en el cuadro siguiente.

Criterios diagnósticos de dependencia del alcohol (CIE-10)* ¹
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fuerte deseo o impulso irresistible de consumir alcohol 2. Dificultad para controlar el consumo, sea para iniciarlo, para terminarlo o para mantener un nivel de consumo determinado 3. Síntomas somáticos del síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo (o uso de sustancias semejantes al alcohol para aliviar los síntomas) 4. Tolerancia (necesidad de cantidades de alcohol cada vez mayores para conseguir los efectos deseados)*² 5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer y diversión, o gran cantidad de tiempo ocupado en conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos*² 6. Persistencia en el consumo a pesar de conocer el perjuicio que le ha ocasionado el alcohol
<p>*¹ CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10^a revisión)</p> <p>*² Los criterios 4 y 5 indicarían dependencia fisiológica mientras que el resto indicarían una dependencia más psicológica o conductual, aunque ambos tipos de dependencia tienen un sustrato orgánico</p>

Sin embargo, en esta guía, vamos a ampliar el foco de nuestra atención incluyendo, además de la dependencia alcohólica, otros problemas relacionados con el alcohol, como el consumo perjudicial o las embriagueces. Así, en este texto, al hablar de alcoholismo o de problemas con el alcohol, nos referiremos a cualquier forma de uso inadecuado de alcohol que puede alterar el bienestar físico, mental o social de la persona que lo sufre y/o de las personas de su entorno.

Probablemente fue la obra “*The forgotten children*” de Margaret Cork (1969) una de las primeras en referirse al alcoholismo como una enfermedad familiar. De todos es sabido que el alcoholismo no sólo afecta a la persona dependiente del alcohol sino a todos los que la rodean y, muy especialmente, a sus hijos, aún incapaces por su inmadurez de comprender qué le está sucediendo a su familia.

Pero el alcoholismo también es una “enfermedad familiar” porque se repite con frecuencia entre los miembros de la misma familia. En numerosos estudios se ha comprobado que los hijos de alcohólicos tienen una probabilidad entre 3 y 7 veces mayor que la población general de sufrir el mismo trastorno que sus padres. ¿Es que el alcoholismo se hereda?. No exactamente, pero hablaremos de ello un poco más adelante...

1.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOL

Las familias en las que uno o ambos progenitores tienen problemas con el alcohol muestran patrones de interacción personal diferentes de los de la mayoría de familias. Los niños tienen a menudo la sensación de que sus familias “no son normales”.

En estas familias suelen reinar **la desorganización y el caos**. Por lo general, no hay reglas que cumplir y los límites son muy confusos. Nadie parece estar al cargo de las rutinas diarias como hacer la comida, lavar la ropa, pagar los recibos o ir a comprar. También suelen perderse los rituales familiares, las celebraciones de los cumpleaños, las Navidades y los momentos de ocio con familiares y amigos porque, a menudo, la presencia del bebedor echa a perder las fiestas.

Los roles de los miembros de la familia también suelen estar distorsionados o ser muy confusos. El progenitor alcohólico puede acabar abandonando sus funciones en manos del otro progenitor o del hijo mayor, que se siente abrumado por la sobrecarga de responsabilidad. Otras veces, los hijos aprenden a burlar la autoridad del padre enfermo aprovechando los momentos en que está intoxicado.

También son frecuentes los **problemas de comunicación**. Nadie puede expresar sus sentimientos sin herir a los demás o provocar una disputa. Son habituales los mensajes confusos o con doble significado, las mentiras y las promesas rotas. Puesto que la defensa que más se utiliza es la **negación** de los propios problemas, nadie puede hablar de ellos, de manera que final todos acaban por **aislarse física y emocionalmente** para intentar evitar el sufrimiento.



Otra de las características habituales en las familias con problemas de alcohol es la **negligencia y la inconsistencia** en las funciones parentales. Los padres están tan centrados en intentar controlar el alcohol, que no son capaces de reconocer las necesidades emocionales de los miembros más pequeños de la familia. En ocasiones los alcohólicos sufren lagunas de memoria y no recuerdan qué hicieron mientras bebían o qué prometieron a sus hijos. Los niños se sienten ignorados y heridos y buscan formas de llamar la atención mediante conductas disruptivas, quejas psicósomáticas, etc. En algunas ocasiones la negligencia alcanza incluso los cuidados básicos de alimentación e higiene. La inconsistencia también puede verse en las pautas educativas, siendo frecuente que uno de los padres se muestre autoritario y utilice métodos punitivos, mientras que el otro se comporta de forma excesivamente protectora.



También los **estados de ánimo** son altamente **variables** en el hogar del alcohólico, desde la euforia extrema hasta la depresión, pasando por la tensión silenciosa, la explosión de rabia o la crisis de llanto. Los niños nunca saben de qué humor estarán los padres cuando lleguen a casa, si les pegarán o le reirán las gracias por haber hecho una travesura.

En muchas familias los problemas con el alcohol llevan a la falta de cohesión entre sus miembros y a una gran cantidad de conflictos. Los **malos tratos físicos y psicológicos** son bastante frecuentes, debido a la desinhibición que provoca el alcohol y a la acumulación de emociones negativas contenidas. Entre los padres suele haber frecuentes muestras de agresividad, celos, manipulación e insultos, que los niños aprenden pronto a copiar. La violencia familiar está presente en 2/3 de los hogares con problemas de alcohol.

El alcohol también puede provocar en las familias períodos intensos y prolongados de tensión en los que abundan **acontecimientos vitales estresantes** como cambios de vivienda, dificultades económicas, accidentes, enfermedades, separaciones, divorcios o muertes prematuras. Todos los miembros de la familia acaban preocupados por la integridad de la familia y, en ocasiones, por la propia integridad física.

La **ruptura familiar** es el punto culminante en muchos casos de alcoholismo si la enfermedad no se trata adecuadamente. La situación acaba superando la capacidad de afrontamiento al estrés de todos los miembros y el sistema familiar acaba derrumbándose. Esto es especialmente frecuente en el caso del alcoholismo de la esposa o cuando ambos progenitores son alcohólicos. En ocasiones, algunos miembros de la familia se salvan del desastre empezando una nueva vida en común.

El cuadro siguiente muestra un resumen del perfil de estas familias.

Perfil psicológico disfuncional en la familia con problemas de alcohol

- Desorganización familiar (no hay reglas ni límites predecibles, se pierden los rituales, los roles están distorsionados). Ambiente caótico
- Problemas de comunicación: falta de expresividad, mensajes confusos, promesas rotas
- Negación de los problemas, aislamiento y soledad
- Negligencia e inconsistencia en las funciones parentales. Abandono emocional
- Abuso físico y/o psicológico
- Numerosos acontecimientos vitales estresantes
- Falta de cohesión y gran conflicto entre esposos, entre hermanos, entre padres e hijos. Ambiente tenso
- Disrupción familiar: separaciones, divorcio, muertes prematuras

Las fases del alcoholismo en la familia

Al intentar enfrentarse a los problemas que les ocasiona el alcoholismo las familias suelen pasar por varias fases. Al principio, tanto el bebedor como sus familiares tratan de hacer una **negación** del alcoholismo. Intentan justificar y disculpar el hábito alcohólico y creen que todo se solucionará cuando se acabe el estrés del trabajo, cuando crezcan los niños, o cuando se alejen las malas compañías.

Al cabo de un tiempo, todos empiezan a intuir que el verdadero problema de la familia es el alcohol, pero nadie se atreve a hablar del secreto de la familia. Se empiezan a evitar las relaciones sociales por temor a que el comportamiento del alcohólico pueda ocasionar situaciones embarazosas. Algunos miembros de la familia **intentan controlar** el consumo de alcohol del enfermo a través de múltiples estrategias, pero nada parece eficaz para eliminar el problema.

Si el miembro alcohólico continúa sin tratamiento, la familia entra en **fase de crisis**. Las relaciones afectivas se resienten, se alteran las normas y las costumbres familiares, aumentan la tensión, el malestar emocional, la confusión, la desconfianza y la frustración. Las discusiones verbales acaban fácilmente en agresiones físicas. Aparecen las recriminaciones, las culpas y los reproches mutuos, el rencor y el resentimiento. También es frecuente que existan dificultades económicas por pérdida de empleo o por gasto excesivo del bebedor.

En muchos casos la pareja o los hijos mayores toman las riendas de la casa y, poco a poco, va creciendo el distanciamiento emocional entre los miembros de la familia hasta llegar a la **fase crónica**, en la que todos tratan de sobrevivir mediante las reglas de “no hablar, no sentir y no confiar en nadie”. Sin embargo, estas reglas suelen perjudicar a la larga la salud mental de la pareja y de los hijos. Si no se encuentra una salida a la situación, la pareja puede acabar por “tirar la toalla”. A veces se resignan a vivir bajo el mismo techo que la persona enferma tratando de evitarla en lo posible, porque creen que una separación destrozaría lo que les ha costado tanto construir y quizás el futuro de los hijos. A veces algún miembro de la familia huye de la situación. Si hay un tratamiento efectivo la familia, o al menos parte de ella, puede **recuperarse y reorganizarse**. En un 24% de los casos, el alcoholismo produce una **ruptura total** de la familia, acompañada con frecuencia de la degradación total del enfermo.

Fases del alcoholismo en la familia

1. Negación del problema
2. Intento de eliminar el problema
3. Desorganización familiar
4. Intento de reorganización
5. Intento de escapar del problema
6. Escape real del problema
7. Reorganización tras el tratamiento o ruptura

1.2. LA NEGACIÓN Y EL SILENCIO

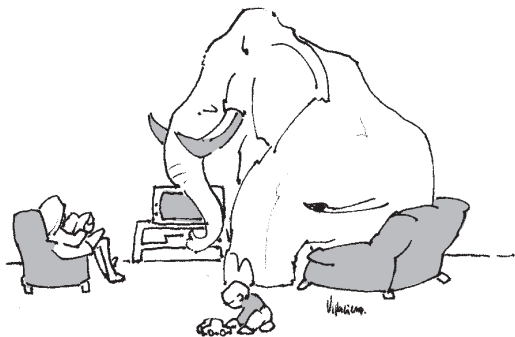
Uno de los criterios para diagnosticar la dependencia del alcohol es que el afectado sea incapaz de frenar su consumo a pesar de conocer que su forma de beber tiene repercusiones negativas en su vida pero... ¿Llega el alcohólico a ser consciente en algún momento de que tiene dificultades para controlar la bebida?. Normalmente son los miembros de su familia, sus amigos o su médico los primeros en detectar problemas, mientras el alcohólico continua sin darse cuenta... ¿Nos engaña?... ¿o quizás se está engañando a sí mismo?.



Nadie mejor que los familiares de un alcohólico sabe de mentiras y promesas incumplidas. Las conocen de todos los colores. Pero **¿por qué mienten?**, se preguntan extrañados de que no se den cuenta de algo que a ellos les parece tan obvio. La explicación la encontramos en un proceso mental llamado **negación**. Se trata de un mecanismo psicológico de defensa según el cual las personas eliminamos de la conciencia aquello que nos provoca un fuerte malestar emocional. Es un mecanismo muy frecuente en el alcoholismo y en otras drogodependencias, y no afecta sólo a los enfermos sino que, como decíamos en el apartado anterior, con frecuencia son los propios familiares los que contribuyen a negar la existencia del alcoholismo justificando o disculpando la conducta del enfermo ante los demás.

Según algunos expertos, convivir con el alcoholismo podría ser parecido a tener que soportar la presencia de **un enorme elefante en medio del salón**, que no deja pasar a nadie, que molesta a todo el mundo, pero del que no puedes hablar con nadie porque parece que nadie lo ve.

Y si a alguien se le ocurre algún día hablar del elefante, seguro que la cosa acaba mal... ¿Y hablar de él con alguien de fuera de casa?... Seguro que en casa se enfadan si se enteran. ¡Qué vergüenza, vivir con un elefante en medio del salón!, ¡Qué imagen de mi familia tendrían los



demás!. Además, para qué hablar, si nadie puede ayudar, a nadie le pasan esas cosas... Al final ya nadie se acuerda de quién trajo el elefante a casa cuando aún era pequeño y no molestaba tanto. Entonces todos le reían las gracias y ahora se arrepienten de haber permitido que se quedase en casa. Todos los miembros de la familia acaban sintiéndose culpables y avergonzados de haber permitido llegar a esa situación. Al

final se produce una falta de comunicación absoluta sobre lo que se considera “el secreto de la familia”. El alcoholismo se convierte en un tema tabú, dentro y fuera de casa.

Para defenderse del malestar emocional, los miembros de una familia en la que hay problemas con el alcohol, aprenden unas **reglas de supervivencia**:

- 1) **No hablar:** Nadie puede expresar abiertamente lo que piensa o siente. Nadie puede hablar del secreto de la familia ni dentro ni fuera de casa. Si no se habla de los problemas, estos acaban por desaparecer. El valor de los miembros de la familia depende de su capacidad para disimular los problemas ante los demás.
- 2) **No confiar:** No se puede confiar en nadie porque hasta los seres más queridos te pueden defraudar. No se puede ser sincero con los demás porque te pueden rechazar y abandonar, es mejor mentir.
- 3) **No sentir:** Lo mejor para no sufrir es no tener sentimientos. Nunca hay que aceptar ante los demás que nos han hecho daño.

¿Cómo se transmite la negación a los hijos?

Son muchas las estrategias que apoyan la negación en el sistema familiar alcohólico. Tanto el alcohólico como su pareja insisten en que todo va bien y en que sus hijos lo perciban así. Cuando los niños desafían la regla de “no hablar” y expresan honestamente los problemas con el alcohol, los mayores invalidan rápidamente la realidad que han percibido. De esta manera, los niños aprenden a no confiar ni en lo que ven con sus propios ojos y aprenden a mentir a sus amigos sobre su familia. En realidad es una forma de ocultarse a sí mismos la dolorosa realidad que les ha tocado vivir. Sienten una lealtad enorme hacia su familia y creen que cualquier revelación sería una traición, aunque en el fondo se sienten avergonzados y eso les conduce al aislamiento de los demás.

A veces, los niños acaban adoptando papeles que permiten mantener el sistema de negación del alcoholismo en la familia, como veremos en el apartado 1.4. Algunos niños se convierten en “niños perfectos”, mostrando ante los demás que todo va bien en la familia. Otros contribuyen a

la negación con comportamientos problemáticos que consiguen desviar el foco de atención del alcoholismo para centrarlo en su persona.

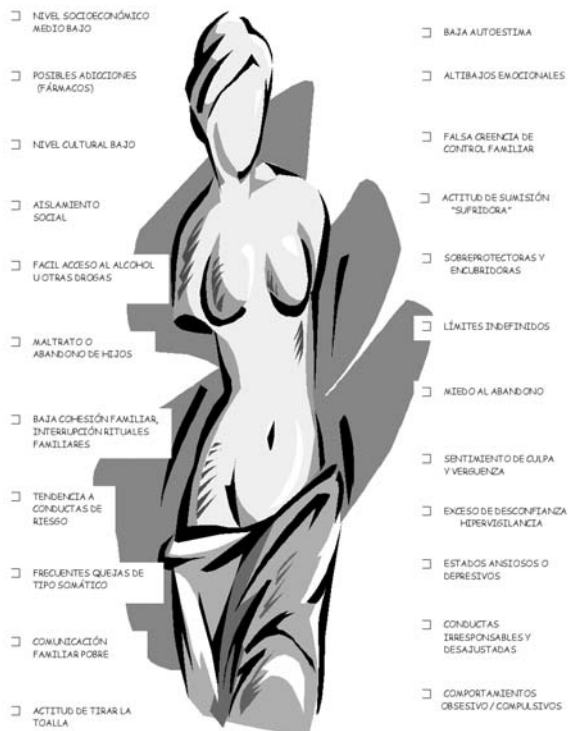
La negación también se transmite entre los hermanos. Resulta sorprendente observar en los grupos con hijos de alcohólicos, como los hermanos mayores hacen callar con gestos o reprimendas a los pequeños cuando éstos violan la regla de “no hablar de los problemas de la familia”, a pesar de encontrarse con otros jóvenes con los mismos problemas y de asegurarles la confidencialidad.

En una familia en la que los problemas se ocultan a través de la negación, los niños aprenden que los problemas y los conflictos entre las personas no se pueden resolver y que hay que evitarlos a toda costa, aunque sea a través de mentiras. Al final, acaban pensando que en realidad son ellos los que son incapaces de manejar los conflictos, lo que contribuye a disminuir aún más su autoestima.

1.3. LA CO-DEPENDENCIA

Muchas personas que conviven con alcohólicos acaban centrando su vida en intentar ayudarlo, a veces a costa de un gran sacrificio personal. Cuidan del enfermo cuando está intoxicado, se encargan de sus obligaciones, suavizan los momentos difíciles y ocultan sus errores. Tratan de aparentar que todo va bien en casa, que su familia es “normal”. Sin embargo, a pesar de sus buenas intenciones, esta actitud no ayuda a luchar contra la dependencia, sino todo lo contrario. De esta manera, el enfermo no aprende a responsabilizarse de sus propios actos ni a tomar las riendas para solucionar sus problemas, y eso le hace sentirse peor consigo mismo y tener más excusas para continuar bebiendo. Por eso, a los familiares co-dependientes también se les suele llamar **facilitadores** del hábito alcohólico.

Perfil de la mujer co-dependiente



(Programa IRISAR. Ayuntamiento de Zaragoza)

Las personas co-dependientes creen que su valía personal depende de su capacidad para controlar la conducta del enfermo y acaban sufriendo baja autoestima y gran malestar emocional por no ser capaces de hacerlo. Después de muchos años pierden la esperanza y piensan “Ya lo he intentado todo... ¿Qué más puedo hacer?”. Con frecuencia desarrollan trastornos de depresión y de ansiedad, o acaban abusando también del alcohol o de los tranquilizantes.

Se dice que estas personas sufren de co-dependencia, por dos razones:

1. Su vida acaba dependiendo de la del bebedor y, en general, de la aprobación de los demás.
2. Su comportamiento facilita la continuación de la dependencia del bebedor.

El papel de co-dependiente o facilitador es habitualmente asumido por las esposas de los alcohólicos, y a veces por los hijos mayores, aunque los aficionados al cine podrán reconocer un ejemplo de comportamiento co-dependiente masculino en el papel de Andy García en el personaje de marido de la alcohólica que representa Meg Ryan en la película “Cuando un hombre ama a una mujer”. En ocasiones, también hay hombres que “aman demasiado”.

Algunos autores defienden incluso la existencia del **trastorno de personalidad co-dependiente** como una entidad diferenciada en la que se combinan síntomas de otros trastornos para formar un patrón de mecanismos adaptativos inmaduros que se basan en una excesiva dependencia de otra persona, habitualmente un bebedor excesivo u otro drogodependiente. La persona acaba organizando su vida alrededor del adicto para tratar de compensar o cubrir su comportamiento autodestructivo, facilitando que continúe su adicción, llegando a ser incapaz de regular su propia intimidad y de desarrollar un yo autónomo. También manifiestan una dependencia compulsiva de la aprobación de las demás personas para intentar encontrar seguridad, autoestima e identidad.

Criterios diagnósticos propuestos para el trastorno de personalidad co-dependiente

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

Las actitudes co-dependientes deben ser abordadas desde el inicio del tratamiento del alcoholismo pues, de lo contrario, dificultan enormemente el proceso de recuperación del enfermo. Con frecuencia es necesario proporcionar ayuda terapéutica a la pareja del alcohólico para resolver sus propias dificultades emocionales, pero sobre todo debe recibir apoyo para poder cumplir adecuadamente su cometido de colaborar en el tratamiento del bebedor sin adoptar las responsabilidades que corresponden al propio paciente. El papel de los familiares debe limitarse a detectar el problema, presionar firmemente al alcohólico a realizar un tratamiento, acompañarle a las primeras visitas aportando al especialista información relevante, administrarle la medicación si es necesario y vigilar la evolución por si hubiese alguna recaída.

En ocasiones, el progenitor co-dependiente está tan afectado psicológicamente que no puede proporcionar el apoyo suficiente a sus hijos. A veces los niños acaban enfadándose con él porque suele ser el que pone orden y límites, el que está de mal humor con ellos cuando no se portan bien. Otras veces, para evitar el enfado del alcohólico y mantener la paz de la familia, el padre co-dependiente llega incluso a comprometer sus valores, a decir mentiras y hasta a sacrificar el bienestar o herir profundamente los sentimientos de sus hijos. Por ello, no dejaremos de insistir en que la atención a la pareja del alcohólico es primordial, no sólo para poder apoyar al alcohólico en su tratamiento, sino también para que pueda fortalecer sus recursos con el objetivo de cuidar de sí mismo y de sus hijos adecuadamente, ofreciéndoles el apoyo emocional que ellos necesitan en estas circunstancias.

1.4. ROLES DISFUNCIONALES

Cuando en una familia hay problemas con el alcohol, todos sus miembros intentan enfrentarse a la situación adoptando una serie de roles que les permiten sobrevivir en el ambiente caótico del hogar y mantener un cierto equilibrio en el sistema familiar, una aparente normalidad.

La pareja de la persona alcohólica suele ser la primera en cambiar su rol para adaptarse a la situación. Por lo general, acaba por asumir todas las tareas familiares y laborales que el enfermo va abandonando progresivamente, lo que le supone una sobrecarga de trabajo importante. Al final, suele ocuparse del trabajo fuera de casa para evitar el desastre económico, a la vez que de la organización doméstica y de la crianza de los hijos. Se trata del **rol facilitador** que hemos descrito al hablar de la co-dependencia en el apartado 1.3.

En algunas familias se da un verdadero **intercambio de roles** entre padres e hijos, siendo estos últimos los que acaban cuidando del padre enfermo y responsabilizándose del funcionamiento del hogar mientras el otro progenitor sale a trabajar fuera de casa. Normalmente adoptan este papel los hermanos mayores, que se encargan de hacer la comida, llevar al colegio a sus hermanos pequeños, bañarles y acostarles, convirtiéndose así en adultos precoces, lo que no favorece en absoluto su desarrollo personal. Esto ocurre sobre todo en las familias en las que ambos progenitores son alcohólicos o padecen algún otro trastorno mental. Muchos de estos hijos se responsabilizan incluso de ir a las visitas con los padres durante el tratamiento y de darles la medicación.

Los niños de las familias con problemas de alcohol suelen adoptar **roles típicos** que en un principio podrían parecer útiles como estrategia de afrontamiento, pero que pueden convertirse en patrones de personalidad rígidos y disfuncionales al llegar la adolescencia o en la vida adulta, ocasionando numerosos problemas de adaptación.

Roles típicos en los hijos de alcohólicos y de familias multiproblemáticas		
Rol	Características adaptativas en la familia	Consecuencias desadaptadas sin intervención
<i>El héroe (responsable, protector, conciliador)</i>	Buen chico. Aparentemente feliz. Tiene éxito en la escuela y con los amigos. Es el orgullo de la familia, la muestra de que “todo va bien”. Madura precozmente e intenta agradar y confortar a todos como si fuera responsable de sus males	Perfeccionismo y baja autoestima. Adicto al trabajo u otras conductas compulsivas, estilo de vida frenético. Bloqueo emocional e incapacidad para intimar. Problemas psicósomáticos. Posible abuso de alcohol para paliar su malestar
<i>El chivo expiatorio (problemático)</i>	Expresa su malestar interno enfadándose y mostrándose desafiante con las normas. Provoca problemas continuamente. Desvía la atención del alcoholismo centrándola sobre sí mismo como “el verdadero problema de la familia”	Fracaso, rabia y rencor hacia las figuras paternas. Culpabilidad y baja autoestima. Desafío a la autoridad. Problemas legales y en el trabajo. Problemas con el alcohol / otras drogas unidos a comportamiento antisocial
<i>El niño olvidado o invisible (adaptable)</i>	Permanece retirado, aislado, sin dar problemas ni hacer demandas de atención a la familia. Suele ser el alivio y consuelo del progenitor no-alcohólico. Se adapta constantemente ante los cambios de situación a expensas de sus necesidades	Aislamiento social y emocional. Falta de asertividad en sus relaciones sociales. Excesiva fantasía. Se sienten inadecuados, no encuentran su lugar. Posible abuso de alcohol o drogas para tratar de mejorar sus relaciones sociales
<i>La mascota (payasete)</i>	Desenfadado y divertido. A través de sus payasadas continuas alivia la tensión que produce el alcoholismo en la familia. También utiliza el humor para enfrentarse al dolor y enmascarar su miedo	Frágil emocionalmente. Baja tolerancia al estrés. Ansiedad e hiperactividad. Bromista compulsivo, incapaz de profundizar en temas importantes. Problemas de alcohol o drogas

Adaptado de Wegscheider (1981) y Black (1982)

Algunos autores opinan que el orden de nacimiento tiene un fuerte influencia en los roles que los niños adoptan en una familia disfuncional. El primer hijo suele ser el responsable, el “héroe”. Los hijos que ocupan lugares intermedios adoptan los roles del “niño perdido u olvidado”, el “adaptable o conciliador” o el “niño problemático”. El más joven suele ser la “mascota” de la familia, querida por todos.

Toni es capaz de llegar a extremos por conseguir una sonrisa de sus compañeros de grupo. Y cuando los temas que se tratan le producen angustia todavía se esfuerza más. Un día explicaba así una paliza de su madre: “Era como las brujas de los cuentos, con los pelos revueltos y los ojos salidos... me dio tan fuerte que me levanté del suelo y reboté contra la pared como un muñeco de goma... ¡Boing!!!... parecía un cómic...”. Los demás niños también reían hasta que le comenté a Toni: “Pero eso debe hacer daño ¿no?, cualquier persona pensaría que no es nada divertido que le empujen a uno contra la pared. ¿También te reíste entonces?”. La respuesta de Toni fue: “No, entonces lloré”. Los clínicos y los maestros deben saber que detrás de las bromas de los “payasetes”, puede haber un niño que está llorando por dentro.

Modificado de “Working with children of alcoholics”.

Robinson y Rhoden (1998)

Pero en realidad no existen roles puros. En la mayoría de ocasiones en los hijos de alcohólicos se mezclan características de varios roles que van variando a lo largo de la vida, dependiendo no solo del orden de nacimiento, sino también del número de hermanos, del sexo del niño y del progenitor alcohólico, del estadio de progresión del alcoholismo, de la respuesta de los padres o del entorno, o del grado de desarrollo emocional del niño cuando ocurre el problema en la familia.



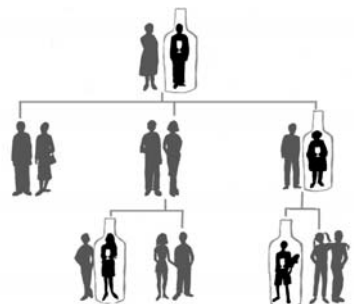
Estos roles distraen y protegen a los padres y a los niños de los problemas reales de la familia y esconden los sentimientos detrás de una máscara de teatro. Mientras tanto, la verdadera enfermedad de la familia: el alcoholismo, continúa haciendo de las suyas “entre bambalinas”. Si se quiere ayudar verdaderamente a una familia con problemas de alcohol, lo primero que hay que hacer es apoyarles para que vayan poco a poco desprendiéndose de sus roles y afrontando la realidad de la problemática que sufre su familia. Se trata de ayudarles a romper la negación del alcoholismo.

1.5. ¿EL ALCOHOLISMO SE HEREDA?

Todo el mundo puede llegar a ser alcohólico si se acostumbra a beber en exceso. Pero algunas personas pueden tener mayor probabilidad, especialmente si en su familia hay antecedentes de alcoholismo en diferentes generaciones.

Los hijos de alcohólicos tienen entre 3 y 7 veces más probabilidad de ser alcohólicos que la población general. Su riesgo aumenta a medida que tienen más antecedentes de alcoholismo en su familia.

En estudios realizados con gemelos se ha comprobado que la concordancia para el alcoholismo entre gemelos idénticos (que comparten todos sus genes) es mucho mayor que entre gemelos fraternos



(que suelen compartir alrededor de la mitad de sus genes). Otros estudios han demostrado que los hijos adoptados con padres biológicos alcohólicos tienen mayor riesgo de sufrir ese mismo trastorno que la población general, a pesar de haberse criado con padres adoptivos no-alcohólicos.

Numerosos estudios científicos han confirmado que en las familias con problemas de alcohol existen factores de riesgo que podrían explicar la transmisión del alcoholismo de una a otra generación, algunos son genéticos y otros propios del ambiente familiar.

Según los expertos en la materia, algunos miembros en las familias de alcohólicos **heredarían características biológicas** relacionadas con el metabolismo del alcohol o con sus efectos sobre el sistema nervioso central que aumentarían su tolerancia al alcohol; es decir, serían más sensibles a sus efectos placenteros y menos sensibles a los efectos desagradables de la intoxicación. Popularmente se conoce como “aguantar bien el alcohol” y muchas personas lo interpretan como una especie de licencia para beber más que los demás, lo que les lleva a aumentar progresivamente los consumos y la probabilidad de desarrollar una dependencia. Otros factores de riesgo genéticos podrían tener relación con una respuesta excesiva del sistema nervioso ante los estímulos nuevos o llamativos, la hiperactividad o la impulsividad, aspectos característicos en algunos tipos de alcoholismo.

Pero la alta agregación familiar del alcoholismo también puede ser explicada en parte por factores que tienen que ver con el **ambiente familiar**. En ocasiones, los hijos imitan los modelos familiares de consumo. Otras veces, beben para intentar soportar el estrés de sus hogares. En resumen, tanto la predisposición genética como la dinámica familiar podrían actuar conjuntamente para aumentar el riesgo de alcoholismo en algunos descendientes de alcohólicos.

A veces los problemas con el alcohol no afectan a los hijos directamente sino a los nietos o a los sobrinos. En otras ocasiones, en lugar de problemas con el alcohol aparecen en la descendencia otros problemas que podrían estar relacionados, directa o indirectamente, con la susceptibilidad al alcoholismo, como la adicción al juego o al trabajo, los trastornos alimentarios o la depresión. ¿Cómo se puede explicar en estos casos el efecto de la genética y del ambiente?. Y aún otra pregunta: ¿Por qué muchas personas se identifican con los hijos de alcohólicos si sus padres nunca han bebido en exceso?

Algunos autores sostienen que en las familias en las que hay problemas con el alcohol existe una **dinámica familiar co-dependiente** que se transmite sutilmente de una a otra generación. Son familias en las que reina el autoritarismo, la falta de cohesión y de expresividad, la ambigüedad, la incoherencia en las normas y el aislamiento emocional. Son estas características y no el alcoholismo en sí las que producirían problemas en el desarrollo de los niños de las siguientes generaciones. De ahí que se hayan llegado a escribir libros sobre “Los nietos de los alcohólicos”.

Sin embargo, a pesar de aceptar la existencia de todos estos factores de riesgo en las familias de alcohólicos, se debe recordar que la presencia de factores de riesgo en un joven no es determinante para la aparición del trastorno alcohólico. De hecho, aproximadamente 2/3 de los hijos de alcohólicos nunca desarrollan problemas con el alcohol. Aunque uno tenga riesgos

genéticos y ambientales, siempre es posible interponer factores de protección que pueden contrarrestarlos. Precisamente este es el fundamento de los programas de prevención en esta población.

1.6. ¿CÓMO ROMPER EL CÍRCULO VICIOSO?

Hemos visto que el alcoholismo altera profundamente la organización y las relaciones afectivas de la familia. La vida cotidiana se vuelve impredecible y confusa. Nadie sabe qué hacer ante los conflictos. La comunicación y los rituales familiares se pierden. Los padres siempre están nerviosos, cansados o tristes, se comportan de forma extraña y olvidan sus promesas. Las fiestas familiares suelen convertirse en una batalla campal de agresiones verbales. La Navidad y los Reyes llegan en medio de angustias y mal humor. Para enfrentarse a ese ambiente tan confuso y estresante los hijos y los esposos de los alcohólicos suelen acabar adoptando ciertas reglas y roles que, por desgracia, crean una dinámica familiar que facilita el mantenimiento del hábito alcohólico. Se trata de un círculo vicioso difícil de romper.

Mientras no se enfrente directamente a las dificultades que le ocasiona su consumo de alcohol, el alcohólico no tendrá suficiente motivación para cambiar. Y lo cierto es que los familiares pueden tener un papel muy importante en aumentar esa motivación. Se trata de dejar de protegerle y de encubrirle, mostrar firmeza y exigirle que tome sus responsabilidades en el tratamiento, sin dejar de acompañarle y ofrecerle apoyo durante todo el proceso.

Todos conocemos casos en los que cuando el alcohólico empieza a recuperarse, es la pareja la que cae enferma, o los hijos los que empiezan a ocasionar problemas. A menudo preguntan “¿Qué nos está ocurriendo?. Precisamente ahora que todo tendría que ir mejor, sin alcohol”.

La familia con problemas de alcohol es un sistema que trata siempre de mantener un cierto equilibrio. Para enfrentarse a la conducta del alcohólico, todos los miembros de la familia realizan adaptaciones con el fin de mantener el sistema familiar estable. Cuando el alcohólico se recupera, las reglas y roles aprendidos dejan de ser útiles. Los demás miembros de la familia empiezan a acusar el nuevo desequilibrio y necesitan volver a cambiar para equilibrar el sistema. Lo que ocurre es que estos nuevos cambios no son tan automáticos como parece porque algunos patrones de comportamiento están fuertemente arraigados. A menudo se necesita ayuda externa para que los cambios ocurran de forma saludable.

No nos cansaremos de insistir en que el alcoholismo es una condición que afecta a todos los miembros de la familia y que, por lo tanto, la **recuperación del alcoholismo** también debe ser un **proceso familiar**, en el que tanto los niños como los adultos deben curar sus heridas emocionales y aprender nuevas formas más efectivas de afrontamiento a los problemas, así como nuevas habilidades para relacionarse dentro y fuera de la familia.

2. LOS HIJOS DE ALCOHÓLICOS COMO GRUPO DE RIESGO.

Está claro que las repercusiones del alcoholismo paterno sobre los hijos pueden ser enormes, aunque muchos padres crean que sus hijos “aún son pequeños y no han visto nada”. Cuando en una familia hay problemas con el alcohol, hasta los niños más pequeños captan que algo extraño sucede en su casa y empiezan a hacerse preguntas que nadie les responde. Nadie les explica por qué sus padres están tan cansados, por qué nunca tienen ganas de jugar con ellos, por qué están tan tristes que a veces lloran, por qué no pueden venir otros niños a casa, por qué a veces no cumplen sus promesas o por qué mienten.

Pero, sin duda, lo peor para los niños es la negligencia emocional, la falta de apoyo y de comunicación y el sentir que no pueden confiar ni en sus padres. Muchos creen que sus padres no les quieren y, a veces, llegan a pensar que son ellos mismos los culpables de lo que ocurre en su casa, porque a veces se portan mal o simplemente por haber nacido.

Ya hemos explicado en el apartado anterior cómo los hijos de alcohólicos adoptan diferentes mecanismos de defensa a la hora de enfrentarse a los problemas familiares. Algunos se comportan como el niño “perfecto” con el deseo inconsciente de “salvar” a su familia del desastre. Otros intentan pasar desapercibidos para no empeorar los problemas en casa y acaban sintiéndose solos, tristes y atemorizados, siendo incapaces de obtener el apoyo social que necesitarían. Los hay que se sienten tan desatendidos que optan por llamar por atención comportándose lo peor que pueden. Y algunos hacen bromas hasta de las cosas más serias para evitar que les afecten emocionalmente. Como decíamos, todos estos mecanismos de defensa pueden convertirse en patrones de funcionamiento rígidos y ocasionar problemas graves en el desarrollo de la personalidad y en las relaciones sociales durante la adolescencia o la edad adulta.

A pesar de ser considerados globalmente como un “grupo de riesgo” los hijos de alcohólicos no constituyen un grupo homogéneo. Las consecuencias negativas del alcoholismo paterno sobre el desarrollo de los hijos varían dependiendo de múltiples factores.

Los niños ven más de lo que parece...



Factores que influyen en las consecuencias sobre los hijos de alcohólicos

1. Uno o ambos padres alcohólicos
2. Edad del niño cuando el consumo empieza a ser problemático
3. Estabilidad económica de la familia
4. Duración y severidad del alcoholismo
5. Disponibilidad y uso de sistemas de apoyo externos a la familia
6. Número de generaciones de alcoholismo en la familia
7. Éxito del tratamiento del progenitor alcohólico
8. Coexistencia de otros trastornos psiquiátricos importantes en la familia
9. Presencia de abusos psíquicos, físicos, sexuales
10. Recursos, estrategias de afrontamiento y capacidad de apoyo emocional del progenitor no-alcohólico
11. Recursos de afrontamiento del niño

Algunos hijos de alcohólicos sobreviven aparentemente sin grandes dificultades, pero un buen número de ellos desarrollan diferentes patologías, entre las que destacan síntomas depresivos, ansiedad, fobias, déficit de atención, hiperactividad, trastornos escolares, del sueño, del comportamiento, asma o enuresis. Otros presentan síntomas menos llamativos como inmadurez afectiva, perfeccionismo, baja autoestima o dificultades en las relaciones interpersonales. También hay algunos que reciben malos tratos que no se atreven a comentar a nadie por temor a las represalias de los padres. La pregunta es: ¿Hay que intervenir preventivamente con todos ellos antes de que desarrollen problemas o sería mejor dejar que hagan su evolución y atender sólo aquellos casos que acaben desarrollando trastornos importantes?. Intentaremos posicionarnos al respecto un poco más adelante.

Un "héroe caído"

David, 14 años. Insistía en que los hijos de alcohólicos no tenían porqué tener más riesgos que otros niños. Su obsesión por el tema del alcoholismo era tal que tomaba apuntes de todo lo que se decía en las sesiones de grupo. No se perdió ni una. Era demasiado fácil identificarle con "el héroe". Estaba empeñado en salvar a su familia del desastre, pero no lo consiguió.

Al cabo de tres o cuatro años de terminar el grupo, David volvió a la Unidad de Alcoholología a pedir ayuda, sufría síntomas de ansiedad graves y se había cansado de luchar. Su padre seguía bebiendo. Recordó que en las sesiones habíamos hablado de que cuando los síntomas de ansiedad se vuelven insoportables, uno puede ir al psicólogo para tratar de entender su origen y aprender a enfrentarlos. Fue derivado a tratamiento psicológico individual.

Con respecto a su propio consumo de alcohol, aunque antes de la adolescencia los hijos de alcohólicos suelen tener actitudes en contra del consumo, en la adolescencia esto cambia y pueden acabar incluso bebiendo en exceso. En algunos de estos casos, los jóvenes descubren que toleran bien el alcohol ("aguantan mucho") y creen que eso es un signo de que ellos pueden beber sin problemas, una creencia errónea muy común en nuestra cultura. Piensan que ellos sí podrán controlar lo que su padre o su madre no han podido y hasta enseñarles cómo se debe beber.

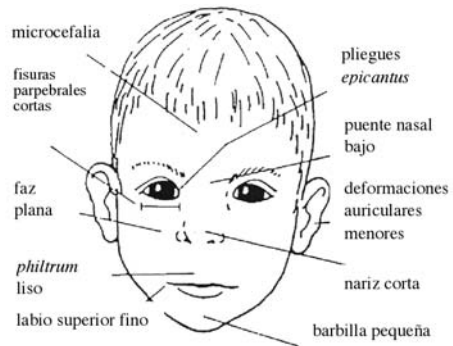
Otros, tal como han aprendido en casa, se habitúan a tomar alcohol para paliar el malestar que les ocasiona el estrés familiar. También los hay que buscan refugio en grupos de amigos que les presionan al consumo. Y por último, algunos se acaban identificando con el progenitor consumidor a falta de otros modelos positivos más cercanos. Todo ello unido a la falta de control familiar, explicaría la mayor vulnerabilidad de estos jóvenes para desarrollar problemas con el alcohol.

Sin embargo, es difícil que los hijos de alcohólicos entiendan su riesgo, muchos están convencidos de la famosa frase del libro de Claudia Black *"It will never happen to me"* y niegan las evidencias cuando empiezan los problemas, igual que sus progenitores: "Yo sé beber, porque no me emborracho", "yo no bebo como mi padre, yo lo dejo cuando quiero", "Yo puedo tomar coca o hierba pero nunca seré un alcohólico como mi padre".

2.1. PROBLEMAS FÍSICOS Y DE SALUD

Uno de los problemas de salud más graves con los que se enfrentan algunos hijos de alcohólicos es el **Síndrome de Alcoholización Fetal (SAF)**. Se calcula que entre el 20 y el 56% de los hijos de mujeres alcohólicas manifiestan síntomas de SAF y que la gravedad de este síndrome está directamente relacionada con la cantidad de alcohol consumida por la madre gestante y la severidad de su alcoholismo. También influye el momento del embarazo en el que se produce la exposición al alcohol, el uso de otras drogas y la vulnerabilidad genética. Estudios realizados en diferentes países indican que la incidencia de SAF oscila entre un caso de cada 500 y uno de cada 1000 neonatos vivos.

Los hijos de madres alcohólicas tienen más riesgo de muerte pre y post-natal, menor peso al nacer, retraso variable en el desarrollo físico y cognitivo, trastorno neurológicos y del comportamiento y malformaciones faciales características (véase la tabla del apartado 4.10). Estos síntomas pueden manifestarse conjuntamente y constituir la expresión completa del SAF, o bien aparecer aislada y sutilmente como Efectos de la Alcoholización Fetal (EAF). Si son ligeros pueden pasar desapercibidos hasta la adolescencia, momento en que las nuevas exigencias del ambiente hacen que el joven comience a tener problemas de rendimiento escolar y de adaptación social. El abordaje precoz del niño con SAF y las estrategias preventivas de este síndrome se explican en el apartado 4.10.



Muchos hijos de alcohólicos recorren los diferentes servicios médicos con **síntomas psicossomáticos** de los que no es posible encontrar una base orgánica: dolores de cabeza y digestivos, trastornos de la alimentación (sobrepeso, anorexia), asma, alergias, problemas respiratorios, dermatológicos, fatiga, anemia, trastornos del sueño, enuresis, hábitos nerviosos como morderse las

uñas, tics, etc. En muchos casos no se llega a descubrir nunca que la causa de sus trastornos puede estar relacionada con el estrés físico y emocional que supone criarse en una familia afectada por el alcohol. Por ello, desde aquí hacemos un llamamiento a los pediatras para que sondeen sistemáticamente la presencia de problemas con el alcohol u otras situaciones de riesgo en la familia que pueden afectar la salud de los niños de acuerdo con las pautas indicadas en el apartado 4.1.

Los maestros y los pediatras también pueden estar atentos a cualquier síntoma o signo de **abusos físicos y sexuales** en los niños que ven diariamente. En una buena parte de estos niños es posible detectar abuso de alcohol o de otras drogas en su familia. Cuando un profesional tiene sospecha fundada o seguridad de un caso de este tipo, está obligado a comunicarlo a las autoridades competentes. En estos casos no se puede mantener la confidencialidad. Después de confirmar el maltrato, hay que ayudar al niño a explicarlo con franqueza, apoyarle y dar los pasos necesarios para que deje de ocurrir. A nivel nacional y en cada comunidad existen leyes de protección al menor que regulan el procedimiento a seguir en estos casos.

20 indicadores de sospecha de abuso sexual en el menor

1. Comportamiento complaciente
2. Comportamiento agresivo, *acting-out*
3. Falsa madurez en el comportamiento
4. Insinuaciones sobre la actividad sexual
5. Juego sexual persistente y/o inapropiado con compañeros, juguetes o con ellos mismos, o comportamiento sexual agresivo con los compañeros
6. Entendimiento detallado y no apropiado para la edad de la conducta sexual (en niños pequeños)
7. Llegar pronto a la escuela y marcharse tarde, con apenas ausencias (nunca se queda en casa, aunque esté enfermo)
8. Relaciones con iguales pobres o dificultad para hacer amigos
9. Falta de confianza, particularmente con las personas significativas de su entorno
10. No participación en actividades escolares o sociales
11. Dificultad para concentrarse en tareas escolares
12. Disminución repentina del rendimiento escolar
13. En el caso de víctima de sexo femenino y agresor masculino, temor extraordinario de los hombres.
14. Comportamiento seductor con las personas del otro sexo
15. Escaparse de casa
16. Trastornos de sueño
17. Comportamiento regresivo
18. Retraimiento
19. Depresión clínica
20. Pensamientos de suicidio

Adaptado de Robinson y Rhoden, 1998.

En otros casos no hay un abuso claro, pero sí **negligencia** a la hora de proveer alimentos, protección o higiene a los niños. Es el caso de los “niños llave”, que desde pequeños se quedan solos en casa después del colegio o durante las vacaciones mientras sus padres trabajan, o el caso

de los niños que están acompañados por un progenitor ebrio que no les puede supervisar adecuadamente. En ocasiones tienen que cuidar de los hermanos pequeños, manejar cuchillos y fogones para hacer la cena y otras cosas peligrosas. A veces hasta tienen que cuidar al progenitor cuando bebe demasiado. Estos niños tienen más riesgo de sufrir accidentes domésticos, abusos sexuales por parte del progenitor alcohólico y gran estrés físico y psicológico ante situaciones de emergencia que no pueden manejar. En Estados Unidos estos niños han recibido bastante atención en los últimos años y se han creado diversos tipos de programas para atenderles: programas de día en horario extraescolar en la escuela pública, madres temporales en el vecindario, líneas telefónicas a las que pueden solicitar ayuda si la necesitan, entrenamiento en habilidades de supervivencia en grupos especiales dentro del horario escolar, etc. Sin embargo, además de aprender a valerse por sí mismos, también hay que proveerles de apoyo emocional.

2.2. TRASTORNOS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA.

Vivir en una familia con problemas de alcohol no es fácil, pero mucho menos lo es para los niños, que se encuentran indefensos y sin autonomía para decidir si se quedan o se van. A veces los malos tratos ocasionan daño físico, como hemos visto en el apartado anterior, pero a menudo es el daño emocional el que más duele y las heridas emocionales suelen ser difíciles de curar.

Silvia, 18 años:

Debía tener 6 o 7 años cuando mis amigas me dijeron que habían visto a mi padre en el bar y que era un borracho. Yo no sabía nada del problema porque vivía en casa de una hermana de mi madre. Subí a casa y se lo dije a mi abuela. Ella me dijo que era mentira. Volví a casa de mis padres cuando mi tía se puso enferma. Mi madre me escondió el problema hasta que fui lo suficientemente mayor para darme cuenta por mí misma. Un día mi padre no me fue a buscar al colegio y me tuve que esperar a que mi madre saliese del trabajo, hacia las 8 de la noche. Al cabo de un tiempo empezó a insultarnos a mi madre y a mí, decía que yo no servía para nada y que mi madre era una puta. Un día que iba borracho se cayó y se dio un golpe muy fuerte en la cabeza. Lo ingresaron en el hospital. Llegué a desear que nunca más saliera de allí...

El alcoholismo crea en la familia una situación desbordante que provoca muchos sentimientos negativos. La persona alcohólica se comporta de forma extraña, a veces dice o hace cosas que dañan a los demás. A veces son los demás los que tratan mal al enfermo y hasta llegan a odiarle por momentos. En muchas ocasiones el progenitor no-alcohólico está tan afectado que resulta más difícil tratar con él que con el propio alcohólico. A veces los niños se ven obligados a escoger entre sus padres. Algunos se quejan de que sus padres les utilizan como confidentes y de que cada uno de ellos intenta ponerle en contra del otro. En otras ocasiones, los esposos codependientes acaban por desarrollar una depresión debido a la fatiga de la lucha contra el alcoholismo y los niños se encuentran con dos padres enfermos.

La familia con problemas de alcohol vive en estado de **estrés y crisis permanente**. La inconsistencia y el caos hacen que los hijos acaben teniendo una **sensación crónica de pérdida**: pérdida de la seguridad física y económica, de los límites, de las reglas, de la comunicación, del apoyo emocional, del cariño, de la infancia, de la protección paterna...

Un aspecto crítico que influye notablemente en las relaciones de los hijos de alcohólicos con los demás es el **temor profundo al abandono**, tanto emocional como físico.

Cuando son pequeños, algunos creen que no les quieren o que el caos que hay en su casa puede hacer que sus padres se olviden de él y aprenden a hacer cualquier cosa para evitar el abandono. Procuran no pedir demasiado y ser buenos chicos. Aprenden a funcionar a un nivel primario de satisfacción de sus necesidades básicas (seguridad física, alimento) y raramente buscan satisfacer necesidades de orden superior (amor, reconocimiento personal) convirtiéndose en adultos con dificultades para desarrollar relaciones cálidas y abiertas con los demás, "autosuficientes" en la satisfacción de sus propias necesidades y, por tanto, aislados. Muchas veces tienen dificultades para hacer amigos, porque de pequeños estaban demasiado ocupados encargándose de tareas domésticas o tenían demasiada vergüenza de traer a los amigos a casa. También suelen tener dificultades para percibir y responder a las necesidades emocionales de los demás. En otras ocasiones, buscar desesperadamente apoyo y aprobación fuera de la familia, a cualquier precio. Para evitar esto es importante que estos niños se relacionen desde pequeños con adultos en los que puedan confiar, es decir, cuya conducta sea predecible y, sobre todo, que les apoyen emocionalmente.

En general, los hijos de alcohólicos muestran una **gran confusión**. La inconsistencia y la impredecibilidad de sus padres les vuelve locos intentando adivinar qué es lo que quieren de ellos, o qué es lo que ocurrirá en el momento siguiente. Son incapaces de discriminar entre lo que está bien y lo que está mal, la verdad y la mentira, lo normal y lo anormal. Desconfían hasta de sus propias percepciones y habilidades y todo ello les crea una gran inseguridad acerca de cómo actuar en las diferentes situaciones de la vida.

La culpa y la vergüenza. Es muy fácil que en la familia del alcohólico se entre en el juego de ir depositando la culpa ahora en unos, ahora en otros miembros de la familia: ¿Qué hemos hecho nosotros para merecer esto?, ¿Fue el alcohólico el que eligió una "mala vida"?, ¿Fue su esposa la que le abocó a la bebida por mostrarse intransigente y poco comprensiva?, ¿Fueron los niños que se portan tan mal que hacen que sus padres beban para soportarlos?, ¿Me equivoqué al escoger pareja o al dejar que me pusiera la mano encima?.

Unidos a los sentimientos de culpabilidad también son frecuentes los sentimientos de vergüenza... ¿Qué creerán los demás?. A veces uno se siente "un bicho raro" y piensa que su familia no es como las demás. Muchos niños tienen vergüenza cuando sus compañeros se ríen del ridículo que pueden llegar a hacer sus padres cuando están intoxicados; por ejemplo, en las celebraciones o actividades escolares como las fiestas de fin de curso o las obras de teatro.



Para evitar sentirse culpables, algunos miembros de la familia tratan de atribuir los problemas con el alcohol a otras causas como una depresión, problemas de pareja, laborales, de la sociedad, dificultades con los hijos, etc., manteniendo la fantasía de que si acaban estos problemas, también acabará el alcoholismo. Algunos niños culpan al alcohólico, mientras otros se identifican con él, se creen sus argumentos y culpan al progenitor no-alcohólico de los problemas, llegando a odiarle porque piensan que no quiere ayudar al enfermo. En otras ocasiones, los niños **internalizan la culpa** y la responsabilidad del caos familiar, y creen que su conducta ha sido la causa de los problemas en casa. Algunos incluso mantienen la ilusión de que si se portan bien conseguirán que su padre no beba. Cuando comprueban que nada de lo que ellos hagan puede cambiar esa conducta su autoestima queda muy dañada. A veces se convencen de que sólo algo que venga del exterior podrá resolver las cosas, es decir desarrollan un **locus de control externo** y una **indefensión aprendida o desesperanza**, que les lleva a reaccionar con apatía y resignación, sin motivación por cambiar las cosas de su vida ("Total, por mucho que me esfuerce, todo va a seguir igual..."). Debido a estas ideas, muchos hijos de alcohólicos se muestran **resistentes al cambio** ("más vale lo malo conocido....").

Por todo ello, cuando se realizan actividades educativas, es importante que se les explique a los niños que el alcoholismo es una enfermedad que nadie desea tener. Ni la persona que la padece ni los que están a su alrededor la han buscado ni la han provocado conscientemente, de modo que no hay culpables. Esto puede ayudarles a sentirse mejor consigo mismos y a disculpar también los errores de sus padres. Y, sobre todo, se debe procurar que los jóvenes entiendan que ellos no pueden ser el agente de cambio de sus familias y que, si de algo tienen responsabilidad es de su vida futura, independientemente de lo que acaben haciendo sus padres.

Sin embargo, hay que dejarles bien claro que es el enfermo el único responsable de buscar soluciones a sus problemas, aunque no sea culpable. Quizás éste es uno de los aspectos clave para abordar esta enfermedad con éxito. Los familiares deben tratar de comprender que el comportamiento del enfermo no es voluntario y perdonar las cosas del pasado que ya no se pueden cambiar, pero a la vez deben mostrarse muy firmes para no dejarse arrastrar por la enfermedad. Todos los miembros de la familia pueden hacer algo para ayudar al enfermo a superar esa situación, pero nadie por sí solo puede controlarla ni curarla. Debe ser el propio enfermo el que se responsabilice de seguir el tratamiento adecuado; de lo contrario, nunca llegará a recuperarse.

Tristeza, duelo, pena, depresión, aislamiento. Los hijos de alcohólicos pierden muchas cosas durante su infancia y, a veces, de forma muy traumática. Normalmente sienten pena por no tener una familia "normal", por no tener una infancia "mágica", alegre, divertida y despreocupada, por no tener las cosas que parecen tener los demás niños: unos padres que les quieren, la comida en la mesa, la ropa lavada, etc. A veces incluso pierden a uno de sus padres prematuramente, en algún accidente o debido a alguna enfermedad ocasionada por el alcohol. Otras veces la pérdida ocurre porque sus padres se separan, o porque el hermano mayor se va de casa hartado de la situación familiar. Es difícil enfrentarse a tantas pérdidas durante la infancia. A veces el duelo por esas pérdidas no se acaba de resolver y se arrastra toda la vida. Pueden volverse personas tristes y

apesadumbradas. A veces crean un muro alrededor suyo para protegerse del daño que pueden hacerle los demás y acaban sintiéndose muy solos e infelices, sin poder abrir sus sentimientos a nadie durante muchos años. Algunos tienen pensamientos de suicidio en un intento desesperado de huir de su situación.

Miedo y ansiedad. Muchos hijos de alcohólicos viven atemorizados por lo que puede llegar a pasar dentro de sus casas. Los acontecimientos son siempre impredecibles. De repente un momento de alegría y euforia puede transformarse en una escena de gran violencia. A veces se despiertan en medio de la noche entre gritos y golpes. Otras veces pasan angustia pensando en lo que puede ocurrirle a sus padres si un día se caen, se duermen con un cigarro en las manos o conducen cuando están borrachos. También tienen miedo de que sus amigos descubran lo que pasa en su casa y les rechacen. No es extraño que acaben generalizando su ansiedad a múltiples situaciones o desarrollando fobias y miedos irracionales.

Eva, 18 años, rebotada contra el mundo. Carta a su padre (tras su ingreso en una comunidad terapéutica):

...”En realidad no me importa dónde estés ni lo que hagas... por mí como si te quedas ahí... Sólo espero que de una vez por todas me dejes en paz... Supongo que me alegro de que lo estés dejando, pero en el fondo me da igual..”. Al cabo de un mes y medio, escribía en su diario: “Tengo ganas de ver a mi padre.. Por favor no se lo digas a nadie, soy muy orgullosa para reconocer esto, así que sólo te lo digo a ti....”

Rabia, hostilidad y resentimiento. Las mentiras, las promesas rotas, los mensajes ambiguos, el rechazo, la traición, la decepción, la frustración, el daño físico y moral son frecuentes en el hogar de un alcohólico. Ante esta situación muchos hijos acaban desarrollando un sentimiento de rabia y odio intenso contra uno o ambos padres. Pero detrás de este odio siempre hay dolor y tristeza, por el daño recibido y porque no es fácil para nadie entender que un hijo pueda odiar a un padre y se sienten mal consigo mismos por ello.



Patrón A de personalidad. Muchos niños de familias con problemas de alcohol crecen deprimida y toman responsabilidades adultas desde muy jóvenes (cocinar, cuidar a sus hermanos, poner la lavadora o ayudar a uno de sus padres cuando bebe demasiado). Se ven obligados desde muy pequeños a responder a las necesidades de los adultos que les rodean actuando con falsa madurez. En ocasiones sirven de “bastón de apoyo” del progenitor no-alcohólico, cubriendo

necesidades físicas y emocionales que van más allá de sus capacidades (por ejemplo, cuando actúan de confidente del progenitor no-alcohólico). Estos niños suelen adoptar un patrón de personalidad marcado por el estrés y la tensión emocional. Viven con la sensación de tener que hacer muchas cosas en poco tiempo y orientados hacia el logro. Son perfeccionistas, competitivos, agresivos, necesitan controlarlo todo. Pretenden ser inmunes a la fatiga física y mental, pero no es así. Este tipo de personas tiene más riesgo de accidentes cardiovasculares y es más fácil que desarrollen trastornos obsesivo-compulsivos y adicciones a sustancias, al trabajo, al sexo o al juego. A pesar de su logro en la vida, en el fondo tienen muy baja autoestima y se sienten inseguros de su capacidad para conseguir sus metas.

Psicopatología en los hijos de alcohólicos

Como consecuencia de las dificultades que viven en su hogar, y probablemente debido también a cierta predisposición constitucional, los hijos de alcohólicos pueden desarrollar diferentes tipos de trastornos. Algunos tienen dificultades de autocontrol, déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, agresividad, baja tolerancia a la frustración y desinhibición. Otros presentan dificultades en las relaciones sociales que, ligadas al déficit de autocontrol, podrían ocasionar problemas de disciplina, conductas antisociales, delincuencia y abuso de sustancias adictivas. Por último, otro grupo tiende a tener baja autoestima y a sufrir reacciones de ansiedad y depresión relacionadas con el neuroticismo o la inestabilidad emocional. En la figura siguiente se muestra cuáles son los trastornos que aparecen con mayor frecuencia en una muestra española de hijos de alcohólicos cuyos padres están en tratamiento.



Presencia de psicopatología y diagnósticos más prevalentes en la muestra del estudio epidemiológico del Programa ALFIL.

Algunos autores han sugerido la existencia del **Síndrome ACOAs** (*Adult Children of Alcoholics*), que constituiría un patrón de personalidad observado con frecuencia entre los hijos de alcohólicos adultos que acuden a la consulta de salud mental y que tendría las siguientes características.

Características de personalidad frecuentes en los hijos de alcohólicos adultos (ACOAs)

- Tendencia a asumir las responsabilidades de los otros debido a un **sentido exagerado de responsabilidad** sobre las cosas y preocupación por los demás, olvidando las propias necesidades y llegando a sentirse culpables cuando se preocupan por sí mismos.
- **Autoexigentes y perfeccionistas.** No se permiten errores. Suelen juzgarse a sí mismos muy duramente. Se culpan por todo y muestran baja autoestima. Tienen dificultad para relajarse, divertirse y pasarlo bien. Pensamientos obsesivos y conductas compulsivas.
- Gran **necesidad de control** de todo para sentirse seguros. Ansiedad extrema cuando temen perder el control o cuando tienen que aceptar que hay cosas impredecibles.
- Tendencia a establecer **relaciones dependientes** con los demás, especialmente con el otro sexo. Son extremadamente fieles y leales, aunque sea inmerecido. Suelen confundir el amor con la lástima y es fácil que se enamoren de personas que esperan que alguien las “salve” de una situación difícil. Pueden llegar a casarse con alcohólicos (podría aplicarse el refrán de “más vale lo malo conocido...”).
- Buscan la **aprobación de los demás** constantemente. Pueden llegar a perder la propia identidad y la capacidad para decidir por sí mismos. Se muestran muy sensibles ante las críticas y el enfado de los demás. Temor a las figuras de autoridad y miedo extremo al abandono. Pueden comportarse como víctimas, buscando compulsivamente amistades que cubran la sensación de abandono emocional por parte de la familia.
- Sentido de realidad distorsionado y **poca confianza en sí mismos.** Conjeturas continuas sobre lo que es “normal”, fruto de un sistema familiar inconsistente y lleno de dobles significados.
- **Falta de flexibilidad.** Sus límites son demasiado rígidos o, por el contrario, demasiado débiles. Pensamiento extremista, dicotómico (“todo o nada”).
- Uso de la **negación** como mecanismo de defensa básico (ej: negación de los sentimientos relacionados con una infancia traumática). Pueden acostumbrarse a mentir por sistema para evitar conflictos, cuando podría ser más sencillo decir la verdad (“no hablar”).
- **Falta de confianza en los demás**, por lo que no suelen ser sinceros (“no confiar”).
- **Dificultad para reconocer y expresar sentimientos y emociones** (ej: el resentimiento intenso hacia el progenitor alcohólico, la tristeza, la rabia...) por temor a sufrir, a descontrolarse o a hacer daño a los demás. Dificultades para hablar de sí mismos y para expresar sus necesidades (“no hablar”).
- **Pensamiento pesimista y depresivo.** Dificultad para imaginarse un futuro feliz y dar los pasos necesarios para llegar a conseguirlo. También les cuesta seguir los proyectos hasta el final.
- **Dificultad para mantener amistades íntimas**, establecer compromisos personales, negociar y, en general, para “funcionar” en grupo. Tendencia al aislamiento social y emocional (“no sentir”). Sensación de soledad.

En realidad, este patrón de respuestas al alcoholismo familiar ocurre también en otras personas que han estado expuestas durante la infancia a otro tipo de familia disfuncional. Quizás lo que une a estas personas es que identifican como origen de sus problemas psicológicos algo que ocurrió durante su infancia en el seno familiar. En los libros sobre el tratamiento de los ACOAs, los autores suelen citar el caso de pacientes que, sin ser hijos de alcohólicos, se identifican con las descripciones que suelen hacerse de ellos y que acuden a los grupos de terapia específicos para ACOAs diciendo “yo también necesito tratar mi infancia”. El poder nombrar su problema como “síndrome ACOA” e identificarse con otras personas a las que les han pasado cosas similares en la infancia parece ser importante en la recuperación de estas personas. Este sería un ejemplo de cómo una etiqueta, lejos de ser estigmatizante, tiene cosas positivas: confirma la idea de que algo va mal en la propia vida, permite identificarse con personas que comparten problemas similares y ayuda a entender que el origen de los problemas actuales puede encontrarse en el pasado.

2.3. DIFICULTADES ESCOLARES

“Cuando mis notas escolares disminuyeron, ningún profesor me preguntó si tenía algún problema en casa. Simplemente asumieron que me había convertido en una mala estudiante, en una de esas niñas perezosas que nunca llegarían a nada. A decir verdad, tampoco sé qué hubiera respondido si alguien se hubiese atrevido a preguntármelo. Para entonces yo ya había aprendido a ocultar muy bien lo que pasaba en casa. ¿Qué dirían mis amigas si supieran mi padre era un borracho?. Para ellas, igual que en mi fantasía, mi familia era tan idílica como las que aparecían en algunas series televisivas.”

Basado en Robinson y Rhoden, 1998.

Varios estudios han demostrado que, por lo general, los hijos de alcohólicos muestran peores notas escolares y en tests cognitivos que sus compañeros de familias sin problemas de alcohol. También presentan mayor absentismo escolar, más cursos suspendidos, más cambios de escuela, más repeticiones de curso y más necesidad de clases de refuerzo o de atención por parte del psicólogo escolar. Sin embargo, no todos los hijos de alcohólicos tienen problemas en la escuela. Precisamente algunos encuentran allí un lugar seguro y una figura de referencia en la que poder confiar, y hasta se quedan horas extra después de las clases para no volver a casa tan pronto. Otros se centran en sacar buenas notas y ser estudiantes modelo, con la ilusión de poder salvar a su familia del desastre.

Es difícil saber hasta qué punto el bajo rendimiento y los problemas de adaptación en la escuela pueden ser debidos a factores constitucionales o ser consecuencia del ambiente familiar.

Factores que pueden afectar al rendimiento escolar de los hijos de alcohólicos

- Falta de un clima de estudio adecuado. Dificultades para concentrarse en casa
- Desatención por parte de los padres a los deberes escolares. Poco apoyo y supervisión
- Poca valoración y reconocimiento por parte de los padres del esfuerzo escolar. En cambio son frecuentes los castigos por malas notas
- Falta de comunicación y colaboración entre la familia y la escuela
- Expectativas excesivamente altas de logro escolar por parte de los padres, claramente por encima de las posibilidades del niño
- Cansancio y somnolencia durante las clases. A veces han pasado la noche sin dormir por problemas en casa
- Absentismo escolar frecuente: porque los padres no se despiertan a tiempo, porque se quedan en casa a acompañar a mamá, porque están cansados si no han dormido bien, etc.
- Cambios frecuentes de escuela
- Excesivas ensoñaciones y fantasías durante las clases
- Exceso de preocupación por problemas familiares que dificultan la concentración
- Problemas de atención y comportamiento (hiperactividad, impulsividad, etc.)
- Menor capacidad cognitiva (posible vulnerabilidad psicobiológica)
- Afectación del sistema nervioso por el alcohol durante el embarazo

Los maestros deben ser capaces de detectar que detrás de un niño con bajo rendimiento escolar, o de un niño que miente, se pelea con frecuencia, o se aísla de los demás, puede haber una familia con problemas de alcohol o alguna otra situación de riesgo. Si el niño viene tarde o desaliñado por las mañanas, sus padres apenas acuden a las reuniones durante el curso y muestran un comportamiento extraño cuando vienen a buscarlo, las sospechas aumentan. En el capítulo 4 se ofrecerán algunas estrategias para poder abordar a estas familias.

2.4. MODELOS DE VULNERABILIDAD Y DE RESISTENCIA

Existen varios **modelos teóricos de vulnerabilidad** que pretenden explicar porqué los hijos de alcohólicos tienen mayor probabilidad de sufrir consecuencias negativas que otros niños. En general se acepta que su vulnerabilidad se debe a una serie de interacciones complejas entre tres tipos de factores de riesgo asociados al alcoholismo paterno:

1. Los efectos biológicos del alcohol sobre las células germinales de los padres y sobre el feto en desarrollo, cuando las madres consumen alcohol durante el embarazo.
2. La transmisión genética de factores de vulnerabilidad para el alcoholismo y otros trastornos relacionados con él.
3. Las influencias de un ambiente familiar alterado por el alcoholismo paterno.

En 1991, Keneth Sher propuso tres vías diferentes para explicar de qué modo la existencia de antecedentes familiares de alcoholismo puede incrementar la probabilidad de que se produzcan consecuencias negativas en los hijos, que en ocasiones pueden dar lugar a problemas con el alcohol u otras drogas. De forma simplificada, la **vía de la predisposición a la desviación social** plantea como hipótesis que el consumo abusivo de alcohol de los padres originaría una conducta de cuidado paternal deficiente que, en interacción con factores genéticos, podría llevar al desarrollo de disfunciones cognitivas y de la personalidad en los hijos, que a su vez conducirían al fracaso escolar, la conducta antisocial y la relación con grupos desviados en los que se consumen drogas. La **vía del afecto negativo** sugiere que, debido a razones genéticas y del ambiente familiar, los hijos de alcohólicos tendrían dificultades para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de estrés (bastante habituales en los hogares de los alcohólicos), mostrando síntomas de ansiedad o depresión frente a ellas. Si descubren por propia experiencia que el alcohol alivia momentáneamente su malestar emocional, pueden habituarse a tomar alcohol con este objetivo y acabar teniendo problemas. Por último, la **vía del refuerzo aumentado** propone que los factores familiares influyen en el desarrollo de una respuesta farmacodinámica cerebral particular al etanol que produce mayor reforzamiento y favorece las expectativas positivas, aumentando la probabilidad de consumo abusivo. Las tres vías interaccionarían entre sí para determinar el riesgo particular de cada persona, en función de los factores concretos que intervengan, así como de su intensidad.

Más recientemente se ha venido dando más énfasis a los **modelos de protección** que explican cómo determinados factores personales y ambientales permiten contrarrestar los factores de riesgo debidos al alcoholismo paterno. Estos modelos nos dan pistas sobre qué características se deben reforzar en los programas preventivos. Entre los factores de protección en los hijos de alcohólicos destacaría la capacidad de aceptación o reacción ante las situaciones adversas (**resiliencia**), que permitiría explicar cómo algunos de ellos no sólo sobreviven sino que se fortalecen ante el desafío al que se enfrentan en su familia. Desarrollan una gran capacidad de adaptación, como si el hecho de vivir en un ambiente familiar de riesgo les permitiese desarrollar recursos que otros niños no necesitan. Sería algo parecido a la capacidad de adaptación al entorno tan importante para la supervivencia de las especies según la teoría de la evolución de Darwin. Los chicos “resistentes” suelen tener un temperamento apacible, éxito escolar, buenas habilidades sociales y capacidad para atraer a otros, sentimientos positivos hacia sí mismos y hacia los demás y cierto sentido de independencia y necesidad de separarse emocionalmente del ambiente familiar estresante. Esta independencia les permite buscar fuentes de apoyo exteriores (un vecino, un amigo, un maestro). Sin embargo hay que tener cuidado a la hora de poner la etiqueta de “resistente” a los hijos de alcohólicos. En ocasiones los “héroes” pueden parecer niños resistentes, pero es necesario averiguar si la ausencia de problemas es aparente o real y mantenerse vigilante por si en algún momento se destapa alguna vulnerabilidad escondida.

2.5. ¿DEBEMOS INTERVENIR?

Algunos autores se muestran contrarios a generalizar las intervenciones preventivas para los hijos de alcohólicos, argumentando que no todos desarrollan trastornos importantes, que sus problemas son demasiado heterogéneos para plantear un tipo de intervención común y que, en el fondo, presentan problemas de adaptación similares a otros niños que han vivido experiencias traumáticas en la infancia, por lo que no requerirían ningún tipo de intervención específica o diferenciada. Además, precisamente las familias que más lo necesitan suelen negarse a participar en los programas preventivos existentes. Por último, se ha llegado a plantear que la intervención indiscriminada en esta población podría tener efectos contraproducentes relacionados con el etiquetaje.

Sin embargo utilizar la etiqueta de “hijos de alcohólicos” también puede tener efectos positivos. De hecho, más que de poner etiquetas, se trata de identificar a personas subsidiarias de ayuda, procurando no utilizar ningún término o etiqueta en sentido peyorativo.

El etiquetaje de los “hijos de alcohólicos”	
Efectos negativos	Efectos positivos
<ul style="list-style-type: none"> • Perpetuación de las conductas inapropiadas por desresponsabilización de las propias faltas (echar la culpa de todo al alcoholismo paterno) • Autocumplimiento de la profecía: manifestación inconsciente de los trastornos que se supone que tienen los hijos de alcohólicos • Los profesionales pueden tener estereotipos (niños problemáticos, etc.) y tratarlos de acuerdo con ellos • Los compañeros y el entorno en general pueden marcarle con el estigma del alcoholismo, dificultando su proceso de socialización 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden sentirse diferentes a los demás • Les permite identificarse con otros chicos con problemas similares en su familia. Dejar de sentirse “un bicho raro” • Les permite reconocer el posible origen de sus problemas: el alcoholismo en la familia • Al hablar de ellos como un “grupo de riesgo”, los profesionales pueden conseguir más recursos para proporcionarles asistencia

Según estimaciones realizadas en diversos países, los hijos de alcohólicos constituyen entre un 10 y un 20% de los menores de edad, un grupo de riesgo lo suficientemente numeroso como para plantearse si vale la pena generalizar actuaciones preventivas específicas. Por otro lado, la atención socio-sanitaria a los trastornos que sufren estos niños supone un gasto considerable. Por poner sólo un ejemplo, los hijos de alcohólicos constituyen entre el 10 y el 30% de las consultas de paidopsiquiatría. Definitivamente, vale la pena prevenir. De todos es sabido que los programas preventivos selectivos son, por lo general, más efectivos y rentables que los que se dirigen a la población general.

Autores como Claudia Black o Margaret Cork opinan que, aunque no muestren síntomas aparentes, “todos los hijos de alcohólicos sufren”. Todos están en riesgo y se les debe atender antes de que se desarrollen problemas graves. Por lo tanto, todos necesitarían algún tipo de intervención, aunque no necesariamente una psicoterapia. Debemos recordar que la intervención preventiva incluiría tres niveles: la prevención primaria, con actuaciones para evitar que aparezcan los problemas, la secundaria, que consistiría en la intervención precoz ante los primeros síntomas y la terciaria o tratamiento de los problemas ya desarrollados (véase el capítulo 3).

Estas autoras también alertan del error común de dejarse engañar por los “héroes”, que parecen desenvolverse bien a pesar del ambiente familiar de riesgo, o por los “niños olvidados”, que nunca llaman la atención sobre sus necesidades y su malestar interno. Como decíamos en el apartado anterior, tras la apariencia de “**niños resistentes**” puede esconderse la semilla de futuros problemas. De hecho, los héroes suelen acabar teniendo problemas de obsesión por el logro, ansiedad, depresión y baja autoestima durante la adolescencia o en la edad adulta, que es cuando suelen acudir a la consulta del médico o del psicólogo. Deberíamos plantearnos si vale la pena actuar antes para evitar que se desarrolle este patrón de personalidad.

Las dificultades de los profesionales para intervenir

Con frecuencia, tanto en las visitas individuales como en los grupos de terapia, los alcohólicos y sus familiares expresan su preocupación y su sentimiento de culpabilidad sobre las repercusiones que el alcoholismo ha podido tener en sus hijos, sus dudas sobre la posible heredabilidad del trastorno y sus dificultades para hablarles de su enfermedad. Pero los profesionales que les atienden no tienen demasiado tiempo para tratar estos temas, y a veces no se sienten lo suficientemente preparados para hablar de los jóvenes de la familia.

Algo similar ocurre en los centros de atención a la infancia o en la escuela cuando se detecta un niño cuyos padres tienen problemas con el alcohol. En la mayoría de ocasiones no saben cómo abordar un tema tan escabroso. Las dificultades con las que se encuentran tienen relación, principalmente, con el hecho de que los padres niegan su abuso de alcohol u otros tóxicos o la existencia de trastornos en sus hijos, debido a sentimientos de culpabilidad y/o vergüenza. A veces se muestran agresivos y rehúsan cualquier tipo de intervención. Los niños, por su parte, suelen tener miedo de hablar de los problemas de sus familias por temor a que sus padres se enfaden, y algunos de ellos presentan problemas de conducta importantes que requieren atención específica en la escuela. Otra dificultad consiste en tratar de explicar a los niños pequeños algunos temas relacionados con el alcoholismo familiar sin ofenderles, sin culpabilizar a sus padres y sin alarmarles en exceso con respecto a los factores de riesgo hereditarios. En general, los profesionales temen perder el tiempo sin conseguir resultados positivos. Sus demandas concretas consisten en material educativo específico para familias, formación, asesoramiento y apoyo por parte de expertos. También denuncian que, en general, existe una falta de cooperación y coordinación entre los servicios comunitarios que están implicados en estos casos.

Una respuesta posible

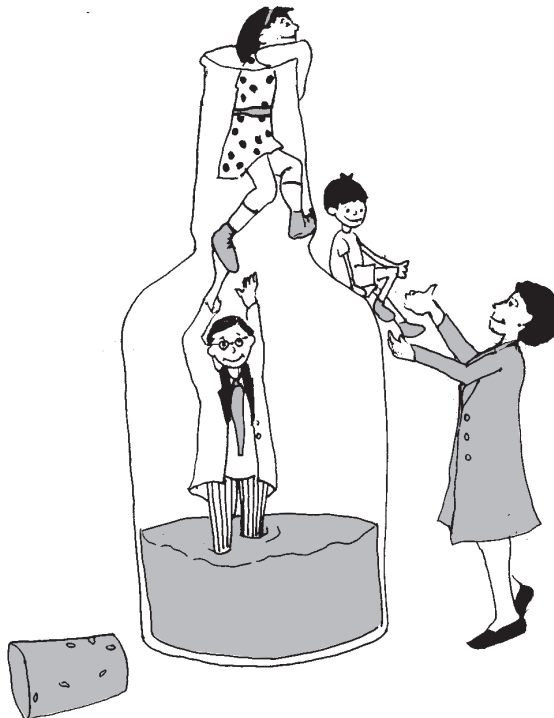
En nuestra opinión, no sería razonable defender que todos los hijos de alcohólicos tengan que hacer una psicoterapia. Sin embargo, la amplia demanda social de atención, la tendencia a la negación y al ocultamiento de problemas en estas familias, el sufrimiento constatado de los familiares y los recientes avances sobre el desarrollo de estrategias preventivas para familias de alto riesgo, justifican la elaboración de un plan de prevención generalizado, del que hablaremos extensamente en el capítulo 4 de esta guía.

A la hora de plantear qué tipo de intervención deberían recibir los hijos de alcohólicos hemos de tener en cuenta los argumentos que plantean los detractores de la intervención generalizada, con objeto de no alarmar ni estigmatizar a los alcohólicos y a sus familias. No todos los hijos de alcohólicos presentan problemas importantes; por lo tanto, no puede justificarse una intervención terapéutica indiscriminada en esta población. Sin embargo, la mayor parte de los trabajos realizados hasta el momento han demostrado que los hijos de alcohólicos pueden beneficiarse de una intervención preventiva de tipo educativo, que podría ser más intensa en el caso de jóvenes que presentasen un número significativo de factores de riesgo relacionados con la

historia familiar del trastorno. Además, si bien es cierto que muchas de las consecuencias que sufren los hijos de alcohólicos no son diferentes de las que sufren los niños expuestos a otras experiencias traumáticas en la infancia, no podemos olvidarnos que existen al menos dos consecuencias del alcoholismo familiar que son específicas: los efectos del alcohol consumido por la madre gestante sobre el feto y la posible transmisión genética de factores de vulnerabilidad para el alcoholismo. Teniendo en cuenta estas peculiaridades, creemos que los programas preventivos para hijos de alcohólicos tendrían principalmente 4 funciones:

1. Educar a los niños y a las familias sobre el alcoholismo y ofrecerles estrategias de enfrentamiento a su situación familiar.
2. Educar a los jóvenes sobre los efectos del alcohol y el riesgo relacionado con la historia familiar de alcoholismo.
3. Permitir la detección precoz de los niños con mayor riesgo para derivarlos hacia intervenciones más intensas.
4. Tener registros confidenciales que permitan un seguimiento de todos los niños en función de su grado de riesgo de tener problemas en el futuro.

En definitiva, no sólo es necesario ofrecer asistencia a los familiares de los alcohólicos cuando la solicitan, sino que se debe procurar una actitud preventiva activa de las consecuencias del alcoholismo sobre toda la familia, independientemente de si el alcohólico hace o no tratamiento.



3. PROGRAMAS PREVENTIVOS PARA HIJOS DE ALCOHÓLICOS

Decíamos unas páginas atrás que algunas personas creen que cuando un padre alcohólico trata su dependencia, automáticamente sus hijos se recuperan y todo en casa empieza a funcionar mejor. Ya hemos visto que a veces no es tan fácil. Del mismo modo, a veces se asume que si el padre no recibe tratamiento, no hay esperanza para sus hijos. Hoy sabemos que los niños de familias con problemas de alcohol pueden recuperarse independientemente de lo que hagan sus padres, siempre que se les proporcione programas específicos para ellos.

A la hora de hablar de intervenciones con los hijos de alcohólicos es más adecuado hablar de prevención que de tratamiento, ya que la prevención es un concepto más amplio que incluye tres tipos de intervenciones con estos niños:

1. **Prevención primaria.** Estaría dirigida a todos los hijos de alcohólicos, dondequiera que se encuentren. Sería la verdadera prevención, que pretende evitar los problemas antes de que aparezcan. Se basa principalmente en la información y se puede llevar a cabo a través de actuaciones comunitarias generalizadas (escuelas de padres, grupos de jóvenes, charlas informativas, educación durante el embarazo, mensajes en TV y radio, etc.) o de actuaciones escolares (programas curriculares específicos para hijos de alcohólicos, programas de educación sobre el alcohol, etc).
2. **Prevención secundaria.** Estaría dirigida a los hijos de alcohólicos en los que se identifican los primeros síntomas de problemas (cognitivos, emocionales, físicos, conductuales, uso de drogas...) y su objetivo sería la intervención precoz para evitar la progresión de los trastornos. Las intervenciones estarían dirigidas especialmente a motivar cambios en la familia y a enseñar estrategias de afrontamiento y desarrollo saludable. Las intervenciones podrían realizarse en forma grupal o individual en las escuelas, en los centros de atención socio-sanitaria infanto-juvenil y en los centros de tratamiento del alcoholismo desde una perspectiva familiar.
3. **Prevención terciaria.** Tiene lugar cuando se diagnostican problemas relacionados con el alcoholismo familiar en los hijos y consiste en el tratamiento de esos problemas para conseguir su curación. En este caso serían apropiados los programas terapéuticos dirigidos a familiares de alcohólicos, sea individualmente, en grupo o bien a través de terapia familiar. Algunas de estas intervenciones podrían hacerse en los centros de tratamiento del alcoholismo y otras en centros de salud mental y atención a familias.

Hace más de tres décadas, en los **Estados Unidos**, la obra "*The forgotten children*" [Los niños olvidados] (Cork, 1969) inició el movimiento **Hijos de Alcohólicos** (*Children of Alcoholics*) que pronto dio lugar a numerosas publicaciones sobre este tema, principalmente descripciones clínicas y autobiografías (algunas de ellas se citan en el capítulo de recursos y materiales). Paralelamente se extendieron los grupos de autoayuda de Alanon y Alateen, derivados de Alcohólicos Anónimos, así como los grupos de psicoterapia para los hijos de alcohólicos adultos (ACOAs – *Adult Children of Alcoholics*) (Vanicelli, 1989).

En los últimos años, el abordaje de los hijos de alcohólicos en Estados Unidos ha ido decantándose hacia los **grupos psicoeducativos** que se realizan en centros de tratamiento del alcoholismo, escuelas, institutos y universidades. En el cuadro siguiente podemos encontrar algunos ejemplos de estos programas.

Programas para hijos de alcohólicos y jóvenes en familias de riesgo en Estados Unidos

PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA FAMILIA:

- *Alanon – Alateen – Alatot*. Grupos para familiares relacionados con Alcohólicos Anónimos
- *An elephant in the living room* (Typpo y Hastings, 1984). Manual para el líder y libro de actividades para hijos de alcohólicos de 7 a 12 años
- *SFP: Strengthening Families Program* (Kumpfer et al., 1996). Programa para familias (hijos y padres) en las que hay problemas de abuso de drogas. Niños de 6 a 12 años
- *Focus on Families* (Catalano et al., 1997). Programa para drogodependientes en tratamiento con metadona y sus hijos. Adaptado a otras drogodependencias
- *Opening and closing Pandora's Box*. (Children of Alcoholics Foundation, 1998). Manual para profesionales de la salud que trabajan con niños y adolescentes de familias con problemas de alcohol

PROGRAMAS DIRIGIDOS A LA ESCUELA:

- *CASPAR: Cambridge and Somerville Program for Alcoholism Rehabilitation* (Davis et al, 1994). Incluye un programa para hijos de alcohólicos (grupos psicoeducativos) desde preescolar hasta 16 años
- *ESCAPE: Enhancing Social Competence and Personal Efficacy* (Nastasi y DeZold, 1994). Currículum escolar para hijos de alcohólicos
- *SMAAP: Stress Management and Alcohol Awareness Program* (Roosa et al, 1990). Actividades escolares en grupo para hijos de alcohólicos que se autoidentifican como tales
- *CAP: Children are people (Kids are special)*. Grupos de apoyo para hijos de alcohólicos de 5 a 12 años
- *STAR: Students Together and Resourceful* (Emshoff, 1990). Grupos psicoeducativos para estudiantes hijos de alcohólicos
- *Discovery kit*: (1992). Materiales para trabajar con hijos de alcohólicos de 10 a 15 años

Programas americanos para hijos de alcohólicos



En la **Unión Europea**, la atención hacia los hijos de alcohólicos ha sido mucho menos intensa que en los Estados Unidos. Sin embargo, en la última década, varias organizaciones entre las que se encuentran EUROCARE y COFACE han señalado la necesidad de poner en marcha y generalizar diversas estrategias preventivas específicas para este grupo de alto riesgo, como se recoge en su informe para la Comisión Europea: *Alcohol Problems in the Family* (1998). Países como Finlandia, Suecia, Italia y España han desarrollado intervenciones específicas al respecto, algunas de ellas con casi dos décadas de tradición.

Programas para hijos de alcohólicos y jóvenes en familias de riesgo en Europa

- *Alanon – Alateen – Alatot*. Grupos para familiares relacionados con Alcohólicos Anónimos
- *A Fragile Childhood* (A-Clinic Foundation – Finland, 1986). Actividades y materiales específicos para hijos de alcohólicos de todas las edades
- *Children are people too (Help for children)* (Ersta Vandpunkten – Sweden, 1989). Grupos para hijos de alcohólicos de 6 a 17 años
- *KOALA: Kinder ohne der schädlichen Einfluss von Alkohol und anderen Drogen e.V.* (Kölnh. Germany). Programa para niños de familias con problemas de alcohol
- *Care and therapy for addicts and their children* (Drogenhilfe Tannenhof. Horst Bromer – Berlin – Germany). Programa para niños con déficit de atención e hijos de drogadictos
- *Family aid* (Italian Association of Alcoholics' Clubs). Actividades para familiares de alcohólicos (hijos a partir de 6 años)
- *The Butterfly* (Järvenpää Addiction Hospital – Finland). Programa para hijos de adictos
- *Alcohol and teratogeneity* (Egmont Foundation – National Health Council- Denmark). Prevención en alcohólicas embarazadas
- www.drankjewel.nl. Página web del Trimbos Institute para hijos de alcohólicos. Netherlands
- *ENCARE: European Network for Children Affected by Risky Environments – Alcohol Group* (European Commission DG SANCO. Public Health)

Programas europeos para hijos de alcohólicos



En España existen desde hace años grupos para familiares de alcohólicos de Alanon y Alateen. Además, se han ido realizando experiencias puntuales de prevención y asistencia a los hijos de alcohólicos desde asociaciones de alcohólicos rehabilitados y otras organizaciones sin ánimo de lucro. Contamos también con algunos estudios epidemiológicos y sobre factores de riesgo psicobiológicos en los hijos de alcohólicos. Desde 1997, el Programa ALFIL intenta sistematizar toda esa información para ofrecerla a los profesionales que trabajan en este campo.

Programas para hijos de alcohólicos y jóvenes en familias de riesgo en España

- Alanon – Alateen - Famanon. Grupos para familiares de Alcohólicos Anónimos
- Programa ALFIL (Socidrogalcohol - PND). Grupos psicoeducativos para hijos de alcohólicos
- Atención a Hij@s de Alcohólic@s (Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid). Programa basado en “An elephant in the living room”
- Programa de detección precoz y prevención en hijos de alcohólicos (AEPA- Alicante). Atención individual a hijos de alcohólicos a partir de 6 años
- Programa de prevenció per infants i joves (Àmbits Esport - Barcelona). Actividades deportivas para hijos de drogodependientes en tratamiento
- Programa preinfant (ABD – Asociación Bienestar y Desarrollo). Apoyo durante embarazo y primeros años de niños en familias alcoholismo o drogodependencia y/o maternidad prematura.
- Programa IRISAR (Ayuntamiento de Zaragoza): espos@s de alcohólicos y sus hijos
- Red Nacional para los Hijos de Alcohólicos RENHA (Socidrogalcohol) (en construcción)

Programas españoles para hijos de alcohólicos



3.1. ¿SON ÚTILES LOS PROGRAMAS?

En la actualidad disponemos de algunos datos sobre el diseño, la experimentación y la evaluación de programas específicos para hijos de alcohólicos. Los datos proceden principalmente de los programas que se realizan en Estados Unidos, aunque también en nuestro país se han realizado evaluaciones de este tipo de experiencias (Díaz y Ferri, 2002, Díaz et al, 2004).

En general, los programas para hijos de alcohólicos son bien aceptados por los participantes (tanto padres como hijos), que valoran muy positivamente haber asistido a las sesiones y haber trabajado junto con otras personas con problemas similares.

La efectividad de los programas para hijos de alcohólicos

Los datos sobre las evaluaciones de resultados de diferentes programas indican que es posible conseguir cambios positivos en diferentes factores que incrementarían la protección y disminuirían el riesgo en los hijos de alcohólicos, aunque en cada programa se tienen en cuenta diferentes indicadores, por lo que resulta difícil la comparación. En diferentes estudios, entre los que se incluye el del Programa ALFIL, se ha demostrado que tras la realización de grupos psicoeducativos se producen cambios en la familia (mayor diálogo entre los miembros, mejor relación entre hermanos, más claridad de las reglas familiares o más contactos sociales). También se han detectado cambios en los niños (más conocimientos sobre el alcohol y el alcoholismo, menor consumo, aumento de la autoestima, disminución de los síntomas depresivos, mayor aceptación de sí mismos, mejores notas escolares, menos problemas de conducta e impulsividad, más habilidades para expresar emociones o para pedir ayuda y atención cuando lo necesitan, más uso de estrategias de afrontamiento emocionales o centradas en el problema o mejor adaptación a la clase). Algunos elementos que resultan efectivos en los grupos con hijos de alcohólicos son similares a los que funcionan en los programas de prevención de drogas universales: a) utilización de otros jóvenes como facilitadores, b) monitorización del programa por sus creadores a través de formación, asesoramiento y seguimiento, c) sesiones de refuerzo o revisión, d) tareas para casa con el fin de extrapolar lo aprendido a la vida cotidiana. Sin embargo, aún hacen falta más datos de evaluación para continuar optimizando este tipo de programas.

En general, las intervenciones psicoeducativas para los hijos de alcohólicos y para sus padres podrían tener una serie de beneficios para ambos:

- Disminuir el alto coste del tratamiento médico y psicológico en los hijos de alcohólicos *a posteriori*, una vez se presentan los problemas.
- Mayor rentabilidad de la prevención, debido a que estaría dirigida a un segmento de la población en el que, supuestamente, hay mayor número de individuos que desarrollarían trastornos en ausencia de intervención.
- Conocer los factores de riesgo específicos en los hijos de alcohólicos permitiría:
 - o La detección precoz de los casos de mayor vulnerabilidad, y por tanto la posibilidad de intervención lo antes posible, lo cual es más efectivo.

- o La intervención sobre factores de riesgo propios de cada familia que pueden ocasionar hábitos alcohólicos en los hijos o recaídas en el consumo en los padres.
- El simple hecho de agrupar niños (y también padres) con experiencias similares facilita la identificación entre ellos y la disminución del aislamiento y la negación, lo que es terapéutico en sí mismo.
- Mejor pronóstico del tratamiento del progenitor alcohólico, debido a:
 - o Mayor adherencia al tratamiento, ya que la familia está más implicada con el equipo de profesionales que lleva al paciente.
 - o Mejor acogida y comprensión del paciente en el hogar familiar.
- Repercusiones positivas en la dinámica familiar general, que contribuye a la reorganización familiar a través de la recuperación de las relaciones afectivas y la comunicación.
- Aunque no se consiga motivar al alcohólico para realizar un tratamiento adecuado, se produce un fortalecimiento de los recursos del resto de la familia para enfrentarse al estrés que produce el alcoholismo en el hogar.

Dificultades y soluciones a los problemas detectados

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

Problemas y soluciones adoptadas en el Programa ALFIL tras la prueba piloto	
Problemas	Soluciones
1. Dificultad para captar participantes (especialmente las familias de mayor riesgo)	1. Formación en técnicas motivacionales específicas para familias con problemas de alcohol
2. Algunos jóvenes no aceptan o dejan de asistir (especialmente los disociales)	2. Hacer grupos para niños más pequeños (7 a 11 años) para poder captar antes a los que tienen tendencias antisociales
3. Asistencia irregular	3. Seguimiento telefónico, incentivos, flexibilidad, improvisación, resumir sesiones anteriores
4. Dificultad para organizar grupos por edades	4. Buscar soluciones intermedias (tiempo de espera prudente mientras se realizan visitas individuales, grupos en los que los mayores enseñan a los pequeños, etc.)
5. Dificultad para "movilizar" al grupo	5. Dos terapeutas: uno dirige y otro supervisa y ayuda. Técnicas de dinamización de grupos. Buzón de dudas anónimas
6. Materiales no adaptados a los hijos de alcohólicos	6. Elaboración de material específico
7. Los padres piden mayor atención	7. Escuela para padres (más sesiones)
8. Falta de implicación de los profesionales que tienen que derivar a los chicos y a sus familias	8. Motivación de los motivadores. Coordinación y trabajo en red
9. Falta de continuidad de los programas	9. Buscar recursos continuados. Incorporar la asistencia a los hijos en los programas de tratamiento del alcoholismo

Sin duda se ha avanzado considerablemente, pero aún quedan algunas preguntas por responder: ¿Cómo conseguir la colaboración del personal de atención primaria?, ¿Cómo motivar a las familias más reacias?, ¿Cómo llegar a los que más lo necesitan?, ¿Cómo conseguir los recursos necesarios para la continuidad de los programas?. En el capítulo 5 de esta guía se ofrecen algunas estrategias para continuar avanzando en este campo.

3.2. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA INTERVENCIÓN CON HIJOS DE ALCOHÓLICOS

Si alguna cosa empieza a quedar clara en esta guía es que debemos intervenir activamente para prevenir el daño en los hijos de alcohólicos, pero ... ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Con quién? ¿Cómo?. Intentaremos ir respondiendo a estas nuevas preguntas en función de los resultados de la evaluación de programas que se han ido publicando y que nos indican las características óptimas que deben cumplir las intervenciones con los jóvenes de familias con problemas de alcohol para poder llevarse a cabo y ser efectivos.

Principios básicos de la intervención con hijos de alcohólicos

- Realizarse lo más precozmente posible
- Llevarse a cabo en **diferentes lugares**: principalmente en centros de tratamiento y asociaciones de alcohólicos rehabilitados, pero también en lugares más normativos como escuelas y centros juveniles
- Hacer un énfasis especial en los **niños más vulnerables**
- Dirigirse no sólo al niño sino también a **su entorno** (especialmente a la familia, pero también a la escuela si es preciso)
- Seguir un **abordaje integral e individualizado**: detección, evaluación, motivación, educación y terapia (en caso necesario)
- Procurar la **capacitación del sujeto** (estrategias de afrontamiento, habilidades sociales, etc.)
- Dirigirse **no sólo al riesgo de alcoholismo**, sino de otros trastornos asociados al alcoholismo paterno
- Tratar de disminuir los factores de riesgo, pero también aumentar los factores protectores, **reforzando los aspectos positivos** del funcionamiento del individuo y la familia
- Utilizar preferentemente **técnicas grupales**, sin olvidar la necesaria atención individual en algunos casos
- Hacer énfasis en el uso de **técnicas motivacionales**
- Realizar **intervenciones flexibles y dinámicas**, adaptadas a la edad de los participantes
- Ofrecer **información clave sobre el alcoholismo** adaptada a cada edad y teniendo mucho tacto con determinados temas
- **Advertir del riesgo**, pero de forma natural, sin alarmismo ni exageración
- Enseñar **estrategias contra el etiquetaje y el estigma**

¿Cuándo intervenir?

Uno de los principios básicos para que las intervenciones con los hijos de alcohólicos sean efectivas es **realizarlas lo más precozmente posible**. Para ello es necesario utilizar técnicas de detección precoz, que se explican en el capítulo 4 de esta guía. Sin embargo, hay que tener en cuenta que después de la detección suele ser preciso un trabajo motivacional durante cierto tiempo hasta que la familia está preparada para trabajar aspectos relacionados con el alcoholismo. La edad óptima en la que los niños están más receptivos para realizar tareas psicoeducativas sobre temas relacionados con el alcoholismo en la familia, siempre que no presenten problemas especiales, sería entre los 9 y los 13 años, aunque es posible realizarlas antes y también después.

Hay una serie de obstáculos que hacen difícil la detección precoz de los niños con padres alcohólicos, como la tendencia a la negación y a la subestimación de los problemas en estas familias y la falta de formación específica de los profesionales que están en contacto diario con estos niños. El punto en el que los profesionales deben estar más alerta a la hora de detectar los casos es el de los abusos físicos, psíquicos o sexuales, así como el de los comportamientos suicidas que pueden ocurrir en algunos de estos niños si viven bajo una fuerte presión ambiental.

¿Dónde intervenir?

Algunos autores han sugerido que el lugar óptimo para realizar actividades para los hijos de alcohólicos es un **centro de atención al alcoholismo**. Varios argumentos apoyan esta sugerencia. En primer lugar, los niños necesitan entender que el alcoholismo es una enfermedad que se puede tratar y no un problema moral de su familia. La identificación con el modelo de enfermedad desculpabiliza a toda la familia, les ayuda a identificar sus roles como un intento de adaptación a la enfermedad y les ofrece esperanza de cambio. Por otro lado, la posibilidad de trabajar en grupos de iguales es importante para todos los miembros de la familia, ya que les permite identificarse y apoyarse mutuamente. Además, al unificar el tratamiento de toda la familia en el mismo centro se reduce la negación del problema, aspecto crucial para la recuperación del niño y de su familia. A nivel práctico, la posibilidad de atender paralelamente a los padres y a los niños facilita que acudan todos en el mismo momento al centro. Se deduce de todo ello la necesidad de que los centros de tratamiento del alcoholismo estén capacitados para llevar a cabo un tratamiento integral de toda la familia, tanto en la modalidad individual como grupal, para facilitar la recuperación del sistema familiar al completo. Eso sí, los centros deben disponer de personal y lugares apropiados para los niños antes de poder incorporarlos a su rutina asistencial.

Otros autores son más partidarios de las intervenciones con los hijos de alcohólicos desde entornos más normalizados como **la escuela** o los centros de **ocio infanto-juvenil**. Estos lugares son idóneos para llegar a aquellos niños cuyos padres no realizan tratamiento. En el caso de la escuela, podría ser el lugar más apropiado para realizar intervenciones psicoeducativas, sea individualmente, en grupos pequeños homogéneos o en grandes grupos mezclando niños con diferentes tipos de riesgo o incluyendo la información sobre temas de alcohol y familia en los

programas universales de prevención de drogas. Una de las razones para defender este tipo de intervenciones es que todos los niños están escolarizados y pasan muchas horas al día en este entorno, por lo que es fácil acceder a ellos y realizar un seguimiento. Además, los maestros conocen bien a los niños y eso puede ser de gran ayuda a la hora de diseñar el mejor plan de intervención para cada niño. También hay que reconocer que la escuela es un entorno natural para los niños y en ella se pueden sentir más cómodos que en el centro de tratamiento de sus padres. Se debe recordar, sin embargo, que es muy importante evitar etiquetar este tipo de actividades con nombres que puedan estigmatizar a los niños que participan en ellas. Son apropiados nombres como “grupos para conectar a los jóvenes”, “grupos de habilidades para la vida”, “aprender a vivir”, “entre todos”, “vivir en familia”, “habilidades sociales”, etc.

¿Con quién intervenir?

En general, los profesionales que tratan el alcoholismo sólo responden a las necesidades del adulto, esperando que los hijos vayan mejorando su comportamiento a medida que el adulto mejore. En cambio, los profesionales que tratan a los niños, se centran casi exclusivamente en su bienestar sin considerar las dificultades que pueden estar teniendo sus padres en su lucha contra la enfermedad. Ni un extremo ni el otro. Lo óptimo es intervenir con **todos los miembros de la familia**, en diferentes momentos y con diferente intensidad y modalidad, dependiendo del lugar desde el que se realice la intervención, de los recursos y de la disponibilidad de la familia.

Los padres alcohólicos suelen tener dos tipos de reacciones para defenderse de sus sentimientos de culpabilidad hacia sus hijos. O bien expresan que la conducta problemática de éstos es la causante de todos los problemas de su casa (incluido el abuso de alcohol), o bien minimizan los problemas que su alcoholismo ha podido ocasionar a sus hijos: “mis hijos van muy bien en la escuela”, “yo nunca les he pegado”....

En el primer caso, los padres suelen ir a un servicio de salud mental infanto-juvenil y designar a uno de sus hijos como problemático. En un primer momento no es adecuado enfrentarse a la opinión de los padres, sino que hay que aceptar al niño como “cliente primario” e ir trabajando con él, aunque sin olvidar que en realidad es miembro de un sistema familiar disfuncional. Poco a poco se debe ir incorporando a la terapia a los familiares más receptivos.

También debemos tener especial precaución de no caer en la trampa de centrarnos únicamente en el hijo que los padres traen a la consulta en primer lugar (habitualmente, el “chivo expiatorio” o “niño problemático”), ya que esto sólo sirve para reforzar la negación familiar del alcoholismo. Es preferible evaluar a todos los niños de la familia y proporcionarles a todos educación básica sobre el alcohol y el alcoholismo. Habitualmente la familia tiende a no reconocer los problemas de los “heroes” y de los “niños perdidos” y con frecuencia los presentan como niños-modelo que no necesitan ayuda. Sin embargo, muchos de estos niños, empiezan a manifestar sus problemas internos después de unas sesiones con otros niños, cuando adquieren suficiente confianza en el grupo y con el terapeuta. Otros aspectos del abordaje sistémico del alcoholismo se tratan en el apartado 4.8. de esta guía.

¿Cómo intervenir?

Para cada niño de una familia con problemas de alcohol se debe diseñar un **plan de intervención integral e individualizado**, que incluiría la detección precoz, la evaluación del nivel de riesgo y de protección, la motivación, la participación en grupos psicoeducativos para padres y para hijos y, sólo en caso necesario, la realización de diversos tipos de intervenciones psicoterapéuticas más intensas. En general, el aspecto en el que se hace más hincapié es en los grupos psicoeducativos, especialmente los de preadolescentes.

Los programas preventivos para hijos de alcohólicos deben hacer énfasis en la **capacitación global** de los niños. Por ello, es esencial que incluyan el aprendizaje de habilidades para hacer frente a los problemas emocionales, para aumentar la autoestima y la autoeficacia, así como habilidades sociales para mantener relaciones de amistad y para enfrentarse a la presión de los compañeros y de la publicidad hacia el consumo de alcohol o de otras drogas. También suele incorporarse en estos programas el aprendizaje de estrategias para tomar decisiones, resolver problemas y mantener el autocontrol. Todos estos aprendizajes son útiles no sólo para enfrentar el riesgo de problemas con el alcohol sino de otros trastornos asociados con frecuencia al alcoholismo paterno; es decir, se trataría de hacer una prevención inespecífica. Pero además de enseñar a enfrentar factores de riesgo, también es importante **hacer énfasis en los aspectos positivos** del funcionamiento de los niños y las familias, para destacar y potenciar los factores de protección presentes en el niño y en su ambiente familiar.

El **trabajo en grupos** es la forma de abordaje más adecuada para los hijos de alcohólicos, ya que proporciona apoyo emocional, disminuye el aislamiento, potencia la socialización y la confianza en los demás, facilita la identificación con jóvenes que sufren problemas similares, la ruptura del silencio y la negación y el modelado de patrones de comportamiento saludables. El grupo proporciona también un lugar “familiar” en el que los miembros pueden experimentar y practicar las nuevas habilidades aprendidas y analizar cómo ha funcionado la aplicación de esas habilidades en el medio familiar. Por último, el grupo constituye “una nueva familia” en la que pueden revivirse las situaciones familiares conflictivas y los roles típicos que adoptan los niños ante ellas, para facilitar su abordaje terapéutico.

Las intervenciones grupales con hijos de alcohólicos pueden ir desde el grupo psicoeducativo de 8-10 semanas al grupo terapéutico de dos o tres años de duración. En general, es preferible que en enfoque inicial sea educativo, para evitar etiquetar a los niños como niños “patológicos” que precisan una psicoterapia.

Si deseamos llegar realmente a los que más lo necesitan y mantenerlos en los programas, el uso de **técnicas motivacionales** debe ser una práctica habitual (Rollnick & Miller, 2002). Los hijos de alcohólicos suelen ser pacientes involuntarios o “forzados”. Habitualmente acuden al centro debido a la presión de sus padres que están en tratamiento, o bien son derivados desde la escuela o desde el sistema judicial. Por otro lado, los jóvenes ven al terapeuta como una figura de autoridad que inicialmente parece similar a sus padres. Por consiguiente, pueden mostrarse tan resistentes a la intervención profesional como los alcohólicos que son enviados a tratamiento por

su empresa o por orden judicial. El terapeuta no debe sentirse decepcionado por la aparente falta de respuesta inicial de algunos jóvenes, sino que debe aceptar su distancia y su enfado como reacciones normales, respetarlas y entenderlas, y trabajar su motivación hasta vencer la resistencia inicial y conseguir desarrollar una relación de confianza. Pero es fácil que los agentes encargados de motivar y trabajar con estas familias se desmotiven debido a las dificultades que suelen encontrar. Por ello, una pieza clave para conseguir que realicen con éxito su tarea sería lo que podríamos llamar **metamotivación** o motivación de los motivadores, de la que podría encargarse un coordinador de zona de este tipo de intervenciones, como se apuntará en el capítulo 5.

Los adolescentes no se adaptan a esquemas rígidos porque están en pleno proceso constante y acelerado de transformación. Por ello, las intervenciones con jóvenes de riesgo deben ser **flexibles y dinámicas**, con actividades provisionales que puedan ir cambiando según el efecto que tengan en cada momento y en cada grupo, a través de un proceso de negociación continua. Además, los programas deben estar diseñados “en clave adolescente” porque los jóvenes tienen una lógica particular, cualitativamente diferente de la de los adultos. También hay que saber esperar y no reaccionar ante sus comportamientos provocativos y transgresores, propios de la edad, que desaparecerán por sí solos si no les damos mayor importancia.

En la intervención psicoeducativa con hijos de alcohólicos es imprescindible ofrecer **información básica** sobre el alcohol y el alcoholismo, adaptada a la edad de los jóvenes y nunca en formato de clase magistral. Para los chicos en edad de latencia (9-12 años) suele utilizarse el formato del grupo educativo en el que el educador explica algunos contenidos básicos y los niños realizan juegos y otras actividades grupales para discutir los contenidos de una forma más o menos estructurada. En cambio, los adolescentes responden mejor a un grupo en el que el educador es más un guía que un líder, en el que la información se ofrece de manera más improvisada, a medida que van surgiendo los diferentes temas en los debates del grupo.

Existen algunos temas fundamentales que no deben olvidarse en los programas educativos para hijos de alcohólicos: los mitos y la realidad en torno a los efectos del alcohol, el alcoholismo como enfermedad involuntaria que afecta a toda la familia y puede ser tratada con éxito, y los factores de riesgo que tienen los hijos de alcohólicos. También es necesario hablar, eso sí con **mucho tacto**, de temas delicados como la heredabilidad del alcoholismo, los efectos fetales del alcohol, los malos tratos, los efectos orgánicos del consumo crónico como la cirrosis, el cáncer, etc.

Información básica para los hijos de alcohólicos	
Mensaje clave	Importancia para la recuperación del niño
El alcoholismo es una enfermedad de la que nadie tiene la culpa, nadie la provoca conscientemente.	Despersonaliza la responsabilidad de la enfermedad y el caos familiar. Reduce la culpabilidad. Aumenta la capacidad para perdonar a los padres.
El alcoholismo es una enfermedad progresiva, que afecta a aspectos físicos, emocionales, de conducta, personalidad, etc.	Elimina la concepción moral del alcoholismo, ayuda al niño a identificar el alcoholismo como un proceso que ha afectado psicológicamente a toda la familia, lo que justifica la necesidad de ayuda de todos los miembros.
Los <i>blackouts</i> del alcohólico son un síntoma más de la enfermedad, como la tolerancia, los síntomas de abstinencia, la negación o las recaídas.	Explica los <i>lapsus</i> de memoria del alcohólico y la falta de constancia en sus propósitos. Ayuda a entender la enfermedad.
El alcohol es una droga que altera la mente, la conciencia y el estado de ánimo. El alcohol no es “el suero de la verdad”.	Desculpabiliza al alcohólico de su conducta mientras está intoxicado y relativiza lo que dice en ese estado, que no tiene porqué ser cierto, ni ser su verdadera opinión.
Los alcohólicos parecen arrogantes y hostiles pero se trata de una defensa porque en realidad se sienten heridos y sin ayuda de los demás.	Despersonaliza la distancia y el comportamiento del alcohólico. Ayuda a ver al alcohólico desde una perspectiva más amplia y humana.
El alcoholismo no sólo afecta al enfermo sino también a sus familiares, que pueden acabar realizando conductas protectoras que facilitan el mantenimiento de la enfermedad. Los hijos pueden quedar atrapados en roles desadaptativos.	Explica la falta de disponibilidad, los cambios de humor y la conducta codependiente del progenitor no-alcohólico. Explica cómo los hijos son afectados en su desarrollo y permite identificar los roles propios y los de los hermanos. Reduce la culpabilidad. Les permite buscar ayuda para sí mismos.
Los alcohólicos pueden recuperarse, y sus familiares también, aunque lleva cierto tiempo.	Ofrece esperanza en la recuperación familiar, sea conjunta o por separado.
Los familiares de alcohólicos no deben intentar “rescatar” o “salvar” al alcohólico, ni tratar de controlar su consumo. Igual que no han causado la enfermedad, no la pueden curar ni controlar. Es el propio alcohólico el que debe responsabilizarse de su tratamiento para que éste sea eficaz.	Fomenta que los jóvenes se centren en ellos mismos, en buscar el camino hacia el cambio personal para mantener su propia salud, sea cual sea el camino que elija el resto de los miembros de la familia. Desculpabiliza. Separa el alcoholismo de su autoconcepto. Evita la frustración del fracaso al intentar controlar y no poder conseguirlo.
Los niños cuyos padres tienen problemas con el alcohol no están solos. Otros jóvenes viven en familias que tienen problemas semejantes.	Facilita la “identificación terapéutica” y el sentimiento de pertenencia a un grupo. Supone una gran liberación de la creencia de ser “un bicho raro”.
Los hijos y familiares de alcohólicos necesitan también ayuda para recuperarse de la “enfermedad familiar” y aprender a cuidarse a sí mismos.	Les ayuda a centrarse en sus propias necesidades, reduce la negación de sus propias dificultades y facilita la entrada en tratamiento.
Es saludable identificar y expresar los sentimientos sobre el alcoholismo paterno, aunque sean negativos. Los sentimientos no son “buenos” o “malos” en el sentido moral, simplemente son más o menos agradables para el que los experimenta.	Ayuda a redefinir a los sentimientos y a concederse permiso para tener sentimientos de todo tipo y actuar en consecuencia.
Los hijos de alcohólicos tienen mayor riesgo de desarrollar alcoholismo u otras adicciones, pero esto se puede prevenir tomando decisiones saludables y aprendiendo a cuidarse uno mismo.	Alerta sin alarmar en exceso. Les ayuda a protegerse de beber en exceso y a entender que hay un mecanismo común a los procesos adictivos, sean de sustancias o de actividades como el juego, el trabajo, comer, gastar en exceso, etc.
Es importante encontrar a alguien de confianza para recibir apoyo emocional, y a veces es necesario que sea de fuera de la familia.	Les da permiso para poder compartir el “secreto familiar” con personas de confianza y les ayuda a no negar sus necesidades emocionales.

En los programas para hijos de alcohólicos se debe **advertir del riesgo** de una forma natural e **intentando evitar el alarmismo social** y la preocupación excesiva en torno a los efectos negativos del alcoholismo en la descendencia; especialmente en lo que se refiere a una posible transmisión genética de la enfermedad, ya que este tipo de mensajes pueden tener efectos contraproducentes (autocumplimiento de la profecía). Hablar del riesgo familiar de alcoholismo debe ser tan normal como hablar del riesgo de sufrir hipertensión o diabetes cuando uno tiene antecedentes familiares de estas enfermedades. También hay que evitar el etiquetaje y los estereotipos (por ejemplo: la falsa creencia de que todos los hijos de alcohólicos tienen que tener problemas en la escuela o comportamientos agresivos) para evitar el autocumplimiento de la profecía. Pero también es igual de importante enseñar a estos jóvenes estrategias para **luchar contra el etiquetaje y hacer frente al estigma social** que supone ser “hijo de alcohólico”. A pesar de que los profesionales tengan cuidado en no etiquetar a estos jóvenes, es habitual que sean etiquetados negativamente en su barrio, entre sus compañeros e incluso en sus familias (“Eres igual que tu padre y acabarás como él...” “Pobre niño, es una víctima del alcoholismo de su familia...” “Qué se puede esperar de él... ya se sabe... de tal palo, tal astilla...”, “Este niño no podrá conseguir nada... con el panorama que tiene en casa”).

3.3. CARACTERÍSTICAS DEL EDUCADOR-TERAPEUTA

Es conveniente que los profesionales encargados de realizar intervenciones preventivas con los hijos de alcohólicos posean una serie de características personales que faciliten el cumplimiento de tres funciones básicas:

- a) Función **educativa**: El educador facilita el aprendizaje de contenidos indispensables acerca del alcoholismo y la familia, así como estrategias para enfrentarse a las dificultades propias de una familia con problemas de alcohol. Esta función se lleva a cabo habitualmente en grupos de iguales a través del “aprendizaje compartido”, que requiere participación activa por parte de los jóvenes.
- b) Función **preventiva**: El profesional intenta promover cambios en los conocimientos y las actitudes sobre el alcohol y otras sustancias adictivas para ayudar a los jóvenes a tomar decisiones que minimicen el riesgo de tener problemas. También se realiza preferentemente en grupos.
- c) Función **terapéutica**: El terapeuta trata de paliar el malestar emocional y proporcionar herramientas para construir un futuro mejor. Este tipo de trabajo se puede realizar tanto en grupo como individualmente, en caso necesario.

En general se recomienda que los profesionales que trabajan con hijos de alcohólicos sean personas **abiertas y dinámicas**, con una sensibilidad especial para el trato con los jóvenes y capaces de entender su lenguaje y sus problemas. Deben poder interactuar con ellos poniéndose a su

altura, aunque sin caer en el “coleguismo”, tratar a los jóvenes con amabilidad y respeto, sin severidad, sin ironías, sin actitudes paternalistas y sin hacerles sentir infantiles. Para trabajar con estos jóvenes también se requiere una buena dosis de **paciencia**, capacidad de **empatía** y, sobre todo, **flexibilidad** para adaptarse sobre la marcha a las características y reacciones de este tipo de grupos y poder cambiar las actividades sin perder de vista los objetivos básicos a cumplir. Se recomienda, asimismo, que estos profesionales tengan **pensamiento positivo**, alto nivel de creatividad, energía y entusiasmo. Deben ser capaces de mantener el optimismo y la esperanza ante las circunstancias más desafiantes, así como demostrar confianza en las potencialidades de los jóvenes, centrándose más en sus aspectos positivos que en los negativos. Los educadores nunca deben mostrarse como poseedores de la verdad absoluta ni tratar de ejercer autoridad y poder, sino mantenerse cercanos a los jóvenes.

También es importante que los educadores y terapeutas de jóvenes con problemas de alcohol en sus familias tengan una formación específica en **psicología infantil y adolescente**, en **técnicas motivacionales** y en **terapia familiar sistemática**, así como conocimientos básicos sobre el **alcoholismo** y la dinámica de la **familia** con problemas de alcohol. El mejor perfil profesional podría ser el del psicopedagogo o el psicólogo infanto-juvenil que añada a su formación inicial conocimientos específicos sobre el alcoholismo, debido a que estos profesionales suelen tener un mayor compromiso con los intereses y necesidades de los jóvenes.

Para cumplir su función educativa la actitud óptima en el guía de un grupo de hijos de alcohólicos incluiría ser capaz de implicar a los jóvenes, de promover la **participación** de todos los que integran el grupo y la reflexión conjunta sobre los conceptos clave. En estos casos, el educador debe ajustarse a un papel de **moderador**, evitando ser excesivamente activo o directivo. Debe saber cómo sacar “jugo” a los comentarios que permitan profundizar en conceptos importantes y cómo hacer **preguntas abiertas reflexivas** sobre las opiniones y conductas de los jóvenes. No debe preocuparse tanto por transmitir información como porque los jóvenes participen activamente, discutan entre sí y argumenten sus posiciones. La información debe darse sólo cuando pregunten sobre un tema concreto, no antes; y siempre es preferible no responder directamente a sus preguntas, sino hacerles reflexionar primero sobre posibles respuestas.

Para conseguir objetivos preventivos con respecto al consumo de drogas suele ser útil seguir los principios básicos de la psicología motivacional para facilitar el “autoconvencimiento” de que no vale la pena arriesgarse con el alcohol u otras drogas. También se debe procurar una comunicación abierta y **honest**a, que permita a todos los jóvenes del grupo expresar tanto aspectos agradables como desagradables de las drogas. Para ello se deben aceptar todo tipo de opiniones sin juzgar, burlarse ni culpabilizar, y ayudar a reflexionar sobre ellas en un clima de diálogo y análisis crítico de las diferentes posiciones, procurando armonizar las opiniones divergentes. También es importante favorecer una relación positiva entre los compañeros del grupo, procurar crear un **clima relajado**, de **confianza**, en el que se permita hablar y escuchar, integrando a todos los participantes en las discusiones.

Es importante que el educador muestre una **actitud neutra** hacia el consumo de alcohol y de drogas en general, para hacerles entender a los jóvenes que consumir o no estas sustancias es una opción personal que uno toma en función de sus conocimientos, sus propias experiencias o de las experiencias que le transmiten los demás. La neutralidad permitirá la manifestación espontánea de todo tipo de opiniones y la posibilidad de discutirlos y de llegar a unas conclusiones. A partir de ahí, la decisión sobre el consumo será del propio joven y debemos transmitirles nuestra confianza en que ellos acabarán decidiendo por sí mismos lo que más les conviene. Se trata de **responsabilizar** a los adolescentes de sus decisiones y actuaciones, de transmitir la idea de que son libres para decidir, en función de sus conocimientos y valores, y que las consecuencias que se deriven dependerán de sus propias decisiones. Si se equivocan tendrán la responsabilidad de subsanar su error, los demás sólo podrán ayudarles, pero no hacer las cosas por ellos. Otro aspecto importante es que, antes de trabajar preventivamente con los jóvenes, el educador sea capaz de reconocer y analizar sus propias opiniones y actitudes hacia el consumo de drogas, con el fin de poder ofrecer un **modelo coherente** de identificación. No es necesario que “no haya roto nunca un plato” sino que se crea lo que dice y predique con el ejemplo.

Para cumplir una función más terapéutica, el trabajo con hijos de alcohólicos requiere profesionales capaces de mostrarse **sensibles** y comprensivos, pero **exigentes** al mismo tiempo. Por ejemplo, deben mostrar entendimiento cuando los jóvenes explican que no obtienen buenas notas porque en su casa resulta imposible hacer los deberes tranquilamente, pero a la vez ayudarle a encontrar otras maneras de satisfacer las demandas escolares, como terminar los deberes en el colegio o ir a casa de algún amigo o familiar a hacerlos.

El terapeuta también debe mostrar **paciencia y confianza** en el tratamiento. Al principio los jóvenes suelen mostrar cierta distancia emocional, como si el asunto no fuera con ellos y lo que ocurre en su familia no les importara lo más mínimo. Es su forma particular de negación. Los hijos de alcohólicos suelen minimizar el impacto del alcoholismo en sus vidas para defenderse de los sentimientos desagradables. Esta negación no debe enfrentarse directamente sino que irá desapareciendo a medida que pueda ir confiando a los demás esos sentimientos sin sentirse rechazados. Es importante no malinterpretar esa negación como un indicador de que el joven se está enfrentando bien con el problema. Una técnica para sondear el verdadero impacto de un acontecimiento traumático en un joven concreto del grupo consiste en preguntarle directamente cómo cree que se sentiría otra persona en su lugar, o bien preguntar a los compañeros del grupo cómo se sentirían ellos si estuvieran en una situación semejante a la de su compañero.

El terapeuta de hijos de alcohólicos ha de procurar crear **expectativas realistas** en los jóvenes, tanto con respecto a ellos mismos y a sus posibilidades de futuro, como a su relación con el terapeuta. Éste no debe adoptar más tiempo del necesario el papel de “padre sustituto”, sino facilitar que sus propios padres o alguien de su entorno acabe cumpliendo este papel.

Muchos educadores y terapeutas han crecido en hogares con problemas familiares semejantes a los de los niños que atenderán, por lo que deben tener especial **cuidado con la sobreidentificación** con ellos, o con forzarlos a elegir su propia vía de recuperación. El terapeuta

debe evitar que le influyan sus propias experiencias infantiles, por lo que se recomienda revisarlas previamente, si es necesario a través de la psicoterapia. El educador-terapeuta debe ser capaz de analizar su contratransferencia y evitar tomar parte por ningún miembro de la familia. También debe resistir el impulso de intentar resolver todos los problemas del joven y asumir el papel de “padre rescatador”. Aunque en un primer momento pueda parecer que ayuda, tomar este papel más allá de lo imprescindible sólo servirá para debilitar la habilidad del joven para resolver sus propios problemas. Por todo ello, la **supervisión clínica** es un aspecto crítico para los terapeutas que trabajan con hijos de alcohólicos, ya que éstos pueden disparar sentimientos muy profundos y hacer actuar a sus terapeutas de forma inadecuada. El supervisor debe ser consciente de este impacto y trabajar estos aspectos en las reuniones de equipo. En ocasiones deberá facilitar que los diferentes terapeutas que se encargan de proteger los derechos del alcohólico y de sus hijos dialoguen para resolver sus conflictos profesionales de una forma madura.

El educador-terapeuta de un grupo para hijos de alcohólicos no debe tomarse como un asunto personal las cosas que surjan en el grupo, siendo capaz de recibir los mensajes sinceros de los jóvenes, que en ocasiones pueden ser demasiado directos e hirientes. Debe asumir también que las conductas de agresión hacia el terapeuta por parte de algunos jóvenes son parte del tratamiento, son un desafío a su autoridad necesario para que el grupo haga su evolución terapéutica. También es muy importante que pueda mantener una relación con los jóvenes de **respeto, honestidad** y cierto grado de **auto-revelación**. El guía de un grupo de hijos de alcohólicos debe estar dispuesto a utilizarse a sí mismo como instrumento terapéutico y modelo de identificación. A medida que el grupo progresa y se crea un nivel suficiente de confianza, el guía debe enseñar a los jóvenes cómo resolver conflictos dentro del propio grupo, igual que lo harían en sus familias si lo permitiesen.

También es importante, si se trabaja en grupo, ser capaz de tomar al **grupo** en su conjunto y a la vez confirmar la **individualidad** de cada participante, haciéndole sentir importante dentro del conjunto; por ejemplo, respetando y agradeciendo los comentarios de todos, adaptándose al estilo particular de cada uno, ofreciendo un tiempo personal para cada uno, etc.

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

También hay que estar atentos a las **señales** de los jóvenes. Por ejemplo, cuando dejan de prestar atención puede ser un síntoma de que se sienten incómodos con el tema que se está tratando, de que están cansados, o de que, simplemente, no les interesa el tema o lo estamos planteando de forma aburrida. En todo caso, es una señal de que es necesario hacer un descanso, plantear otras formas de abordar la actividad o bien cambiar a temas más interesantes o menos conflictivos.

El terapeuta también debe ser capaz de entender la importancia del **juego** en el proceso terapéutico. Los hijos de alcohólicos a menudo maduran antes de tiempo al verse obligados a

asumir tareas de adultos. Parte del proceso terapéutico consiste en aprender otra vez cómo ser niños. Por eso, es importante utilizar juegos para aprender temas relacionados con el alcohol, procurar ofrecer la información de forma divertida y mostrar un buen sentido del humor y de la diversión. También es primordial saber utilizar los chistes y las bromas para ayudar a superar momentos de tensión.

El profesional que trabaja con hijos de alcohólicos debe conocer los **recursos sociales** y las normas comunitarias a seguir con los niños en situación de riesgo, las **fórmulas legales** adecuadas, los protocolos de actuación y los procedimientos para derivarlos, en caso necesario, a los servicios sociales correspondientes de su comunidad, ya que en ocasiones se ve obligado a actuar en defensa del joven o de la familia ante la escuela, los servicios sociales o el sistema legal.

Por último, debido a las dificultades que entraña la intervención con familias alcohólicas y con niños de riesgo, es fácil que los educadores se **“quemen”** en algunas ocasiones y pierdan la motivación por su trabajo. Para fomentar la motivación para realizar este tipo de programas y evitar que los profesionales decaigan ante las múltiples dificultades, podría ser útil la figura de un “dinamizador” o motivador de motivadores, del que ya hemos hablado anteriormente.

4. UN PLAN INTEGRAL DE INTERVENCIÓN

La actuación preventiva con hijos de alcohólicos requiere elaborar un plan de intervención integral que se debe adaptar a cada caso particular.

Plan de intervención integral para hijos de alcohólicos

Niveles de intervención	Actuaciones	Ámbitos de intervención
DETECCIÓN	<p>Instrumentos de screening Inventario de signos y síntomas Autoselección / Autoidentificación</p>	<p>Centros de tratamiento del alcoholismo Asoc. de Alcohólicos Rehabilitados Escuela, AMPAs Atención Primaria socio-sanitaria Centros de Salud Mental (adultos y niños) Programas de Atención al Trabajador / al Menor Asociaciones de vecinos Parroquias Centros de ocio juvenil Servicios de atención al embarazo</p>
EVALUACIÓN	<p>Inventario de factores de riesgo y protección (entrevistas, tests, etc.) INFORME</p> <p>Entrevistas con la familia: Devolución resultados evaluación Motivación Derivación Counselling</p>	<p>Programas especializados en jóvenes de riesgo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de tratamiento del alcoholismo • Centros de atención a las familias • Centros de salud mental infanto-juvenil
MOTIVACIÓN-DERIVACIÓN	<p>Adaptación curricular en la escuela</p> <p>Tratamiento del alcoholismo paterno</p>	<p>Programas especializados en jóvenes de riesgo en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centros de tratamiento del alcoholismo • Asoc. de Alcohólicos Rehabilitados • Escuelas • Centros de salud mental infanto-juvenil • Centros de atención a familias • Centros de ocio infanto-juvenil
EDUCACIÓN	<p>Grupos psicoeducativos para padres</p> <p>Grupos psicoeducativos para hijos</p> <p>Grupos de familias</p>	<p>Alcohólicos Anónimos (Alanon / Alateen)</p> <p>Asoc. de Alcohólicos Rehabilitados</p>
TERAPIA	<p>Grupos de autoayuda</p> <p>Terapia individual</p> <p>Terapia grupal</p> <p>Terapia familiar</p>	<p>Centros de salud mental infanto-juvenil</p>

El primer paso para poder realizar una verdadera prevención primaria con los hijos de alcohólicos es la **detección precoz**; es decir, antes de que empiecen a manifestar problemas. Pero en estas familias la demanda de ayuda ocurre demasiado tarde, debido al mecanismo de negación que les presiona a mantener “el secreto familiar”. Por ello, se ha propuesto que la identificación de estos niños requeriría un proceso de *screening* activo por parte de los profesionales que tienen contacto con ellos asiduamente, como los maestros o los pediatras. Se debe hacer especial énfasis en la detección de casos graves como los niños que sufren Síndrome de Alcoholicación Fetal (SAF) o los que reciben abusos físicos o sexuales. En este último caso, los profesionales tienen la obligación legal de informar a las autoridades competentes.

Tras la detección, sería necesario una **evaluación de los factores de riesgo y de protección** presentes en el niño y en su familia. Se trataría de elaborar la historia del niño y de su familia y de recoger datos médicos, escolares, de rendimiento cognitivo, etc., para poder decidir si conviene aplicar algún tipo de intervención, sea educativa o terapéutica.

A continuación se deberían tener las **primeras entrevistas con la familia** para devolver los resultados de la evaluación, procurando motivarles, como mínimo, a realizar un tratamiento para el problema de alcohol y algún tipo de actuación psicoeducativa preventiva para toda la familia. Dependiendo de la procedencia del caso (escuela, servicios sociales, centro de tratamiento, etc.) el abordaje de la familia será muy diferente. A veces los padres negarán que sus hijos estén afectados por el entorno familiar y, en cambio, en otras ocasiones señalarán al hijo como problemático y desearán que “le arreglen al niño”. En principio no se debe enfrentar bruscamente a la familia con su problemática con el consumo de sustancias adictivas, sino iniciar la intervención desde donde permitan, hasta que puedan ir aceptando poco a poco su verdadera situación y la oferta de ayuda para resolverla.

Una vez planteada la problemática familiar a uno o ambos padres pueden tener lugar varias **sesiones de *counseling* y asesoramiento** a la familia sobre los problemas relacionados con el alcoholismo y la necesidad de prevenir. En este asesoramiento tiene una gran importancia el apoyo al progenitor no-alcohólico, tutor o figura de referencia del niño, ya que la repercusión del alcoholismo paterno sobre los hijos depende, en gran medida, del nivel de funcionamiento cognitivo y de la resistencia emocional de esta persona.

En ocasiones es necesario algún tipo de **intervención desde la escuela**. En nuestro país no es habitual, pero en Estados Unidos disponen de programas escolares especiales para los jóvenes que proceden de familias con problemas de alcohol u otros entornos de riesgo (véase el apartado 4.5). Como mínimo, pensamos que se deberían asegurar las adaptaciones curriculares oportunas si esos niños muestran dificultades especiales en el proceso educativo, así como la coordinación entre el maestro y el especialista en temas de alcohol en la familia.

Un aspecto clave en la intervención preventiva con hijos de alcohólicos es la participación de padres e hijos en **grupos psicoeducativos**, bien en los centros de atención al alcoholismo o bien en las asociaciones de alcohólicos rehabilitados. También podrían adaptarse grupos de este tipo a entornos más normativos (centros juveniles, escuelas, asociaciones de vecinos, etc), aunque en

este caso deberían ser camuflados dentro de otros tipos de actividades de prevención comunitaria, para evitar los efectos perjudiciales del etiquetaje y el estigma que aún lleva consigo la enfermedad alcohólica.

Otro tipo de grupos útiles para los familiares de alcohólicos son los **grupos de apoyo mutuo y autoayuda**. Los más conocidos son los que se ofrecen desde organizaciones relacionadas con Alcohólicos Anónimos (AA) para familiares adultos (Al-Anon) o para adolescentes (Alateen).

Por último, algunos jóvenes y/o sus familiares presentan trastornos que exigen su derivación a **intervenciones psicoterapéuticas más intensas**, sea de tipo individual, grupal o familiar, tal como se explica en el apartado 4.8.

4.1. DETECCIÓN PRECOZ

¿Por qué detectar precozmente?

En muchas ocasiones la red de negación y silencio que rodea al alcoholismo hace muy difícil que la demanda de intervención provenga de dentro de la propia familia y, si es así, suele ocurrir demasiado tarde. Los padres no piden ayuda por miedo a perder la tutela de los hijos. Los niños tampoco piden ayuda por no romper el “pacto de silencio”, por miedo de hacer enfadar a sus padres o por temor de ser rechazados por sus compañeros por ser “diferente”. Con frecuencia el primer paso para proporcionar ayuda a una familia con problemas de alcohol suele proceder de personas externas a la familia nuclear (abuelos, tíos, vecinos, maestros, pediatras, trabajadores sociales) que suelen ver los problemas más objetivamente, aunque muchas personas piensan que lo que pasa en cada familia es un asunto privado en el que las personas ajenas a la familia no deben meter las narices. Sin embargo, cuando se trata del sufrimiento de un niño con problemas de alcohol en su familia, no se debe dudar en actuar de la forma más respetuosa y cautelosa posible, siguiendo los pasos que indicamos en esta guía. El problema puede tener solución.

Otra de las razones para detectar lo antes posible el alcoholismo en las familias es que la negligencia en los niños suele ser mayor en los años preescolares, porque los niños piden poco a sus padres. A esta edad, los niños manifiestan pocos problemas abiertamente y puede dar la sensación de que no están siendo afectados gravemente. Sin embargo, no es así, los años preescolares son los más importantes para establecer una buena base para el desarrollo emocional y de la personalidad. Por eso, se debe romper la tendencia de los profesionales a posponer la detección de los casos de niños con problemas de alcohol en la familia hasta que tienen 8 o 9 años y son capaces de explicar que algo va mal en su familia, porque a esa edad puede ser ya demasiado tarde para la verdadera prevención. El mejor momento para intervenir preventivamente es la primera infancia, antes de que los patrones de comportamiento que aprenden los niños en estas familias se hagan demasiado rígidos. Además, cuando sus hijos son pequeños, los padres pueden estar más receptivos a cambiar sus patrones de uso de alcohol.

¿Quién puede detectar?

La identificación de niños que pertenecen a familias con problemas de alcohol puede ocurrir en múltiples lugares. De hecho, todos los profesionales que están en contacto con niños y adolescentes tienen la responsabilidad moral de velar por su bienestar y la obligación legal de notificar los casos de niños con riesgo de maltrato a los servicios de atención a la infancia o al juzgado correspondiente, si no se pone en marcha un plan de abordaje adecuado del caso.

Profesionales que pueden detectar problemas de alcohol en la familia
<ul style="list-style-type: none"> • Pediatras • Maestros y profesores (escuelas, institutos, escuelas-taller, etc.) • Educadores de calle • Trabajadores sociales • Médicos de familia o enfermeras • Psicólogos y psiquiatras en centros de atención socio-sanitaria a jóvenes, familias, etc. • Personal de centros de atención al alcoholismo o asociaciones de alcohólicos rehabilitados • Líderes de asociaciones juveniles • Policía, jueces, etc.

Muchos autores coinciden en que la escuela podría ser uno de los mejores lugares para detectar e intervenir preventivamente con los hijos de alcohólicos, debido a que permite acceder a ellos de forma fácil y continuada durante toda su infancia y adolescencia, sin despertar alarma. Muchos maestros se asombran de saber que entre el 15 y el 20% de los niños de sus clases pueden tener progenitores con problemas de alcohol u otras sustancias. Por lo general sólo llegan a detectarse un 5% de estos niños porque los signos suelen ser confusos y los maestros no se sienten preparados para intervenir o dudan de cómo hacerlo.

Dentro de la escuela, las sesiones educativas sobre el alcohol y otras drogas son un marco idóneo para identificar a los hijos de alcohólicos, ya que suelen mostrar o bien una gran timidez y vergüenza, o bien un enorme interés por el tema, en contraste con el resto de sus compañeros.

Pediatras, médicos, psicólogos y trabajadores sociales de los servicios de atención primaria ocupan también una posición privilegiada para observar los primeros signos inespecíficos que pueden reflejar negligencia paterna o falta de supervisión de los hijos en una familia con problemas de alcohol. Pero lo cierto es que tampoco en las consultas socio-sanitarias es una práctica habitual este tipo de *screening*.

Lo óptimo sería que la detección comenzase en las primeras revisiones pediátricas y en los años preescolares, en las guarderías. Cuanto antes se intervenga en estos casos, más fácil es interrumpir el ciclo del alcoholismo y los procesos de negación, y así evitar que los patrones disfuncionales se instalen firmemente en la familia.

¿A quién se debe detectar?

Aún sigue siendo polémico plantear qué hijos de alcohólicos deberían ser objeto de intervenciones preventivas específicas. Algunas revisiones sobre este tema aconsejan precaución a la hora de identificar y etiquetar a estos niños como población de riesgo, ya que puede resultar contraproducente y contribuir a estigmatizarles aún más. La etiqueta de “hijo de alcohólico” puede dañar su imagen de “niño normal”. Además, saber que un determinado niño es hijo de alcohólico puede hacer que el personal de una escuela o de un centro socio-sanitario desarrolle actitudes o expectativas desfavorables y actúe de forma especial con él, con lástima, condescendencia, sin esperanza de cambio, etc. Es obvio que no todos los hijos de alcohólicos tienen problemas significativos. Los hay que responden a la situación familiar con una gran capacidad de resistencia a las dificultades. Sin embargo, son numerosos los autores que recomiendan que **todos** los hijos de alcohólicos deberían recibir una **educación preventiva**, aunque sólo aquellos en los que se detecten problemas específicos serían candidatos a realizar intervenciones psicoterapéuticas más intensas. El problema consiste en cómo ofrecer atención educativa especial sin “etiquetar” a los niños. Podría haber varias soluciones, de las que hablaremos un poco más adelante en este mismo apartado.

Hay varias razones que justifican el intento de realizar intervenciones psicoeducativas con todos los hijos de alcohólicos. En primer lugar, las apariencias suelen engañar mucho en las familias con problemas de alcohol, debido a su tendencia a negar los problemas. La resistencia aparente de algunos niños al estrés familiar puede ser en realidad un mecanismo de negación de la realidad de la familia, o un rol que le permite adaptarse a esa realidad durante la infancia, pero que le puede ocasionar muchos problemas si se mantiene en la adolescencia y en la vida adulta. Muchos niños que en un primer momento no parecen presentar trastornos, empiezan a manifestar sus problemas tras varias sesiones de grupo, cuando empiezan a comunicarse con mayor confianza. Por ello, es fundamental desarrollar procedimientos de detección fiables para identificar a los hijos de alcohólicos, y especialmente a los de mayor riesgo, lo antes posible, con el fin de poder ofrecerle a cada uno la ayuda específica que pueda necesitar. Las dificultades exactas no se pueden saber hasta que no se profundiza en cada caso concreto. Por ejemplo, las sesiones educativas para hijos de alcohólicos permiten al guía del grupo sondear con mayor profundidad los mecanismos de defensa de los niños para comprobar si pueden ser desadaptativos en el futuro y así poder actuar preventiva o terapéuticamente, en caso necesario. Por otro lado, muchos hijos de alcohólicos ya han sido etiquetados como tales en casa, en el barrio, o incluso entre sus compañeros, por lo que participar en grupos educativos con otros niños semejantes a ellos, más que estigmatizarles, les puede resultar una verdadera liberación, porque les permite darse cuenta de que no están solos y de que no hay nada extraño en ellos mismos, que son igual que otros muchos niños que tienen problemas en sus familias.

Las barreras para la detección precoz

En nuestro entorno, los hijos de alcohólicos suelen detectarse a través de dos vías. La primera es cuando manifiestan evidentes problemas físicos, de conducta o emocionales, y sus padres acuden a la consulta de un médico o de un psicólogo. En ese caso, es demasiado tarde para la prevención primaria y sólo se puede intervenir para tratar de paliar los problemas que ya han aparecido y evitar que aparezcan otros nuevos. La segunda manera de identificar a los hijos de alcohólicos es cuando sus padres inician un tratamiento en un centro especializado o contactan con Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados. Pero este procedimiento no permite detectar a los niños cuyos padres no siguen un tratamiento. Por esta razón se ha empezado a defender que en los programas de tratamiento del alcoholismo, los familiares, y muy especialmente los hijos, deberían tener su propio espacio, independientemente de la evolución del tratamiento paterno. Además, en muchos casos de alcoholismo es imprescindible trabajar primero con la familia para conseguir que el enfermo venga al centro para seguir un tratamiento. Y aún en el caso de que no sea posible motivar al alcohólico, los familiares deben contar con el apoyo necesario para recuperarse ellos mismos.

Los dos tipos de estrategias de detección que hemos explicado constituyen estrategias pasivas, en las que se espera que surja la demanda por parte de la familia. Pero existen estrategias de búsqueda activa de los casos, que permitirían realizar una verdadera prevención primaria. En este sentido, se está potenciando la detección precoz de los hijos de alcohólicos tanto desde los centros de tratamiento como desde las redes normalizadas de salud, servicios sociales o centros educativos. Sin embargo, cuando el maestro o el pediatra sospecha que los padres de un niño tienen problemas de alcohol, aparecen múltiples dudas: ¿Es el caso suficientemente grave?, ¿Valdrá la pena intervenir o solo conseguiremos que aumenten los problemas?, ¿Me pondrán una denuncia por meterme donde no me llaman?, ¿Y si la pagan con el niño? ¿Quién podría asesorarme?. Todas estas dudas hacen que en muchas ocasiones los profesionales no acaben de dar el paso para enfrentar a la familia con su problema. En los estudios realizados, se han detectado las siguientes dificultades para identificar a los hijos de alcohólicos:

- Muchos hijos de alcohólicos parece que no tienen problemas, porque sus roles de supervivencia les ayudan a enfrentarse a su situación familiar durante la infancia. Los problemas suelen aparecer de forma evidente a partir de la adolescencia.
- Algunos niños con problemas son fáciles de detectar porque manifiestan signos externos, en su comportamiento. Pero otros muestran signos internos, emocionales, que son más difíciles de captar. Normalmente se aíslan, se vuelven “invisibles”, no suelen dar problemas a sus padres y esconden tan bien su sufrimiento que son capaces de despistar hasta al más astuto profesional. Suelen ser maestros de la negación y el disimulo, del “a mí no me pasa nada”, del “a mí todo esto me da igual”.
- Las familias con problemas de alcohol suelen ser familias multiproblemáticas en las que se mezclan otros factores que pueden enmascarar el problema del alcohol.
- En los miembros de estas familias existen mecanismos de defensa difíciles de abordar: la negación de los problemas, la agresividad, las justificaciones o racionalizaciones, la

- culpabilidad excesiva, la proyección de la culpa, el silencio “cómplice” de los familiares, el miedo de los niños a pedir ayuda.
- Falta de formación específica sobre los problemas relacionados con el alcohol, cómo diagnosticarlos y cómo afectan a las familias.
 - Falta de competencia para abordar un tema tan escabroso sin causar aún más problemas en la familia y falta de asesoramiento técnico para casos concretos especialmente difíciles.
 - Falta de tiempo y de personal especializado en estos temas.
 - Falta de apoyo administrativo y legal. Falta de recursos humanos y materiales.
 - Actitudes positivas hacia el consumo en el entorno (mentalidad de consumidor en nuestra cultura)... “No será para tanto...”. “Si pega al niño, seguro que se lo merece”
 - La idea generalizada de que “lo que ocurre en cada casa es un asunto privado...”.
 - Temor del profesional a las represalias por parte de los padres (denuncias, agresiones al profesional o al niño, perder el trabajo, etc.)
 - Desesperanza, porque en muchas ocasiones “nada parece funcionar” cuando se trata de ayudar a este tipo de familias.
 - Desensibilización ante estos casos, por parte de los que se encuentran con este tipo de problemas diariamente.
 - Creencia errónea de que tratando al progenitor alcohólico, mejorará también el niño, aunque no reciba intervención específica.
 - Creencia errónea de que si el afectado no desea hacer tratamiento, no hay nada que hacer para motivarle, sólo esperar a que “toque fondo”.
 - Creencia errónea de que si no se puede tratar al progenitor alcohólico, de nada sirve intervenir con el resto de la familia.
 - Falta de instrumentos de identificación precisos, validados en castellano y adaptados a nuestra realidad cultural. En inglés hay pocos y restringidos al trabajo de investigación. Además, no son demasiado fiables, porque se basan en observaciones y apreciaciones subjetivas de los niños y del profesional.
 - Estigma social del alcoholismo como vicio o lacra moral.

Está claro que para ayudar a los niños de familias con problemas de alcohol no podemos simplemente esperar a que vengan a pedir ayuda y confiar en que los que vengan sean realmente los que más lo necesitan. La identificación temprana de estos chicos requiere técnicas activas de detección de casos. Por ello, creemos que para potenciar este tipo de intervenciones, debe desarrollarse un marco legal que facilite las actuaciones, así como permitir que haya profesionales y organizaciones que respalden, capaciten y asesoren a los que están en primera línea tratando diariamente con estas familias, además de motivarles adecuadamente para que persistan en su esfuerzo.

Soluciones a los problemas de detección precoz

- Los profesionales de la educación y de la atención primaria socio-sanitaria que están diariamente en contacto con niños que viven en un ambiente familiar problemático necesitan **formación**, protocolos de actuación, asesoramiento y materiales que le faciliten la tarea de sondear los problemas con el alcohol en las familias de la forma menos intrusiva posible.
- Para **evitar** los efectos del **etiquetaje y el estigma** hay que tratar el tema del alcoholismo de la forma más natural posible, aunque con respeto y confidencialidad. Una vez los maestros, los médicos, los psicólogos y los trabajadores sociales se sientan más preparados para hablar abiertamente de los problemas con el alcohol, es posible que desaparezcan muchas barreras y cada vez más jóvenes sean capaces de explicar el secreto de su familia. Los profesionales deben proporcionar a los niños de estas familias la seguridad de que son tan normales y a la vez tan especiales como todos los demás niños, hacerles saber que es normal sentirse confundido, triste y enfadado cuando uno tiene ese tipo de problemas en casa y, sobre todo, asegurarles que lo que digan es absolutamente confidencial.
- También es necesario que el profesional sepa **manejar la negación** de estas familias sin crear resistencias, para permitir que tanto los niños como los padres puedan enfrentarse poco a poco a su problema. Cuanto más jóvenes son los niños más fácil es que acepten la idea de la enfermedad familiar porque las barreras de la negación aún no están establecidas firmemente. También están más dispuestos a expresar sus sentimientos con mayor honestidad y espontaneidad.
- Otro aspecto importante es estar atentos a los mensajes que dan los niños y **legitimar las percepciones** que tienen de su entorno familiar. En definitiva, se trata de hacerles caso y mostrarles que les creemos cuando nos cuentan algo, aunque tengamos que verificarlo siempre.
- Una manera de detectar y atender a los jóvenes con problemas de alcohol en sus familias podría ser dedicar, dentro de los **programas universales** de prevención sobre drogas que se aplican en las escuelas, una atención específica a los problemas que el alcohol ocasiona en la familia, así como ofrecer tiempo extra a los niños que se muestren interesados en este tema (método de **autoselección**) o bien dirigirlos hacia intervenciones educativas más específicas.

¿Cómo detectar a los hijos de alcohólicos?

Existen al menos tres procedimientos para identificar a los hijos de alcohólicos: a) el uso de instrumentos estandarizados de *screening*, b) la autoselección y la autoidentificación y c) la observación de signos y síntomas típicos en ellos y en sus familias.

a) Instrumentos de screening:

En Estados Unidos se utilizan diversos cuestionarios estandarizados para identificar y evaluar a los hijos de alcohólicos. Uno de los más conocidos es el **CAST** –*Children of Alcoholics Screening Test* [Test de Detección de Hijos de Alcohólicos]. Este test consta de 30 ítems sobre actitudes, sentimientos, percepciones y experiencias que indican preocupación por el consumo paterno de alcohol. Más que un instrumento de *screening* propiamente se trata de un test de gravedad de los problemas familiares con el alcohol. Se puede administrar a niños mayores de 9 años, tanto individualmente como en grupo. La puntuación total se obtiene sumando las respuestas afirmativas. Si la puntuación se encuentra entre 0 y 1, probablemente no existe alcoholismo paterno, si está entre 2 y 5 es posible que alguno de los padres tenga ligeros problemas con el consumo de alcohol y si la puntuación es mayor o igual a 6 es bastante probable que al menos un progenitor sea alcohólico. A mayor puntuación, mayor gravedad del caso.

Este instrumento se usa en clínica e investigación para identificar a los hijos de alcohólicos que tienen un nivel de riesgo suficiente para incluirlos en programas de intervención. También puede utilizarse en procesos judiciales para determinar si el alcohol está involucrado en casos concretos de abuso infantil o en casos de custodia. El problema es que se trata de un test demasiado directo e intrusivo para utilizarlo como instrumento de *screening* en una primera aproximación a este tipo de casos.

Children of Alcoholics Screening Test (CAST)		
Por favor, responde a las siguientes preguntas marcando una X en la columna correspondiente a SI o NO, describiendo lo mejor posible tus sentimientos, tu comportamiento y tus experiencias relacionadas con el consumo de alcohol de uno de tus padres. Tómate el tiempo necesario e intenta ser lo más preciso posible. Contesta todas las 30 preguntas, marcando SI o NO.		
Preguntas:	SI	NO
1. ¿Has pensado alguna vez que uno de tus padres podía tener un problema con el alcohol?		
2. ¿Alguna vez has perdido el sueño porque uno de tus padres había estado bebiendo?		
3. ¿Alguna vez has animado a uno de tus padres a dejar de beber?		
4. ¿Te has sentido alguna vez solo, asustado, nervioso, enfadado o frustrado porque uno de tus padres no era capaz de parar de beber?		
5. ¿Alguna vez has discutido o te has peleado con uno de tus padres cuando estaba bebido?		
6. ¿Alguna vez has amenazado con irte de casa debido a los problemas con el alcohol en uno de tus padres?		
7. ¿Alguna vez uno de tus padres ha gritado o pegado a algún miembro de tu familia (incluido a ti) cuando estaba bebido?		
8. ¿Alguna vez has oído pelear a tus padres cuando uno de ellos había bebido?		
9. ¿Alguna vez has tratado de proteger a algún miembro de tu familia de uno de tus padres porque había bebido?		
10. ¿Alguna vez has escondido o vaciado las botellas de bebidas alcohólicas de uno de tus padres?		
11. ¿Muchos de tus pensamientos se centran en los problemas con la bebida de uno de tus padres o en las dificultades que esto ocasiona en casa?		
12. ¿Has deseado alguna vez que uno de tus padres dejara de beber?		

Preguntas:	SI	NO
13. ¿Alguna vez te has sentido responsable o culpable por el problema de bebida de uno de tus padres?		
14. ¿Alguna vez has temido que tus padres se divorcieran debido a los problemas con el alcohol?		
15. ¿Alguna vez has evitado ir a actividades fuera de casa con familiares o amigos por la vergüenza que te ocasiona el consumo de alcohol de uno de tus padres?		
16. ¿Alguna vez te has visto atrapado en medio de una discusión o pelea entre tus padres, cuando uno de ellos había bebido más alcohol de la cuenta?		
17. ¿Alguna vez has sentido que tu comportamiento hace que uno de tus padres beba?		
18. ¿Alguna vez has sentido que aquel de tus progenitores que tiene problemas con el alcohol no te quería realmente?		
19. ¿Alguna vez te has sentido ofendido por el consumo de alcohol de uno de tus padres?		
20. ¿Alguna vez te has preocupado porque el consumo de alcohol afecte a la salud de uno de tus padres?		
21. ¿Alguna vez te han culpado del consumo de alcohol de uno de tus padres?		
22. ¿Alguna vez has pensado que tu padre o tu madre es un/a alcohólico/a?		
23. ¿Alguna vez has deseado que tu casa fuese igual que las casas de tus amigos que no tienen un padre con problemas de alcohol?		
24. ¿Alguna vez uno de tus padres te ha hecho promesas que no ha mantenido debido a que había bebido demasiado alcohol?		
25. ¿Alguna vez has pensado que tu madre es una alcohólica?		
26. ¿Alguna vez has deseado hablar con alguien que pudiera entender y ayudar en los problemas con el alcohol que hay en tu familia?		
27. ¿Alguna vez te has peleado con tus hermanos o hermanas por el consumo de alcohol de uno de tus padres?		
28. ¿Alguna vez te has quedado fuera de casa para evitar encontrarte con uno de tus padres que había bebido o con la reacción del otro ante ello?		
29. ¿Alguna vez te has sentido mal, has llorado o has tenido un nudo en el estómago porque estabas preocupado por el consumo de alcohol de uno de tus padres?		
30. ¿Alguna vez te has tenido que ocupar de las tareas y obligaciones de uno de tus padres porque había bebido demasiado?		
TOTAL DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS:		

Fuente: " 1983 John Jones. Traducción al castellano.

El **Family CAGE** consiste en las mismas preguntas que el cuestionario CAGE para identificar pacientes con problemas de alcohol, pero en esta ocasión dirigidas a los hijos.

Family CAGE:	SI	NO
1. ¿Crees que alguno de tus padres necesita disminuir su consumo de alcohol?		
2. ¿Se enfada tu padre/madre ante los comentarios de los demás sobre su consumo de alcohol?		
3. ¿Alguna vez tu padre/madre se ha sentido culpable por su consumo de alcohol?		
4. ¿Alguna vez tu padre/madre toma una bebida con alcohol por la mañana temprano, nada más levantarse?.		

Otro de los instrumentos más utilizados en los estudios sobre hijos de alcohólicos es el **COALES** –*Children of Alcoholics Life Events Schedule* [Inventario de Acontecimientos Vitales para Hijos de Alcohólicos]. Consiste en una escala para determinar el nivel de estrés que los hijos han experimentado en relación con el alcoholismo paterno.

En el Programa CASPAR se utiliza una única pregunta para identificar a los niños cuyos padres podrían tener problemas de alcohol, se denomina **CAF** (*Children from Alcoholic Family*): ¿Alguna vez has deseado que alguno de tus padres bebiera menos?. Posibles respuestas: a) mis padres no beben, b) No, c) Sí.

Los instrumentos citados tienen problemas de falta de sensibilidad (falsos negativos) y falta de especificidad (falsos positivos), debido a que son muy sensibles al ocultamiento. Por otro lado, en nuestro país pueden parecer demasiado intrusivos y no se adaptan bien a nuestra cultura.

b) La autoselección y la autoidentificación

Se trata de un procedimiento utilizado con cierta frecuencia en las escuelas de Estados Unidos y que resulta menos intrusivo que un cuestionario directo. Se aplica a los jóvenes de 11 a 14 años y consiste en realizar alguna actividad divulgativa sobre los efectos del alcoholismo en la familia (películas, folletos, lecturas o grupos de discusión), tras la cual voluntariamente los chicos interesados se apuntan para participar en sesiones de grupo en las que se profundiza en estos temas. A partir de esas sesiones se ofrece consejo y apoyo a los que lo necesitan. El procedimiento no exige necesariamente que los chicos se autoidentifiquen como hijos de alcohólicos, simplemente que se muestran interesados en los grupos educativos. En algunos estados se requiere el consentimiento paterno por escrito para que los jóvenes puedan participar en este tipo de grupos en las escuelas. En estos casos, se envía a los padres unos formularios de consentimiento en los que se ofrece a sus hijos poder participar en actividades de prevención de problemas con el alcohol y otras drogas, en las que los jóvenes pueden mejorar su autoestima y sus habilidades sociales. También es posible concertar una entrevista previa al menos con uno de los padres para sondear el posible problema de la familia sin necesidad de hacer comentarios sobre lo que haya declarado el hijo, y poder así ofrecer ayuda en caso necesario. De todos modos el tema es delicado y depende de los recursos de personal especializado y asesoramiento de que disponga la escuela para realizar este tipo de intervenciones.

c) Inventarios de signos y síntomas típicos

Además de ser menos intrusivo y más adaptado a nuestro entorno socio-cultural, el procedimiento de observación de síntomas y signos típicos de las familias con problemas de alcohol permite identificar precozmente a los niños de estas familias desde la etapa preescolar, e incluso desde las primeras visitas pediátricas o prenatales. Algunos de los signos que se utilizan como indicadores de posibles problemas de adicción en la familia son aquellos que reflejan falta de supervisión parental, como llegar tarde o no acudir a la escuela, no hacer los deberes, o la falta

de aseo personal. Otros síntomas serían que el joven muestre inestabilidad emocional, inmadurez, conflictos con los compañeros, aislamiento, falta de rendimiento o problemas psicosomáticos como dolores frecuentes de cabeza o estómago, o reacciones alérgicas como asma, urticaria, etc. Se trata de signos inespecíficos, que podrían estar presentes en familias con problemas diferentes del alcoholismo. Pero hay otros signos que son específicos de las familias con problemas de alcohol, que aparecen en cursiva en el inventario de signos y síntomas de la página siguiente.

Para poder detectar estos signos, maestros, pediatras, psicólogos infantiles y, en general, todos los profesionales en contacto con niños, deben realizar diversos tipos de tareas:

1. Observar las rutinas y los hábitos diarios de los niños: comer, dormir, higiene, control de esfínteres, etc.
2. Observar el juego y las representaciones artísticas de los niños, porque a menudo reflejan su desarrollo emocional, sus sentimientos, sus miedos y sus traumas. Por ejemplo, una niña cuya madre la deja sola con frecuencia, puede acunar repetitivamente a su muñeca diciendo “no llores, mamá te quiere y no te dejará”.
3. Evaluar el ajuste emocional y el comportamiento del niño
4. Fijarse en las conductas extremas del niño: tanto en el aislamiento como en el apego excesivo, tanto en la falta como en el exceso de apetito, tanto en la sumisión excesiva como en la agresión hacia los demás. Todas estas reacciones podrían ser reacciones del niño a un entorno familiar distorsionado, sea por el alcohol o por otra razón.
5. Observar a los padres y su relación entre ellos y con los niños, así como su cooperación con la escuela y su cumplimiento de los controles médicos.

<input type="checkbox"/> RETRASO EN EL DESARROLLO	<input type="checkbox"/> AUTOESTIMA BAJA
<input type="checkbox"/> ACTITUDES DESAFIANTES	<input type="checkbox"/> BÚSQUEDA CONSTANTE DE ATENCIÓN
<input type="checkbox"/> BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR	<input type="checkbox"/> ABSENTISMO ESCOLAR INJUSTIFICADO
<input type="checkbox"/> IMITACIÓN DE CONDUCTAS DEL ADULTO REFERENTE	<input type="checkbox"/> AUSENCIA DE CIUDADANO PERSONAL
<input type="checkbox"/> DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE Y/O MANTENER LA ATENCIÓN	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS CONDUCTUALES: HIPERACTIVIDAD Y AGRESIVIDAD
<input type="checkbox"/> INESTABILIDAD EMOCIONAL	<input type="checkbox"/> CONTACTO TEMPRANO CON EL ALCOHOL Y LAS DROGAS



Figura para detectar al niño con problemas relacionados con el alcohol en la familia.

Inventario de signos y síntomas que sugieren un problema de alcohol o drogas en la familia ^{*1}	Valoración ^{*2} 0 / 1 / 2
<p><u>En la escuela:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Llegada y recogida tarde, se olvidan de venir a buscarle, asistencia irregular, ausencias con justificaciones extrañas, no trae los deberes hechos, no trae el almuerzo, olvida las autorizaciones firmadas o pagar el material escolar o las excursiones, no trae caramelos para celebrar su cumpleaños, etc. • Los padres no vienen a las entrevistas o reuniones, no responden a las notas o a las llamadas telefónicas, llaman fuera de hora con motivos irrelevantes... • Problemas de rendimiento escolar, fatiga, se duerme en clase, falta de atención, hiperactividad, inquietud, irritabilidad • Problemas de conducta en el aula (peleas, desobediencia, agresividad, rabietas, explosiones temperamentales), irregularidad en el cumplimiento de las normas • Signos de negligencia paterna: aspecto desaliñado, falta de higiene, ropa descosida o de verano en invierno y viceversa, desnutrición, falta de atención médica, signos de malos tratos (cortes, magulladuras, quemaduras, se asusta si alguien le levanta la mano cerca, etc.) • Aislado, triste, infeliz, preocupado, nervioso, irritable, avergonzado, desconcentrado, temeroso de la gente, tiene miedo de volver a casa, baja autoestima, ansiedad, rabia contenida, miedos irracionales, etc. • <i>Muestra interés (o bien rechazo extremo, vergüenza y aislamiento) si en clase se habla del alcohol, del alcoholismo o de los problemas de relación en la familia</i> • <i>El alcohol es un tema recurrente en sus juegos o representaciones</i> <p><u>En el pediatra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos de falta de higiene, negligencia paterna o malos tratos (idem escuela) • Problemas psicosomáticos frecuentes: dolores de cabeza o estómago, asma, etc. • Problemas de conducta o emocionales, problemas de sueño, pesadillas recurrentes, retrasos del desarrollo, conductas regresivas (chuparse el dedo, lenguaje bebé, enuresis), ansiedad de separación, rechazo de la comida o apetito compulsivo, ansiedad de logro, perfeccionismo, comportamiento obsesivo o disocial, síntomas depresivos, etc. • Olvido de citas médicas, revisiones, vacunaciones, incumplimiento de las prescripciones, acuden al médico los hermanos, abuelos, tíos, etc., en lugar de los padres • Demanda de medicación para que los niños duerman, no molesten, etc. <p><u>En la familia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sospecha de que los padres consumen alcohol en exceso: muestran signos de intoxicación etílica, olor alcohólico, conductas extrañas, inconsistentes, agresivas, etc.)</i> • Frecuentemente se hacen cargo de los niños otros familiares o amigos, los hermanos mayores, etc. o bien se quedan solos en casa ("niños llave") • Desorganización familiar. Intercambio de roles: los niños asumen papeles de adultos, etc. • Criterios y normas educativas inconsistentes. Arbitrariedad. No concordancia entre ambos padres. Oscilación entre la máxima disciplina y la completa permisividad. Expectativas paternas sin relación con la etapa evolutiva del hijo (le exigen demasiado y son excesivamente críticos). Uso de técnicas de disciplina como los castigos físicos o el miedo. Poca recompensa afectiva por los logros, etc. • Economía y situación laboral inestable. Paro, problemas económicos reiterados, etc. • Discusiones frecuentes en casa, problemas de pareja o con el resto de la familia • No hay celebraciones en casa, no invitan a amigos de sus hijos, se pierden los rituales familiares como cumpleaños, fiestas, visitas familiares, vacaciones, etc. • Intervenciones de los servicios sociales o de protección al menor 	

*1 Los síntomas específicos de problemas con el alcohol aparecen en cursiva. El resto de síntomas serían inespecíficos y por tanto comunes a otros tipos de problemas familiares.

*2 Valoración: 0= signo no presente, 1= sospecha, 2= confirmado

4.2. EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Para valorar qué intervención puede resultar más apropiada para cada niño o joven dentro de una familia con problemas de alcohol, resulta de gran utilidad evaluar el nivel de riesgo y/o de protección que tiene a nivel individual, en el seno de su familia y en su entorno escolar y social habitual. Así, si en la familia hay pocos factores de riesgo y/o muchos de protección, en principio sólo se recomendaría una intervención educativa, mientras que si el riesgo es alto y la protección escasa, o se evidencian trastornos clínicamente significativos, se requerirá la derivación a un programa preventivo-terapéutico especializado.

Con el fin de ayudar a realizar esta evaluación, hemos recogido en las tablas siguientes los factores de riesgo y de protección que han sido descritos con mayor frecuencia en los estudios epidemiológicos sobre hijos de alcohólicos.

Los **agentes** que podrían encargarse de realizar este tipo de evaluación serían los psicólogos escolares y clínicos, con ayuda de las observaciones iniciales de maestros, pediatras, trabajadores sociales y familiares. A continuación citamos algunas **fuentes de información útiles** para poder evaluar a estos niños:

- Entrevista con el niño y con la familia sobre la constelación familiar, los antecedentes familiares y personales de trastornos psiquiátricos, la historia médica, el consumo de sustancias, las relaciones familiares y con amigos, etc.
- Observación de la conducta del niño en el aula, el patio, la consulta médica. Observación de la interacción familiar, de la respuesta de los padres ante la conducta del niño, etc.
- Descripción de los padres y del niño por parte de conocidos.
- Informes médicos, psicológicos y escolares.
- Tests psicológicos y cuestionarios estandarizados (CAST, COALES, Family CAGE, CAF, inventarios de comportamientos problemáticos, escalas de depresión y ansiedad, etc.).
- Cuestionarios de expectativas sobre el alcohol (Brown et al., 1980) y de sensibilidad subjetiva a los efectos del alcohol (Schuckit y Smith, 1997).

INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LOS HIJOS DE ALCOHÓLICOS *1	Nivel de riesgo *2					
	Bajo		Medio		Alto	
	0	1	2	3	4	5
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES (interacción genes-ambiente)						
<i>Antecedentes familiares de alcoholismo u otras drogadicciones (puntuar en función del número de antecedentes, grado de parentesco, severidad y tipo de alcoholismo, tiempo de exposición al alcoholismo en la familia, etc.)</i>						
Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (número y parentesco)						
Bajo rendimiento en tests cognitivos (especialmente en funciones frontales)						
Síntomas de psicopatología: Trastornos específicos del aprendizaje: lenguaje, cálculo, lecto-escritura, déficit de atención, hiperactividad, impulsividad, trastorno de conducta (disocial), agresividad, trastornos emocionales (depresión, ansiedad, riesgo de suicidio), trastornos de la alimentación, síntomas psicóticos, trastornos psicósomáticos (dolor de cabeza, problemas digestivos, asma, alergias, etc.)						

Rasgos de personalidad vulnerable: timidez, retraimiento social, falta de habilidades sociales, baja tolerancia a la frustración, rebeldía, búsqueda compulsiva de sensaciones novedosas, dependencia excesiva, inestabilidad emocional, excesiva autoexigencia y perfeccionismo, rigidez, déficit de estrategias de enfrentamiento cognitivas, etc.					
Hiperreactividad del sistema nervioso, ondas cerebrales anómalas, etc.					
<i>Sensibilidad elevada del sistema nervioso a los efectos reforzadores del alcohol y sensibilidad disminuida a los efectos de intoxicación (Cuestionario de Schuckit)</i>					
<i>Expectativas y actitudes positivas hacia el consumo de alcohol/otras sustancias (Cuestionario de Expectativas del alcohol y Cuestionario de Actitudes)</i>					
<i>Signos o síntomas precoces de uso-abuso, elevada tolerancia ("aguantar bien el alcohol") o necesidad de mayores dosis, dependencia psicológica (uso siempre que se va a fiestas o para enfrentar malos momentos), etc. (Lista de síntomas precoces de problemas con el alcohol /otras drogas)</i>					
Sospecha de consumo de alcohol u otras drogas durante el embarazo					
Signos y síntomas de efectos del alcohol en el feto o SAF (véase la Tabla del aptdo. 4.10)					
Trastornos orgánicos prenatales, problemas de nacimiento, desarrollo o enfermedades importantes					
FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE FAMILIAR					
Numerosos acontecimientos vitales estresantes: enfermedades, hospitalizaciones, muertes, cambios vitales sustanciales (valorar en función del número e intensidad) (Instrumentos: COALES, Escala de Acontecimientos Vitales)					
Negligencia en el cuidado paternal: nutrición deficiente, maltrato físico, psicológico o abuso sexual, falta de atención y afecto, violencia doméstica o accidentes					
Falta de valores positivos en la familia: salud, altruismo, etc.					
Pautas educativas alteradas: Caos e inconsistencia en las normas, las reglas familiares, las recompensas y los castigos, falta de supervisión y vigilancia. Incompetencia en impartir disciplina: autoritarismo y métodos punitivos excesiva permisividad, etc.					
Conflictos familiares, comunicación pobre, falta de expresividad / asertividad					
Desestructuración y baja cohesión familiar. Falta de rutinas y rituales familiares (cumpleaños, reuniones, fiestas, etc.). Escasos contactos sociales					
<i>Contacto precoz con el alcohol u otras drogas en el propio hogar. Identificación e imitación de la conducta de consumo de los padres. Transmisión paterna de actitudes, expectativas y creencias falsas sobre los efectos del alcohol, o de actitudes de aceptación de consumo, inducción al consumo, etc.</i>					
Estimulación cultural pobre					
Dificultades socio-económicas importantes					
Dificultades importantes en la adaptación social, incluidos problemas legales (robos, peleas, juicios, conducir bajo los efectos del alcohol, etc)					
FACTORES DE RIESGO DEL AMBIENTE ESCOLAR					
Disminución del rendimiento escolar. Falta de motivación. Dificultades de aprendizaje					
Problemas de comportamiento y de adaptación escolar: retraimiento, peleas, absentismo escolar, expulsiones...					
Falta de vínculos significativos en la escuela					
FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO SOCIOCULTURAL					
Asociación con compañeros conflictivos o consumidores en la escuela o el barrio					
Cultura del ocio consumista, ocio no-estructurado, hedonista, pocas aficiones, no ocio familiar compartido, individualismo, hedonismo, presentismo, inmediatez					
<i>Grado de identificación con mensajes publicitarios sobre el alcohol, con las nuevas modas de consumo (abuso de fin de semana, bebidas de alta graduación, búsqueda de los efectos psicotrópicos...) o con los mitos culturales sobre los pretendidos efectos "beneficiosos" del alcohol</i>					
<i>Fácil acceso al alcohol/otras drogas en el entorno (barrio, escuela, hogar)</i>					
Marginación social, cultural o económica extrema (barrios marginales)					
OTROS FACTORES DE RIESGO (especificar:)					

^{*1} Los síntomas específicos de problemas con el alcohol aparecen en cursiva. El resto de síntomas serían inespecíficos y por tanto comunes a otros tipos de problemas familiares.

^{*2} Se trata de señalar con una cruz aquellos factores que están presentes (subrayando los aspectos concretos presentes en cada caso) y valorar subjetivamente en qué grado (de 0 a 5).

INVENTARIO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE PROTECCIÓN EN LOS HIJOS DE ALCOHÓLICOS *1	Nivel de protección *2					
	Bajo		Medio		Alto	
	0	1	2	3	4	5
FACTORES DE PROTECCIÓN INDIVIDUALES						
Valores positivos hacia uno mismo y los demás, hacia la salud y la vida en general: pensamiento pro-social, solidaridad, altruismo, autoestima y autoaceptación, deseos de autosuperación, moralidad (capacidad para distinguir el bien del mal), prudencia, normatividad (respeto por las leyes, las normas y los valores de la familia y la sociedad)						
Conocimientos básicos sobre el alcohol y otras drogas						
Actitudes negativas hacia el consumo de alcohol y otras drogas						
Nivel intelectual y académico medio-alto						
Creatividad: capacidad para representar conflictos internos a través del arte, mediante el uso de símbolos						
Independencia: capacidad para guardar distancia emocional y física de los problemas familiares, así como para relacionarse libremente con los miembros de la familia						
Vinculación: Capacidad para relacionarse con los demás y para crear vínculos personales íntimos y gratificantes, tanto dentro como fuera de la familia						
Pensamiento crítico						
Iniciativa: capacidad para planificar el futuro y resolver problemas						
Capacidad de <i>insight</i> o introspección psicológica para comprender los sentimientos y comportamientos propios y de los demás. Tolerancia de la ambigüedad y de la complejidad de la vida						
Sentido del humor: Capacidad para utilizar la broma y la diversión para tomar distancia del propio sufrimiento emocional						
Locus de control interno: valoración del propio esfuerzo para conseguir las metas						
Expectativas de futuro positivas						
Responsabilidad						
Buenas habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento al estrés, resolución de problemas, toma de decisiones y habilidades sociales						
Flexibilidad, capacidad de adaptación, autoconciencia y autocontrol						
FACTORES DE PROTECCIÓN DEL AMBIENTE FAMILIAR						
Vínculos familiares positivos: cohesión familiar y buena comunicación padres-hijos.						
Estabilidad, apoyo emocional, seguridad y protección por parte del progenitor no-alcohólico (o en un adulto significativo del hogar familiar)						
Normas y reglas familiares claras, coherentes y consistentes. Función directiva de los padres. Estructuración y organización familiar. Supervisión paterna y disciplina positiva. Refuerzo adecuado de los comportamientos positivos						
Mantenimiento de la organización y los rituales familiares a pesar de las dificultades (celebraciones sociales, cumpleaños, actividades conjuntas de fin de semana, etc.)						
FACTORES DE PROTECCIÓN DEL AMBIENTE ESCOLAR						
Vinculación a la escuela y a los maestros						
Buenas relaciones con iguales en la escuela o el barrio (grupo no conflictivo, modelos no-consumidores, etc.)						
Buena adaptación escolar						
Comunicación padres-escuela adecuada						
Normas escolares claras respecto a los patrones de conducta aceptables						
Expectativas de los profesores adaptadas a las posibilidades del niño / joven						
FACTORES DE PROTECCIÓN DEL MEDIO SOCIOCULTURAL						
Vinculación del niño y/o la familia a grupos pro-sociales o socio-culturales: religiosos, deportivos, culturales, de ocio. Actividades de grupo positivas						

Vinculación y relaciones positivas con adultos significativos en el entorno social: maestros, parientes, vecinos, monitores de tiempo libre, etc.						
Normas sociales claras respecto a la no-aceptación del consumo en menores, el rechazo social del abuso, etc.						
Acceso fácil a la red de recursos socio-sanitarios, y flexibilidad suficiente para adaptarse a las necesidades del usuario						
Oferta adecuada y acceso fácil a actividades de ocio alternativas para los jóvenes, no relacionadas con el consumo (deporte, aire libre, ocio, música, lectura...). Ocio organizado, diversidad de aficiones, ocio familiar compartido						
OTROS FACTORES DE PROTECCIÓN: (especifique:)						

*1 Los síntomas específicos de problemas con el alcohol aparecen en cursiva. El resto de síntomas serían inespecíficos y por tanto comunes a otros tipos de problemas familiares.

*2 Se trata de señalar con una cruz aquellos factores que están presentes (subrayando los aspectos concretos presentes en cada caso) y valorar subjetivamente en qué grado (de 0 a 5).

La mayoría de los factores de riesgo y de protección descritos en las tablas anteriores son inespecíficos; es decir, no tienen relación directa con el alcoholismo. Estos factores estarían presentes también en familias multiproblemáticas sin problemas de alcohol y podrían aumentar (los de riesgo) o disminuir (los de protección) la probabilidad de desarrollar una amplia variedad de trastornos. En cambio, los factores de riesgo destacados en cursiva serían específicos de familias con problemas de alcohol o bien incrementarían o disminuirían selectivamente la probabilidad de tener problemas de este tipo.

Aunque aún no se dispone de baremos para valorar las puntuaciones, los inventarios de factores de riesgo y de protección propuestos permiten obtener un **perfil de riesgo** y un **perfil de protección** que podría facilitar las siguientes tareas:

1. Sistematización de la información del joven para los archivos del profesional (maestro, pediatra, psicólogo, etc.).
2. Devolución de la información recogida a los padres para motivarles a intervenir, bien iniciando un tratamiento del alcoholismo, bien proporcionando ayuda al niño.
3. Realización de un informe para la derivación del caso a otros servicios, cuando sea oportuno.
4. Elaboración del plan de intervención para el joven: qué factores se deben intentar disminuir y qué factores de deben tratar de potenciar.

En la **entrevista de devolución a la familia** de los resultados de la evaluación, destacan los siguientes objetivos:

1. Describir los problemas del niño y de la familia sin culpabilizarles y procurando no alarmar en exceso.
2. Relacionar los problemas del niño con los problemas de alcohol en la familia y ofrecer esperanza en la posible solución de ese problema.

3. Motivar a intervenir al nivel que sea recomendable, según el nivel de riesgo detectado (tratamiento del alcoholismo del progenitor en un centro especializado, grupos psicoeducativos, psicoterapia, separación temporal del niño de sus padres, etc.).
4. Resaltar y reforzar los factores protectores, tanto en el niño como en el funcionamiento familiar, con el fin de potenciarlos.

En la siguiente tabla proponemos unos criterios para recomendar uno u otro tipo de intervención, así como para derivar a la familia hacia los servicios que pueden ofrecerles el tipo de intervención que necesitan.

En todos los casos, al detectar un progenitor con problemas de alcohol se intentaría motivarle a realizar un **tratamiento rehabilitador** para este problema en un centro especializado. Sin embargo, en ocasiones es muy difícil conseguirlo en un primer momento y se debe trabajar sólo con el resto de la familia. Si es posible, también se recomienda la relación con una asociación de autoayuda, aunque esto depende de la tradición que haya en la zona concreta (hay comunidades de nuestro país en las que las asociaciones tienen mucho peso en dirigir los tratamientos e incluso contratan sus propios profesionales y otras comunidades en las que las asociaciones se encargan más de tareas de apoyo mutuo). En algunos casos, los centros de tratamiento o las asociaciones podrán ofrecer servicios para el resto de la familia (grupos educativos, de apoyo mutuo, etc.). Por último, en algunos casos será necesario realizar derivaciones a programas terapéuticos individuales, grupales o familiares. Sin embargo, es preciso recordar que aunque se realice una derivación, eso no significa desentenderse del caso, sino que es necesario que nos aseguremos de que existe un **profesional de referencia** para ese caso concreto.

Medidas de intervención recomendadas en función del nivel de riesgo		
Riesgo BAJO	Riesgo MEDIO	Riesgo ALTO
Entrevista de devolución de información y <i>counselling</i> Grupos educativos (padres e hijos) (opcionales) Seguimiento a los 5 años	Entrevista de devolución de información, <i>counselling</i> y técnicas motivacionales para insistir en la intervención Grupos educativos (padres e hijos) (insistir) Derivación: Intervención terapéutica (opcional): técnicas cognitivas / habilidades sociales / terapia familiar (en función de las necesidades) Seguimiento: 1, 3, 5 años, especialmente en la adolescencia y otras etapas de riesgo	Entrevista de devolución de información, <i>counselling</i> y técnicas motivacionales para insistir en la intervención Grupos educativos (padres e hijos) (necesarios, aunque no suficientes) Derivación: Intervención terapéutica (necesaria): técnicas cognitivas / habilidades sociales / terapia familiar (en función de las necesidades) Intervención desde la escuela (adaptación curricular) Seguimiento: 1, 3, 5 años, especialmente en la adolescencia y otras etapas de riesgo

Medidas de intervención recomendadas en función del nivel de protección		
Protección ALTA	Protección MEDIA	Protección BAJA
Medidas externas mínimas (ofrecer acudir al servicio en el caso de que lo necesiten en algún momento)	Apoyar y reforzar los propios recursos, a través de intervenciones externas mínimas (educativas)	Insistir en intervenciones preventivas y terapéuticas externas a la familia (grupos educativos para padres e hijos, terapia, etc.) utilizando técnicas de motivación, refuerzos (incluso materiales) y recordatorios frecuentes

4.3. PRIMEROS CONTACTOS CON LA FAMILIA: LA MOTIVACIÓN

Las primeras entrevistas con la familia las puede realizar cualquier profesional que tenga contacto regular con el niño o con la familia (maestro, pediatra, asistente social, psicólogo), siempre que se sienta capacitado para realizar este tipo de abordaje. Estas entrevistas pueden tener diferentes **objetivos**:

1. Evaluar al niño y/o la familia.
2. Devolver a la familia los resultados de la evaluación, para que vayan aceptando poco a poco sus dificultades, en especial las relacionadas con el alcohol.
3. Ofrecer apoyo emocional a los familiares que acuden voluntariamente, desculpabilizar a los padres haciéndoles sentir que son buenos padres por desear lo mejor para sus hijos, aunque estén pasando por un mal momento, recoger y analizar una demanda específica.
4. Ofrecer información a los que la solicitan.
5. Motivar a la familia a participar en actividades preventivas, a seguir un tratamiento para el alcoholismo, a promover cambios en las relaciones familiares, etc.

En los primeros contactos, el profesional que atiende a la familia puede encontrarse con numerosas dificultades, entre las que destacarían las siguientes:

1. Padres o jóvenes reacios a participar (resistencias, agresividad, mecanismos de defensa como la negación, la racionalización o la proyección).
2. Miedo de los hijos a las represalias de los padres por desvelar el secreto familiar .
3. Actitudes co-dependientes en la pareja o en los hijos.
4. Actitud habitual en los jóvenes: "Yo vengo porque mis padres me han traído".
5. Actitudes frecuentes en los padres: "Arréglenme al niño" o "A mis hijos no les pasa nada".
6. Familias que no acuden, no contestan los mensajes en el contestador, dan largas, etc.

Para abordar estas dificultades resultan de gran utilidad las **técnicas motivacionales**. El aprendizaje de estas técnicas es un aspecto fundamental en la formación de los profesionales que tratan habitualmente con familias con problemas de alcohol, debido a su tendencia a resistirse a cualquier tipo de intervención, a la negación de los problemas con el alcohol, etc. La motivación de estas familias para que acepten realizar cambios requiere grandes dosis de habilidad y paciencia

en los profesionales. En una de las siguientes tablas se ofrece un ejemplo de cómo se podría motivar a una madre a hacer tratamiento para cambiar sus hábitos de consumo de tóxicos, aprovechando una denuncia de una vecina por posible negligencia en el cuidado de su hija.

Principios básicos de la entrevista motivacional

1. **Escuchar activamente**, reflejando lo que dice el interlocutor para demostrar que tratamos de entenderle, utilizando preguntas abiertas, mostrando respeto por sus ideas y sentimientos y respetando su *timing*.
2. Facilitar la **expresión de sentimientos**.
3. Mostrar **empatía**, comprensión, interés y disposición para ayudarle en los problemas que nos cuenta.
4. Suscitar y ayudar a **analizar la ambivalencia**, realizando un balance entre los pros y los contras del comportamiento a cambiar, creando discrepancia entre lo que hace y lo que desearía conseguir, para suscitar las propias razones para cambiar; es decir, el autoconvencimiento.
5. **Sortear las resistencias** sobre determinados temas cambiando el foco de la conversación hacia un tema menos conflictivo y abordando el tema principal más tarde o desde otro punto de vista. La confrontación directa y la discusión son contraproducentes.
6. Cuando la persona muestre disposición a cambiar, **ofrecer información** sobre un abanico de posibilidades para conseguirlo, con el fin de que pueda escoger.
7. **Apoyar** la propia responsabilidad y la **autoeficacia** en la consecución de sus objetivos.
8. Si al final de la entrevista no se consigue llegar a que el paciente desee realizar cambios, se debe dejar la puerta abierta para **futuros contactos** (por ejemplo, programar una visita de seguimiento, quedar a su disposición por si ocurre algún problema, etc).

Un ejemplo de entrevista motivacional con Ana M^a

El caso de Ana M^a (AM), de 31 años, llegó a oídos del Servicio de Protección a la Infancia a partir de una denuncia de su vecina, que explicó que su hija Sara (6 años) se quedaba sola por la noche en casa con frecuencia y que solía llamar a su puerta pidiendo comida. También explicó que Sara iba siempre con la ropa sucia y sin peinar. Ana M^a tenía antecedentes de un tratamiento por dependencia del alcohol y la cocaína y se sospechaba que estaba consumiendo de nuevo.

La trabajadora social (TS) no encontró evidencias claras de negligencia al visitar a Ana M^a en su apartamento. Estaba un poco desordenado pero había comida en la nevera y Sara llevaba la ropa arrugada pero estaba limpia.

TS: (después de abordar el motivo de la visita)... Aquí en el informe dice que hace cuatro años hiciste un tratamiento por consumo de alcohol y cocaína... Explícame un poco qué te ocurrió...

AM: Pues que se me fue de las manos... Sara era muy pequeña y yo trabajaba por las noches. Necesitaba mantenerme despierta... Llegó un momento en que el corazón y la cabeza se me aceleraban tanto... que pensaba que me volvía loca. Llamé a mi madre y fue ella la que me llevó al centro...

TS: Así que necesitabas mantenerte despierta por el bebé... ¿Cómo te lo montabas para poder cuidar a la niña y trabajar, estando sola sin pareja?... Debe ser muy complicado...

AM: Pues la verdad es que sí... Mi madre se quedaba con la niña por las noches y yo trabajaba en lo que podía.

TS: ¿Cómo te sentías en esa época?

AM: Muy agobiada... Se me había complicado mucho la vida... Yo sola, con una niña, sin nadie que me ayudase a mantener a Sara... quiero decir... bueno... su padre se marchó... y para lo que me servía, mejor así...

TS: Realmente difícil... Así que, si tomabas coca podías estar despierta..., tenías ganas de hacer cosas, de trabajar para mantener a Sara... Pero... ¿Qué ocurría cuando estabas demasiado acelerada?

AM: Pues me sentía fatal... A veces bebía un poco para calmarme... y así todo volvía a la normalidad...

TS: De manera que cuando te notabas acelerada por la coca, bebías alcohol y todo volvía a la normalidad...

AM:Bueno, a veces me pasaba un poco y me olvidaba de Sara... Quiero decir, de darle de comer y esas cosas. Si bebía, después dormía mucho rato y como yo no tenía hambre, me olvidaba de todo... Por eso me decidí a hacer un tratamiento, se me había ido de las manos ...

TS: ¿Y qué haces ahora cuando te sientes agobiada, cuando se te complican las cosas en el trabajo o con tu madre?

AM: Bueno, ahora es diferente porque controlo. Sólo tomo una copa de vez en cuando, cuando bajo al bar a comprar algo de pan para la cena.

TS: ¿Y cómo ve eso Sara? ¿Va ella contigo?

AM: ¡No!, a ella la dejo un rato en casa porque no me gusta que vea el tipo de gente que hay en el bar por la noche.

TS: La verdad es que está muy bien que trates de protegerla de las personas que están en el bar a esas horas. Pero para protegerla, tienes que dejarla sola en casa... ¿Qué edad tiene Sara?

AM: Mmmm... 6 años

TS: ¿Te acuerdas de cuando tú tenías 6 años? ¿Qué pensabas si tu madre te dejaba sola alguna vez?

MA: (poniéndose triste)... Bueno, a mí también me dejaba mi madre cuando se iba a comprar... y yo sabía que en realidad iba al bar un rato... Supongo que a Sara no le debe hacer gracia... No estoy siendo una buena madre... Es muy difícil... a veces no puedo más y necesito algo de ayuda para enfrentarme a las cosas...

TS: ¿Quieres que pensemos juntas qué tipo de ayuda puede serte útil!....

Modificado de Hohman, 1998

Aspectos clave para motivar a las familias con problemas de alcohol

Ya hemos comentado en repetidas ocasiones que las familias con problemas de alcohol, igual que otras familias de riesgo, muestran numerosas resistencias a participar en los programas preventivos. Además, en algunos tipos de programas para niños se exige el consentimiento paterno para poder participar. Por otro lado, aunque los padres deseen que sus hijos participen en programas educativos, a menudo son los niños o los jóvenes los que se resisten a participar.

Otro de los problemas básicos en los programas preventivos para población de alto riesgo es que las familias que están en peor situación debido a la existencia de problemas importantes, suelen ser las más reacias a participar y, en el caso de aceptar, no suelen adaptarse bien a los programas estructurados. A menudo acuden a las sesiones irregularmente, piden atención personal cuando no han solicitado hora de visita o no hacen las tareas para casa. Para motivar a estas familias a acudir con regularidad a las sesiones y a cumplir las normas de este tipo de programas es necesario esforzarse un poco más de lo habitual, haciendo uso de todos los recursos disponibles.

La motivación de los padres y de los hijos constituye una pieza clave en la atención preventiva a los jóvenes de riesgo y a sus familias. A continuación describiremos algunas de las estrategias que pueden resultar útiles:

1. Explicar con claridad a los padres **en qué consiste el programa**, sus objetivos y el contenido de las sesiones educativas, ofreciéndoles la oportunidad de expresar sus preocupaciones sobre el material, la metodología, los participantes, los problemas para participar, etc. y poder abordarlos conjuntamente.
2. Destacar el papel protector de la familia y explicarles que el propósito fundamental del programa es **ayudar a la familia** a manejar adecuadamente los problemas que les ha ocasionado el alcohol y que para ello se procura enseñar tanto a los hijos como a los padres nuevos recursos que pueden utilizar también para prevenir problemas en el futuro.

3. Informar a los padres sobre la **confidencialidad** de todo lo que los jóvenes digan en las sesiones, tanto si son individuales como en grupo. Los chicos pueden hablar de las actividades realizadas de forma general, pero se les pide expresamente que no comenten las cosas personales de sus compañeros fuera del grupo. También se les debe asegurar a los padres que durante las sesiones se respeta la voluntad de los jóvenes, y que nunca se les obliga a hablar o a realizar las actividades propuestas si ellos no lo desean.
4. Demostrar que nos preocupamos por sus hijos pero también por ayudarles en su papel como educadores, que confiamos en que son **buenos padres** y procuran lo mejor para sus hijos. Nunca se les debe criticar ni juzgar por las consecuencias que han sufrido sus hijos, ni usurpar su rol de padres.
5. **Insistir suavemente** en que participen en el programa, sin forzar ni culpabilizar. Si se resisten a participar, se les debe ofrecer la posibilidad de contactar con el programa más adelante. A veces es necesario saber esperar el momento oportuno. Hay que darles la opción de **escoger**, mostrándoles confianza en su capacidad para decidir lo que más conviene a los jóvenes y a la familia. En general hay que mostrar respeto por la decisión que tomen. Sin embargo, en algunas familias muy desestructuradas o con graves problemas, a veces es necesario presionarles a participar en algún programa para que acudan regularmente al centro de tratamiento para tener algún tipo de control. En estos casos puede ser útil supeditar la obtención de alguna ayuda económica a la asistencia de sus hijos al programa preventivo.
6. Utilizar **fórmulas motivadoras** como las que se encuentran en las tablas siguientes, si los padres ofrecen resistencias a participar en el programa.
7. Tener **paciencia y flexibilidad** para adaptarse a los cambios, las crisis, los avances y retrocesos frecuentes y la discontinuidad típica de estas familias. Se deben reorganizar o reprogramar actividades concretas si no pueden llevarse a cabo tal como se planificaron, aceptar que algunas familias no podrán beneficiarse del programa por el momento porque resulta imposible motivarlas, ofrecer la posibilidad de que asistan a las sesiones sólo los padres, o sólo los hijos, probar primero un par de sesiones para ver si les convence, disponer de horarios alternativos para ajustarse a los horarios laborales y escolares, etc.
8. Ayudar a construir una relación de **confianza** mutua, sinceridad, respeto e igualdad entre los participantes en las actividades de grupo. Potenciar el sentido de pertenencia al grupo, la identificación entre los miembros y crear un ambiente amistoso, informal y divertido.
9. **Facilitar el acceso** a las sesiones (hacerlas en lugares accesibles, facilitar medios de transporte, horarios flexibles, “guardería” para los niños más pequeños de la familia, etc.)
10. **Elogiar** el esfuerzo por asistir a las sesiones y mostrarles que se les ha echado de menos si han faltado a alguna sesión.
11. **Reforzar** los pequeños avances de cada miembro de la familia, así como sus potencialidades, con el fin de aumentar su autoestima.

12. Si los padres simplemente piden “arréglenme al niño”, hacer énfasis en su participación en las sesiones para padres, para ayudar a que el niño mejore su comportamiento.
13. Utilizar **incentivos** para los jóvenes como meriendas, aperitivos, un regalito sencillo (libros, bolígrafos, material escolar, puzzles, etc.), tiempo libre para utilizar un ordenador del centro, atención individual antes o después de las sesiones, una pequeña fiesta de despedida al final de las sesiones, una excursión al campo o a la piscina, etc.
14. Utilizar **cartas o llamadas telefónicas** para recordarles el día y la hora de la siguiente reunión, regalarles calendarios con las fechas de las sesiones señaladas, etc.

Ejemplos de resistencias típicas de los padres y respuestas motivadoras del terapeuta

Resistencias de los padres	Respuestas motivadoras del terapeuta
Mis hijos no tienen problemas, van muy bien en la escuela. Además, en casa hablamos de todo. No les hace falta acudir a las sesiones.	También es muy útil para nosotros tener datos de los niños que no presentan problemas importantes, para conocer qué factores personales o familiares pueden resultar protectores. En los grupos estos niños pueden servir de modelo a otros niños que sí tienen dificultades. El programa no es un tratamiento para los jóvenes que presentan problemas en la actualidad, sino un programa educativo para ayudar a prevenir posibles problemas futuros. Se les ayuda a tomar decisiones saludables respecto al consumo de alcohol y otras drogas y a entender los problemas que estas sustancias pueden ocasionar en las familias Aunque los niños no manifiesten problemas, suelen tener preocupaciones y dudas respecto a estos temas que no se atreven a preguntar en casa, y es conveniente que se les resuelvan estas dudas. A veces quieren tener información sobre temas de alcohol o drogas para poder ayudar a algún amigo que tiene problemas.
Mis hijos no saben nada de “lo mío”, y no quiero que lo sepan, de momento. No creo que deban saberlo, y además no estoy preparado.	Los hijos habitualmente saben más de lo que parece a simple vista, lo que ocurre es que no se atreven a comunicarlo en casa porque intuyen que es un tema “tabú” (“un elefante en el salón”) y que alguien se enfadará si hablan de ello. La opinión de los expertos en estos temas es que es saludable para el desarrollo de los niños hablarles de los problemas que le ha ocasionado a uno mismo el alcohol, entre otras razones, porque así les podemos enseñar cómo prevenirlos, y también para estrechar los lazos de comunicación emocional en la familia. Sin embargo, tiene Ud. razón en que este tipo de comunicación se debe tener cuando los padres están preparados para ello. No se trata de forzar la situación. Probablemente Ud. mismo encontrará el momento más adecuado y entonces puede pedirnos consejo, si lo desea.
A mis hijos no les ha afectado “lo mío” para nada, porque yo no bebía delante de ellos. Además, yo nunca me he comportado mal con ellos.	La participación en el programa puede ayudarles también a saber cómo pueden prevenir ellos mismos en el futuro problemas con el alcohol. Además, el programa también sirve para que los padres puedan aprender cómo mejorar las relaciones familiares, pautas educativas saludables, etc.
Mis hijos son demasiado pequeños para hablarles de esas cosas, ya se lo contaré más adelante, cuando lo puedan entender.	Las sesiones del programa están adaptadas a diferentes edades por especialistas. De hecho son muy parecidas a las que se hacen en los programas escolares de prevención de drogas, que se inician desde la infancia. Las explicaciones a los niños sobre temas complejos como la muerte, el sexo, etc. se pueden adaptar a la edad del niño. Incluso los niños más pequeños pueden comprender en qué consiste la dependencia de las drogas si se les explica con palabras y ejemplos que puedan entender.

<p>Pero en las sesiones educativas ¿conocerán a niños con problemas graves, o niños de la calle, que les pueden influir negativamente?</p>	<p>Todos los niños que participan en los programas grupales son niños como los suyos, que pueden tener problemas más o menos importantes, y que sus padres están de acuerdo en que acudan a estas sesiones preventivas. Son niños como los que pueden encontrar en su propia escuela, o en su barrio.</p> <p>Conocer a otros niños que pueden tener los mismos problemas que uno, o incluso problemas más importantes, lejos de influirles en el sentido negativo, puede ser de gran ayuda para su desarrollo personal.</p>
<p>¿Les darán información sobre drogas?. Mis hijos son muy inocentes y yo prefiero que no sepan nada de esas cosas.</p>	<p>El contenido sobre alcohol y drogas del programa es similar al que se ofrece en las escuelas, no se detallan las características de las drogas ni las formas de consumirlas, sino conceptos útiles para la prevención. Por otro lado, la información que se les proporciona es objetiva, no sesgada como la que pueden recibir de sus compañeros o de algunos medios de comunicación.</p>
<p>¿Les puede afectar emocionalmente tener que hablar del problema del alcoholismo en su familia?</p>	<p>Al contrario, suele ser beneficioso para los jóvenes hablar de estos temas abiertamente en un grupo en el que pueden sentirse comprendidos. Aprenden que el alcoholismo no es un tema “tabú”, sino una enfermedad como otra, de la que no deben avergonzarse.</p> <p>Además, en estas sesiones se suele hablar de situaciones ficticias de vídeos o historietas. No se les fuerza a hablar de cosas personales si no lo desean.</p>
<p>¿Quedarán marcados o etiquetados como “hijos de alcohólicos” en el futuro? ¿Quedará algún registro con sus nombres?</p>	<p>Tanto los datos de sus tests y entrevistas como las cosas personales que pueden decir en las sesiones son absolutamente confidenciales, y se procura la máxima discreción. A ellos también se les pide guardar la confidencialidad sobre lo que puedan explicar los demás jóvenes en el grupo.</p> <p>Por otro lado, a los niños se les enseña estrategias para que no se dejen “etiquetar” por las personas de su entorno que puedan conocer su situación familiar.</p>
<p>Si se les explica que el alcoholismo se “hereda” ¿pueden tener miedo? o por el contrario ¿puede ser que no hagan nada por evitarlo?</p>	<p>A los niños se les explica que en el alcoholismo, como en otras enfermedades, intervienen múltiples factores, algunos de los cuales pueden ser genéticos (se les dan ejemplos). También se les dice que todos tenemos problemas y factores de riesgo para una u otra cosa en nuestras familias, que no somos culpables de ello, que en todo caso podemos procurar protegernos, y que es precisamente eso lo que les enseñamos en este programa.</p>
<p>Y si empiezan a preguntar sobre este tema en casa ¿cómo podemos hablar de nuestro familia.problema sin sentirnos avergonzados o culpables?</p>	<p>En las sesiones con padres se hablará de cómo abordar este tema con los hijos.</p> <p>A los niños se les enseña que es saludable expresar los sentimientos y las dudas que uno tiene, y por tanto, es probable que comiencen a expresarlos en la familia. Los padres han de intentar responder con la máxima naturalidad, procurando no sentirse culpables ni heridos por los posibles reproches de los hijos.</p> <p>Tanto los hijos como los padres han de aceptar y comprender que todos, incluso los padres, tienen problemas, limitaciones, debilidades, y cometen errores, y que lo importante es aprender de ellos y procurar hacerlo cada vez mejor.</p> <p>Para explicar a los hijos la enfermedad del alcoholismo no es necesario buscar un momento especial, ni hablar con tecnicismos. Es suficiente explicarlo de la forma más llana posible cuando surja el tema en la conversación.</p>

Trucos para motivar a jóvenes reacios a participar en programas preventivos

Resistencias de los hijos	Respuestas motivadoras del terapeuta
A mi no me pasa nada	Los grupos no son para jóvenes que tienen problemas, sino para aprender cosas sobre las familias que han tenido problemas con el alcohol. Los niños que han sabido defenderse bien en estos casos pueden ayudar a otros que les cuesta más.
Yo no tengo tiempo para venir a las sesiones, tengo que ir a entrenar	Entiendo que te supondría un esfuerzo venir hasta aquí para participar en unas cuantas sesiones, pero si te lo proponemos es porque estamos convencidos de que también te aportaría cosas positivas ¿Qué crees que obtienen de positivo los chicos que acuden a esas sesiones?... ¿Estarías dispuesto a venir si te proponemos un grupo que no coincida con los días de entreno?.
Prefiero salir con mis amigos a venir a esas sesiones el viernes por la tarde. Es el único día que quedamos	Sólo será durante unas semanas. O bien... ¿Te parecería que te llamásemos cuando las realicemos otro día de la semana?. Piensa que también puedes encontrar nuevos amigos dentro del grupo. Nunca está de más conocer a gente nueva, que tiene cosas parecidas a uno.
No me sentiré bien en un grupo, soy muy vergonzoso y no sé qué decir	No tienes que contar nada privado si no lo deseas. Sólo participarás en la conversación si tú quieres. Habitualmente se proponen unos temas y explicamos algo sobre ellos. Después todos pueden opinar y no hay respuestas correctas o incorrectas. Además, participar en estos grupos puede ser una oportunidad para aprender a relacionarte más abiertamente con otros chicos, porque precisamente también practicamos algunas habilidades sociales.
Son mis padres los que tienen problemas ¿por qué tengo que venir yo?	Aquí hacemos sesiones tanto para padres como para hijos. Ambos pueden aprender cosas para que sus familias funcionen mejor a partir de ahora. A veces los problemas de los padres también afectan a los hijos, a veces están confundidos y no entienden qué ha pasado exactamente en casa, otras veces tienen temor o guardan mucha rabia que es bueno aprender a expresar adecuadamente. En estas sesiones se trata simplemente de aprender algunas estrategias para enfrentarse a momentos difíciles que pueden ocurrir en la vida. También se explica cómo pueden evitar los jóvenes tener problemas con el alcohol u otras drogas. ¿Crees que puede interesarte?
Eso de los grupos es un rollo, una pérdida de tiempo, tengo cosas más interesantes que hacer	Puedes acudir a un par de sesiones y comprobarlo. Si no te gusta puedes dejar de venir cuando tú quieras, sólo tienes que avisar.
Me han traído mis padres pero yo no quería venir	Si quieres te puedes quedar hoy para ver si te lo pasas bien en el grupo. Probablemente cuando veas de qué se trata te parecerá mejor que ahora. De todos modos, si no te acaba de convencer, puedes decidir no venir el próximo día.
Me da vergüenza que me vean en un centro de tratamiento (o en una asociación de alcohólicos)	Las personas que han tenido problemas con el alcohol no son diferentes del resto de la gente y tienen hijos, como tú, que necesitan saber qué ha ocurrido en su familia. Por eso hacemos estos programas educativos. Nadie te va a señalar con el dedo aquí porque todas las personas que vienen han tenido este tipo de problemas en sus familias. Precisamente en estos programas intentamos que las personas puedan enfrentar los problemas con el alcohol sin vergüenza, entendiendo que se trata de una enfermedad como otra cualquiera.

4.4. COUNSELLING Y OTRAS TÉCNICAS DE APOYO A LA FAMILIA

Tras las primeras entrevistas con la familia, habitualmente se les recomienda hacer grupos psicoeducativos o intervenciones terapéuticas más intensas si lo necesitan. Pero en ocasiones es necesario ofrecer algún tipo de terapia de apoyo durante un tiempo, mientras la familia se decide a hacer uno u otro tipo de intervención, o bien cuando pasan por un momento especialmente difícil o han de tomar decisiones complicadas.

El *counselling* se basa en la aplicación de técnicas de apoyo emocional y comunicación terapéutica que en buena parte proceden de la psicología motivacional.

En general, los **objetivos** de estas técnicas cuando se aplican a los familiares de alcohólicos son:

1. Ofrecer apoyo emocional.
2. Enseñar estrategias de enfrentamiento a los problemas cotidianos.
3. Enseñar estrategias para que los familiares puedan motivar al familiar alcohólico a hacer tratamiento.
4. Aprender a buscar sistemas de apoyo externos a la familia: amigos, consejeros, terapeutas, grupos de Alanon-Alateen, Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, maestros, miembros de la familia extensa, vecinos, etc.
5. Motivar a realizar intervenciones grupales, familiares o individuales, si es necesario.

Estrategias útiles para el *counselling* en familias con problemas de alcohol.

ESTRATEGIAS QUE AYUDAN	ESTRATEGIAS QUE <u>NO</u> AYUDAN
<p>Mostrar empatía: entenderles, ponerse en su lugar, expresarles que nos importa su malestar</p> <p>Mostrar aceptación y respeto por las opiniones y decisiones del interlocutor</p> <p>Escuchar sin prisas, animando a reflexionar con preguntas abiertas (“¿Cómo te sientes?”, “Explícame algo más sobre eso...”), devolviendo lo que uno entiende para confirmarlo</p> <p>Atender a las emociones reprimidas, dejarlas fluir</p> <p>Suscitar en el interlocutor posibles soluciones a sus problemas: “¿Qué has intentado?”, “¿Por qué no ha funcionado?”, “¿Qué más podrías hacer?”, “¿Qué le dirías a alguien en tu situación?”, “¿Cómo crees que te puedo ayudar?”</p> <p>Poner límites en la relación terapéutica</p>	<p>Bombardear con consejos fuera de lugar. Dar muchas explicaciones. Hablar demasiado</p> <p>Comportarse como un experto o autoridad en la materia</p> <p>Impedir la expresión de las emociones: “No pasa nada”, “no hay que preocuparse”, “olvídalo”, “no llores”, “no te enfades por eso...”</p> <p>Presionar y confrontar directamente a la persona con sus dificultades y mecanismos de defensa</p> <p>Sermonear, reñir, mostrarse paternalista</p> <p>Intentar convencer, insistir, argumentar, discutir</p> <p>Tratar de salvar o rescatar a la persona evitando que sufra las consecuencias de sus acciones</p> <p>Enfadarse, tomar lo que dice el interlocutor como un asunto personal</p>

4.5. INTERVENCIONES EN LA ESCUELA

La escuela parece el lugar más lógico para educar a los niños sobre el uso y el abuso de alcohol, siempre que los maestros hayan sido formados adecuadamente para ello y tengan el asesoramiento oportuno de especialistas en esa materia.

Como ya hemos mencionado en varias ocasiones, los maestros y los psicólogos escolares están en una posición inmejorable para identificar y ofrecer apoyo a los jóvenes de familias con problemas de alcohol, debido a su contacto regular con ellos. Gracias a ello es posible establecer relaciones continuadas, basadas en la seguridad y en la confianza, dos requisitos imprescindibles para trabajar con estos jóvenes y proporcionarles oportunidades para desarrollar su capacidad de resistencia a la adversidad.



En los Estados Unidos, además de los programas de prevención universal de consumo de drogas, las escuelas, institutos y centros universitarios pueden ofrecer programas preventivos selectivos para grupos de alto riesgo. Se suelen ofrecer a través de los Programas de Asistencia al Estudiante (*Student Assistance Programs*) o de los Servicios de *Counselling* escolar. Este tipo de programas para jóvenes de riesgo son obligatorios por ley para todas las escuelas en algunos estados como Minnesota y ofrecen intervenciones en grupo e individuales para estudiantes que tienen problemas con la familia, la escuela, los amigos, el alcohol u otras drogas, así como otros tipos de problemas personales. Los estudiantes pueden acudir por sí mismos o ser derivados por sus maestros o por sus padres. Algunos de estos programas están diseñados específicamente para las necesidades particulares de los hijos de alcohólicos, como los ejemplos que describiremos más adelante.

Hay varios tipos de actividades que pueden ayudar a los hijos de alcohólicos (o de otros drogodependientes) que se pueden realizar en las escuelas:

1. **Adaptaciones curriculares específicas** a las necesidades particulares de los jóvenes de familias con problemas de alcohol. Por ejemplos, los niños con Síndrome de Alcoholización Fetal pueden tener dificultades especiales para conseguir los objetivos escolares y deben tener un Programa Educativo Individualizado (PEI). Otro ejemplo serían las clases de “habilidades de supervivencia” para niños que se quedan solos a menudo en casa.
2. Procedimientos de **autoselección y autoidentificación** en los programas de prevención universal sobre drogas, para facilitar atención específica a los jóvenes que identifiquen problemas con el alcohol u otras drogas en sus familias.

3. **Actividades educativas** sobre temas de alcohol y drogas, alcohol y familia o habilidades para la vida, que pueden realizarse individualmente, en parejas, en grupos pequeños, o bien para toda la clase.
4. **Grupos de aprendizaje y apoyo** que suelen reunirse una hora a la semana durante todo el curso escolar y que pueden tener diferentes objetivos:
 - a) Grupos para mantener un estilo de vida libre de drogas,
 - b) Grupos para motivar a realizar un tratamiento cuando los jóvenes tienen problemas de consumo de sustancias,
 - c) Grupos para recibir apoyo cuando los jóvenes están preocupados por el abuso de sustancias de un familiar o un amigo.

Los jóvenes que pueden participar en estas actividades pueden ser identificados a través de iguales entrenados para ello, de sus maestros, de sus familias, o de los servicios sociales o la policía. En otras ocasiones se autoidentifican ellos mismos, tras participar en las clases educativas sobre drogas en las que se habla del tema de la familia.

Los grupos que se realizan en la escuela tienen aspectos similares a los grupos psicoeducativos que se explican en el apartado 4.6., aunque con menos componentes terapéuticos. Es importante que se realicen bajo el asesoramiento de un profesional especializado en estos temas para apoyar a los profesores y para facilitar la detección de casos que deberían ser derivados a intervenciones más intensas o en los que se debería trabajar más intensamente con la familia. Hay que tener precaución con la aplicación arbitraria y caprichosa de este tipo de programas porque se puede perjudicar a los niños.

Lo cierto es que hablar de prevención selectiva en la escuela resulta un tanto utópico cuando aún no está del todo integrada la prevención universal en temas de drogas y salud mental. Los programas universales aún no se aplican en todas las escuelas, aún no se integran sus actividades dentro del currículum y, en muchas ocasiones, son aplicados sin asesoramiento por parte de especialistas. Pero además, existen algunas dificultades prácticas a la hora de intervenir con grupos de alto riesgo dentro del contexto escolar que se deben tener en cuenta:

1. Se deben considerar las posibles **implicaciones éticas** del *screening*. El personal que se encarge de estas actividades debe revisar las normas éticas de su profesión acerca de la confidencialidad y el secreto profesional, las leyes estatales y comunitarias sobre protección de menores, y también las normas escolares correspondientes, sobre todo para evitar los peligros del “etiquetaje” de estos niños.
2. Hay que tener en cuenta la **validez ecológica** y la relevancia de los contenidos y habilidades a adquirir de acuerdo con el contexto social en el que se aplica el programa.
3. Se tiene que conseguir el compromiso y el **apoyo de toda la plantilla** de la escuela para poder integrar las actividades del programa dentro de la programación de asignaturas como ciencias naturales, sociales, plástica, etc. También es necesaria la colaboración de

especialistas clínicos en temas de alcohol y familia para que la escuela pueda recibir el asesoramiento oportuno.

4. Suele ser necesario obtener el **consentimiento paterno** para participar en las actividades preventivas que no están contempladas en el currículum escolar. De todos modos, independientemente de que se requiera por ley, es preferible notificar a los padres por escrito de este tipo de actividades, especialmente en estos casos en los que se debe involucrar a los padres para facilitar cambios saludables en la familia. En ocasiones es útil ofrecer desde la escuela programas educativos para padres.
5. A veces los jóvenes de riesgo en una escuela son demasiado **heterogéneos** para plantear un único tipo de intervención. Se debe determinar cuál es la mejor forma de intervenir en cada caso concreto: individualmente o en grupo (sólo con hijos de alcohólicos o con otros jóvenes de riesgo), en horario escolar o extraescolar, sólo el maestro o con ayuda de especialistas externos, etc.

En Estados Unidos existen varios programas escolares para hijos de alcohólicos. Uno de ellos es el programa **ESCAPE** (Nastasi y De Zold, 1994) que pretende aumentar la competencia personal y social de los jóvenes y proporcionarles redes de apoyo entre los adultos y entre sus iguales, a través de tres objetivos específicos: 1) la educación sobre el alcoholismo y sus repercusiones sobre los miembros de la familia, especialmente los niños, 2) el desarrollo de la autoeficacia, la autoestima, la capacidad de resolución de problemas y las habilidades de interacción social y 3) el desarrollo de estrategias específicas de competencia afectiva, cognitiva y conductual para enfrentarse a la crisis familiar relacionada con el alcoholismo paterno. El programa se compone de diversas actividades que se integran en el *currículum* ordinario desde el jardín de infancia hasta acabar la educación secundaria: a) historias de protagonistas (lecturas o películas) que sirven de estímulo para resolución de problemas típicos en familias con problemas de alcohol y hacer representación de roles, b) tareas de resolución de problemas, dilemas o conflictos cognitivos y c) redacción de artículos para una revista haciendo énfasis en la reflexión y la autoevaluación. Las diferentes actividades están diseñadas para realizarse en diadas, en grupos pequeños o para toda la clase. Se considera muy importante trabajar en grupo para favorecer la interacción interpersonal, la diferenciación entre el yo individual y el colectivo, y la elaboración de normas grupales.

El programa **SMAAP** (Short et al., 1995) tiene objetivos similares al ESCAPE, aunque sus actividades van dirigidas a pequeños grupos seleccionados a través de procedimientos de autoselección-autoidentificación. Consta de 8 sesiones de 1 hora semanal en las que se realizan actividades de discusión sobre relatos o películas, instrucción didáctica sobre técnicas útiles para enfrentarse al estrés, a la depresión, etc., y modelado de conductas apropiadas a través de vídeos o *role-playing*. También se hacen tareas en casa para generalizar lo aprendido en el grupo.

El programa **CASPAR** (Davis et al., 1994) ofrece diferentes actividades para la prevención y el tratamiento de hijos de alcohólicos y de otros jóvenes de riesgo: a) Programas de

entrenamiento para maestros, médicos y terapeutas que trabajan con los jóvenes, b) Programas educativos y grupos de apoyo en horario extraescolar y durante los meses de verano y c) Un *currículum* escolar para niños y jóvenes desde jardín de infancia hasta el instituto. Este *currículum* consta de 8 módulos para cada curso, de 1 hora de duración cada uno:

1. Rompiendo el hielo: Ayudar a los estudiantes a hablar de sus preocupaciones
2. La realidad: Cómo el alcohol y otras drogas afectan el cuerpo y la mente.
3. Actitudes personales y sociales acerca del alcohol y otras drogas: distinguir los mitos de la realidad.
4. Toma de decisiones responsable.
5. Las consecuencias de la toma de decisiones responsable.
6. La enfermedad del alcoholismo.
7. El alcoholismo familiar.
8. Factores de riesgo y de prevención.

El **DISCOVERY KIT** es un programa de prevención de drogas para niños de 10 a 15 años diseñado para aplicarse en la escuela o en la comunidad. Los objetivos básicos son la educación sobre el alcohol y el alcoholismo familiar, así como la promoción de competencia personal y social de los hijos de alcohólicos y otros jóvenes de riesgo, a través de la utilización de materiales como pósters, folletos, cintas de audio y vídeo y relatos. La guía del educador presenta las actividades en formato de lección, con sugerencias para su integración en el diferentes asignaturas del *currículum* escolar (lenguaje, arte, matemáticas, ciencias naturales o sociales, educación física, etc.). También incorpora sugerencias para involucrar a la familia y al resto de la comunidad.

Por último, citaremos una agencia que opera en Estados Unidos llamada **CAP: Children are People**, que proporciona manuales, formación y materiales para aplicar programas de prevención de abuso de sustancias para niños de 5 a 12 años de familias con problemas de alcohol, tanto en la escuela como fuera de ella. Además de los grupos de apoyo que se describen en el siguiente apartado, esta agencia también dispone de un *currículum* escolar de 8 semanas para niños desde el jardín de infancia hasta los 12 años, en el que se abordan temas como la autoestima, la presión de grupo, la resolución de problemas, las estrategias de enfrentamiento y las sustancias adictivas.

4.6. GRUPOS PSICOEDUCATIVOS PARA HIJOS Y PARA PADRES

La mayoría de los jóvenes en familias con problemas de alcohol no necesitan una terapia intensiva, sólo información sobre lo que ha ocurrido en su familia, conocer a otros niños con problemas similares y algunas estrategias para desenvolverse mejor en su medio familiar y social.

Pilar, 15 años:

“Participar en el grupo me enseñó que no era un bicho raro, que había otras chicas y chicos a los que les ocurría lo mismo que a mí”

Los grupos psicoeducativos para padres que han tenido problemas con el alcohol y para sus hijos constituyen un recurso más que se puede ofrecer en los centros de tratamiento que consideran el alcoholismo como una enfermedad familiar. En los Estados Unidos este tipo de programas educativos ha ido incrementando a partir de la resolución de la National Association for Children of Alcoholics en 1987, en la que se pidió expresamente que todos los programas de tratamiento del alcoholismo y otras drogodependencias tuvieran componentes específicos para los hijos. En países como Suecia o Finlandia estos programas también tienen cierta tradición. En España, en cambio, todavía son escasos.

Como hemos visto, el trabajo en grupos es la forma de abordaje óptima para los miembros de las familias con problemas de alcohol. Aunque son demasiado cortos para poder observar resultados inmediatamente, los grupos psicoeducativos permiten sembrar la semilla de la recuperación para que ésta vaya germinando poco a poco. Por ello, uno de los objetivos del grupo es ayudar a los niños a conectar con otros sistemas de apoyo en su entorno para asegurar que el proceso de recuperación continúa después de las sesiones.

Los **grupos psicoeducativos para los hijos** consisten en una serie de sesiones semanales (entre 8 y 18 según el programa) en las que un grupo de jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo se reúnen con un educador para tratar temas relacionados con el alcoholismo familiar. Habitualmente los grupos psicoeducativos son cerrados; es decir, están formados por un número concreto de individuos y cuentan con un número de sesiones predeterminadas; pero también se pueden realizar en formato semiabierto, permitiendo la incorporación progresiva de participantes que van saliendo del grupo a medida que van alcanzando los objetivos educativos marcados. Este tipo de grupos habitualmente se realiza en centros de tratamiento del alcoholismo, en asociaciones de alcohólicos rehabilitados, en centros juveniles, en centros de asistencia social a familias o en parroquias. Como hemos visto en el apartado anterior, en Estados Unidos también se ofrecen desde las escuelas.

Los **grupos psicoeducativos para los padres** suelen realizarse de forma paralela a los grupos para hijos. En ellos se ofrecen algunas pautas educativas básicas, así como estrategias para evitar los problemas con el alcohol u otras drogas en los hijos. También permiten a los padres expresar

sus preocupaciones respecto a sus hijos y tratar el tema de la culpabilidad por el daño que les han ocasionado. Es importante que al menos uno de los padres acuda a este tipo de sesiones. Si el padre alcohólico está bebiendo es preferible que acuda sólo el progenitor no-alcohólico, aunque se debe procurar involucrar también al alcohólico en este proceso educativo, ya que la preocupación por sus hijos puede motivarle a realizar el tratamiento correctamente. Sin embargo, no se recomienda que asistan al grupo si han bebido porque pueden distorsionar enormemente la dinámica educativa.

¿Cómo hacer grupos psicoeducativos?

Los centros de tratamiento especializados en el alcoholismo deberían facilitar grupos psicoeducativos adecuados para **diferentes momentos evolutivos** (de 7 a 11, de 12 a 15 y de 16 a 18 años, por ejemplo). Pero la división de los grupos por edades suele realizarse más en función de la edad de desarrollo que de la edad cronológica. Un niño de 12 años muy espabilado puede sentirse mejor en un grupo de chicos mayores que en un grupo para niños de su misma edad. En cambio, un niño de 14 años con mentalidad más infantil puede acomodarse mejor a un grupo de latencia que a un grupo de adolescentes. Además, a menudo ocurre que no se dispone de suficientes niños para formar un grupo de una determinada edad, y no resulta conveniente esperar demasiado tiempo para que un niño concreto pueda beneficiarse de asistir a un grupo educativo. En este caso, el terapeuta debe plantearse la posibilidad de mezclar niños con diferentes niveles evolutivos. La mezcla de individuos con características de personalidad y conducta diferentes también puede ayudar a los chicos a aceptar la diversidad y a aprender formas alternativas de enfrentarse a los problemas. Por ello, suele resultar útil mezclar niños problemáticos con niños más normativos, siempre que los primeros sean pocos y se adapten mínimamente a la dinámica grupal. Sin embargo, la posibilidad de mezclar niños con características diferentes debe ser valorada para cada caso particular, en función del tipo de grupo y de sus componentes, procurando no arriesgar la correcta dinámica grupal. Vanicelli, una experta en grupos de terapia para hijos de alcohólicos adultos, aboga por “**la máxima heterogeneidad tolerable**” dentro de los grupos.

Idealmente, los grupos de hijos de alcohólicos estarían formados por entre 6 y 10 miembros. Una vez se llega a este número debería cerrarse la entrada de nuevos miembros, ya que es la interacción prolongada dentro del mismo pequeño grupo la que crea la posibilidad de construir la **confianza necesaria** para que el intercambio de experiencias se produzca cada vez a un nivel de profundidad mayor. Sin embargo, inicialmente, los grupos deben estructurarse de forma que se evite un exceso de intimidad para la que aún no están preparados. Los hijos de alcohólicos necesitan tiempo para empezar a abrirse y a compartir experiencias y este proceso no debe apresurarse. Por ello, al principio el guía debe tomar una posición más directiva y didáctica en el grupo. Esto les protege de la introspección prematura y les permite ir sondeando la “seguridad” que proporciona el grupo para poder compartir, más adelante, aspectos más íntimos. En algunos casos la experiencia grupal puede resultar demasiado dolorosa o intimidante (por ejemplo, en el caso del “niño perdido”, que suele ser muy tímido) y el niño puede preferir la intervención individual a la

grupal. El terapeuta debe acceder al deseo del niño, aunque debe motivarle a aceptar el grupo cuando se encuentre preparado. En ocasiones, pueden ser necesarias varias sesiones individuales para preparar a los niños para la experiencia grupal. Por otro lado, algunos niños pueden requerir, además de la intervención educativa grupal, psicoterapia individual y/o familiar.

En general, los grupos educativos son apropiados para los niños que viven en una familia cuyos miembros siguen un tratamiento o cuentan con el apoyo de grupos de autoayuda. Sin embargo, la mayoría de los alcohólicos no reciben tratamiento ni apoyo adecuado, por lo que sus hijos pueden necesitar una intervención más larga, que a la vez permita que los cambios en el niño tengan un “efecto dominó” en el equilibrio de la familia, para que se promueva la búsqueda de ayuda en los demás miembros. Además, durante el tratamiento de los padres, los niños necesitan apoyo continuado para ajustarse a los cambios y, especialmente, para comprometerse con su propio crecimiento personal, que a menudo se enfrenta a la desaprobación del resto de la familia. Una falsa concepción que sostienen muchos terapeutas es que cuando un padre alcohólico logra mantenerse abstinente, automáticamente empieza a recuperar su papel de padre y que las necesidades del niño empiezan a ser cubiertas. El niño también tiene la fantasía de que su padre se recuperará instantáneamente, pero esto no suele ser así. El niño debe aprender que la recuperación necesita un tiempo durante el que los padres suelen estar muy comprometidos con su tratamiento, sus visitas, sus sesiones de grupo, etc. y pueden estar poco dedicados a sus hijos. A los niños se les debe explicar esto para que lo puedan entender, pero no se les debe hacer esperar a que su padre esté bien para recuperarse ellos mismos. El proceso de recuperación de la familia debe realizarse desde diferentes frentes, poco a poco, y todos los miembros deben ser apoyados. Por otro lado, algunos adolescentes hijos de alcohólicos ya han incorporado a su personalidad roles disfuncionales que requieren una intervención más larga para que no se perpetúen en la vida adulta.

Algunos ejemplos de grupos psicoeducativos

Se han diseñado varios programas psicoeducativos para los hijos y los padres de familias con problemas de alcohol, algunos de los cuales describiremos a continuación.

Los grupos de apoyo del programa americano **Children are People** constan de 16 sesiones psicoeducativas (que tienen lugar 2 veces a la semana) en las que se tratan temas como los sentimientos, las defensas, cómo alcanzar las propias metas, la dependencia de sustancias, riesgos y elecciones, la familia, ser “especial” y la comunicación entre padres e hijos.

El programa sueco **Children are People Too** (Ersa Turning Point) está basado en el programa citado en el párrafo anterior, aunque sólo consta de 15 sesiones y tiene más componentes terapéuticos. Para facilitar precisamente estos objetivos terapéuticos la metodología de este programa es más flexible, y sus actividades no son excesivamente estructuradas para permitir la espontaneidad en la expresión de los aspectos que más preocupan a los jóvenes. Su filosofía es una mezcla de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, la teoría sistémica y algunos componentes de la terapia cognitiva. El líder del grupo suele ser un hijo de alcohólico adulto formado en Estados

Unidos, que comparte con los participantes sus conocimientos sobre los efectos del alcoholismo en las familias. El objetivo básico del programa consiste en aprender a tener en cuenta las propias necesidades y emociones, por encima de las del familiar alcohólico, y se utilizan lecturas, ejercicios prácticos y juegos. Los jóvenes que participan en el programa proceden de varias fuentes de derivación: a) anuncios en radio, prensa y TV, b) otros participantes, c) centros de tratamiento y asociaciones, d) maestros, médicos, trabajadores sociales, etc. En el programa se realizan grupos paralelos en el tiempo para padres y para hijos (grupo de 6-8 años, grupo de 9-12 años y grupo de 13-17 años). Las sesiones son semanales y duran entre 1 hora y media y dos horas con un descanso intermedio.

Temas de las sesiones para padres y para hijos del programa Children are People Too (Ersa Turning Point)

Sesiones para niños (6-8 y 9-12 años)	Sesiones para adolescentes (13-17 años)
1. Hay esperanza	1. Información
2. Sentimientos	2. Concepto de enfermedad, impotencia
3. Defensas	3. Sentimientos
4. Alcoholismo / dependencia de sustancias	4. Roles familiares
5. Riesgos y opciones	5. La familia
6. La familia	6. Defensas
7. Uno mismo	7. Individualidad
8. Fiesta familiar	8. Abuso / dependencia / conducta obsesiva
9. Sentimientos	9. Valores
10. Defensa	10. Límites personales: intelectual/espiritual /emocional
11. Alcoholismo / dependencia de sustancias	11. Límites personales: físico / sexual
12. Riesgos y opciones	12. Riesgos y opciones
13. La familia	13. Comunicación
14. Uno mismo	14. Culpa y vergüenza
15. Fiesta familiar	15. Cambio, conclusión

En España, el **Programa ALFIL** de Socidrogalcohol para hijos de alcohólicos y sus padres fue elaborado en 1996 en base a otros programas realizados en Estados Unidos. En un principio se diseñaron 9 sesiones para hijos y 2 para padres (Díaz, 2000) pero tras la evaluación de la aplicación piloto del programa en 13 grupos para padres y 13 para hijos (Díaz y Ferri, 2002), se redistribuyeron los contenidos en las nuevas sesiones que proponemos en las tablas siguientes. Estas nuevas sesiones suponen una optimización de las primeras y permiten cierta flexibilidad y mayor adaptabilidad a las necesidades de los usuarios, a las características de los profesionales que las aplican, así como a los materiales de que se disponga en cada momento. La segunda evaluación del programa puede consultarse en Díaz et al (2004).



Las sesiones tienen una duración aproximada de 90 minutos, con un periodo de descanso en medio en el que se puede ofrecer a los asistentes un ligero tentempié. Se pueden realizar con una frecuencia de 1 o 2 sesiones a la semana. Las sesiones para padres y para hijos se pueden hacer en paralelo o en momentos separados, dependiendo de la disponibilidad de personal.

Los grupos para jóvenes pueden estar formados por entre 6 y 12 participantes y se pueden realizar a partir de los 7 años, aunque a los niños pequeños es necesario adaptarles los contenidos y los materiales para abordar los diferentes objetivos que plantea el programa. Siempre que sea posible, es preferible agrupar a los jóvenes por edades, se sienten más identificados con los demás y más libres para comentar sus dudas y problemas. Sin embargo, en ocasiones no es posible, bien porque no se puede esperar tanto tiempo o porque los hermanos de diferentes edades desean acudir al mismo grupo. En este tipo de grupos se puede analizar las relaciones entre hermanos mayores y pequeños y los roles que adoptan en la familia. También se pueden trabajar los comentarios más inocentes de los pequeños bajo la perspectiva de los más mayores. En general se producen relaciones de enseñanza-aprendizaje entre mayores y pequeños que resultan interesantes y pueden ser especialmente útiles para los participantes.

Los grupos del Programa ALFIL están basados en técnicas de orientación cognitivo-conductual. En ellos se procura mantener una dinámica altamente participativa, fomentando la exposición de opiniones y experiencias personales. No se pretende ofrecer información unidireccionalmente sino proporcionar un espacio para que los participantes puedan reflexionar por sí mismos acerca de la toma de decisiones y la resolución de problemas típicos en las familias con problemas de alcohol.

En el programa ALFIL se han elaborado folletos de autoayuda para jóvenes y para familias, y de han adaptado algunos materiales extranjeros (vídeos, relatos de testimonios o páginas web especializadas). El resto de materiales utilizados proviene de otros programas de prevención de drogas de nuestro país, adaptados a los objetivos del programa ALFIL.

Algunas de las técnicas psicoeducativas más empleadas en el programa son: la discusión en grupo, la representación de roles, el modelado, el entrenamiento en habilidades sociales y en estrategias de resistencia a la presión de los demás, así como las tareas para casa.

Los **objetivos específicos** del programa consisten en:

1. Ofrecer información realista sobre el alcohol (diferenciar los mitos de la realidad). Analizar los *pros* y los *contras* del consumo de alcohol. Reflexionar sobre alternativas saludables para el ocio.
2. Transmitir la concepción del alcoholismo como una enfermedad que puede ser tratada con éxito. Ofrecer esperanza de rehabilitación si se realiza correctamente el tratamiento.
3. Ayudar a entender que el alcoholismo es una enfermedad "familiar" por varias razones: a) afecta a todos los miembros, b) los familiares son importantes para apoyar el tratamiento del enfermo, aunque no deben responsabilizarse, c) en las familias se transmiten factores de riesgo para el alcoholismo u otros trastornos relacionados.

4. Explicar que en la etiología del alcoholismo intervienen factores genéticos y ambientales y que las personas con antecedentes familiares tienen mayor riesgo de sufrir ese trastorno, aunque sin dramatizar ni profetizar (explicar factores de riesgo como el “aguantar mucho”)
5. Enseñar a detectar signos tempranos de problemas con el alcohol y cómo actuar ante ellos.
6. Entrenar en estrategias de afrontamiento al estrés, el malestar emocional, la timidez, la impulsividad, la tendencia al aburrimiento y a la búsqueda de sensaciones, la presión del grupo y de la publicidad, además de habilidades sociales en general.
7. Promover el apoyo emocional, la identificación y la confianza mutua entre jóvenes con problemas similares en sus familias.
8. Promover cambios en la dinámica familiar (disminuir la culpa y la vergüenza, evitar actitudes codependientes que facilitan el hábito alcohólico, potenciar el diálogo y la comprensión mutua, los lazos afectivos, el establecimiento de normas y límites, la supervisión paterna, etc.).
9. Ofrecer a los hijos esperanza en su propio futuro, tanto si sus padres se recuperan del alcoholismo como si no.

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

SESIONES SUGERIDAS PARA LOS PADRES EN EL PROGRAMA ALFIL		
Sesión	Contenidos básicos	Material y técnicas sugeridas
1	Educación a los hijos para prevenir: ¿una tarea difícil? La adolescencia: esa “maravillosa” etapa	Presentaciones de los asistentes y del programa Sondeo de expectativas de los padres Cuestionarios pre-sesiones Presentación de los temas a tratar (ajuste a las expectativas). Vídeo y transparencias sobre las características de los adolescentes y algunas normas educativas saludables para los hijos Folleto sobre prevención para padres (fotocopias)
2	Alcohol y jóvenes: un cóctel peligroso. Las nuevas tendencias en el consumo. ¿Por qué empiezan a beber los jóvenes?: presión del grupo, publicidad, malestar emocional y otras tensiones, desinhibición social, búsqueda de nuevas sensaciones, etc. ¿Cómo enfrentarse a los factores de riesgo?: habilidades sociales, relajación, alternativas...	Transparencias para la exposición (datos encuesta drogas PND) Discusión en grupo sobre alguna noticia periodística o vídeo en el que los jóvenes comentan sus experiencias (ej: “¿Por qué bebes?”) Análisis de anuncios publicitarios sobre el alcohol: a quién se dirigen, qué estrategias utilizan, que valores usan como “gancho”... Búsqueda de alternativas para los jóvenes (tormenta de ideas) Diseñar una campaña de “no-consumo” o “consumo moderado” Promover quejas a las instituciones correspondientes
3	Factores de riesgo y protección específicos en los hijos de alcohólicos: herencia y ambiente (ej: mayor tolerancia, personalidad, etc.) ¿Abstinencia o moderación?	Transparencias para la exposición Discusión en grupo sobre la mejor recomendación para los hijos y cómo transmitir mensajes preventivos a los adolescentes.
4	Estrategias preventivas desde la familia:	<i>Role-playing</i> y tareas para casa en los diferentes temas:
5	Educación en valores saludables	Lista de valores importantes en cada familia
6	Las reglas y los límites ¿cómo mantenerlos? Libertad y responsabilidad progresivas Uso saludable del tiempo libre (las alternativas) La resolución de conflictos en familia. La comunicación afectiva y efectiva (expresión adecuada de sentimientos)	Lista de normas que deben cumplir los hijos Análisis de conflictos típicos entre padres e hijos y búsqueda de soluciones alternativas (hora de llegada, paga semanal, etc.). Ejemplos de conflictos en casa y formas de resolverlos Errores típicos en la comunicación y ejemplos de comunicación afectiva (expresión de sentimientos): Modelado y <i>role-playing</i> .
7	¿Qué harías si supieras que tu hijo consume alcohol, tabaco u otras drogas?. Síntomas de problemas y cómo abordarlos	¿Cómo actuar ante los primeros consumos experimentales, cuando hay indicios de problemas y cuando un hijo es drogodependiente? Centros y programas de ayuda para jóvenes Discusión grupal sobre casos prácticos (Historias de Luz y Tomás y de Chus y Pepe del Programa PIPES de la FAD). Técnicas de motivación para promover cambios en los jóvenes
8	¿Cómo hablar con los hijos de la propia experiencia con el alcohol?. La culpa y la vergüenza	Debate: “¿Es conveniente hablar con los hijos de la propia experiencia?”. Recomendaciones para abordar el tema del alcohol con los hijos. El alcoholismo como enfermedad bio-psico-social, el estigma social, los mitos, los efectos en la familia, los roles desadaptativos, la codependencia. ¿Cómo superar la culpabilidad y la vergüenza?
9	Despedida	Resumen. Últimas dudas. Direcciones de contacto. Apoyo específico a casos particulares (posible visita a posteriori para asesoramiento o motivación para que los hijos participen en las sesiones para hijos o derivación a tratamiento específico) Cuestionarios post: conocimientos y cambios en las relaciones familiares durante la realización del programa. Tentempié y charla distendida junto con los hijos, si es posible

Dificultades y soluciones en los grupos

Al iniciar un grupo educativo, los hijos de alcohólicos suelen tener dificultades importantes para hablar del alcohol, porque en sus familias suele existir la regla implícita de que no se debe hablar de ese tema, ni dentro ni fuera de casa. Consideran que hablar con otros del “**secreto familiar**” sería un signo de deslealtad. De alguna manera, ese “secreto compartido” es uno de los pocos vínculos de intimidad que mantienen a la familia unida. Para que los jóvenes lleguen a hablar abiertamente de este tema deben aprender primero a confiar en el grupo y en los educadores.

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

Otra de las dificultades iniciales en un grupo con hijos de alcohólicos es que suelen tener **pocas habilidades sociales** para relacionarse entre sí. A algunos de estos niños no se les ha permitido llevar amigos a casa, o bien no han deseado llevarlos por vergüenza, y han pasado demasiado tiempo solos. Debido a ello, suelen tener dificultades para compartir sus problemas y crear relaciones personales de apoyo mutuo. De hecho muchos de ellos acaban teniendo relaciones amistosas y de pareja desastrosas. Por ello, es importante que, a lo largo de las sesiones, se fomente la creación de nuevas amistades, tanto dentro del propio grupo como en otros ambientes que pueden frecuentar los jóvenes que participan, facilitando el aprendizaje de habilidades específicas.

Los hijos de alcohólicos aprenden que no resulta adecuado **expresar espontáneamente los propios sentimientos**, especialmente los negativos (rabia, tristeza, etc.), ya que ello puede provocar que sus padres se enfaden. Por falta de práctica, acaban perdiendo la capacidad de conectar con sus propios sentimientos y de expresar sus necesidades emocionales. Aprenden muy pronto a negarlos. Una función importante del grupo para los hijos de alcohólicos es que encuentren en él un lugar seguro para expresar y compartir el dolor que han sentido. Sin embargo, el grupo no debe convertirse en un “valle de lágrimas” difícil de contener. Tras la expresión de emociones y sentimientos profundos, el educador-terapeuta debe saber manejar con habilidad al grupo para mostrarles “la otra cara de la moneda”, los aspectos positivos de su vida pasada y futura.

Otro aspecto importante en un grupo con hijos de alcohólicos es aprender a “**jugar con el lenguaje**”, haciendo frecuentemente bromas, utilizando palabras con doble significado para provocar la risa, etc. En general, los hijos de alcohólicos –excepto los que adoptan el rol de “mascota”, que hacen un uso excesivo– suelen tener poca experiencia con las bromas y los juegos lingüísticos. Facilitar este aprendizaje puede ser muy saludable para su desarrollo cognitivo y emocional, y les puede resultar muy útil para enfrentarse a las situaciones dolorosas con las que

pueden encontrarse en su vida. En el grupo debe facilitarse la creación de un clima distendido y seguro en el que los jóvenes puedan reaccionar libremente a una broma o a un juego de palabras.

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

En los grupos psicoeducativos suelen aparecer algunos **comportamientos problemáticos** (crisis de angustia, llanto, reacción de rabia y agresividad, negativismo, etc.). Se trata de una especie de prueba o desafío para comprobar la capacidad del guía y del resto del grupo para encajar los síntomas y cumplir las promesas de apoyo y contención. El educador-terapeuta debe saber cómo manejar la situación sin permitir que llegue a extremos que puedan perjudicar al individuo o al grupo. Cuando ocurre un comportamiento de este tipo, se debe facilitar la expresión adecuada de los sentimientos, haciendo ver a los jóvenes que en el grupo está permitido quejarse de lo que a uno le molesta, siempre que se respeten las reglas y se utilicen los medios que la situación de grupo permite. También es una buena oportunidad para recibir el apoyo de los demás, que se esfuerzan en buscar recursos que en otro momento también les pueden servir a ellos.

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

Conducta del joven	Respuesta del terapeuta-educador
Negativismo, agresividad, interrupciones constantes u otros signos de demanda de atención.	Dejar claras las reglas del grupo, que no se tolerarán enfrentamientos, etc. , pero ofrecer la oportunidad de explicar la razón de ese tipo de conducta, y de expresar el enfado de una forma aceptable para el grupo. Dedicarles tiempo extra tras las sesiones para sondear los problemas particulares y, si es necesario, derivarlos a intervención individual.
Timidez y/o pasividad extrema en las actividades propuestas	Estimular la participación sin forzarles ni avergonzarles, reforzar y valorar sus intervenciones y destacar sus cualidades, con el fin de aumentar su autoestima. Dedicarles tiempo extra tras las sesiones para sondear los problemas particulares y, si es necesario, derivarlos a intervención individual.
Desean marcharse en medio de la sesión	La respuesta dependerá del motivo de la conducta. Si se intuye que se trata de una forma de manifestar su rechazo y su malestar ante la problemática que se está tratando en la sesión, se les debe dar la oportunidad de expresarlo ante el grupo, controlando en lo posible la forma de hacerlo. En el caso de que lo hagan por llamar la atención, no ofrecer excesiva importancia a la conducta en sí y procurar retenerles con alguna excusa demostrándoles que deseamos que se quede, que sus opiniones son muy valiosas para el grupo, que necesitamos su ayuda para realizar alguna actividad de la sesión, etc.
Crisis de llanto	Se debe permitir la expresión de las emociones. Si el joven se siente mal llorando en el grupo, se le puede acompañar un momento fuera. El grupo puede proporcionarle más tarde el apoyo emocional necesario. Se debe dedicar un tiempo extra a la persona después del grupo y programar una visita individual para ofrecer otro tipo de ayuda, si lo desea.
Agresividad contra el terapeuta	Nunca se debe tomar la agresividad contra el terapeuta como un asunto personal. Se debe permitir la expresión de la agresividad dentro de unos límites aceptables, y posteriormente analizar las razones de ese comportamiento. En el caso de que el joven se exceda, se le deben recordar las reglas del lugar en el que se encuentra.
No desean acudir a nuevas sesiones	Darles la opción de escoger, aclarándoles antes el propósito de las sesiones. Dejarles la puerta abierta para futuros contactos si lo desean (por ejemplo, si algún amigo suyo tiene problemas con el alcohol, si desean algún tipo de información sobre el tema, o si tienen algún problema psicológico para el que quieran pedir consejo profesional). Asegurarles que no habrá represalias si abandonan el programa.

Para más información sobre los grupos psicoeducativos del Programa ALFIL, puede consultarse el Manual del programa (Díaz, 2000).

4.7. GRUPOS DE APOYO MUTUO O AUTOAYUDA

Algunas organizaciones relacionadas con Alcohólicos Anónimos (AA), ofrecen grupos de autoayuda para familiares de alcohólicos que no están dirigidos por profesionales, sino por otros familiares que han recibido cierta formación para realizar este tipo de grupos. Al-Anon se encarga de organizar grupos para familiares adultos (incluyendo los grupos para hijos de alcohólicos adultos – ACOAs-), mientras que Alateen se dedica a los grupos para jóvenes de 12 a 20 años. En algunos lugares existen también grupos para niños menores de 12 años, que se denominan Alatot. También existe una organización paralela, llamada “Familias Anónimas”, cuya dirección de contacto se encuentra junto con las anteriores en el apartado de recursos de esta guía (capítulo 6).



Los grupos de jóvenes de Alateen y Alatot están guiados por dos hijos de alcohólicos adultos que son miembros de Alanon. Los jóvenes se reúnen periódicamente para compartir sus experiencias y tratar de entender mejor el alcoholismo y cómo ha afectado a sus familias. Este tipo de grupos se basan en los 12 pasos y las 12 tradiciones de Alcohólicos Anónimos, que los miembros tratan de discutir y aplicar en su vida y en sus relaciones con los demás. Uno de los objetivos de estos grupos es eliminar la preocupación por la conducta del alcohólico para poder centrarse en la propia vida. En los grupos los jóvenes aprenden a fortalecerse y a enfrentarse al alcoholismo familiar de una forma madura y realista, continuando su desarrollo personal independientemente de cómo evolucione el alcoholismo familiar. No se trata de cambiar al alcohólico sino el propio pensamiento para no conceder al alcoholismo el papel primordial en sus vidas.

Estos grupos se diferencian de los grupos terapéuticos en que se centran básicamente en el apoyo emocional, compartir experiencias y discutir dificultades y métodos de enfrentar los problemas prácticos de la vida diaria, mientras que los grupos que son guiados por un terapeuta pueden permitir el análisis más profundo de las razones del malestar emocional, las falacias o creencias erróneas, los mecanismos de defensa, las reacciones ante los demás miembros del grupo, etc., con el fin de promover un cambio también más profundo en la persona.

Algunos estudios de evaluación han confirmado que estos grupos son efectivos para ayudar a sus participantes a aumentar su autoestima y a mejorar sus relaciones sociales y sus notas escolares. Realmente es una opción válida para aquellos que se puedan sentir cómodos con la filosofía de AA y con la creencia en un poder superior que les ayuda a solucionar los problemas relacionados con el alcohol. Transcribimos a continuación la plegaria con la que inician y cierran sus sesiones, con el ánimo de transmitir esa filosofía de vida, así como un cuestionario para detectar a personas que pueden beneficiarse de los grupos de Al-Anon y Alateen .

Dios, concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquellas que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia.

Cuestionario para saber si Al-anon o Alateen es para ti

¿Estás preocupado por el consumo de alcohol de alguien cercano a ti?	SI	NO
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Te preocupa cuánto bebe alguna persona cercana a ti o a tu familia? 2. ¿Intentas esconder tus verdaderos sentimientos pretendiendo que en realidad no te importa lo que le pasa a ese bebedor? 3. ¿Tienes problemas económicos a causa de la bebida de alguien cercano a ti? 4. ¿Sueles decir mentiras para cubrir la costumbre de beber de alguien o para esconder lo que ocurre en tu casa? 5. ¿Pasas el mayor tiempo posible fuera de casa porque no estás a gusto en ella? 6. ¿Te avergüenza traer amigos a casa? 7. ¿Sientes que si la persona que bebe realmente te quisiera, dejaría de beber para hacerte feliz? 8. ¿Echas las culpas del consumo del bebedor a sus compañeros, a algún miembro de la familia, a que ha tenido una infancia difícil o muchos problemas en la vida? 9. ¿Suelen retrasarse o cancelarse las comidas o los planes de la familia por culpa del bebedor? 10. ¿Tratas de oler el aliento del bebedor para comprobar si ha bebido? 11. ¿Sueles amenazar con dejarle si no deja de beber? 12. ¿Tienes temor de hacer enfadar al bebedor porque crees que puede hacer que beba demasiado? 13. ¿Alguna vez te has sentido herido o avergonzado por el comportamiento del bebedor? 14. ¿Suelen estropearse las vacaciones o las fiestas por culpa del bebedor? 15. ¿Alguna vez has llamado a la policía (o has estado a punto) por miedo de que el bebedor te hiciera daño? 16. ¿Sueles buscar bebidas alcohólicas escondidas por la casa para tirarlas? 17. ¿Alguna vez has ido en el coche con el bebedor al volante? 18. ¿Alguna vez has rechazado invitaciones de alguien por temor al comportamiento del bebedor? 19. ¿A veces te sientes inútil por no ser capaz de controlar el consumo de alcohol del bebedor? 20. ¿Crees que si el bebedor dejara de beber tus otros problemas se resolverían? 21. ¿Alguna vez has intentado hacerte daño para atemorizar al bebedor? 22. ¿Te sientes enfadado, confundido o deprimido la mayor parte del tiempo? 23. ¿Crees que no hay nadie que pueda entender tus problemas o cómo te sientes? 24. ¿Crees que nadie te quiere y que nadie se preocupa de lo que te pasa? 25. ¿Haces promesas como sacar mejores notas o mantener limpio tu cuarto, etc. para conseguir que acaben los problemas con el alcohol y las peleas en casa? 		

Fuentes: www.alateen.org/quiz.html, www.hexnet.co.uk/alanon/alateen.html

En algunas Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados de nuestro país también existen grupos para familiares, fundamentalmente para las esposas de alcohólicos. También se han realizado experiencias puntuales con grupos de hijos, aunque aún no es una práctica extendida. Para que pudieran llegar a extenderse este tipo de grupos en las asociaciones de nuestro país, se necesitaría el asesoramiento por parte de profesionales especializados, con el fin de controlar el desarrollo de estos grupos y estar atentos a cualquier problema que requiera derivación a otros recursos socio-sanitarios.

4.8. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, EN GRUPO Y FAMILIAR

En general, las intervenciones psicoterapéuticas para hijos de alcohólicos se dirigen a aquellos jóvenes que presentan algún tipo de trastorno relacionado con el alcoholismo familiar y que necesitan una atención más intensa de la que se puede ofrecer en un grupo psicoeducativo.

Nil, 16 años, venía al grupo traído de la oreja por su madre, una mujer separada de su marido alcohólico. Habían tenido otros dos hijos, pero ninguno había salido tan idéntico a su padre como Nil. Simpático, seductor, chuletillo, algo agresivo. Llamaba la atención en el grupo a la mínima de cambio, se aburría, exigía salir a respirar un poco de aire. En una de las sesiones llegó a decir que su padre era un “pringao” que no sabía beber, que él sí que le podía enseñar porque él sí que aguantaba el alcohol. Naturalmente en el grupo educativo poco se podía hacer, por lo que fue derivado a un programa para consumidores de sustancias. Pero su madre no logró llevarle ni una sola vez, le caía muy lejos de casa y ella tenía de ir a trabajar. Todavía nos preguntamos si podríamos haber hecho algo más si lo hubiéramos cogido antes de los 12-13 años o se le hubiera podido ofrecer una atención individualizada continuada.

Hay diversas modalidades de psicoterapia que se pueden aplicar a los hijos de alcohólicos, como veremos más adelante, pero en todas ellas resulta útil seguir una serie de **recomendaciones** para ayudar a estos jóvenes a resolver sus problemas:

- Asegurarse de que el “héroe” también recibe atención y ayuda para encontrar el equilibrio entre las obligaciones y la diversión o el relax. Ayudarle a no sacrificar sus propias necesidades por atender las de los demás, a disfrutar de su niñez, a ser flexible y espontáneo, a evitar tomar las responsabilidades de los adultos. Enseñarles que son valiosos por lo que son y no por lo que hacen, y que se les querrá tanto si tienen éxito como si no, que no tienen que ser perfectos y deben aceptar que los fallos forman parte de ser humano. Ayudarles a identificar y expresar sus sentimientos.
- Considerar que el comportamiento del “niño problemático” es un grito de demanda de ayuda y no dejarse llevar por los sentimientos de rechazo ante su comportamiento desafiante y agresivo. Evitar los castigos y explicarles qué comportamientos desaprobamos y cómo puede expresar lo que siente de otra forma. Imponerle reglas y límites razonables para ayudarles a controlar su conducta. También puede ser útil otorgarles ciertas responsabilidades y puestos de liderazgo.
- Dar al “niño perdido” sensación de pertenencia y de que es importante dentro del grupo, a través de interacciones y comentarios positivos. Darle oportunidades de participar en actividades conjuntamente con los demás chicos. Ayudarle a construir su autoestima proponiéndole que resuelva actividades para las que tiene habilidad.

- Proporcionar mucha atención individual a las “**mascotas**”, ayudándoles a descubrir su verdadero yo y sus sentimientos más profundos. Ofrecerle la confianza suficiente para que pueda quitarse la máscara de las bromas y los chistes y mostrar su tristeza interior, para luego conseguir el equilibrio entre la broma y la seriedad.
- No dejarse engañar por la **apariencia de resistencia** de algunos niños, porque también pueden necesitar atención. Normalmente nadie escapa del sufrimiento en una familia con problemas de alcohol. Es importante asegurarse de que tienen vínculos emocionales con alguien significativo cercano a ellos.
- Saber mirar **más allá de los síntomas** y buscar las razones ocultas del comportamiento agresivo o perezoso, de las dificultades de concentración, de las malas notas, etc.
- Hacer sentir a los jóvenes que tienen cierto **control** sobre lo que hacen en la terapia, permitiéndoles escoger entre diferentes actividades, para que luego puedan extrapolarlo a la vida cotidiana y a las elecciones sobre su futuro.
- Establecer **relaciones personales** con cada uno de los niños, permitiendo que la comunicación se dé a nivel de los sentimientos, haciéndoles sentir importantes y queridos, aunque se debe evitar actuar de forma paternalista o sobreprotectora. Nunca se debe fomentar la dependencia del terapeuta.
- Ayudarles a buscar el **equilibrio**, el punto medio entre los extremos. Por ejemplo, entre la soledad y el bullicio, entre la broma y las cosas serias, entre la perfección y la dejadez.
- Permitir que los niños y los adolescentes **jueguen y se lo pasen bien**. Introducir actividades divertidas y bromas. Deben aprender que reír es terapéutico.
- Quizás uno de los aspectos más importantes de la terapia es enseñar a los niños a identificar y expresar sentimientos (los positivos y los negativos) de forma apropiada. Para ello es imprescindible crear un clima de **confianza y seguridad**, garantizando la confidencialidad y mostrándoles que nos importan, para reducir la tendencia a negar sus verdaderos sentimientos.
- En las situaciones de **alto riesgo** para la seguridad del niño, hay que ponerles en contacto con los profesionales que pueden ofrecerles ayuda. Por ejemplo, en los casos de negligencia paterna hay que contactar con los Servicios de Protección a la Infancia y la Juventud. Si hay sospecha de SAF o abusos, debe actuarse de acuerdo con los protocolos y las leyes de la comunidad. En los niños que están solos en casa o pueden sufrir algún daño (por ejemplo, los niños-llave), se debe hacer énfasis en que aprendan estrategias de auto-cuidado y de supervivencia (seguridad viaria, precaución con los extraños, prevención de accidentes domésticos, etc.) o asegurarse que estén al cargo de algún adulto responsable.
- Enfatizar los **aspectos positivos** de los niños. Por ejemplo, si un niño tiene dificultades de concentración en las tareas escolares pero, en cambio, tiene excelentes habilidades sociales, se le pueden plantear situaciones en las que tenga que interactuar con los

demás y tener papeles sociales relevantes. También es importante premiar los comportamientos que deseamos potenciar y reconocer los éxitos.

- Realizar ejercicios de **relajación y de liberación de estrés** (ejercicio físico, juegos activos, tiempo de ocio, oportunidades para hablar de sus preocupaciones, etc.).
- **Apoyar a los padres** en su tarea educativa, mostrándose cercano para que puedan compartir sus dificultades en la crianza de sus hijos.
- **Legitimar las percepciones que los niños** tienen de su entorno familiar. En casa suelen recibir el mensaje de que las cosas extrañas que perciben no son verdad, y acaban dudando de sus propias percepciones. Hay que mostrarles que les creemos, que lo que oyen y ven es real y que son alteraciones que produce en las familias la enfermedad del alcoholismo.

Dependiendo de la edad del joven y de los recursos y preferencias del terapeuta, se puede optar por diferentes técnicas de psicoterapia. Para los más pequeños suele ser muy útil la **terapia de juego**, para poder descubrir sus preocupaciones y sentimientos y ayudarles a manejarlos. Pero en general, resulta muy conveniente intervenir con los hijos de alcohólicos a través del juego, el humor y la diversión. El juego tiene un valor terapéutico muy importante para estos niños porque en ocasiones han tenido que madurar antes de tiempo y no han podido jugar libremente, por lo que no han progresado adecuadamente a través de los diferentes estadios de juego –desde los juegos más aislados de los primeros años hacia los juegos más sociales a partir de los 3-4 años–. En ocasiones, permitirles pasar de nuevo por los diferentes estadios les ayuda a evolucionar. Otras veces, poder expresar a través del juego dramático sus preocupaciones, sus frustraciones y sus sentimientos resulta liberador y permite al terapeuta abordarlos y enseñar nuevas formas de enfrentarse a ellos. A través de juegos de grupo (no-competitivos) también pueden aprender a resolver problemas en común, a internalizar las reglas y los roles sociales, a ser espontáneos y a negociar. Pero sobre todo, mediante el juego aprenden que es lícito divertirse.

La **terapia de grupo** es la forma de abordaje óptima para los jóvenes que presentan trastornos originados por la convivencia en una familia desorganizada y carente de apoyo emocional. El grupo terapéutico para hijos de alcohólicos suele estar constituido por un máximo de 8-10 miembros que se reúnen una hora y media semanalmente para analizar la experiencia de vivir en una familia con problemas de alcohol y cómo eso ha afectado a su personalidad. En definitiva, se trata de “curar” al niño que cada uno tiene dentro, mediante técnicas de análisis e introspección. Aunque hay grupos con un enfoque más cognitivo (Kern, 1985), en general este tipo de grupos siguen una orientación psicodinámica (Vanicelli, 1989) y están dirigidos a hijos de alcohólicos adultos. Su duración es variable, dependiendo de si el objetivo es más educativo o persigue un cambio profundo en la personalidad. En este último caso los grupos pueden durar 2 ó 3 años.



www.nida.nih.org

En general, los grupos terapéuticos para hijos de alcohólicos permiten:

1. Romper el silencio y la negación típicos en estas familias.
2. Trabajar con los sentimientos bajo la seguridad y la protección que proporciona el grupo.
3. Reducir la sensación de aislamiento.
4. Proporcionar esperanza de cambio.
5. Recibir el apoyo emocional del grupo, que suele extenderse más allá de las sesiones, a través del intercambio de teléfonos, direcciones, etc.
6. Aprender de los demás y con los demás (a través de interacciones sociales saludables).
7. Mejorar la autoconfianza, la autoestima y las habilidades sociales.
8. Entender los efectos del alcoholismo paterno y reestructurar las creencias erróneas al respecto.
9. Reparar la experiencia familiar y utilizarla de forma constructiva para realizar cambios personales saludables.

Adrián, 7 años, era un terremoto cuando llegó al grupo. El típico niño rebelde y conflictivo en la escuela. Listo sí, pero, según sus maestros, “no le daba la gana de estudiar”. Contaba, apenas sin inmutarse, que su padre solía venir a las 3 o las 4 de la madrugada y empezaba a discutir con su madre a grito pelado. Él y sus hermanos hacían como que no sentían nada porque si intentaban interponerse entre sus padres, acababan cobrando ellos también. Su madre solía decir que Adrián era “un caso perdido”, igual que su padre.

Después de un tiempo en el grupo, pudo empezar a expresar su rabia contra sus padres, incluso trajo algunos dibujos muy significativos... En el fondo, tras su apariencia de demonio, es un chico muy sensible.

Biblioterapia o vídeoterapia. Consiste en utilizar relatos de experiencias, libros de autoayuda o filmaciones como herramienta terapéutica. Algunos de estos materiales presentan la historia de un niño o un adolescente que se enfrenta a situaciones típicas en un hogar en el que uno de los padres es alcohólico: mentiras, olvidos, peleas, sentimientos heridos, frustraciones, etc. Estas historias permiten a los niños identificarse con el protagonista y pensar que no son los únicos que tienen un padre con problemas de alcohol. También les pueden ayudar a entender sus propios sentimientos ante situaciones de su vida que son similares a las que se cuentan en la historia. Por último, discutir sobre lo que ocurre en la historia les puede ayudar a imaginarse diferentes modos de enfrentarse a esas situaciones hipotéticas, sin tener que sufrir las consecuencias reales. El terapeuta debe estar muy pendiente de las reacciones emocionales de los niños, especialmente si se proyectan películas muy realistas.

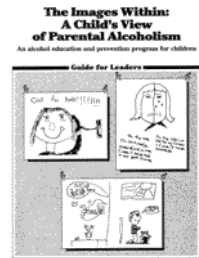
Terapia creativa y artística. También resultan muy útiles las técnicas que permiten identificar y expresar sentimientos de forma no amenazante, a través de medios creativos o artísticos como la pintura, la literatura, las manualidades, la música o el teatro. Los jóvenes pueden expresar la rabia o el amor hacia sus padres a través de dibujos, poemas o canciones. A veces se utiliza la “técnica de la silla vacía”, en la que se alienta a los niños a sentarse ante un padre alcohólico imaginario y expresarle los sentimientos que nunca se han atrevido a decirle a su padre.

Después de expresar los sentimientos en el escenario, todos los niños los analizan con ayuda del terapeuta. Es importante que los niños entiendan que los sentimientos no son buenos o malos, sino que son reacciones normales ante determinadas circunstancias. Incluso el odio a los padres es algo normal en el hogar de un alcohólico. Los niños aprenden que hay maneras apropiadas o inapropiadas de expresar esos sentimientos. Por ejemplo, es lícito sentir rabia, aunque se debe evitar expresarla con violencia. Una manera apropiada de liberar esa rabia sería hablar sobre ella con alguien, explicárselo a la persona con la que estás enfadada, hacer ejercicio enérgico para descargarla, hacer un dibujo expresando la rabia y explicárselo a alguien, hacer teatro sobre ello o golpear un cojín.

La **terapia familiar sistémica** permite abordar el alcoholismo con todos los miembros de la familia (o al menos con los que están más receptivos) a través de sesiones individuales, en pareja, en grupos con diferentes familiares, etc. Este abordaje permite analizar e intentar modificar las dinámicas relacionales entre los diferentes miembros, alterando actitudes co-dependientes, roles distorsionados, etc. Sea quien sea el que esté teniendo síntomas de trastornos (el padre, la madre, un hijo, etc.) el enfoque se centra en toda la familia, porque todos están afectados aunque algunos no lo manifiesten abiertamente, y porque sólo tocando todas las piezas se pueden mejorar los síntomas de los que se quejan.



En los centros de tratamiento del alcoholismo que utilizan un enfoque familiar, esto debe ser comunicado al paciente nada más empezar su proceso de recuperación, con el fin de que puedan involucrarse en el tratamiento todos los miembros posibles de la familia. Las sesiones informativas iniciales pueden realizarse con varias familias a la vez. El objetivo es que todos conozcan las reglas del trabajo terapéutico con familias, particularmente las referidas a los aspectos de confidencialidad y anonimato. En estas sesiones se debe aclarar expresamente que la información proporcionada por los niños no será compartida con los padres, salvo que los niños expresen su consentimiento o haya peligro de daño físico de alguien.



Los padres suelen tener la fantasía que los niños les criticarán y compartirán los “secretos familiares”. Esta fantasía debe ser verbalizada lo antes posible y se les debe aclarar a los padres las expectativas distorsionadas que pueden tener, indicándoles que los terapeutas no pretenden competir con los padres por el afecto de sus hijos, sino tratar de ayudarles a cumplir su papel educativo con ellos. El terapeuta también debe aclarar que su función es ayudar a la familia al completo y que eso implica no tomar parte por ninguno de sus miembros ante los conflictos concretos que puedan surgir. Resulta útil, igualmente, especificar que, aunque a veces sólo se atiende a alguno de los miembros, la intervención sobre él puede ayudar a cambiar cosas de forma positiva en el resto de miembros de la familia.

Cuando un centro de tratamiento del alcoholismo adopta un abordaje familiar del problema, es apropiado que haya un miembro de la plantilla que se dedique, exclusivamente, a trabajar con los hijos de alcohólicos, así como espacios apropiados para los niños, con juguetes, cuentos, pinturas, etc. El objetivo es dignificar la presencia de los niños en el centro y mostrar el compromiso de ayudarles también a ellos. La perspectiva familiar de abordaje del alcoholismo añade calidez al lugar de tratamiento y ayuda a proporcionar una experiencia positiva para todos los usuarios, incluso para los que aún no traen a sus hijos.

En las familias con problemas de alcohol es bastante frecuente que los padres lleven a alguno de sus hijos a la consulta del psicólogo o del psiquiatra infanto-juvenil. Habitualmente llevan a aquél cuyos síntomas llaman más la atención (el “chivo expiatorio”). Aunque sea evidente que detrás de esos síntomas hay un problema de alcoholismo familiar, los terapeutas deben aceptar al niño como “cliente primario”, aunque sin olvidar que es miembro de un sistema familiar disfuncional. En un primer momento no es adecuado enfrentarse a la opinión de los padres, sino que hay que aceptarla e ir trabajando con el niño y con los familiares más receptivos, hasta que se pueda abordar a toda la familia. En el alcoholismo, todos los miembros de la familia deberían ser evaluados y tener una educación básica sobre el alcohol y el alcoholismo.

Habitualmente las familias que sufren alcoholismo no reconocen los problemas de los “héroes” y de los “niños perdidos” y suelen presentarlos como niños-modelo que no necesitan ayuda. Sin embargo, se les debe hacer entender que todos los hijos de alcohólicos tienen riesgo de desarrollar problemas en el futuro. Independientemente de su conducta superficial, arrastran durante largo tiempo el secreto, la culpa y la responsabilidad del fracaso familiar y los síntomas de problemas suelen aparecer en la adolescencia o incluso más adelante.

Cuando se acepta a un hijo de alcohólico como paciente es conveniente que el procedimiento de entrada del joven en el tratamiento incluya, al menos, una sesión con todos los miembros posibles de la familia. Se



recomienda que, como mínimo, el progenitor no-alcohólico esté intensamente involucrado en el tratamiento, debido a que los cambios producidos por la intervención en el niño pueden tener un “efecto dominó” en el resto del sistema familiar, desequilibrándolo. Debe haber un adulto apoyando el progreso del niño, porque de lo contrario, es muy probable que la familia no pueda soportar el desequilibrio que produce su “crecimiento” y acabe retirándole del tratamiento para tratar de reestablecer el equilibrio enfermizo anterior. En estos casos, ocurre con cierta frecuencia que el progenitor que no asistió a la primera sesión de acogida llame por teléfono cuestionando la participación del niño en el tratamiento. En este caso, se le debe explicar que en su día se realizó una sesión inicial en la que se discutió sobre la confidencialidad y se le debe invitar a acudir personalmente al centro si desea recibir más información, organizando una nueva sesión con la familia al completo para revisar las reglas básicas del tratamiento. Suele ser útil avisar al inicio del tratamiento que cuando el niño mejore, probablemente la familia se desequilibrará un poco antes de poder adoptar un equilibrio más saludable, y se le puede sugerir varias maneras de enfrentarse a ese cambio predecible para que estén preparados.

Las **técnicas cognitivo-conductuales** se utilizan en el tratamiento de los hijos de alcohólicos tanto en abordajes individuales como en grupo. La reestructuración cognitiva persigue el cambio de pensamientos e ideas erróneas sobre uno mismo y sobre el mundo para poder enfrentar los problemas de la vida con más recursos y optimismo. Son habituales las estrategias para aumentar la autoestima, que suele estar muy disminuida en los familiares de alcohólicos. En muchos programas cognitivos se aborda el aprendizaje de habilidades sociales para permitir que los jóvenes de estas familias aprendan estrategias para poder obtener de los demás la atención y el apoyo emocional que necesitan. Otras habilidades que se aprenden con frecuencia en las terapias para hijos de alcohólicos son técnicas de resolución de problemas comunes en sus familias (cómo enfrentar el divorcio o las peleas entre los padres, la violencia en casa, que la gente llame a tu padre “borracho”, tener que ir en el coche cuando el conductor ha bebido, encontrarte a tu madre desmayada en el suelo del comedor, que tu madre se olvide de irte a buscar al colegio, no tener un sitio tranquilo para estudiar, no poder traer amigos a casa, etc.). Algunas de estas técnicas se explican en el manual del Programa ALFIL (Díaz, 2000).

4.9. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE MÉDICO - FARMACOLÓGICO*1

Toni, 15 años, un torbellino desde pequeño.

A los 7 años, su madre le llevó al psicólogo porque no había manera de que se estuviese quieto y tenía a toda la familia en vilo. Cuando no venía con el brazo roto, venía con un corte en la frente. En la escuela también tenía problemas, a menudo se peleaba con los otros niños y nunca terminaba los deberes. El psicólogo le hizo unas pruebas y le dijo a sus padres que el niño no tenía nada, que eran cosas de la edad. Pero su madre insistió y le comentó el tema al pediatra, que le diagnosticó “un pequeño déficit de atención” y le recetó una medicación que no acabó de resolver los problemas de Toni. Su madre fue a la herboristería y le dieron un preparado que decían que iba muy bien para los niños “nerviosos”. Tampoco consiguió gran cosa. Como el niño seguía nervioso, irritable y desafiante, su médico le remitió al psiquiatra, que le recetó varias medicaciones, que su madre se olvidaba de administrarle a menudo. Pero ¿eran realmente necesarias?

Todos los doctores habían rellenado una historia con un montón de datos, pero nadie había averiguado qué pasaba realmente en casa de Toni. Sus padres vivían unos meses juntos y otros separados, porque su madre estaba cansada de aguantar que su marido viniese borracho a altas horas de la madrugada. Su hermano mayor se había ido varias veces de casa y su hermana, que tenía 12 años, vivía más tiempo en casa de los abuelos que en su propia casa. ¿Seguro que era medicación lo que necesitaba Toni?

Muchos niños de familias con problemas de alcohol muestran en casa o en la escuela síntomas de ansiedad, depresión, hiperactividad u otros síntomas psiquiátricos. En ocasiones se trata de trastornos que requieren medicación, pero en otras ocasiones se trata simplemente de una respuesta al estrés ambiental que viven en sus hogares o de una llamada de atención para mostrar a los demás su malestar emocional. A menudo a través del tratamiento adecuado de la familia, el niño puede aprender a manejar el estrés, a tolerar sus sentimientos y a controlar su conducta.

En las familias con problemas de alcohol los tratamientos farmacológicos pueden cronificarse y ocultar el verdadero problema de la familia. Es bastante frecuente que la esposa del alcohólico tome tranquilizantes y/o antidepresivos para poder soportar el alcoholismo del marido. Algunos niños de estas familias son mal diagnosticados de déficit de atención con hiperactividad y reciben medicación estimulante hasta la adolescencia, con el consiguiente riesgo de habituación al fármaco, que podría facilitar el abuso de estimulantes. También se debe tener en cuenta que en estas familias puede existir una tendencia a abusar de las medicaciones y a desarrollar dependencia de sustancias, debido a la confluencia de diversos factores de riesgo.

En general, se recomienda que los pediatras y los psiquiatras infanto-juveniles realicen un buen sondeo de la situación familiar con respecto al consumo de sustancias, de la forma más respetuosa posible, porque en muchas ocasiones se descubre que puede ser el origen de los síntomas que presentan los niños. En estos casos es preferible abordar primero el problema del alcohol o las

drogas y la reestructuración familiar, mientras se ofrece apoyo psicológico y/o reeducación al niño, y después de un tiempo comprobar si siguen los síntomas que parecían indicar la necesidad de medicación.

Sin embargo, tan poco razonable sería aconsejar sistemáticamente un tratamiento farmacológico para todo tipo de sufrimiento, como rechazarlo de forma automática. En ocasiones, a pesar de que esté claro que los trastornos del niño tienen su origen en una estimulación medioambiental inapropiada para su buen desarrollo neuropsicológico y emocional, la intervención sobre el ambiente familiar y la terapia psicológica no consiguen resultados satisfactorios, o bien no es posible realizarlas adecuadamente. Cuando los síntomas del niño persisten hay que considerar la ayuda que pueden proporcionar algunos fármacos para controlarlos mientras se realizan otros tipos de actuaciones encaminadas a conseguir resultados estables a largo plazo. Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, el comportamiento perturbador del niño puede empeorar la ya delicada situación familiar en un hogar con problemas de alcohol. Además, no hay que olvidar que el trastorno negativista, el disocial o el déficit de atención con hiperactividad aumentan considerablemente el riesgo de consumo de tóxicos y de comportamientos antisociales a partir de la adolescencia.

En general, la elección del fármaco y la dosis dependerán del tipo de trastorno y se ajustarán a los procedimientos habituales recomendados en psiquiatría de la infancia y la adolescencia (Toro et al., 1998). Cabe destacar que, si bien es cierto que el tratamiento con estimulantes puede desembocar en un abuso o una dependencia de éstos, la mayoría de estudios y revisiones sobre este tema demuestran que el riesgo de dependencia de estimulantes entre los hiperactivos es mucho mayor entre aquellos que no han seguido tratamiento farmacológico controlado. Es decir, el tratamiento con estimulantes de estos pacientes podría ser preventivo en lugar de peligroso en relación con los problemas relacionados con el abuso de sustancias. En el caso del trastorno negativista desafiante y el disocial no existe tratamiento de elección, aunque hoy en día se conocen varios fármacos que pueden ayudar a controlar la agresividad y la impulsividad, lo que puede ser de gran ayuda mientras se procura introducir otras técnicas de autocontrol e intervenir sobre el ambiente del niño.

Un aspecto especial a tener en cuenta en las familias disfuncionales como las que sufren problemas con el alcohol es el del cumplimiento de las indicaciones médicas por parte de los padres. Antes de prescribir cualquier fármaco debemos cerciorarnos, no sólo de que los padres han entendido la prescripción, sino de que realmente están en condiciones de poder cumplirla, ya que en ocasiones llevan una vida demasiado desorganizada para administrar, por ejemplo, el metilfenidato cada 3 ó 4 horas, o bien tienen graves problemas psiquiátricos o económicos. Si es posible, se debe confiar el tratamiento médico de los menores a un familiar suficientemente responsable y organizado aunque la realidad muestra que, en muchas ocasiones, la única alternativa es confiar el tratamiento al propio joven.

Por último, debemos recordar que también es importante sondear el tema del consumo de alcohol (u otras drogas) en la familia para explicar la tendencia que puede tener un joven a abusar

de sustancias o a desarrollar una dependencia. En el caso de que un joven tenga antecedentes de alcoholismo u otras drogodependencias en su familia, se debe realizar sistemáticamente un abordaje educativo-preventivo, y explicarle que tiene más riesgo que otros jóvenes de acabar teniendo problemas si se habitúa a beber alcohol o si toma otras drogas o medicamentos como los tranquilizantes.

*1 Agradecemos especialmente a Tomás J. Cantó su contribución a la redacción de este apartado

4.10. UN CASO ESPECIAL: EL SÍNDROME DE ALCOHOLIZACIÓN FETAL (SAF).

Hay algo extraño en la cara de la pequeña Isabel de 1ºA. Digo pequeña porque es muy delgadita y más baja que el resto de la clase. Rubia, con unos ojos increíblemente azules y unas pestañas enormes. Te mira profundamente, con carita de pena, mientras hace una mueca con sus finos labios. Habla como si tuviese menos edad y tiene dificultades para leer, pero se esfuerza por ir al ritmo de sus compañeros de curso. Cuando conocí a su madre lo entendí todo... Estaba en la barra del bar tomando unas cervezas.

Los niños afectados de SAF o EAF deben detectarse lo antes posible, no sólo para iniciar precozmente la intervención médica y reeducativa con el niño, sino también para apoyar técnica y emocionalmente a la familia y al entorno escolar para que puedan proporcionar al niño una atención especial a lo largo de su vida.

Hay dos obstáculos básicos que hacen que actualmente sólo puedan detectarse precozmente el 30 % de los casos de SAF / EAF. Uno de ellos sería la elevada variabilidad de los síntomas entre los diferentes niños, y también en el mismo niño a lo largo de su desarrollo. El otro sería la ocultación del consumo de alcohol materno durante el embarazo, debido al sentimiento de culpabilidad de las madres.

Para realizar un **diagnóstico precoz** de estos casos puede resultar útil tener un inventario de signos y síntomas como el que sigue:

Inventario de signos de alcoholización fetal			
Signos dismórficos		Signo presente (grado de 0 a 5)	Observaciones
craneofaciales	microcefalia (leve a moderada)		
	fisuras parpebrales cortas / epicanthus		
	hipoplasia maxilar		
	nariz corta y puente nasal bajo		
	<i>philtrum</i> liso		
	labio superior fino		
	anomalías oculares y visuales (estrabismo, catarata, nistagmus...)		
	otros ...		
esqueléticos	anormalidades en las articulaciones (posición y/o función anormal)		
	patrones de pliegues palmares alterados		
	falanges distales pequeñas		
	uña del 5º dedo pequeña		
	otros ...		
cardíacos	murmulo cardíaco (soplo)		
	defectos en pared ventricular / auricular		
	otros ...		
Signos de retraso en el desarrollo		Signo presente (grado 0 a 5)	Observaciones
retraso en el desarrollo psicomotriz (sentarse, gateo, caminar)			
retraso del habla			
retraso en las funciones cognitivas (lingüísticas, manipulativas, abstracción, atención, memoria, aprendizaje)			
retraso en el crecimiento físico (pre/postnatal)			
otros ...			
Signos neurológicos		Signo presente (grado 0 a 5)	Observaciones
reflejo de prensión débil			
coordinación viso-manual pobre			
temblor manual			
irritabilidad en la infancia			
hiperactividad en la infancia			
otros (tics, patrones de sueño alterados, problemas de lenguaje, etc.)			
Otros signos ...		Signo presente (grado 0 a 5)	Observaciones

Cuando se detecta un caso de SAF o EAF es necesario instaurar medidas psicoeducativas y terapéuticas cuanto antes. Si el caso se detecta en el nacimiento (o incluso antes), es necesario realizar, nada más nacer el niño, una valoración neurológica y neuropsicológica y proceder a educar a los padres en técnicas de estimulación precoz. Además, es necesario realizar apoyo psicológico a la madre y a la familia para que puedan hacerse cargo de un niño, ya que es probable que desarrolle problemas físicos y cognitivos importantes a lo largo de la vida. En todos los casos, se necesita también un seguimiento periódico de la evolución médica y psicológica del niño.

En la escuela también suele ser necesario realizar adaptaciones curriculares a las necesidades concretas del niño y en ocasiones son necesarias intervenciones psicoeducativas específicas. Muchos niños con EAF pueden seguir la escolaridad normal pero, en algunos casos, el retraso cognitivo es tan profundo que deben ir a centros de educación especial.

En ocasiones, los síntomas de alcoholización fetal no son evidentes hasta la adolescencia, porque afectan principalmente al área cognitiva y son muy sutiles. En estos casos, el apoyo reeducativo y emocional en esta difícil etapa del desarrollo se hacen imprescindibles.

Hoy en día disponemos de guías de diagnóstico y tratamiento de estos casos, algunas de ellas están accesibles a través de las páginas de Internet especializadas en este tema, que se encuentran en el último apartado del capítulo 6 de esta guía.

Prevención precoz

En la mujer alcohólica gestante no se deben utilizar nunca medidas persecutorias ni punitivas. No sólo sería éticamente reprobable sino totalmente contra-preventivo, ya que provocan que la embarazada abandone la imprescindible atención prenatal, tanto médica como educativa. La alternativa adecuada es motivarlas a hacer un tratamiento para su dependencia del alcohol, adaptado a sus necesidades. En algunos países, cuando se prevé que la madre no conseguirá la abstinencia, es posible optar por el aborto terapéutico, aunque también existen algunos medicamentos que podrían paliar los efectos del alcohol sobre el feto. Naturalmente en estos casos es preciso una vigilancia intensiva del embarazo y del parto por el riesgo especial que suponen.


En nuestro país empiezan a aparecer programas que se dirigen a este colectivo de altísimo riesgo (Programa Preinfant. Asociación Bienestar y Desarrollo. Barcelona).

Pero es posible hacer una prevención aún más precoz de los casos de SAF. Se trata de la educación de las mujeres en edad de concebir, que se puede aplicar tanto en los programas de prevención de drogas en general, como en los servicios de atención primaria y de planificación familiar. Esta medida es especialmente necesaria en la actualidad, ya que la mujer se ha incorporado a la moda del abuso recreativo de alcohol y otras sustancias durante el fin de semana, superando incluso a los hombres en algunos indicadores.




Asociación Bienestar y Desarrollo

Otra medida preventiva sería la recomendación de métodos anticonceptivos a las mujeres alcohólicas que no consiguen mantener la abstinencia de alcohol. En estos casos suelen utilizarse métodos no hormonales como el DIU (Dispositivo Intra Uterino) o la esterilización, con el fin de no agravar los trastornos orgánicos que presentan con frecuencia.



ALCOHOL CAN HARM YOUR BABY'S BRAIN AT ANY TIME DURING PREGNANCY, AND THAT CAN MEAN LIFELONG PROBLEMS FOR YOU AND YOUR CHILD



For help and advice please ring FAS aware UK 01942 223780 www.fasstar.com/uk/

A pregnant woman never drinks alone.

Alcohol can cause birth defects, low birthweight, mental retardation and Fetal Alcohol Syndrome.

Una mujer embarazada nunca toma sola.

El tomar alcohol puede causar defectos de nacimiento, bebés de bajo peso, retardo mental y el Síndrome de Alcoholismo Fetal.



For more information call your doctor or The Family Health Line 1-800-328-3838

Para más información llama a su médico o al teléfono Para Ocaso y Familia: Más Información Línea No. 1-800-328-3838



5. A QUIEN CORRESPONDA: ¿CÓMO PODEMOS SEGUIR AVANZANDO?

El esfuerzo realizado en los últimos años por Socidrogalcohol, gracias al apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, para realizar el Programa ALFIL, ha permitido sensibilizar de nuevo a los profesionales y las autoridades sociosanitarias del malestar que soportan los jóvenes que crecen en familias con problemas de alcohol. También ha facilitado el desarrollo de un modelo para intervenir preventivamente, con una fundamentación teórica sólida y una metodología verificada y suficientemente flexible para adaptarse a la diversidad socio-cultural de nuestro país. La fase experimental del programa queda prácticamente concluida con la presentación de esta guía de intervención que, junto con el resto de materiales del programa, estarán en la página web de Socidrogalcohol a disposición de aquellos profesionales que deseen realizar actividades preventivas para estos jóvenes en situación de riesgo. También será posible realizar talleres de formación en esta temática.

La nueva meta de esta línea de trabajo consiste en conseguir que estas intervenciones se conviertan en actividades rutinarias para todos los profesionales que puedan encontrarse en su trabajo diario con estas familias. Se plantea así el tema de la sostenibilidad de la línea de trabajo que se ha iniciado con el Programa ALFIL, que debería permitir la formación continuada, la motivación de los profesionales, la optimización y adaptación de nuevos materiales divulgativos, preventivos, de autoayuda y didácticos, así como la colaboración sostenida con profesionales nacionales y extranjeros para realizar intercambios de experiencias y proyectos conjuntos.

Para que la intervención preventiva con hijos de alcohólicos y sus familias llegue a ser una realidad en nuestro país, como lo es en los Estados Unidos o en otros países europeos, no sólo será necesario continuar el esfuerzo en el terreno de la investigación y de la formación de profesionales, sino que se deberá hacer énfasis también en el campo de la asistencia, que en nuestro país es competencia de las Comunidades Autónomas. Para conseguir la difusión del Programa ALFIL (o de sus posibles adaptaciones) será necesario que en cada comunidad se trabaje específicamente la sensibilización y la motivación de los profesionales que deberán encargarse en la práctica diaria de las diferentes tareas propuestas en el modelo del programa: la detección precoz, la evaluación de factores de riesgo y protección, el trabajo motivacional con las familias y la derivación de casos a los grupos psicoeducativos o a actividades psicoterapéuticas más intensas. Asimismo, los organismos autonómicos competentes en materia de drogas, bienestar social y educación deberán definir el rol de los pediatras, los médicos de atención primaria, los psiquiatras y psicólogos infanto-juveniles, los educadores y los especialistas en drogodependencias en la detección y asistencia a estos casos, así como asegurar su formación continuada.

Por otro lado, el modelo que se ha propuesto para el tema del alcohol podría resultar extrapolable a la asistencia a menores de familias afectadas por el abuso de otras drogas, la adicción a medicamentos, al juego u otras enfermedades mentales. En este terreno, a pesar del esfuerzo de

todas las administraciones, aún hay pocas experiencias sistematizadas y con continuidad en nuestro país.

En definitiva, creemos que para promover la necesaria atención a los hijos de alcohólicos y a otros jóvenes que viven en ambientes familiares de riesgo en nuestro país se deberían continuar impulsando las siguientes líneas de actuación:

Coordinación y potenciación de los Servicios de la Red de Asistencia Básica

Los planes de detección e intervención precoz para hijos de alcohólicos requieren la implicación de un gran número de mediadores sociales: centros educativos, servicios socio-sanitarios, recursos de ocio y culturales, servicios de atención al alcoholismo y otras drogodependencias, sistema judicial, etc., que deben colaborar entre sí y estar coordinados a través de:

- Protocolos de actuación en los que se definan los indicadores para la detección de casos, las estrategias de captación, los criterios de derivación entre los diferentes servicios, etc.
- Reuniones periódicas para trabajar casos comunes a diferentes servicios.
- Asesoramiento y consulta sobre casos concretos.
- Colaboraciones entre servicios (trabajo en red).

Además de maximizar el uso y la coordinación entre los servicios existentes para evitar la duplicación del trabajo, sería necesario potenciar la creación de servicios de atención a las familias en los centros especializados, así como grupos educativos para jóvenes y para padres.

Para realizar estas tareas, en el Informe para la Comisión Europea “Problemas por el alcohol en la familia” (EUROCARE Y COFACE, 1998) se sugería la figura del “**coordinador de zona**” para estos temas. Se trataría de un profesional especializado en la atención a niños y familias con problemas de alcohol, que tendría la función de formar, asesorar, apoyar y motivar a los diferentes profesionales implicados en la red de detección, asistencia y seguimiento de estos casos, con el fin de evitar la habitual ocultación y negación de los problemas durante años o el peregrinaje de los niños u otros miembros de la familia por diferentes servicios, con quejas difusas, sin que sea posible aclarar la problemática familiar de fondo. El registro de estos casos facilitaría, además, la realización de estudios epidemiológicos y la evaluación continuada de este tipo de actividades preventivas.

Creación de materiales y protocolos de actuación

Otro de los requisitos para extender los programas para hijos de alcohólicos en nuestro país es realizar un esfuerzo para elaborar materiales específicos para esta población. Algunos podrían consistir en la traducción y adaptación de libros de autoayuda, vídeos y folletos americanos o europeos. Otros deberían diseñarse de acuerdo con nuestras normas culturales.

En este campo, es de destacar el interés de la utilización de nuevas tecnologías como páginas informativas en Internet, líneas de orientación telefónica (*hotline*) y consultas on-line, programas de TV, radio, etc. Algunos de estos recursos se citan en el apartado 6.4.

Redes Nacionales e Internacionales de Profesionales

En Estados Unidos existen organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales que defienden los derechos de los hijos de alcohólicos desde hace años (véase el listado de organizaciones en el capítulo de recursos). En algunos países europeos existen también algunas organizaciones y empiezan a formarse algunas redes de trabajo como la Red ENCARE. Es de esperar que en los próximos años estas iniciativas tengan su fruto y podamos trabajar de forma coordinada y con el respaldo institucional necesario.

Nuevas líneas de investigación y evaluación de programas

A pesar de que se dispone de datos epidemiológicos de algunos países europeos y de que se ha realizado una valoración global del problema (Informe de EURO CARE y COFACE para la Unión Europea, 1999), todavía existe la necesidad de una evaluación más exhaustiva de los programas, así como de un seguimiento regular de la evolución de este problema en toda Europa.

También es necesario profundizar en la investigación sobre instrumentos de *screening* y evaluación de factores de riesgo y de protección específicos, métodos de puntuación y "puntos de corte", para definir diferentes niveles de riesgo que permitan adaptar las intervenciones a las características de cada caso particular.

Asimismo, los materiales preventivos específicos existentes y los manuales sobre estrategias y procedimientos para dirigir las intervenciones con hijos de alcohólicos y sus padres deberían someterse a un proceso continuo de evaluación para mejorar su metodología y su eficacia progresivamente.

También se debe trabajar en la aplicación y adaptación de las diferentes formas de abordaje de los hijos de alcohólicos (individual, en grupo, familiar) a cada contexto particular.

Otro aspecto importante será estudiar la validez ecológica de las intervenciones; es decir, su pertinencia y adaptabilidad a la vida cotidiana. Hay tres puntos importantes para asegurar este tipo de validez:

- ✓ Que los programas se ajusten a las necesidades detectadas en el análisis previo.
- ✓ Atención a la diversidad (individualización de las intervenciones).
- ✓ Asegurar que las competencias adquiridas se generalizan a la vida real.

Por último, serán necesarios estudios longitudinales para examinar los resultados a medio y largo plazo de los programas.

Deseamos fervientemente que estas sugerencias permitan avanzar hacia la verdadera intervención preventiva con los hijos de alcohólicos en nuestras comunidades.

6. RECURSOS PARA INTERVENIR CON HIJOS DE ALCOHÓLICOS

6.1. ORGANIZACIONES Y SERVICIOS

Organizaciones Nacionales

Acción Familiar. Glorieta de Quevedo, 7, 6º der. 28015 – Madrid. Tel: 91.446.10.11. FAX: 91.446.88.17. (www.accionfamiliar.org)

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (www.aepap.org)

Alcohólicos Anónimos (AA). Av. de Alemania, nº 9, 3º izq. Avilés. Tel: 985.56.63.45. FAX: 985. 56.65.43. Apto. correos 170. 33400 Avilés (Asturias) (www.alcoholicos-anonimos.org)

Al-Anon / Alateen (grupos de familia). C/ Rector Ubach, 24 – 08021 – Barcelona. Apto. Correos 406 – 08080 – Barcelona. Tel y FAX: 93.201.21.24. (www.al-anon.alateen.org)

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD): C/ Recoletos, 22 - 28071 – Madrid. Tel: 91.537.27.83 - Tel. de información al ciudadano: 900.15.00.00 / 902.16.15.15 (www.mir.es/pnd)

Familias Anónimas (Asociación Famanon - España). Apto. Correos 332. 11080 – Cádiz. Tel: 667.36.83.56 (www.terra.es/personal5/famanon/)

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE). Pza. de los Mostenses, 7, 3º B – 28015 - Madrid. Tel: 91.541.32.79 / 91.335.32.79, FAX: 91.559.18.88. (www.fare.org)

Federación Andaluza de Alcohólicos Rehabilitados (www.faar.org)

Federación Catalana de Alcohólicos Rehabilitados (www.fcar.org)

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) Av. de Burgos, 1 y 3, 28036 – Madrid. Tel: 91.383.80.00, FAX: 91.302.69.79 - Línea 24 horas: 900.16.15.15 (www.fad.es)

Fundación “Vivir sin drogas” (<http://www.fvsd.org>)

Idea Prevención. Apto. correos 7113. 28080. Madrid. Tel. 91.351.53.61, FAX: 91.351.53.37 (www.idea-prevencion.com)

Instituto para el Estudio de las Adicciones (Generalitat Valenciana) (www.ieanet.com) (www.lasdrogas.info) (www.lasdrogas.net)

Socidrogalcohol (Sociedad española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías). C/ Vía Augusta, 229, bajos – 08034 – Barcelona Tel: 93.201.98.56, FAX: 93.414.75.88 (www.socidrogalcohol.org)

Sociedad Española de Toxicomanías (SET). C/ Numancia, 207, bajos. 08034 – Barcelona. Tel: 93.280.61.02 / 93.291.91.31. (www.setox.org)

Teléfono de Atención al Menor – España (Fundación ANAR: Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo): 900.20.20.10 (24 horas)

Grup Igia. C/ Enric Granados, 116, 3º. 08008 – Barcelona. Tel: 93.415.25.99. FAX: 93.415.70.89. (www.igia.org)

Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). C/ San Bernardo, 97-99. Edificio Colomina, 2A. 28015 – Madrid. Tel: 902.31.33.14 (www.unad.org)

Organizaciones Extranjeras / Internacionales

Adult Children of Alcoholics. Central Service Board. P.O. Box 3216 – CA 90510, 2522 West Sepulveda Blvd., Suite 200, Torrance, CA 90505. Tel: +(310) 534-1815 (www.adultchildren.org) (www.recovery.org/acoa/acoa.html)

Alcoholics Anonymous (AA World Services) 475 Riverside Dr. New York, NY 10027, Tel: + (212) 870-3400. (www.alcoholics-anonymous.org)

Al-Anon / Alateen Family Groups (World Service Office). P.O. Box 862, Midtown Station. New York, NY 10018-0862. Tel: + (212) 302-7240, + (800) 356-9996 (www.al-anon.org/alateen.html) (www.alateen.org)

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) 5600 Fishers Lane. Rockwall II Building. (<http://prevention.samhsa.gov>)

Children of Alcoholics Foundation, Inc. (COAF). 164W 74th Street, New York, NY 10023. Tel: + (212) 595-5810, ext.7760. (www.coaf.org)

Co-Dependent Anonymous, National Service Office, P.O. Box 5508, Glendale, AZ 85312-5508. (www.codependents.org)

ENCARE: European Network for Children Affected by Risky Environments within the family. (Información para profesionales y para afectados sobre el alcohol y otros problemas en la familia) (www.encare.info)

Families Anonymous, P.O. Box 3475, Culver City, CA Tel: +90231-3475. (www.familiesanonymous.org)

Families Anonymous (Gran Bretaña). (www.famanon.org.uk)

Hazelden Foundation. (www.hazelden.org). Fundación privada de tratamiento e investigación sobre alcoholismo y otras adicciones.

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI): P.O. Box 2345. Rockville, MD 20847. Tel: + (301) 468-2600; (800) 729-6686. (www.health.org) (www.ncadi.samhsa.org)

National Association of Children of Alcoholics (NACOA Estados Unidos). 11426 Rockville Pike, Suite 100, Rockville, MD 20847. Tel: + (301) 468-0985. (www.nacoa.org) (www.health.org/nacoa)

National Association of Children of Alcoholics (NACOA Gran Bretaña) (www.nacoa.org.uk)

National Association of Children of Alcoholics (NACOA Alemania) (www.nacoa.org.de)

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). 5600 Fishers Lane, Room 16C-14. Rockville, MD 20857. Tel: + (301) 443-3860. (www.niaaa.nih.gov)

National Institute on Drug Abuse (NIDA). 5600 Fishers Lane, Room 10A-54. Rockville, MD 20857. Tel: + (301) 443-6245. (www.nida.nih.gov)

Operation Cork, P.O. Box 9550, San Diego, California 92109. Educación sobre temas de alcohol, materiales y películas para profesionales y familias. (www.projectcork.org)

Trimbos Institute (www.trimbos.nl). Instituto sobre salud mental y adicciones de Holanda.

6.2. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ackerman, R. J. (1987). *Children of alcoholics. A guide for parents, educators and therapists*. 2nd edition. Holmes Beach, FL: Learning Publications.
- Adger, H. (1997). *The role of primary care physicians*. Rockville, MD. National Association of Children of Alcoholics – NACOA- (<http://www.health.org/nacoa>)
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumos de drogas*. ADES: Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales - DGPND.
- Black, C. (1985). *Repeat after me. A step by step workbook for adult children of alcoholics to set a new course in their personal lives*. Benver, CO: MAC Publications.
- Black, C. (1985). *It will never happen to me*. Benver, CO: MAC Publications.
- Brown, S. (1985). *Treating the alcoholic family: A developmental model of recovery*. New York: John Wiley.
- Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A & Anderson, L.R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48 (4), 419-426.
- Calafat, A., Amengual, M. (1999). *Educación sobre el alcohol. Actuar es posible*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. Madrid.
- Casas, M., Gutiérrez, M., San, L. (Eds.) (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias.
- Children of Alcoholics Foundation. (1990). *Children of Alcoholics in the Medical System: Hidden Problems, Hidden Costs*. Children of Alcoholics Foundation, Inc., New York, NY.
- Cleaver, H., Unell, I., Aldgate, J. (1999). *Children's needs – parenting capacity. The impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use, and domestic violence on children's development*. London: The stationery office.
- Cork, M. (1969). *The forgotten children*. Toronto: Alcohol and Drug Addiction Research Foundation. General Publishing.
- Davis, R.B., Wolfe, H., Orenstein, A., Bergamo, P., Buetens, K., Fraster, B., Hogan, J., MacLean, A., Ryan, M. (1994). Intervening with high-risk youth: a program model (CASPAR). *Adolescence*, 29, 763-774.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Encuesta sobre Drogas a población escolar, 2000*. Madrid: DGPNsD.
- Díaz, R. (2000). *Programa ALFIL: Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*. Edita: Socidrogalcohol – Plan Nacional sobre Drogas. Barcelona.
- Díaz, R. (1999a). Las repercusiones del alcoholismo paterno en la descendencia: Avances hacia la prevención en una población de riesgo. *Aula Médica Psiquiátrica*, 1, 51-61.
- Díaz, R., Ferri, M.J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. En A. Gual (Ed.). Monografía sobre alcohol. *Adicciones*, 4 (Supl.1), 353-374.
- Díaz, R., García, M., Serrano, L. (2004). Informe de Evaluación de las sesiones psicoeducativas del Programa ALFIL. Socidrogalcohol-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Díaz, R., Gual, A. (2001). Adolescents living with parental alcoholism. *Alcoscope*, 4(2), 9-15.

- Díaz, R., Gual, A., Serrano, L., Costa, S., Ferri, M.J., Grau, C. (2001). Programa ALFIL: Evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 13(1), 39-49.
- Emshoff, J.G., Price, A.W. (1999). Prevention and intervention strategies with children of alcoholics. *Pediatrics*, 103 (5 Pt 2), 1112-1121.
- EUROCARE & COFACE (1998). *Alcohol problems in the family*. A report to the European Union. European Commission Directorate General V. England.
- Gravitz, H., Bowden, J. (1986). *Guide to recovery: A book for adult children of alcoholics*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Gual, A. (Ed.). Monografía sobre el alcohol. *Adicciones*, 14 (supl 1). 2002.
- Gual, A., Díaz, R. (2004, en prensa). *Alcohol, del uso al abuso*. Editorial Morales i Torres. Barcelona.
- Gual A., Díaz, R. (1999a). Alcoholism Prevention in children of alcoholics. *Alcohol and Alcoholism*, 34 (3), 1999, pp. 440 (ESBRA abstracts)
- Gual, A., Díaz, R. (1999b). "Preventive intervention in children of alcoholics". Ponencia en el Symposium "Youth, family, community and alcohol problems". *European Network on Local Alcohol Research and Evaluation (ENLAPRE)*. Oporto, noviembre.
- Gual, A., Díaz, R. (2001). Children of alcoholics: risk factors and preventative strategies. *WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol*. Working group: the family. Stockholm, 19-21 February, 2001.
- Hammond, M. (1985). *Children of alcoholics in play therapy*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
- Harter, S.L. (2000). Psychological adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 311-337.
- Hohman, M. (1998). *Motivational interviewing: An intervention tool for child welfare case workers with substance-abusing parents*. *Child Welfare*, 77 (3), 275-289.
- Kearney, P., Levin, E., Rosen, G., Sainsbury, M. (2003). *Families that have alcohol and mental health problems*. Social Care Institute for Excellence (SCIE). London.
- Kearney, P., Levin, E., Rosen, G. (2000). *Alcohol, drug and mental health problems: working with families*. National Institute for Social Work. London.
- Kern, J.C. (1985). *Management of children of alcoholics*. En S. Zinberg, J. Wallace y S. Blume (Eds.). *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Kumpfer, K.L. (1999). Outcome measures of interventions in the study of children of substance abusing parents. *Pediatrics*, 103 (5), 1128-1144.
- Lindstein, T. (1996). *Working with children of alcoholics*. Swedish Council for Social Research. Stockholm.
- Moe, J., Pohlmen, D. (1998). *Kidspower: Healing games for children of alcoholics*. Redwood city, CA: Sequoia Hospital District.
- Nastasi, B. K. (1998). *Groups for prevention and intervention with children of alcoholics*. En K. Callan y T.R. Kratochwill (Eds.). *Handbook of group intervention for children and families*. Needam Heights, M.A.: Allyn & Bacon (pp. 193-219).
- Nastasi, B.K., DeZolt D.M. (1994). *School interventions for children of alcoholics*. In: SN Elliot and Witt JC (Eds.). *The Guildford School Practitioner Series*. The Guildford Press. New York – London.

- Orford, J., Harwin, J. (1982). *Alcohol and the family*. New York: St. Martin's.
- Programa ALFIL (2001). *Idea – Prevención*, 23 (2), 33-34.
- Programa ALFIL (2002). Base de datos EDDRA. Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT) (<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra>).
- Rydellius PA (1997). Annotation: Are children of alcoholics a clinical concern for child and adolescent psychiatrists of today?. *Journal of Child Psychology*, 38 (6), 615-624.
- Robinson, BE & Rhoden, J.L. (1998). *Working with children of alcoholics. The practitioner book*. SAGE Publications, Thousand Oaks – London – New Delhi
- Rodríguez-Martos A.(1995). *Factores de riesgo, prevención, detección e intervención en problemas de alcohol en la población infanto-juvenil*. Alcohol y juventud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rollnick S, Miller W (1995). What is motivational interviewing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23 (4), 325-334.
- Schuckit, M.A.; Smith, T.L. (1997). Assessing the risk for alcoholism among sons of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 141-145.
- Selectman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Ed Gedisa. Colección Terapia Familiar. Barcelona.
- Sher, K. (1991). *Children of Alcoholics: A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Short, J.L., Roosa, M.W., Sandler, I.N., Ayers, T.S., Gensheimer, L.K., Braver, S.L., y Yein, J. (1995). *Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children*. *American Journal of Community Psychology*, 33 (2), 223-247.
- Steinglass, P. (1988). *The alcoholic family*. New York: Basic Books.
- Toro, J., Castro, J., García, M., Lázaro, L. (Eds) (1998). *Psicofarmacología Clínica en la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona. Ed. Masson.
- Typpo, M.H., Hastings, J.M. (1984). *An elephant in the living room. A leaders guide for helping children of alcoholics*. CompCare Publishers.
- Vanicelli, M. (1989). *Group Psychotherapy with adult children of alcoholics: Treatment techniques and countertransference considerations*. New York: The Guilford Press.
- Van der Kreeft, P. (Ed.). (2002). *Addicted mothers and their young children*. Project "vulnerable people". European Commission.
- Wegschneider, (1981). *Another chance: hope and health for the alcohol family*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

6.3. MATERIALES DE AUTOAYUDA

- Black, C. (1979). *My dad loves me, my dad has a disease: A work book for children of alcoholics*. Denver, CO: MAC Publishers.
- Brooks, C. (1981). *The secret everyone knows*. Center City, MN: Hazelden.
- Childhelp U.S.A. (1983). *How could momma say she loved us?*. Woodland Hills, CA: Author.
- Cuando un hombre ama a una mujer. Película comercial de la que pueden extraerse escenas para realizar vídeo forum con niños y adolescentes.
- Díaz, R., Serrano, L. (2001). *¿Alcohol en la familia?. Una guía par ayudar a toda la familia a recuperarse del alcoholismo*. (2001). Folleto de autoayuda del Programa ALFIL. Barcelona: Socidrogalcohol - Plan Nacional sobre Drogas.
- Díaz, R., Serrano, L. (2003). *¡Siempre eliges tú!. Lo que necesitas saber sobre el alcohol para tomar tus propias decisiones*. Folleto informativo para jóvenes del Programa ALFIL. Barcelona: Socidrogalcohol - Plan Nacional sobre Drogas.
- DiGiovanni, K. (1986). *My house is different*. Center City, MN: Hazelden.
- Drogas, + información – riesgos. (2001). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. Librito informativo sobre drogas para jóvenes y padres.
- El retorno del mago. Los vídeos de la FAD. Vídeo educativo sobre una adolescente cuyo padre tiene problemas con el alcohol.
- Fernández, J.C. (2002). *Francisco e o Rei de Simesmo*. Centro Regional de Alcoologia do Centro Maria Lucília Mercês de Mello. Libro de autoayuda.
- Fernández, J.C (2002). *Um passeio ao outro lado da noite*. Centro Regional de Alcoologia do Centro Maria Lucília Mercês de Mello. Libro de autoayuda.
- Hastings, J.M. & Typpo, M.H. (1984). *An elephant in the living room. The children book*. CompCare Publishers.
- Kenny, K. & Krull, H. (1980). *Something's wrong in my house*. New York: Watts.
- Leite, E & Espeland, P (1988). *Different like me: A book for teens who worry about their parents' use of alcohol or drugs*. Minneapolis, MN: The Johnson Institute.
- Putting the children first. (2001). *Helping families to deal with the effects of a parent's heavy drinking on family life*. National Family and Parenting Institute - Alcohol Concern. London. Libro de autoayuda.
- Soft is the heart of a child. (1978). *Operation Cork*. PGP, 138B Avenue, Coronado, CA 92118. (28')
- What's "drunk" momma? (1990). New York: Al-Anon Family Group Headquarters. (24'). En cinta de audio o relato escrito.

6.4. OTRAS PÁGINAS WEB DE INTERÉS

www.sindrogas.es (Página para jóvenes del Plan Nacional sobre Drogas).

www.airtel.net/hosting/003c/eljuegodelavida/ (El juego de la vida).

www.ub.es/sacu/alcohol/textcast.htm/ (Programa “Alcohol, coge tu punto”. Promoció i Desenvolupament Social - Ajuntament de Barcelona – Universitat de Barcelona).

www.site-b.org (Programa Side B. La otra cara de la fiesta. Associació Benestar i Salut).

www.tardis.imsb.bcn.es (Tardis, el mundo de las drogas. Ajuntament de Barcelona).

www.drogues.info@pdsweb.org (Información sobre drogas de PDS - Promoció i Desenvolupament Social)

www.igia.org (Grupo Igia: materiales y vídeos sobre prevención)

www.instituto-bitacora.org/publico/jovenes.htm (Información para jóvenes sobre drogas del Instituto Bitácora)

www.alcoveb.com (Web sobre alcohol y alcoholismo)

www.alcoholconcern.org.uk (Alcohol Concern. Agencia Nacional sobre Problemas de Alcohol)

www.fetalalcohol.org (Información sobre el Síndrome de Alcoholización Fetal)

www.come-over.to/ (Links a varias páginas web sobre SAF)

www.bced.gov.bc.ca/specialed/fas/ (Estrategias para educar a niños con SAF)

www.encare.info (Información para profesionales y para afectados sobre el alcohol y otros problemas en la familia de la European Network for Children Affected by Risky Environments within the family)

www.nacoa.net/kidspage.htm (Just 4 Kids. Información para niños en familias con problemas de alcohol y otros problemas relacionados con el abuso de sustancias)

www.koala-online.de (Programa KOALA para niños de familias con problemas de alcohol. Alemania)

www.drankjewel.nl (Página web para niños y para jóvenes de familias con problemas de alcohol. Holanda)

www.lasinenlapsuus.fi (Programa A Fragile Childhood para niños de familias con problemas de alcohol. A-Clinic Foundation. Finlandia)