

Programa ALFIL: evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos*

DÍAZ HURTADO, R.M.¹; GUAL SOLÉ, A.²; SERRANO PARIENTE, L.³; COSTA JUSTE, S.³; FERRI CARBONELL, M.J.⁴; GRAU FONOLLOSA, C.⁵

(1) Psicóloga coordinadora del Programa ALFIL. Sociodrogalcohol.

(2) Psiquiatría. Presidente de Sociodrogalcohol Jefe de Sección de la Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya. Hospital Clínic de Barcelona.

(3) Psicóloga colaboradora de la Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat. Hospital Clínic de Barcelona.

(4) Psicóloga colaboradora de la Unitat d'Alcoholologia de d'Alcoi. Alicante.

(5) Profesor titular de la Unitat de Psicobiologia de la Facultat de Psicologia. Departament de psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Universitat de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Rosa Díaz. SOCIDROGALCOHOL. Programa ALFIL. C/Vía Augusta, 229 bajos, 08021 Barcelona. Tel: 93 201 98 56, Fax: 93 414 75 88. E-mail: rosadiaz@copc.es

RESUMEN

El programa ALFIL, realizado por Sociodrogalcohol, es una aproximación preventiva selectiva para hijos de alcohólicos. Consta de dos partes: un análisis de los factores de riesgo específicos y el perfil biopsicosocial de hijos de alcohólicos de 6 a 17 años, y un ensayo de sesiones psicoeducativas grupales.

En la fase inicial de este proyecto nos propusimos la elaboración de un protocolo de evaluación de marcadores de riesgo que permitiese la detección precoz de los jóvenes más vulnerables a las consecuencias del alcoholismo familiar. En este artículo se revisan marcadores de riesgo potencialmente útiles para este cometido y se describe la metodología y el protocolo de evaluación utilizados en el estudio.

Resultados preliminares del análisis del perfil psicosocial de los hijos de alcohólicos evaluados indican que éstos presentan, frente a los controles, peor ambiente familiar, menor nivel socioeconómico, peor rendimiento cognitivo y escolar, más síntomas de psicopatología y mayor necesidad de asistencia psicológica. Ello justifica la generalización de intervenciones psicoeducativas para este grupo de alto riesgo. Se propone su realización en grupos pequeños, de forma natural, no alarmista y lo más normalizada posible. Se constata la necesidad de optimizar la batería de screening con fines de detección precoz, así como de elaborar estrategias específicas para motivar a participar en programas preventivos a las familias más reacias.

Palabras clave: hijos de alcohólicos, grupos de alto riesgo, marcadores de riesgo, detección precoz, prevención selectiva.

SUMMARY

The ALFIL program implemented by Sociodrogalcohol is a selective preventive approach for children of alcoholics. We consider two parts: an analysis of specific risk factors and the bio-psycho-social profile of 6 to 17 years old children of alcoholics, and a trial of group psycho-educational sessions.

One of the aims in the initial phase of this project was to design an assessment protocol of risk markers for early detection of those children of alcoholics more vulnerable to consequences of familial alcoholism. This paper reviews potentially useful risk markers for clinical practice and describes the methodology and assessment protocol used in this study.

Preliminary results of the psycho-social profile analysis of the children of alcoholics evaluated confirm that they have, in comparison with controls, worse family environment, lower socio-economic level, lower cognitive and school achievement, more psychopathology and greater need of psychological intervention. Hence, a generalization of specific psycho-educational-preventive interventions in this group is justified. We propose to do it in small groups and in a natural, non-alarmist and normalized way. It is also necessary to optimize the screening assessment protocol for early detection and design specific strategies to motivate the more reluctant families to take part in this kind of preventive programs.

Key words: children of alcoholics, high risk groups, risk markers, early detection, screening, selective prevention.

INTRODUCCIÓN

Según las estimaciones de Alarcon *et al.* (1980) los hijos de alcohólicos podrían representar aproximadamente el 11% de nuestra población. Los hijos de alcohólicos o COAs (del inglés *Children of Alcoholics*) han sido considerados clásicamente un grupo de alto riesgo para el desarrollo de alcoholismo, debido a la interacción compleja entre factores de vul-

nerabilidad individual (producto de causas genéticas y del ambiente familiar de crianza) y de factores del ambiente sociocultural que incitan al consumo de alcohol. Para explicar la interrelación entre los diferentes factores de riesgo que aumentan la predisposición de este grupo para desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol se han propuesto diferentes modelos teóricos (Sher, 1991; Chassin *et al.*, 1993;

* Trabajo realizado por el grupo Alfil de Sociodrogalcohol, con subvención de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas.

Schuckit, 1994; Wiers *et al.*, 1994; Tarter y Vanyukov, 1994).

Además de una mayor predisposición para el alcoholismo, que en los hijos de alcohólicos puede llegar a ser entre tres y cinco veces más frecuente que en las personas sin antecedentes familiares de este trastorno (Cloninger *et al.*, 1981), los hijos de alcohólicos tienen mayor probabilidad de sufrir retraso en el desarrollo físico o cognitivo, trastornos neurológicos, malformaciones congénitas, trastornos afectivos y de conducta y disminución del rendimiento cognitivo y escolar. Algunos de estos trastornos podrían ser causados, en parte, por los efectos directos del alcohol consumido por los progenitores sobre el organismo en desarrollo de los hijos. Las repercusiones del alcoholismo paterno han sido confirmadas repetidamente en estudios realizados tanto en nuestro país (Jiménez *et al.* 1992, González-Marín, 1988; García-Prieto *et al.*, 1986) como fuera de él (Legido, 1997; Weinberg, 1997; Clark *et al.*, 1997; Hawkins, 1997; Dobkin *et al.*, 1994; Nordberg *et al.*, 1994; Lynskey *et al.*, 1994; véase la revisión de Aragón *et al.*, 1997).

Los hechos planteados han llevado a considerar la necesidad de elaborar instrumentos para la detección precoz de los hijos de alcohólicos más vulnerables, así como programas preventivos dirigidos específicamente a este grupo de la población.

Numerosas investigaciones han revelado que un porcentaje significativo de los hijos de alcohólicos podría manifestar, previamente al desarrollo de trastornos de adaptación importantes, un funcionamiento psicobiológico particular o característico que tendría su origen en factores genéticos y que podría manifestarse a través de indicadores neuroquímicos, psicofisiológicos, neuropsicológicos, temperamentales y/o conductuales. Estos indicadores han sido considerados verdaderos marcadores de vulnerabilidad o de riesgo (véanse las revisiones de Díaz *et al.*, 1999 y de Sher, 1991) y algunos de ellos han confirmado su capacidad predictiva sobre el desarrollo de problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias en estudios longitudinales (Schuckit y Smith, 1996; Volavka *et al.*, 1996). Por ello, diversos autores han especulado sobre su utilidad no sólo para la detección precoz, sino también para el diseño de estrategias preventivas específicas (Díaz, 1999; Webb *et al.*, 1995; Poikolainen, 1997; Vitaro *et al.*, 1996; Dobkin *et al.*, 1994).

Otros marcadores potencialmente útiles para la detección de sujetos vulnerables como consecuencia del alcoholismo paterno, serían aquellos relacionados con los efectos directos del alcohol sobre el feto (Legido, 1997; Weinberg, 1997) o sobre las células germinales de los progenitores (Abel, 1992; Obe, 1984;

Cardon, 1977). Algunos investigadores han puesto de manifiesto que, en numerosas ocasiones, los signos y síntomas típicos de la exposición prenatal al alcohol no se manifiestan claramente hasta la adolescencia, lo que dificulta la adopción precoz de medidas terapéuticas y psicoeducativas compensatorias (Spohr *et al.*, 1994). La posibilidad de detectar estos casos a través de marcadores de riesgo que estuviesen presentes desde edades tempranas podría permitir implementar cuanto antes ese tipo de medidas preventivas.

También es frecuente encontrar entre los hijos de alcohólicos marcadores de riesgo relacionados con la convivencia en un ambiente familiar disfuncional, en el que abundan los conflictos, las desavenencias en la relación de pareja, las separaciones, las enfermedades, las hospitalizaciones e incluso la muerte de los padres, los malos tratos físicos y psíquicos, los abusos sexuales, la interrupción de los rituales familiares y las dificultades económicas, entre otros factores ambientales (Jiménez *et al.*, 1992; Hawkins, 1997; Hill *et al.*, 1997).

Un último grupo de marcadores de riesgo que podemos detectar entre los hijos de alcohólicos en nuestro medio lo constituyen aquéllos relacionados con la exposición a factores socioambientales y culturales que incitan al consumo precoz y excesivo de alcohol, como la publicidad, la presión del grupo de amigos, los mitos y costumbres de las culturas vitivinícolas, la extensión actual de patrones de consumo de tipo anglosajón, el fácil acceso y el precio económico de las bebidas alcohólicas, etc. Estos factores afectarían especialmente a las personas que presentan, además, factores de vulnerabilidad individual como los que hemos citado en los párrafos anteriores, algunos de los cuales tendrían un claro componente genético.

Después de revisar la literatura científica sobre el tema, en la Tabla 1 se han resumido los marcadores de riesgo relacionados con la historia familiar de alcoholismo que han sido citados de forma más consistente en los diferentes estudios. Si bien la mayoría de ellos han sido propuestos para elaborar modelos teóricos acerca de la etiología de los trastornos que pueden sufrir los hijos de alcohólicos, no todos ellos tendrían el mismo grado de utilidad en la práctica clínica preventiva. En la citada tabla se han señalado con un asterisco (*) los marcadores potencialmente más útiles en función de la facilidad con la que pueden medirse a través de instrumentos sencillos y de su capacidad predictiva sobre el desarrollo de problemas, de acuerdo con los modelos de vulnerabilidad para el alcoholismo familiar vigentes en la actualidad (Sher, 1991; Tarter y Vanyukov, 1994; Schuckit, 1994).

¹ En un sentido estricto, el término vulnerabilidad se debería utilizar preferentemente para referirse a factores propios del desarrollo bio-psico-social del individuo, y el término riesgo para aquellos factores exclusivamente ambientales, aunque la mayoría de autores los utilizan indistintamente.

TABLA 1: Marcadores de riesgo en los hijos de alcohólicos. Los asteriscos (*) señalan los marcadores potencialmente más útiles para el diseño de baterías de detección precoz y estrategias preventivas específicas.

MARCADORES DE RIESGO CON PROBABLE ORIGEN GENÉTICO	
Grado de "riesgo genético"	Número y parentesco de antecedentes familiares de otros trastornos psiquiátricos. (*) Número y parentesco de los antecedentes familiares de alcoholismo u otras drogadicciones. (*)
Bioquímicos	Disminución de la actividad del sistema opioide, el enzima MAO B y la serotonina. Presencia del alelo A1 del receptor de dopamina D2.
Psicofisiológicos	Hiperreactividad del sistema nervioso ante estímulos novedosos o intrínsecamente motivadores. Hiporreactividad ante estímulos que requieren atención sostenida y almacenamiento en la memoria de trabajo (disminución de la amplitud de P300). Mayor actividad de frecuencia rápida (β) y menor actividad lenta (α) en el EEG, en comparación con la población general.
Neuropsicológicos	Bajo rendimiento en tests cognitivos (especialmente en los que evalúan funciones frontales). (*) Bajo rendimiento y fracaso escolar. (*) Dificultades de aprendizaje. (*)
Temperamento, personalidad y psicopatología	Déficit de atención, hiperactividad, impulsividad. (*) Trastorno de conducta (disocial) o personalidad antisocial. (*) Trastornos afectivos (depresión, ansiedad). (*) Rasgos de personalidad vulnerable: timidez, retraimiento, falta de habilidades sociales, impulsividad, intolerancia a la frustración, búsqueda de sensaciones, miedo al castigo o al sufrimiento, excesiva dependencia de la recompensa, inestabilidad emocional, autoexigencia, rigidez, locus de control externo, dificultad para desarrollar estrategias cognitivas de enfrentamiento al estrés, etc. (*)
Respuesta al alcohol y/o a otras drogas	Mayor efectividad del alcohol para reducir la respuesta psicofisiológica ante el estrés. Mayor sensibilidad a los efectos placenteros del alcohol y mayor tolerancia de los displacenteros, tanto en medidas objetivas como subjetivas. (*) Signos o síntomas de consumo abusivo, tolerancia aumentada, facilidad para desarrollar dependencia física o psíquica, etc. (*)
MARCADORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL AMBIENTE FÍSICO PRENATAL	
Signos evidentes o sospecha fundamentada de exposición al alcohol y/u otras drogas <i>in utero</i> . (*)	
MARCADORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL AMBIENTE FAMILIAR DE CRIANZA	
Acontecimientos vitales estresantes: enfermedades, hospitalizaciones, muertes, cambios, etc. (número e intensidad). (*) Abandono o negligencia en las funciones paternas: malnutrición, malos tratos físicos y psíquicos, abusos sexuales, falta de atención y afecto. (*) Pautas educativas inconsistentes (falta de control y de normas, recompensas y castigos inconsistentes). (*) Conflictos familiares. (*) Baja vinculación o cohesión familiar o bien interrupción de los rituales familiares. (*) Dificultades socioeconómicas o falta de oportunidades culturales. (*) Contacto precoz con el alcohol u otras drogas: grado de modelaje familiar, inicio precoz del consumo de alcohol, tabaco, etc. (*) Transmisión intergeneracional de actitudes favorables hacia el consumo, expectativas positivas y creencias falsas sobre los efectos del alcohol (éstos se consideran factores ambientales, aunque en el desarrollo de actitudes y expectativas también influye la respuesta del individuo a la droga, que está determinada en parte por factores genéticos). (*)	
MARCADORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL AMBIENTE SOCIOCULTURAL	
Presión del grupo de amigos (especialmente si existe contacto con grupos o barrios conflictivos). (*) Presión de la publicidad (grado de creencia en mensajes publicitarios y adopción de patrones de moda). Costumbres y mitos de las culturas vitivinícolas (aprobación, justificación e incluso incitación al consumo). Importación de patrones de consumo anglosajón (consumo abusivo concentrado en el fin de semana, bebidas de alta graduación, búsqueda de los efectos psicotrópicos del alcohol, etc.). Disponibilidad de alcohol u otras drogas (leyes permisivas, escaso control, precio económico, barrio de traficantes, etc.). Características propias de la sociedad actual (inestabilidad laboral, desesperanza, competitividad, consumismo, etc.). Situaciones extremas de desarraigo cultural o entorno de marginación social. (*)	

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA ALFIL

Tras estudiar durante algunos años marcadores neurogenéticos de riesgo y su papel en los modelos etiológicos del alcoholismo familiar (véase la revisión de Díaz *et al.*, 1999), nuestro grupo de investigación se orientó hacia una línea de trabajo más aplicada, motivada por las necesidades diarias de la práctica clínica preventiva y diseñó un programa educativo-grupal para hijos de alcohólicos y sus padres (Díaz *et al.*, 1997). Desde Socidrogalcohol, y en colaboración con centros de atención a las drogodependencias de varias comunidades españolas, iniciamos el programa ALFIL.

El ALFIL es un proyecto multicéntrico subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que se ha venido desarrollando desde el año 1997 en ocho centros de atención a las drogodependencias de nuestro país (véase la Tabla 2) gracias a la participación de un buen número de profesionales (véase el apartado "Agradecimientos"). A excepción del centro de Salamanca, que se ha incorporado más recientemente, el resto de centros participa en este programa desde su inicio. Actualmente, otros centros de nuestro país, de Sudamérica y de Europa han manifestado su interés por esta experiencia multicéntrica. Hasta este momento, el centro de Barcelona ha sido el coordinador del proyecto, con responsabilidad sobre la gestión de recursos, la redacción y edición de manuales, el entrenamiento y la supervisión del personal implicado, el análisis de datos y la redacción de memorias y trabajos científicos.

El proyecto ALFIL consta de dos partes: a) un estudio descriptivo y comparativo en el que se analizan los resultados de evaluaciones psicológicas realizadas a

hijos de alcohólicos y controles entre 6 y 17 años y b) el ensayo de un programa de sesiones educativo-preventivas (que incluye nueve sesiones grupales para hijos de alcohólicos adolescentes y dos para sus padres). En la primera fase de este estudio, aún en curso, nos planteamos dos objetivos prioritarios:

1. Elaborar un protocolo de evaluación de marcadores de riesgo que pudiera ser útil en el futuro para desarrollar una batería de pruebas que permita detectar precozmente a los hijos de alcohólicos con mayor probabilidad de desarrollar trastornos de adaptación. Este protocolo podría ser utilizado también como instrumento de screening y de seguimiento en otras poblaciones de alto riesgo en relación con las drogodependencias.

2. Realizar un estudio descriptivo del perfil de las características médicas, cognitivas, psiquiátricas y psicosociales de los hijos de alcohólicos que entran en contacto con centros de tratamiento en nuestro país. Este estudio permitirá confirmar si constituyen realmente un "grupo de alto riesgo" y averiguar qué problemas presentan con mayor frecuencia, con el fin de diseñar sesiones educativo-preventivas adaptadas a sus necesidades específicas.

En este artículo nos centraremos principalmente en la descripción de los aspectos metodológicos y de algunos resultados preliminares del estudio descriptivo del programa ALFIL. Las sesiones educativas han sido descritas en un manual editado recientemente por Socidrogalcohol y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2000): "*Programa Alfil: Intervención psicoeducativa para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*". La evaluación de la fase piloto de implantación de este tipo de sesiones en nuestro país será objeto de una nueva publicación que se encuentra en preparación.

TABLA 2: Relación de centros participantes por orden de incorporación al Proyecto ALFIL.

LOCALIDAD	PROVINCIA	CENTRO
Barcelona	Barcelona	Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya. Hospital Clínic de Barcelona
Alcoi	Alicante	Unitat d'Alcoholologia d'Alcoi
Zaragoza	Zaragoza	Centro de Drogodependencias Pza. San Bruno y Colegio de Psicólogos de Zaragoza
Córdoba	Córdoba	Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja de Córdoba
Cienpозuelos	Madrid	Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús. Complejo asistencial Benito Menni
Torrent	Valencia	Unidad de Alcoholismo y toxicomanías de Torrent
Santiago de Compostela	La Coruña	Unidad de Tratamiento del Alcoholismo. Servicio de Psiquiatría del Hospital Xeral de Galicia
Salamanca	Salamanca	"5 y más". Servicios socio-culturales de Salamanca.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO

Sujetos evaluados.

En este estudio participan hijos de alcohólicos de 6 a 17 años, de ambos sexos, cuyos padres han entrado en contacto con uno de los ocho centros de tratamiento adscritos al Programa ALFIL. En el momento de la evaluación de los niños, los padres pueden estar realizando tratamiento para su alcoholismo, haberlo abandonado, o bien haberlo finalizado con éxito. Al principio del estudio se planteó la posibilidad de utilizar criterios de exclusión como la presencia de trastornos neurológicos importantes, retraso mental o enfermedades orgánicas graves, con objeto de poder comparar estos niños con un grupo control de la población normal. Sin embargo, finalmente se decidió evaluar a todos los hijos de pacientes alcohólicos que entraran en contacto con el programa para realizar un primer análisis descriptivo de este sector de la población. A posteriori, se decidirían los criterios de homogeneización con un grupo de control de la población normal con el fin de realizar los análisis comparativos oportunos, así como las variables de confusión a controlar estadísticamente.

La decisión de iniciar el estudio con niños cuyos padres habían sido atendidos en algún momento de sus vidas en centros de tratamiento del alcoholismo, estuvo determinada por el hecho de que estos colectivos resultan fácilmente accesibles y suelen ser bastante receptivos a este tipo de experiencias, si su médico o psicoterapeuta se lo explica adecuadamente. Además, presumíamos que, en general, estos niños estarían menos afectados que aquéllos que se encuentran en centros de acogida para menores, o aquéllos que acuden a los servicios de ayuda familiar, cuyos padres ni siquiera se han planteado la posibilidad de realizar un tratamiento. Empezar la labor educativo-preventiva con estos niños podría permitirnos adquirir la experiencia suficiente para poder abordar más adelante esta labor con otros hijos de alcohólicos que probablemente presentan mayor grado de afectación.

El procedimiento de evaluación se inicia con una entrevista personal a los padres que, tal como se ha indicado, son pacientes de un centro de tratamiento o bien alcohólicos rehabilitados pertenecientes a una asociación, que tienen hijos con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años. En esta entrevista se les ofrece el tríptico informativo y se les explica en qué consiste el Programa ALFIL para que puedan comentarlo con su familia. Si no tienen inconveniente, posteriormente nos ponemos en contacto por teléfono con ellos para que nos comuniquen la decisión que han

tomado con respecto a su participación en el programa. En el caso de que acepten participar, se fija un día para la sesión de evaluación. En el caso contrario, el entrevistador procura utilizar técnicas motivacionales (Rollnick y Miller, 1995; Hohman, 1998) para facilitar la aceptación de la evaluación o bien para dejar abierto el camino de acceso al programa en alguna otra ocasión.

Los sujetos de control se obtienen mediante un procedimiento similar al de los hijos de alcohólicos, a través de contactos con escuelas, agrupaciones excursionistas y deportivas, centros juveniles, familiares y conocidos de los evaluadores, etc., procurando escoger una muestra representativa de la población general con respecto a variables sociodemográficas y de rendimiento cognitivo.

Desde el inicio del proyecto en septiembre de 1997 se han evaluado más de 500 sujetos, de los cuales alrededor de 380 son hijos de alcohólicos. En este momento han finalizado las evaluaciones y se han realizado análisis preliminares con una muestra de 327 hijos de alcohólicos y 34 controles. Los resultados de estos análisis han sido presentados en congresos nacionales e internacionales (Díaz, 1999b; Gual y Díaz, 1999a, 1999b; Díaz y Gual, 1999, 2000).

Instrumentos y procedimiento de evaluación.

Todos los niños y adolescentes que participan en el Programa ALFIL realizan una sesión de evaluación psicológica de tres a cuatro horas de duración en la que se evalúan los marcadores de riesgo señalados con asterisco (*) en la Tabla 1. La sesión se inicia tras la firma del informe de consentimiento por parte de uno de los progenitores. En ella se les administra el protocolo de evaluación descrito en la Tabla 3, que está compuesto por la entrevista ESDA (*Entrevista Semiestructurada para Descendientes de Alcohólicos*), cuyos apartados están indicados en la Tabla 4, una batería de tests cognitivos estandarizados y diversos cuestionarios.

La entrevista semiestructurada, los cuestionarios sobre el alcohol (conocimientos, actitudes y expectativas) y la escala de acontecimientos vitales han sido diseñados expresamente para este estudio, a partir de materiales utilizados en otros proyectos de investigación nacionales y extranjeros. En concreto, la entrevista ESDA fue diseñada a partir de los instrumentos de evaluación utilizados en el proyecto estadounidense COGA (*Collaborative Studies on Genetics of Alcoholism*) (*Child Assessment Committee of the COGA, 1992*) y ha sido adaptada posteriormente a los objetivos de este proyecto y a los criterios diagnósticos del DSM-IV.

TABLA 3: Protocolo de evaluación de los participantes en el programa ALFIL.

Sesión de evaluación	HIJO	PADRES
1ª parte	Test de inteligencia WISC-R. Copia y reproducción de memoria de la Figura Compleja de Rey.	ESDA (anexos autoadministrados para los padres).
Intermedio	Tentempié y descanso	ESDA (apartados para los padres)
2ª parte	Test de atención Toulouse-Piéron Test de Memoria Auditiva Inmediata (MAI). Test de función frontal Stroop. ESDA (apartados para el hijo). Cuestionario sobre alcohol (12-16 años). Cuestionario de personalidad HSPQ (12-16 años) (opcional).	ESDA (apartados para los padres)

TABLA 4: Apartados de la entrevista ESDA (*Entrevista Semiestructurada para descendientes de Alcohólicos*) para padres e hijos..

ESDA - Padres	ESDA - Hijo
Datos de identificación. Datos demográficos familiares. Consumo de tóxicos en los padres. Árbol genealógico familiar. Historia psiquiátrica familiar. Historia médica del hijo y exploración física. Datos escolares. Apartados de síntomas de psicopatología del hijo. Anexos: Informe de consentimiento. Escala de acontecimientos vitales. Escala de clima social familiar (Moos).	Datos escolares (confirmación). Apartados de psicología (confirmación). Consumo de tóxicos en el hijo: Alcohol Tabaco Marihuana Otras drogas Relaciones sociales: familia, amigos.

El protocolo de evaluación descrito, además de permitir la realización del estudio descriptivo y comparativo, proporciona la línea base del estado físico, psicológico y social de cada niño antes de una posible intervención preventiva. Esta línea base nos permitirá evaluar la efectividad de tal intervención, a partir del análisis de los posibles cambios detectados en una evaluación a posteriori que se realizará tanto a los niños que participen en las sesiones educativas como a los que no participen.

ALGUNOS RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EXPERIENCIA PILOTO

Después de tres años de andadura, la fase de diseño e implantación inicial del Programa ALFIL se puede considerar finalizada. A partir de los análisis descriptivos y comparativos preliminares de los datos de los sujetos evaluados, así como de la experiencia clínica adquirida en el trabajo diario con los hijos de alcohólicos y sus padres, podemos ofrecer respuestas

parciales a algunas de las preguntas que nos planteamos al inicio de este trabajo.

¿Podríamos decir que los hijos de alcohólicos son una población de alto riesgo en nuestro país?

Algunos estudios realizados en nuestro país han constatado que entre un 10 y un 30% de los pacientes de los servicios de psiquiatría infantil son hijos de alcohólicos (Jiménez, *et al.*, 1992; González-Marín, 1988). Otros han mostrado que los hijos de alcohólicos presentan más síntomas de psicopatología que la población general, y que el grado de severidad de la sintomatología dependería de variables como el tiempo de abstinencia o el sexo del progenitor alcohólico (Alarcón *et al.*, 1980; Alba-Chica, 1983; Pérez-Gálvez y Vicente, 1992).

Al iniciar el Programa ALFIL presumíamos que los hijos de alcohólicos que íbamos a estudiar representarían al sector menos afectado, debido a que se encontraban escolarizados con normalidad, sus padres habían entrado en contacto en algún momento con un centro de tratamiento, sus familias eran bastante normativas y, en general, estaban motivadas para permitir que sus hijos participasen en un programa preventivo. Aún así, tras realizar los primeros análisis comparativos, comprobamos que los hijos de alcohólicos diferían significativamente de los controles en múltiples medidas. Presentaban peor ambiente familiar, menor nivel socioeconómico, peor rendimiento cognitivo y escolar, mayores problemas relacionados con déficit de atención, hiperactividad, trastornos de conducta y ansiedad y, en general, mayor necesidad de asistencia psicológica (24.4% de los hijos de alcohólicos frente al 5% de los controles). También encontramos que el 45% de los hijos de alcohólicos estudiados tenía múltiples antecedentes familiares de alcoholismo (tres familiares o más), por lo que podrían constituir un subgrupo con mayor riesgo genético para el desarrollo de alcoholismo, que podría ser estudiado separadamente.

Es de suponer que los datos de que disponemos en este momento minimizan la presencia de algunos trastornos, debido a que los hijos de alcohólicos que presentan mayores problemas de conducta suelen negarse a ser evaluados y, sobre todo, debido a la tendencia de los miembros de las familias de alcohólicos a ocultar sus problemas, especialmente si no tienen suficiente confianza o creen que van a ser juzgados por los evaluadores. En nuestra experiencia hemos comprobado frecuentemente que cuando se crea un clima de confianza adecuado durante las sesiones educativas, salen a la luz conflictos y trastornos importantes que los participantes no habían manifestado en la entrevista de evaluación inicial. Sin embargo, los resultados obtenidos en los análisis comparativos

deben ser considerados preliminares en espera de realizar análisis estadísticamente más potentes con una muestra de controles mayor.

¿Sería adecuada una intervención preventiva generalizada para todos los hijos de alcohólicos?

A la luz de los resultados preliminares de este estudio se ha constatado que no todos los hijos de alcohólicos en tratamiento presentan síntomas clínicamente significativos durante la infancia, por lo que consideramos que es necesario actuar con cautela no exagerar ni alarmar a la población con respecto a las posibles consecuencias del alcoholismo paterno sobre la descendencia, ya que ello podría tener efectos contrapreventivos. En consecuencia, pensamos que las intervenciones psicoterapéuticas o psicopedagógicas orientadas al tratamiento de problemas concretos deben limitarse a aquellos niños que presenten trastornos cognitivos o conductuales importantes. Sin embargo, pensamos que sería de gran utilidad ofertar programas preventivos que incluyesen grupos psicoeducativos a todos los hijos de alcohólicos, aunque no presenten problemas aparentemente, de la forma más natural posible, como una parte más del tratamiento de este tipo de problemas en las familias. Es posible argumentar varias razones a favor de la generalización de este tipo de programas selectivos.

En primer lugar, al ofertar programas educativos sobre el consumo de alcohol a "todos" los hijos de alcohólicos, se podría evitar que los participantes pudieran llegar a sentirse etiquetados y estigmatizados como "jóvenes de alto riesgo". Los grupos educativos se ofrecerían como una oportunidad para aprender en qué consiste el alcoholismo, cómo prevenirlo y cómo ayudar a un familiar o amigo que tiene problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este ofrecimiento facilitaría que este tipo de programas tuviese una imagen de normalidad y universalidad.

Desde el punto de vista terapéutico y educativo, podría resultar útil mezclar en estos grupos a niños problemáticos con otros más normativos, sin trastornos aparentes, para facilitar que los primeros aprendan nuevas formas de ver la vida y de afrontar problemas similares a los suyos, puedan valorarlas en grupo y decidir qué opción les parece más adecuada para conseguir lo que desean en el futuro.

Por otro lado, es bien conocido que en las familias de alcohólicos existe una elevada tendencia a la negación y a la ocultación de los problemas. Muchos niños empiezan a aceptar sus problemas y dificultades sólo cuando tienen suficiente confianza con el terapeuta, o bien cuando empiezan a identificarse con otros niños que sufren problemas similares. Por ello, la participación en grupos educativos específicos puede ayudar a

que algunos hijos de alcohólicos, que aparentan no tener problemas, sean capaces de asumir sus verdaderas dificultades y buscar posibles vías para conseguir sus propias metas, independientemente de la evolución de la enfermedad de sus padres.

Por último, a pesar del deseo de incluir en este programa a todos los hijos de alcohólicos con los que entramos en contacto, la experiencia nos ha demostrado que precisamente las familias que presentan mayor número de factores de riesgo no aceptan fácilmente participar en experiencias preventivas. Por ello, pensamos que los terapeutas que se dedican a la atención de los familiares de alcohólicos deben aprender a utilizar técnicas de entrevista motivacional para lograr introducir en este tipo de programas a las familias con mayor riesgo en función de la presencia de marcadores específicos como los que se han revisado en este trabajo.

¿Los marcadores de riesgo conocidos podrían ser útiles para la detección precoz y el diseño de estrategias preventivas específicas para hijos de alcohólicos?

Los instrumentos de evaluación utilizados en el Proyecto ALFIL han sido escogidos o diseñados específicamente para detectar marcadores de riesgo que han sido obtenidos de forma consistente en la literatura científica sobre hijos de alcohólicos. Se han escogido marcadores de tipo cognitivo y conductual, así como los propios del ambiente familiar y social de los individuos. Se ha descartado el uso de marcadores psicofisiológicos y bioquímicos debido a su escasa operatividad en la práctica clínica, ya que realizar este tipo de exploraciones resulta excesivamente caro e implica la utilización de equipos técnicos de los que no suelen disponer los centros de atención al alcoholismo.

Por otro lado, también debemos aceptar que los marcadores obtenidos en poblaciones de alto riesgo para el desarrollo de trastornos multifactoriales, como el alcoholismo u otros trastornos psiquiátricos, tienen limitaciones importantes relacionadas con la falta de sensibilidad y especificidad, la inestabilidad a lo largo del ciclo vital y la dificultad para establecer puntos de corte entre la normalidad y la anormalidad.

Algunos de los marcadores de riesgo para el desarrollo de alcoholismo potencialmente más útiles para la detección precoz podrían ser los relacionados con la sensibilidad diferencial a los efectos del alcohol (Schuckit, 1994). Tradicionalmente, la evaluación de este tipo de marcadores exigía la administración de dosis de alcohol a los sujetos para conocer su respuesta a esta sustancia, lo cual se puede considerar éticamente inaceptable en el caso de jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Recientemente,

Schuckit *et al.* (1997) han propuesto la utilización de un cuestionario que permite evaluar los efectos subjetivos del alcohol en base a experiencias anteriores con la sustancia. Sin embargo, este cuestionario sólo se puede aplicar a jóvenes que hayan consumido alcohol en cantidad suficiente al menos en alguna ocasión, por lo que no sería útil para detectar sujetos vulnerables entre los niños y jóvenes que aún no se han iniciado en el consumo de alcohol, en los que la aplicación de medidas preventivas podría resultar aún más efectiva que en los que ya han iniciado el consumo.

Debido a la falta de sensibilidad, especificidad y fiabilidad de los marcadores de riesgo para el alcoholismo que han sido propuestos hasta el momento, pensamos que sería necesaria la presencia de varios marcadores conjuntamente para determinar con un nivel de fiabilidad aceptable que un individuo posee un riesgo significativo de tener problemas de adaptación psicosocial relacionados con su historia familiar de alcoholismo (Bates y Labouvie, 1997). Sin embargo, en el caso de los trastornos multifactoriales como el alcoholismo no es posible predecir exactamente qué ocurrirá en el futuro en base a la presencia de algunos marcadores de riesgo. El resultado final para un individuo concreto dependerá de la confluencia entre factores de riesgo y de protección, así como de las estrategias que el individuo pueda aprender a lo largo de su desarrollo para enfrentarse a sus factores de riesgo particulares. Precisamente en ello se fundamenta la efectividad de las intervenciones preventivas.

Al valorar la presencia de marcadores de riesgo relacionados con el alcoholismo en una persona determinada, también puede ser importante tener en cuenta el grado o intensidad de presentación de cada marcador. Por ello, proponemos la utilización de escalas cuantitativas o bien de escalas ordinales tipo Likert para valorar, por ejemplo, la intensidad de los conflictos familiares, el grado estimado de exposición al alcohol in utero, la severidad del alcoholismo paterno en función de los años de evolución o el número de recaídas, el grado de afectación ambiental estimado en función de los años de convivencia del niño con el progenitor alcohólico mientras consumía alcohol, etc.

El protocolo de evaluación utilizado en este estudio puede resultar excesivamente largo para su uso en la práctica clínica preventiva. Por ello, uno de nuestros propósitos consiste en reducirlo para que pueda ser administrado en menos de una hora. La realización de un seguimiento de los sujetos evaluados en este estudio nos permitirá seleccionar el conjunto de marcadores potencialmente más útiles para detectar a los hijos de alcohólicos que acabarán desarrollando problemas de adaptación importantes con el paso de los años y construir una batería de *screening* que podría ser utilizada para la detección precoz en escuelas,

consultas de psiquiatría infantil y pediatría, centros juveniles y de atención a familias, etc.

Por último, deseáramos mostrar nuestro acuerdo con Seleckman (1996) al considerar que los profesionales que trabajamos con jóvenes "difíciles" o "de alto riesgo" nos centramos con demasiada frecuencia en sus aspectos "deficitarios" o "negativos", olvidándonos de valorar y rescatar lo que tienen de positivo, con el fin de reforzarlo y potenciarlo. Consideramos, por lo tanto, que en la intervención preventiva en grupos de alto riesgo se debe hacer un énfasis especial en la evaluación, no sólo de los factores de riesgo sino también de los factores de protección (Robles-Lozano y Martínez-González, 1998), ya que algunos de éstos últimos no constituyen la simple ausencia de un factor de riesgo determinado, sino una entidad independiente susceptible de ser potenciada a través de intervenciones específicas (Hussong y Chassin, 1997).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La realización del programa ALFIL ha favorecido la intercomunicación entre grupos de profesionales de nuestro país interesados en el campo de la prevención en poblaciones de alto riesgo como los hijos de alcohólicos. Las aportaciones de profesionales de múltiples disciplinas, pertenecientes a realidades socioculturales diversas y con diferentes estilos terapéuticos y educativos, enriquecen este programa de forma continuada. Gracias a este intercambio de experiencias, en la fase inicial del programa hemos aprendido que es necesario ser extremadamente cautelosos. No todos los hijos de alcohólicos sufren problemas graves que necesiten atención terapéutica y, por otro lado, debemos vigilar aspectos como el etiquetaje, el estigma y el alarmismo en la población.

Sin embargo, los datos de que disponemos justifican la realización de intervenciones preventivas específicas a través de programas psicoeducativos grupales en los centros de tratamiento del alcoholismo o en los servicios de atención a las familias. También se podría considerar la posibilidad de generalización de este tipo de grupos educativos específicos sobre el alcoholismo en los centros escolares o juveniles, a partir de la autoselección de los propios participantes o bien de la invitación personal a participar en actividades en grupo a las que no se debería identificar con etiquetas estigmatizantes, sino como "taller de intercambio de experiencias", "ayudar a prevenir", "estrategias para tener éxito en la vida" o nombres similares, tal como se viene realizando desde hace algunos años en los Estados Unidos (Eggert, et al., 1994).

Los últimos avances científicos sobre la posibilidad de detección precoz de los sujetos más vulnerables a partir de marcadores de riesgo, el progreso en el

conocimiento de las técnicas para motivar a los familiares de alcohólicos a participar en programas preventivos, así como el avance de las estrategias psicoterapéuticas y psicoeducativas orientadas a reducir factores de riesgo y a potenciar factores protectores específicos pueden resultar muy útiles en el diseño de programas preventivos selectivos para los hijos de alcohólicos de nuestra población. Probablemente en breve estaremos en condiciones de definir qué características debe tener este tipo de intervención en nuestro medio sociocultural para ser efectiva y rentable, evitando efectos contraproducentes relacionados con la estigmatización o el autocumplimiento de la profecía.

Por último, conscientes de que este tipo de experiencias aún no se ha extendido lo suficiente en nuestro país, esperamos poder continuar fomentando los intercambios dentro y fuera de nuestras fronteras, ya que sólo con el esfuerzo conjunto y pluridisciplinar podremos continuar avanzando en este campo.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado gracias a una subvención a Socidrogalcohol por parte de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (años 1997-2000) y a la ayuda de la Generalitat de Catalunya para el mantenimiento de la Xarxa Temática 1996XT-00036 / 1998XT-00046.

Agradecemos su participación en este estudio a todos los profesionales que, con gran esfuerzo, han contribuido a que podamos conocer un poco más sobre los trastornos que sufren los hijos de alcohólicos en nuestro país (L. Serrano, P. Pineda y S. Costa, de la Unitat d'Alcoholologia de la Generalitat de Catalunya, en el Hospital Clínico de Barcelona; F. Pascual y M. José Ferri, de la Unitat d'Alcoholologia de Alcoi -Alicante-; B. Cañuelo, V. García, I. Sánchez, E. Navajas, M. Luna y J. Jamilena, del Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja de Córdoba; G. Rubio, L. Alvarado, A. Blazquez, M.L. del Campo y C. Hernández, del Hospital Psiquiátrico Sgdo. Corazón de Jesús de Ciempozuelos -Complejo Asistencial Benito Meni-; M.A. Torres, I. Ventura, R. Valdés y C. Silva, de la Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent -Valencia-; M. Ángeles Lorenzo, M.C. Fernández, M. Montiel e I.M. Varela, del Servicio de Psiquiatría del Hospital Xeral de Galicia -Santiago de Compostela-; R. Carcas, M.S. Lorente e I. Garbayo, del Centro de Drogodependencias de Pza. San Bruno y del Colegio de Psicólogos de Zaragoza y a Y. de Dios, de "5 y más", Servicios Socioculturales de Salamanca.

También agradecemos el asesoramiento técnico y el apoyo para la divulgación de este programa proporcionado por Alicia Rodríguez-Martos (del Plan Municipi-

pal de Drogas de Barcelona) y por Amador Calafat (IREFREA. Palma de Mallorca).

Y por último, aunque en realidad son los primeros porque a ellos va dirigido este trabajo, agradecemos su colaboración a todos los niños y familias que han participado en el Programa ALFIL.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, E.L. (1992). Paternal exposure to alcohol. En T.B. Sonderegger (Ed.), *Perinatal substance abuse: Research findings and clinical implications* (pp. 132-160). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Alarcón, C., Ferrer, X., y Sierra, E. (1980). Problemática de los hijos de alcohólicos. *VIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Gandía (Valencia).
- Alba-Chica, J. (1983). Anomalías de la personalidad del niño determinadas por el alcoholismo paterno. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona*, 12 (7E), 141-426, vol. X (3), 191-202.
- Aragón, N., Bragado, M.C., y Carrasco, I. (1997). Alcoholismo parental y psicopatología infanto-juvenil. Una revisión. *Adicciones*, 9 (2), 255-277.
- Bates, M.E., y Labouvie, E.W. (1997). Adolescent risk factors and the prediction of persistent alcohol and drug use into adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (5), 944-950.
- Cardon, J.H. (1977). Alcohol grossesse et morbilidad foeto-infantil. *Revue du Alcoholisme*, 23, 201-210.
- Chassin, L., Pillow, D.R., Curran, P.J., Molina, B.S.G., y Barrera, M. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (1), 3-19.
- Child Assessment Committee of the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (1992). *Children's version of the Semi-Structures Assessment for the Genetics of Alcoholism -COGA- (C-SSAGA)*. Child, Adolescent and Parent versions. St. Louis.
- Clark, D.B., Moss, H.B., Kirisci, L., Mezzich, A.C., Miles, R., y Ott, P. (1997). Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (4), 495-502.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., y Sigurdson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-867.
- Díaz, R., Gual, A., y Grau, C. (1997). Intervención preventiva: Diseño de un programa de reducción del riesgo familiar en hijos de alcohólicos. Libro de ponencias de las XXIV *Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Alicante, marzo.
- Díaz, R., Polo, M.D., Escera, C., Sánchez-Turet, M., y Grau, C. (1999). Marcadores neurogenéticos de riesgo para el alcoholismo. En M. Sánchez-Turet (Ed.), *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol* (pp. 63-111). Barcelona: Ediciones ESPAXS.
- 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. (1999b) Hijos de alcohólicos: ¿debemos intervenir?. La experiencia del Programa ALFIL. *XXVI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Sta. Cruz de Tenerife, marzo. (Resumen en la revista *Adicciones*, 11, Supl.1, 1999, pp. 14).
- Díaz, R., y Gual, A. (1999). Alfil program: a multicommunity study of children of alcoholics in Spain: Effects of familial density of alcoholism on cognitive measures. Póster en el *VII Congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA)*. Barcelona, junio. (Resumen publicado en *Alcohol and Alcoholism*, 34 (3), 1999, pp.445).
- Díaz, R., y Gual, A. (2000). "Factores de riesgo y técnicas de prevención para hijos de alcohólicos" Comunicación en el Seminario sobre Prevención de la *IV Conferencia Europea de la Federació Europea de Asociaciones Nacionales de Intervinientes en Toxicomanías (ERIT)*, febrero.
- Dobkin, P.L., Tremblay, R.E., Desmarais-Gervais, L., y Dépelteau, L. (1994). Is having an alcoholic father hazardous for children's physical health?. *Addiction*, 89, 1619-1628.
- Eggert, L.L., Nicholas, L.J., y Owen, L.M. (1994). *"Reconnecting Youth": A peer group approach to building life skills*. Bloomington: National Educational Service.
- García-Prieto, A., Bobes, J. et al. (1986). Psicopatología infanto-juvenil en hijos de alcohólicos. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13 (5), 239-247.
- González-Marín, E. (1988). Repercusión psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos. *Revista Española de Drogodependencias*, 13(4), 307-312.
- Gual A., y Díaz, R. (1999a). Alcoholism Prevention in children of alcoholics. Ponencia en el Symposium "Alcohol dependence: *Epidemiological and social problems*". *VII Congress of the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA)*. Barcelona, junio. (Resumen publicado en *Alcohol and Alcoholism*, 34 (3), 1999, pp. 440)
- Gual, A., y 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.
- Hawkins, C.A. (1997). Disruption of family rituals as a mediator of the relationship between parental drinking and adult adjustment in offspring. *Addictive Behaviors*, 22 (2), 219-231.
- Hill, E.M., Thomson Ross, L., Mudd, S.A., y Blow, F.C. (1997). Adulthood functioning: the joint effects of parental alcoholism, gender and childhood socio-economic stress. *Addiction*, 92 (5), 583-596.

- Hohman, M. (1998). Motivational interviewing: An intervention tool for child welfare case workers with substance-abusing parents. *Child Welfare*, 77 (3), 275-289.
- Hussong, A.M., y Chassin, L. (1997). Substance use initiation among adolescent children of alcoholics: Testing protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 272-279.
- Jiménez, J.L., Barrios, A., Yoller, A.B., y Pérez de Heredia, J.L. (1992). Psicopatología en hijos de padres alcohólicos. *Revista de Psiquiatría Infantil*, 2, 95-99.
- Legido, A. (1997). Exposición intrauterina a drogas. *Revista de Neurología*, 25 (141), 691-702.
- Lynskey, M.T., Fergusson, D.M., y Horwood, L.J. (1994). The effect of parental alcohol problems rates of adolescent psychiatric disorders. *Addiction*, 89, 1277-1286.
- Norberg, L., Rydelius, P.A., y Zetterström, R. (1994). Parental alcoholism and early child development. *Acta Paediatrica, Suppl. 404*, 14-18.
- Obe, G. (1984). Mutagenic and teratogenic effects of ethanol. *I Jornadas Internacionales del Síndrome Alcohólico Fetal*. Madrid., 1984.
- Pérez-Galvez, B.S., y Vicente, M.P. (1992). Trastornos psicopatológicos en hijos de alcohólicos: Diferencias en relación al tiempo de abstinencia paterna y sexo filial. *Libro de actas de las XX Jornadas de Socidrogalcohol*. Córdoba, noviembre.
- Poikolainen, K. (1997). Risk factors for alcohol dependence: A questionnaire survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21 (6), 957-961.
- Robles-Lozano, L., y Martínez-González, J.M. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Boletín Idea Prevención* 17, 58-70.
- Rollnick, S., y Miller, W. (1995). What is motivational interviewing?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23 (4), 325-334.
- Schuckit, M.A. (1994). A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. *Journal of Studies on alcohol*, 55, 5-17.
- Schuckit, M.A., y Smith, T.L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry*, 53, 202-210.
- Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Smith, T.L., Wiesbeck, G.A., y Kalmjin, J. (1997). The relationship between self-rating of the effects of alcohol and alcohol challenge results in ninety young men. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (4), 397-404.
- Selectman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Ed Gedisa. Colección Terapia Familiar. Barcelona.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. University of Chicago Press. Chicago and London.
- Socidrogalcohol (2000). Programa ALFIL: *Intervención psicoeducativa para jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo. Manual para educadores y terapeutas*. Barcelona.
- Spohr, H.L., Willms, J., y Steinhausen, H.C. (1994). *The fetal alcohol syndrome in adolescence*. *Acta Paediatrica*, 404, Suppl., 19-26.
- Tarter, R.E., Jacob, Th., y Bremer, D.L. (1989). Specific cognitive impairment in sons of early onset alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13 (6), 786-789.
- Tarter, R.E., y Vanyukov, M. (1994). Alcoholism: A developmental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (6), 1096-1170.
- Vitaro, F., Dobkin, P.L., Carbonneau, R., y Tremblay, R.E. (1996). Personal and familial characteristics of resilient sons of male alcoholics. *Addiction*, 91 (8), 1161-1177.
- Volavka, J., Czobor, P., Goodwin, D.W., Gabrielli, W.F., Penick, E.C., Mednick, A., Jensen, P., Knop, J., y Schulsinger, F. (1996). The electroencephalogram after alcohol administration in high-risk men and the development of alcohol use disorders 10 years later. Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 53, 258-263.
- Webb, J.A., Baer, P.E., y McKelvey, R.S. (1995). Development of a risk profile for intentions to use alcohol among fifth and sixth graders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (6), 772-778.
- Weinberg, N.Z. (1997). Cognitive and behavioral deficits associated with parental alcohol use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (9), 1177-1186.
- Wiers, R.W., Sergeant, J.A., y Gunning, W.B. (1994). Psychological mechanisms of enhanced risk of addiction in children of alcoholics: a dual pathway?. *Acta paediatrica, Suppl. 404*, 9-13.

