

Ansiedad en hijos de padres alcohólicos en tratamiento

Luis Rodríguez Franco, Eva María Padilla Muñoz, Rafaela Caballero y Javier Rodríguez*
Universidad de Sevilla y * Universidad de Oviedo

Nuestro trabajo pretende valorar la importancia que determinadas variables descriptoras de la enfermedad y del estrés familiar juegan en el niño, una vez que el enfermo alcohólico se integra en un programa de tratamiento. Seleccionamos una muestra de 155 niños entre 9 y 18 años, con una edad media de 13.44; todos eran hijos de padres alcohólicos en tratamiento y procedían de 93 familias. Los instrumentos utilizados, además de una entrevista semiestructurada, consistieron en una batería de tests psicológicos: FES, STAI, STAIC, CMAS y CAST. Una vez analizados los resultados concluimos que la estabilidad emocional del hijo de enfermo alcohólico en tratamiento viene caracterizada por: niveles bajos de ansiedad en ambos padres, principalmente en el padre, y una vivencia positiva de la enfermedad del padre. Además, la ansiedad del hijo de alcohólico en tratamiento viene influida de forma indirecta por la estabilidad familiar y unas adecuadas relaciones internas entre los miembros. Los resultados obtenidos nos hacen ser optimistas debido a que el tratamiento recibido parece ejercer una notable influencia positiva, no sólo para el enfermo alcohólico sino también para el resto de la familia y especialmente para los hijos.

Anxiety in children of male alcoholics under treatment. Our investigation proposes to value the importance that family stress and certain variables descriptive of the parental disease play in the child, once the alcoholic patient has been set in a treatment program. We selected a sample of 155 children between 9 and 18 years old. The procedures used included, in addition to a semistructured interview, a battery of psychological test: FES, STAI, STAIC, CMAS and CAST. Once the results were analyzed, our conclusion was that the emotional stability of the child of male alcoholics under treatment is characterized by low levels of anxiety in both parents, primarily in the father, and by a positive attitude towards the father's disease. At the same time, such relationships are, in one way or another, tinged with family stability and adequate internal relationships among its members. Finally, our results make us optimistic due to the fact that the treatment received by these alcoholic patients seems not only to have positively influenced them, but also the rest of their families and, especially, their children.

Aunque se dispone de un gran número de trabajos centrados en las repercusiones que se producen en el niño cuando uno o ambos padres son alcohólicos, valorando su influencia desde un punto de vista psicopatológico o como factor estresante y de riesgo para su desarrollo emocional (Aronson y Gilbert, 1963; Berkowitz y Perkins, 1988; Clair y Genest, 1987; González-Marín, 1988; Mutzell, 1993), pocos analizan los efectos que el tratamiento y la recuperación del padre o madre puedan provocar en los hijos (Orford, 1985; Woodside, 1988).

Siguiendo a Billings y Moos (1983), tanto en la investigación básica como en la clínica, se han examinado más extensamente la etiología, evolución y tratamiento del alcoholismo que los procesos de rehabilitación y recaída. Asimismo, los escasos trabajos sobre el papel normalizador que la abstinencia paterna desarrollaría

en los hijos y cónyuge (Manzanaro y Pérez Gálvez, 1993) hacen necesario valorar este área.

Por otro lado, los factores socio-ambientales, y no sólo los individuales, comunes en las familias de alcohólicos son parámetros importantes a considerar cuando estudiamos el riesgo que los hijos de alcohólicos tienen para padecer desajustes emocionales (Rubio-Stipec, Bird, Canino, Bravo y Alegría, 1991).

El alcoholismo como enfermedad familiar ha sido avalado por un gran número de teorías y el cúmulo de material científico producido al respecto en numerosos países (Cadoret, Cain y Grove, 1980; Cloninger, Bohman y Sigvardson, 1981; Cloninger, Sigvardson, Gilligan, Von Knorring, Reich y Bohman, 1988; Cotton, 1979; Goodwin, 1979, 1983a, 1983b, 1984; Kajj y Dock, 1975; Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, 1989). Tanto es así que, a partir de la penúltima versión del manual de trastornos mentales publicados por la A.P.A. (DSM-III-R), el impacto del uso del alcohol en las obligaciones laborales (o de estudio) y familiares o el abandono de importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas a causa del uso/abuso de dicha sustancia, son consideradas al mismo nivel que la tolerancia fisiológica o los síntomas de abstinencia como criterios para el diagnóstico de la dependencia del alcohol (Grant y Pickering, 1997).

Respecto a las consecuencias del alcoholismo en la familia, los resultados de la investigación demuestran consistentemente que los hijos de padres alcohólicos tienen un alto riesgo para padecer problemas emocionales y conductuales tanto a lo largo de su inicial desarrollo como en la adultez (Bennet, Wollin y Reiss, 1988; Connolly, Casswell, Stewart, Silva y O'Brien, 1993; Pollock, Briere, Schneider, Knop, Mednick y Goodwin, 1990; Sher, Walitzer, Wood y Brent, 1991). Sin embargo, los estudios recientes consideran que no existe un efecto directo entre el alcoholismo del padre y la aparición de tales trastornos en los hijos (Suman y Nagalakshmi, 1996; Tweed y Ruff, 1996). Como señala Rodríguez-Sacristán (1995), la relación contexto-niño dista mucho de ser simple y lineal. Así, cada vez es más plausible la idea de que los problemas no se derivan del alcoholismo per se, sino de los diferentes acontecimientos estresantes que ocurren en las familias de alcohólicos y de la percepción de estos eventos por parte de su descendencia (Chag y Krantz, 1996). En esta misma línea, pero en relación al divorcio, han trabajado en nuestro país Pons-Salvador y del Barrio (1995). Por otro lado, la heterogeneidad de las familias (patológicas o no) es algo que no debemos dejar de considerar (Finn, Sharkansky, Viken y West, 1997).

Las consecuencias pueden llegar a ser paradójicas. Steinglass (1989) destaca que el impacto psicológico y conductual del alcoholismo puede ser mucho mayor para los miembros no alcohólicos de la familia que para los que beben. La situación de continuos conflictos económicos, laborales, sociales y propiamente familiares por la que atraviesan todos y cada uno de los miembros que conviven con el enfermo alcohólico son, sin lugar a dudas, generadoras de estrés y ansiedad. Ya Mandic y Ruzic (1976), en un análisis sobre el estado psíquico de las familias de alcohólicos, observaron que la ansiedad es el síntoma dominante en este tipo de familias.

No obstante, no sólo cabe pronunciarse sobre los aspectos negativos en esta particular asociación. Así, el papel positivo que la familia puede jugar en la puesta en marcha del tratamiento y en el proceso de rehabilitación del enfermo ha empezado a estudiarse de forma empírica en las últimas décadas (Bromet y Moos, 1977; Captain, 1989; Filstead y McElfresh, 1981; Liepeman, Nirenberg, Doolittle, Begin, Broffman y Babich, 1989; McKay, Longabaugh, Beattie y Maisto, 1992; McNabb, Der-Karebetian y Rhoads, 1989; Moos, Bromet, Tsu y Moos, 1979; Reynolds, O'leary y Walker, 1982). En este sentido, como aspecto favorable, destacan las repercusiones que el proceso de rehabilitación proporcionan sobre la reestructuración y ajuste en la familia (Bromet y Moos, 1977; Moos, Finney y Chan, 1981; Moos y Billings, 1982; Moos, Finney y Gamble, 1982).

Estas reflexiones han llevado a plantearnos como objetivo en nuestro trabajo la valoración de la importancia que juegan determinadas variables descriptoras de la enfermedad y del estrés familiar en el niño, una vez que el enfermo alcohólico se inserta en un programa de tratamiento.

Para comprobar este objetivo, hemos formulado las siguientes hipótesis de trabajo:

1) El estado emocional (ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, ansiedad-manifiesta, ansiedad-separación, ansiedad-evitación y ansiedad-excesiva) mostrado por el niño (variable criterio, VC) vendrá determinado, de forma significativa, por la ansiedad de ambos padres (variable predictiva, VP); si bien, dicha relación tendrá mayor relevancia en el grupo de niños de menor edad.

2) La vivencia de la enfermedad del padre realizada por el niño (VP) determinará de forma relevante su estado emocional

(VC), si bien dicha relación estará mediatizada por la edad. Así, se espera que en niños de mayor edad, la asociación entre niveles altos de ansiedad y vivencia negativa de la enfermedad del padre, sea más clara que en los niños de menor edad.

3) El nivel de ansiedad de ambos padres y la vivencia del niño sobre la enfermedad modularán la relación entre el clima familiar (VP) y los niveles de ansiedad del niño (VC).

4) De todas las variables relacionadas con la enfermedad y el tratamiento del enfermo, se espera que el «tiempo de abstinencia» (VP), la «gravedad de la enfermedad» (VC) y el «tipo de tratamiento» (VP) sean las que intervengan en mayor medida en el estado emocional del niño (VC). No obstante, esta relación será indirecta y mediada por el nivel de ansiedad del padre y la vivencia de la enfermedad por parte del niño.

Método

Muestra

La muestra está formada por 155 niños de Sevilla (capital y su provincia), hijos de padres alcohólicos en tratamiento psicológico y/o farmacológico. La media de edad de los niños es de 13.44 (dt=2.68) y el rango de edad queda comprendido entre 9 y 18 años.

Los niños pertenecen a 93 familias que cumplían los criterios propuestos por Pérez Gálvez y Vicente Manzanaro (1992) y adaptados por los autores para esta investigación. Éstos son: tener una edad comprendida entre los 9 y los 18 años; padre diagnosticado de «trastorno por dependencia del alcohol» (DSM-IV); padre incluido en un programa de tratamiento para deshabitación del consumo de alcohol, debiendo acumular un período de abstinencia mínimo de siete días y convivencia en el mismo hogar de todos los miembros de la familia que participan en el estudio, al menos durante dos años previos a la recogida de datos. Asimismo, fueron excluidos todos los niños que se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico o que eran adoptados; padres diagnosticados de «bebedor enfermo psíquico»; politoxicómanos; madres diagnosticadas de «trastorno por abuso o dependencia del alcohol» y madres bajo tratamiento psiquiátrico.

Todos los sujetos estudiados fueron seleccionados en dos Centros: la Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen Macarena (HUVM) y el Centro Anclaje (centro para la rehabilitación del enfermo alcohólico). Este tipo de muestreo corresponde, según la clasificación de Sierra Bravo (1989), al opinativo o estratégico, que implica la elección de las personas siguiendo criterios razonados y haciendo uso de juicio de expertos que permitan obtener grupos de individuos supuestamente típicos de la población. Esta definición coincide, también, con la clasificación de muestreo intencional de Kerlinger (1988).

Se realizaron pruebas de contraste de medias y chi-cuadrado para comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la distribución del conjunto de las variables socio-demográficas consideradas en nuestro estudio en función del centro de selección de la familia. Los resultados indicaron que tan sólo la distribución por nivel socioeconómico mostraba diferencias intercentros: casi el 70% de los pacientes con nivel medio seguían tratamiento en el centro Anclaje. Los padres de nivel socioeconómico bajo se distribuían por igual, mientras que todos los clasificados de nivel alto, el 4.30%, lo hacían en el Hospital Virgen Macarena. Esta diferencia posiblemente se deba más a la desigual distribución de la variable nivel socioeconómico (dada la elevada

proporción de familias de nivel medio de la muestra) que a diferencias en las preferencias o asignaciones a determinados centros.

Las edades medias de padres y madres eran de 43.78 (dt= 6.28) y 40.58 (dt= 6.28) años, respectivamente. Un elevado número de padres pertenecen a las categorías profesionales de obreros cualificados (52.7%) u obreros especialistas (14.0%). El resto de profesiones son variadas y con representaciones inferiores al 10% del total. El 61.3% mantenían su actividad laboral, mientras que casi el 20% estaban desempleados y el resto eran jubilados o estaban inactivos por baja médica. La mitad del conjunto de la muestra de padres (49.5%) habían cursado sólo hasta el nivel de estudios primarios; del resto, sobresalen el 17%, que terminó E.G.B. y el 6.4% con titulaciones superiores.

Material

La recogida de información se llevó a cabo a través de una entrevista semiestructurada y la aplicación de una batería de tests psicológicos.

La entrevista constaba de una primera parte en la que se recogió información acerca de las características sociodemográficas y culturales de la familia en general y de los miembros de la pareja en particular. La segunda parte se orientaba a la evaluación de la enfermedad alcohólica (criterios DSM-IV para el diagnóstico de dependencia de sustancias psicoactivas, patrones de consumo, curso y evolución de la enfermedad y las características del tratamiento).

Las pruebas psicológicas aplicadas fueron: Escala de Clima Social en la Familia (Moos, Moos y Trickett, 1981), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo en niños (Spielberger, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 1973), Escala de Ansiedad Manifiesta para niños (Castaneda, McCandless y Palermo, 1956) y el Children of Alcoholics Screening Test (Jones, 1985).

La información recogida se organizó de forma que pudieran separarse las variables de la familia y el enfermo de las del niño.

Entre las primeras se incluyeron: lugar de residencia, situación laboral, estatus socioeconómico, profesión y nivel cultural del padre; edad de ambos padres; puntuaciones en cada una de los factores de la Escala de Clima Familiar (cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, intelectual/cultural, social/recreativo, moralidad/ religiosidad, organización y control), las puntuaciones en ansiedad estado y rasgo de ambos padres, las patologías asociadas a la enfermedad alcohólica, los antecedentes de alcoholismo en la familia, el tipo de tratamiento seguido, la previa existencia de episodios de delirium tremens, el intervalo de edad de comienzo del abuso, la edad de inicio de la ingesta y del primer tratamiento controlado, el número de tratamientos específicos de deshabituación, el número de recaídas, número de ingresos hospitalarios motivados por sintomatología derivada del consumo excesivo de alcohol, los meses de abstinencia continuada y los transcurridos desde el primer tratamiento y número de criterios DSM-IV cumplidos para el diagnóstico de dependencia del alcohol.

En cuanto a las referidas al niño, se incluyeron: sexo, número de criterios cumplidos para los diagnósticos de los trastornos de Ansiedad de Separación, Evitación y Excesiva en la infancia, según la clasificación DSM-IV, las puntuaciones en las escalas de ansiedad estado y rasgo y Ansiedad Manifiesta y la puntuación en

The Children of Alcoholics Screening Test (con el que evaluamos la vivencia de la enfermedad paterna).

Análisis de datos

Los datos fueron procesados a través de los paquetes estadísticos: SPSS, v.8.0, SPAD.N y LISREL8. Los estadísticos multivariados utilizados fueron los siguientes: Análisis Factorial de Componentes Principales, Análisis Factorial de Correspondencia Múltiple (A.C.M.), Análisis de Regresión Múltiple (A.R.M.) y Modelos Causales (Path Analysis).

Resultados

Con objeto de poder analizar el efecto diferencial del estado evolutivo de los niños de la muestra sobre los resultados, la muestra se agrupó en dos niveles de edad: entre 9 y 13 años (n = 78) y entre los 14 y 18 (n = 77).

Por otro lado, debido al número de variables consideradas y con el propósito de reducirlas a las más relevantes, procedimos a efectuar análisis factoriales (componentes principales con rotación varimax, autovalores superiores a 1.00) aplicados de forma independiente a las medidas de ansiedad en el niño, el clima familiar y las relacionadas con la enfermedad y tratamiento del padre.

Respecto a las medidas de ansiedad infantil, se obtuvo un único factor que explicó el 36.4% de la varianza total, en que saturan las escalas incluidas en los cuestionarios STAI (ansiedad estado y ansiedad rasgo) y CMAS (ansiedad manifiesta) y que, a su vez, mantenía correlaciones positivas con ansiedad de separación (0.28), evitación (0.33) y excesiva (0.32). No obstante, como era esperable, las correlaciones más elevadas son las obtenidas entre el «factor ansiedad» y las escalas de ansiedad rasgo (0.85), ansiedad manifiesta (0.85) y ansiedad estado (0.66). Todas las correlaciones señaladas fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$).

El mismo procedimiento fue el seguido en relación a las escalas del cuestionario FES. Los resultados mostraron tres factores que explican el 61.7% de la varianza total. Las saturaciones de las diferentes subescalas del FES en cada factor quedan recogidas en la tabla 1.

El primer factor identificado, «estabilidad y relaciones familiares internas», explica el 32.5% de la varianza; el segundo, que denominamos «relaciones familiares externas», el 15.7% y el tercero, con el 13.5% de varianza explicada, «control y sujeción a normas».

SUBESCALAS DE LA F.E.S.	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
Cohesión	.8218		
Conflicto	-.7989		
Expresividad	.7047		
Organización	.6882		
Actuación	.5478		
Social/Recreativo		.8879	
Intelectual/Cultural		.6466	
Autonomía		.6126	
Control			.8649
Moralidad/Religiosidad			.5554

Finalmente, con objeto de analizar la relación entre el conjunto de variables descriptivas de la enfermedad del padre, se realizó un análisis factorial de correspondencias múltiples (ACM) con las variables categóricas: patologías asociadas a la enfermedad, antecedentes de alcoholismo en el enfermo, intervalo de edad de comienzo del abuso de alcohol, presencia/ausencia de Delirium Tremens, tipo de tratamiento recibido y uso de ansiolíticos.

De ello, se han obtenido dos factores. El primero, «tratamiento psicológico», explica el 19'38% de la varianza total. Las variables con mayores saturaciones en dicho factor son «tipo de tratamiento» y «uso de ansiolíticos», con una contribución acumulada de 27% y 25.4% respectivamente. Altas puntuaciones en el factor indican que la persona sigue un tratamiento psicológico y que no toma ansiolíticos (véase tabla 2).

En el segundo factor, «gravedad», con el 14.08% de varianza total explicada, saturan con valores elevados los «síntomas asociados» (40.6%), «antecedentes» (18.6%), «edad de abuso» (23.2%) y «episodios de delirium» (16.6%). Puntuaciones elevadas en el factor son indicativas de patologías asociadas múltiples, episodios de delirium tremens, y edad de inicio del abuso muy temprana (véase tabla 3).

Una vez identificados los factores descritos más arriba, se procedió a aplicar el análisis de regresión lineal múltiple, procedimiento stepwise, de todos estos factores utilizando, en primer lugar, como variable criterio el factor ansiedad en el niño (véase tabla 4).

Como puede observarse en la tabla 4, las variables predictoras con significación estadística resultaron ser la ansiedad rasgo del padre y vivencia de la enfermedad que explican conjuntamente el 11% de la varianza en las puntuaciones de ansiedad en niños. Seguidamente, con objeto de identificar la dinámica de la interacción entre las variables, se realizaron análisis de regresión sobre las medidas de ansiedad rasgo del padre y sobre la vivencia de la enfermedad. Así, observamos que los niveles de ansiedad rasgo del padre son predichos por el tipo de tratamiento recibido, la estabilidad familiar y la gravedad de la enfermedad, que explican el 30% de su varianza, quedando excluidas del análisis de regresión el resto de variables (en este análisis no se incluyó la ansiedad estado del padre, dada la elevada correlación entre ambas, lo que

impediría la entrada en el análisis de otras variables). Mientras que, el tiempo de abstinencia alcanzado por el padre, la estabilidad y buenas relaciones familiares explican en torno al 15% de la varianza total de la vivencia de la enfermedad por parte del niño. Se desprende así que los niños cuyos padres han logrado un mayor número de meses de abstinencia y que disponen de familias más estables y con mejores relaciones, se caracterizan por mantener una mejor percepción y valoración de la enfermedad de los padres.

VARIABLES	NIVEL DE LA VARIABLE	VALOR
Tipo de tratamiento	Farmacológico	- 8.98
Uso de ansiolíticos	Sí	- 8.70
Presencia/ausencia Delirium	Presencia	- 6.71
Patologías asociadas	Patología Múltiple	- 4.11
Edad de abuso	21-25 años	- 3.76
Edad de abuso	26-30 años	- 2.46
Antecedentes alcoholismo	Hermanos	- 1.80
Patologías asociadas	Hepática	- 1.53
ZONA CENTRAL		
Antecedentes alcoholismo	Más de un familiar	1.06
Edad de abuso	Menos de 20 años	5.88
Presencia/ausencia Delirium	Ausencia	6.04
Patologías asociadas	Ninguna	7.33
Uso de ansiolíticos	No	8.70
Tipo de tratamiento	Psicológico (mixto)	8.98

VARIABLES	NIVEL DE LA VARIABLE	VALOR
Patologías asociadas	Hepática	- 6.97
Antecedentes alcoholismo	Ninguno	- 6.45
Presencia/ausencia Delirium	Ausencia	- 5.10
Edad de abuso	26-30 años	- 4.64
Edad de abuso	21-25 años	- 1.94
Patologías asociadas	Ninguna	- 1.78
Antecedentes alcoholismo	Hermanos	- 1.43
Edad de abuso	36-40 años	- 1.39
Tipo de tratamiento	Farmacológico	- 1.34
Presencia/ausencia Delirium	Delirio subagudo	- 1.32
Edad de abuso	31-35 años	- 1.30
ZONA CENTRAL		
Patologías asociadas	Nerviosa	1.20
Tipo de tratamiento	Psicológico (mixto)	1.34
Patologías asociadas	Otras	2.06
Antecedentes alcoholismo	Más de un familiar	2.20
Antecedentes alcoholismo	Familiares no directos	2.25
Patologías asociadas	Múltiple	2.76
Antecedentes alcoholismo	Padre	3.13
Presencia/ausencia Delirium	Presencia	6.00
Patologías asociadas	Gástrica	6.08
Edad de abuso	Menos de 20 años	6.89

VARIABLES	F	f	R	R2 ajustada
Ansiedad niños (muestra total)				
- A. Rasgo padre	13.78	.0003	.0826	.0766
- Vivencia enfermedad	9.40	.0001	.1101	.0984
Ansiedad enfermo (padre)				
- F. «tratamiento»	27.76	.0001	.1536	.1480
- F. «estabilidad y relaciones internas»	27.56	.0001	.2661	.2564
- F. «gravedad»	22.78	.0001	.3116	.2980
Vivencia enfermedad				
- Tiempo de abstinencia	21.51	.0001	.1232	.1175
- F. «estabilidad y relaciones internas»	14.10	.0001	.1565	.1454
Ansiedad niños (9-13 años)				
- A. Rasgo madre	5.99	.0167	.0730	.0608
- A. Rasgo padre	5.47	.0061	.1272	.1040
Ansiedad niños (14-18 años)				
- Vivencia enfermedad	23.40	.0001	.2378	.2277
- A. Rasgo padre	15.86	.0001	.3001	.2812

Se llevó a cabo un último bloque de análisis de regresión para extraer aquellas variables que podían contribuir a la explicación de los niveles de ansiedad en el niño en relación a su grupo de pertenencia según la edad, esto es, 9-13 años o 14-18 años. En este sentido, observamos que, a diferencia de los resultados del análisis de regresión en la muestra total, en el grupo de edad de entre 9 y 13 años, los niños se muestran más sensibles ante la ansiedad manifestada por los padres, mientras que la vivencia de la enfermedad no parece contribuir de forma relevante en la explicación de su estado emocional. Mientras que, los resultados obtenidos para el grupo de mayor edad (14-18 años) sí serían semejantes a los ya señalados para la muestra total, aunque las variables han entrado en el modelo en orden inverso, esto es, primero la vivencia de la enfermedad y después la ansiedad rasgo del padre. Así, se aprecia con claridad que la vivencia de la enfermedad del padre, a diferencia del grupo de menor edad, es la variable que más contribuye a la explicación de la ansiedad del niño, explicando de forma aislada un 23% de la varianza total. Por otro lado, la ansiedad del padre también repercute sobre la ansiedad del niño, aportando un 7% al total de la varianza explicada.

Finalmente, desarrollamos varios análisis de modelos causales (basados en el path analysis) que aportasen una visión más global del conjunto de la información obtenida.

Partiendo de las hipótesis iniciales y los análisis precedentes, planteamos el siguiente modelo explicativo del estado emocional del niño, hijo de alcoholico en tratamiento (véase figura 1).

Los valores dados a cada una de las variables incluidas en el modelo, para posteriormente formar las ecuaciones estructurales derivadas del mismo, son los siguientes: meses de abstinencia= X_1 ; factor tratamiento= X_2 ; factor gravedad= X_3 ; factor estabilidad familiar= X_4 ; ansiedad rasgo del padre= X_5 ; ansiedad rasgo de la madre= X_6 ; vivencia de la enfermedad= X_7 ; factor ansiedad del niño= X_8 .

Ecuaciones estructurales:

$$X_8 = P_{85}X_5 + P_{86}X_6 + P_{87}X_7 + P_{88}e_8$$

$$X_7 = P_{71}X_1 + P_{72}X_2 + P_{74}X_4 + P_{77}e_7$$

$$X_6 = P_{64}X_4 + P_{66}e_6$$

$$X_5 = P_{51}X_1 + P_{52}X_2 + P_{53}X_3 + P_{54}X_4 + P_{55}e_5$$

Es decir, la ansiedad del niño estaría condicionada por los niveles de ansiedad de sus padres y por su propia vivencia acerca de la problemática familiar y de la enfermedad del padre. A su vez la ansiedad del padre se vería influida por los meses de abstinencia, el tipo de tratamiento seguido, la gravedad de su enfermedad y el clima familiar. Los niveles de ansiedad maternos se explicarían por la estabilidad familiar y sus relaciones internas. Por último, la vivencia del niño sobre la enfermedad del padre estaría condicionada por los meses de abstinencia de éste, por el tipo de tratamiento que sigue y por el clima familiar.

El modelo es sobreidentificado, es decir, el número de parámetros a estimar es inferior al número de ecuaciones. Es un modelo con 15 grados de libertad. Los parámetros se estimaron por el método de máxima verosimilitud y a través del programa LISREL8. Los valores de los parámetros especificados en el modelo son los que aparecen en la figura 2.

El modelo es válido (valor de chi-cuadrado de 15.88, $p=0.15$). A pesar de ello, algunos de los parámetros incluidos no resultaron estadísticamente significativos, como la relación entre los meses de abstinencia y la ansiedad del padre y la influencia del tratamiento sobre la percepción del niño sobre la enfermedad del padre.

Así pues, podemos concluir que el modelo es globalmente válido. Incide en ello el que el porcentaje de varianza explicada de las medidas de ansiedad del niño y de los padres coincida con el explicado por los modelos de regresión obtenidos aisladamente: 11, 31 y 6% para el caso del niño, el padre y la madre, respectiva-

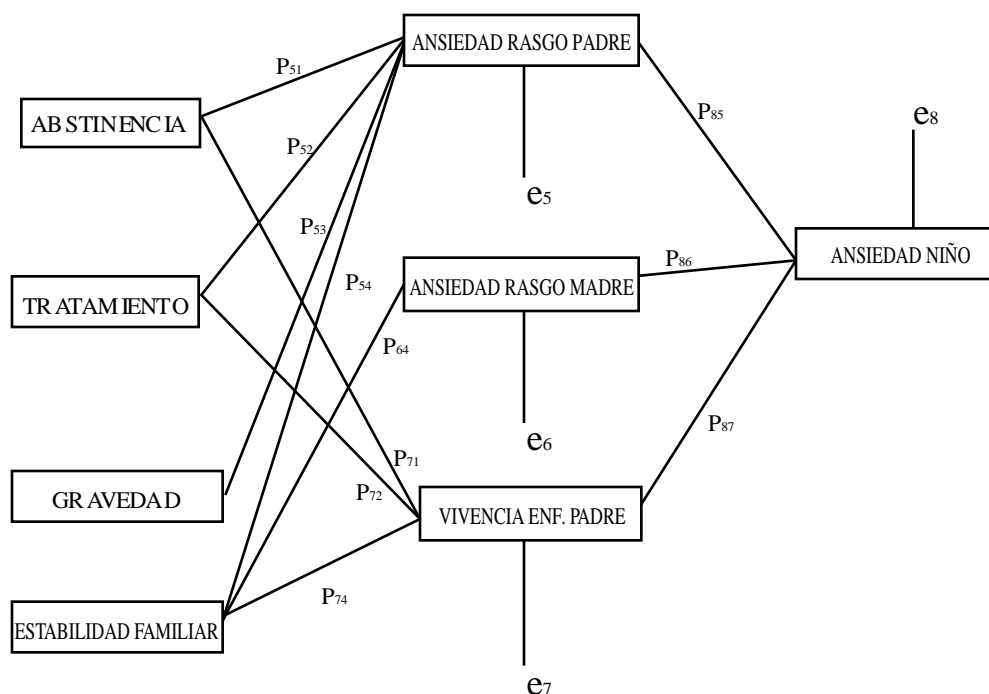


Figura 1. Especificación del modelo general en el que aparecen los coeficientes indicativos de cada relación y de cada error de estimación

mente. En el caso del niño, el modelo explica algo más del 11% (13%) que quedaba explicado por el análisis de regresión.

La contribución absoluta de cada una de las variables a la explicación de la variabilidad en las medidas de ansiedad del niño está determinada por los valores de cada uno de los coeficientes estructurales. En este sentido, es la ansiedad del padre la variable que más explica las diferencias en el estado emocional que presentan los niños de la muestra. La relación es directa, esto es, cuanto más ansioso se muestra el padre más ansiedad aparece en el niño.

En segundo lugar, la percepción que sobre la enfermedad del padre tiene el niño presenta una relación que a pesar de ser menor es estadísticamente significativa. Los niveles de ansiedad del niño se incrementan cuanto mayor gravedad perciben en la problemática de su padre.

Por último, la ansiedad de la madre contribuye en cierta medida, en la explicación del estado emocional del niño; no obstante dicha relación no llega a alcanzar el nivel mínimo de significación estadística requerido en nuestro análisis.

Las puntuaciones mejor explicadas por el modelo son ansiedad del padre, que viene determinada por el tratamiento seguido, la gravedad de su enfermedad y el clima familiar. Esto implica que los padres con menor nivel de ansiedad son aquellos que siguen un tratamiento psicológico, el clima familiar es estable y las relaciones internas buenas y, por último, no padecen episodios de delirium tremens, no presentan patologías asociadas ni parecen tener antecedentes familiares relacionados con el alcoholismo. No obstante, la ansiedad materna está únicamente determinada por el clima familiar.

Con respecto al modo en que el niño vive la enfermedad de su padre, éste se halla determinado por los meses de abstinencia y por el clima familiar; concretamente por el factor estabilidad y rela-

ciones internas. El niño parece comprender que cuanto más tiempo sea capaz su padre de mantenerse abstemio, en mayor medida supera el problema de ingesta. El tipo de tratamiento, sin embargo, no parece afectar el modo en el que el niño percibe la enfermedad. La ausencia de significación estadística de los parámetros empleados no implica ausencia de relación, sino que más bien implica la existencia de otras variables más relevantes.

Cuando subdividimos la muestra en dos grupos en función de la edad de los niños, el modelo permanece siendo válido estadísticamente. En la figura 3 puede apreciarse la especificación del modelo causal para el primer grupo de edad (niños de 9 a 13 años).

Como se aprecia, el estado emocional de ambos padres es el principal determinante del nivel de ansiedad en este grupo de edad. Estos niños parecen percibir la problemática familiar sólo a través de las reacciones paternas.

El modelo es válido (valor de chi-cuadrado es de 10.54, $p=0.48$). Algunos de los parámetros de la estimación no han alcanzado significación estadística, como la relación entre los meses de abstinencia y la ansiedad del padre; la influencia del tratamiento y la estabilidad familiar sobre la percepción del niño sobre la enfermedad del padre; la relación entre estabilidad y la ansiedad de la madre y, por último, la relación entre la vivencia de la enfermedad y la ansiedad del niño.

Resultados distintos se han obtenido en el grupo de 14 a 18 años (véase figura 4), donde es la propia percepción del problema la que más afecta y altera su estado emocional. Por otro lado, a diferencia de los más pequeños, sólo la ansiedad del padre parece intervenir directamente sobre los niveles de ansiedad de los niños.

El modelo es válido, aunque su nivel de significación es menor (valor de chi-cuadrado de 19.67, $p=0.05$). Algunos de los parámetros, como ocurría en los modelos anteriores, no son estadísticamente significativos, como la relación entre los meses de absti-

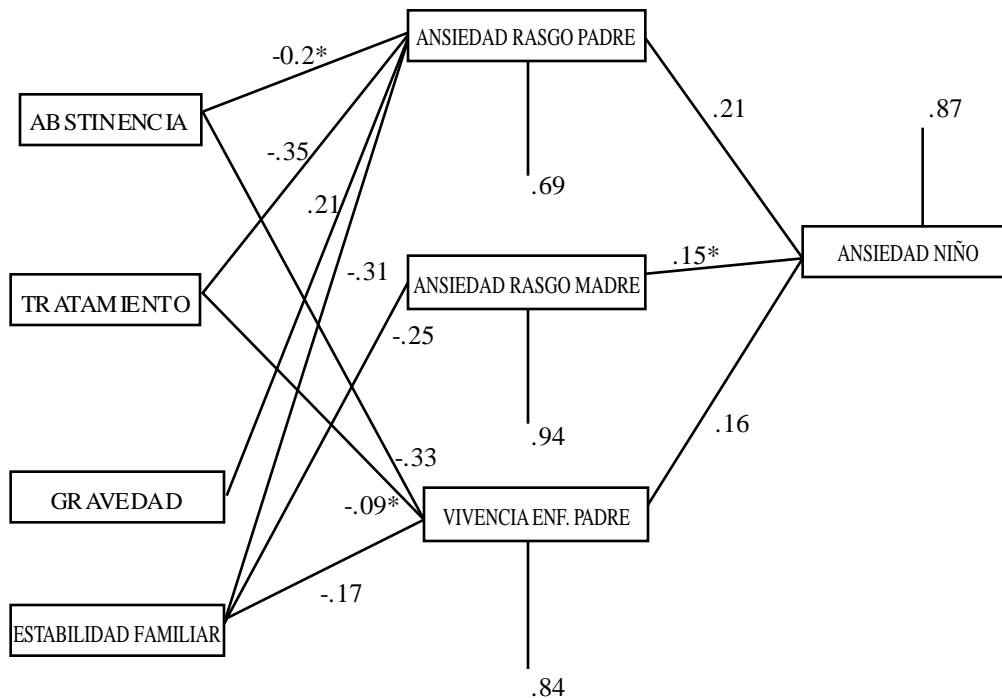


Figura 2. Representación del modelo general válido para toda la muestra, en el que aparecen los valores y la dirección de cada relación, así como la especificación del error en cada estimación.
 Nota: Los parámetros no significativos están marcados con un asterisco.

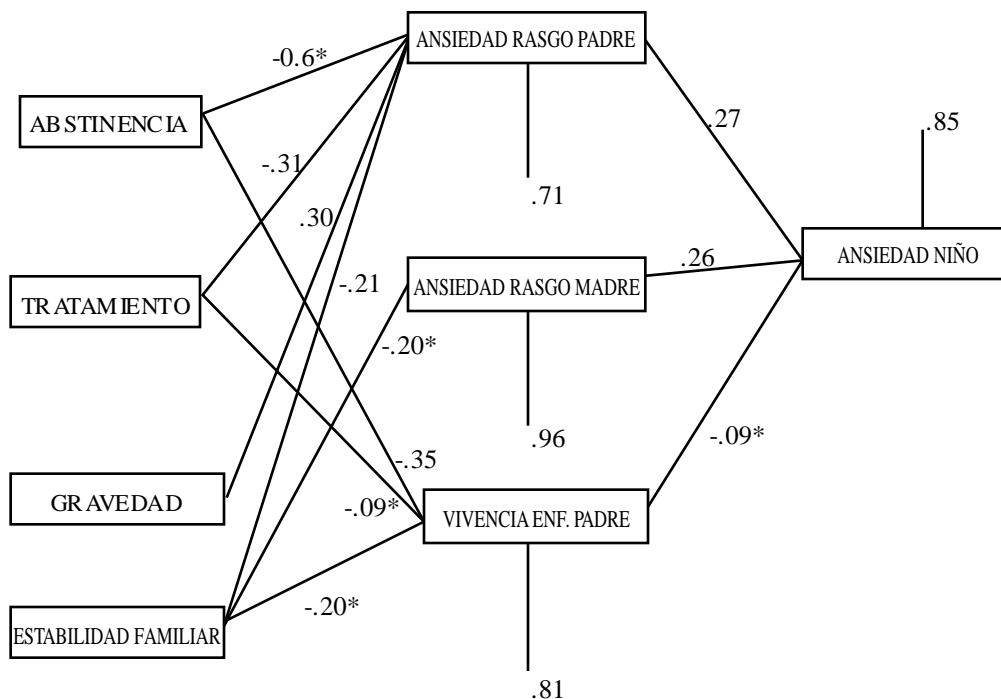


Figura 3. Representación del modelo general válido para el grupo de 9 a 13 años, en el que aparecen los valores y la dirección de cada relación, así como la especificación del error en cada estimación.

Nota: Los parámetros no significativos están marcados con un asterisco.

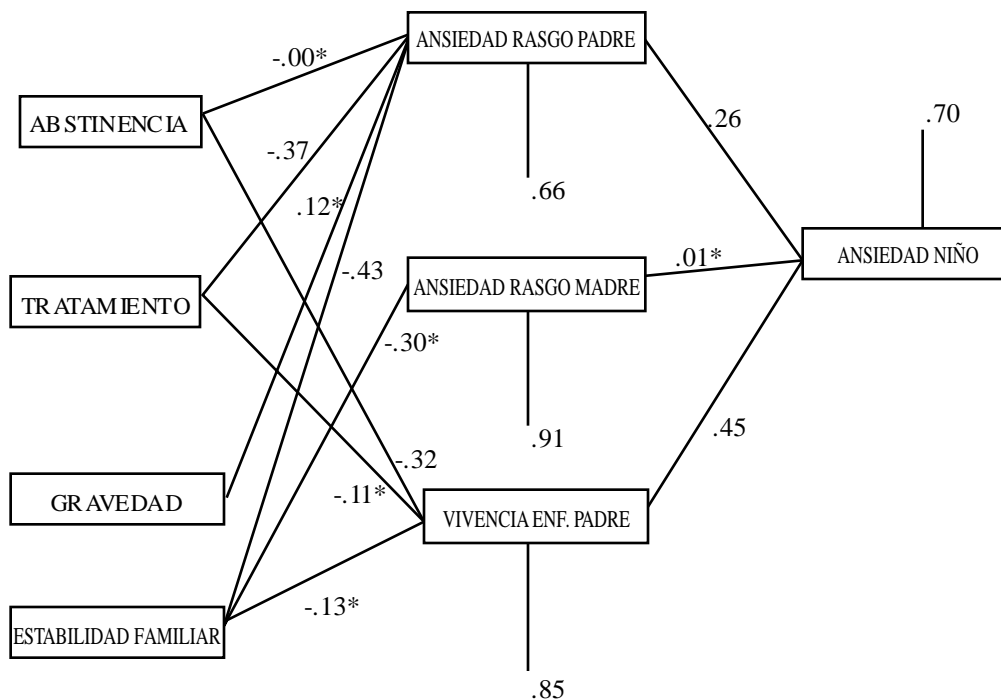


Figura 4. Representación del modelo general válido para el grupo de 14 a 18 años, en el que aparecen los valores y la dirección de cada relación, así como la especificación del error en cada estimación.

Nota: Los parámetros no significativos están marcados con un asterisco.

nencia y la gravedad sobre la ansiedad del padre; la influencia del tratamiento y la estabilidad familiar sobre la percepción que el niño tiene acerca de la enfermedad del padre, y, por último, la relación entre la ansiedad de la madre y la ansiedad del niño.

Discusión y conclusiones

En nuestro trabajo hemos pretendido identificar los aspectos más relevantes implicados en la normalización del estado emocional del hijo de alcohólico en tratamiento. Los resultados obtenidos apoyan las hipótesis iniciales en el sentido de que el clima familiar, el estado emocional de los padres, características de la propia enfermedad alcohólica, el tratamiento recibido y la propia percepción del niño sobre el problema paterno, se han mostrado relevantes en uno u otro sentido para la comprensión del estado emocional del niño. No obstante, nuestros resultados también confirman nuestra propia imposibilidad de abarcar todo el abanico de posibles factores que regulan el estado emocional del niño.

Nuestros resultados apuntan en direcciones que nos permiten disfrutar de un moderado optimismo realista, especialmente en el sentido de que el tratamiento recibido por el enfermo alcohólico repercute no sólo sobre el mismo enfermo sino también sobre el resto de la familia y especialmente en el caso de los niños. Con ello, nuestros datos vendrían a revalidar la teoría del estrés propuesta por Hill en 1949, posteriormente reformulada por Moos y Billings (1982), por un lado, y los de McCubbin (1989), por otro. La estabilidad familiar y las buenas relaciones internas entre los miembros, la existencia de bajos niveles de ansiedad en los padres, el control de la enfermedad a través de la abstinencia y el tratamiento, entre otros, serían reflejados en una situación con bajos niveles de estrés, es decir, una situación normalizada.

Las diferencias obtenidas en los diferentes grupos de edad están relacionadas directamente con el nivel evolutivo, la mayor relación de dependencia de los padres, así como una valoración emocional más directamente influenciada por el clima familiar. En niños de mayor edad, el propio cambio hacia su individualización marcaría esa separación de la estructura familiar, valorando sus propios sentimientos y actitudes ante la enfermedad del padre como el factor que repercute más directamente sobre su vivencia emocional.

De esta manera, nuestros resultados permiten concluir, respondiendo a las hipótesis de partida:

1. Los niveles de ansiedad de ambos padres y la vivencia del niño sobre la enfermedad de su padre son los principales determinantes del estado emocional del hijo de alcohólico en tratamiento.

2. El nivel de ansiedad manifestado por los padres resulta ser el factor más decisivo en el grupo de niños de 9 a 13 años, mientras que la vivencia personal de la enfermedad alcohólica lo es para el de 14 a 18 años.

3. El clima familiar, específicamente su nivel de inestabilidad y la naturaleza de las relaciones internas, determinan en modo cierto los niveles de ansiedad de los niños, aunque esta relación viene mediatizada por los niveles de ansiedad de los padres y por la vivencia de la enfermedad que manifiesta el niño. Así:

3a) El clima familiar inestable viene asociado con elevados niveles de ansiedad en los padres y se relaciona, a su vez, con niveles altos de ansiedad en los niños, con independencia de su edad.

3b) El clima familiar inestable se relaciona con la vivencia negativa de la enfermedad paterna por parte del niño y ésta con niveles altos en la ansiedad del niño. No obstante, dicha relación tan sólo se muestra estadísticamente significativa para la muestra global.

4. Las variables relacionadas con la enfermedad y el tratamiento del enfermo alcohólico que más intervienen en la determinación de la ansiedad del niño son el tipo de tratamiento recibido, el tiempo de abstinencia y la gravedad de la enfermedad. Así, nuestros resultados apoyan que:

4a) Los niños cuyos padres siguen un tratamiento de tipo combinado (psicológico más apoyo farmacológico) se caracterizan por obtener menores índices de ansiedad que los hijos de padres que siguen tratamientos exclusivamente farmacológicos.

4b) A medida que se incrementa el tiempo de abstinencia alcohólica, menor es el nivel de ansiedad manifestado por el niño.

4c) Respecto a la gravedad de la enfermedad, nuestros datos apoyan que los niveles de ansiedad disminuyen cuanto menor es el número de patologías asociadas a la enfermedad alcohólica, menores los antecedentes de alcoholismo en la familia, más tarde comience el abuso y menor número de episodios de Delirium Tremens haya padecido el padre alcohólico.

No obstante, tales relaciones son indirectas, hallándose moduladas por la ansiedad del padre, en el caso del tipo de tratamiento y la gravedad de su enfermedad, y por la vivencia de la enfermedad para el tiempo de abstinencia.

Los resultados también apoyan la conveniencia de orientar el tratamiento del alcohólico crónico no sólo hacia la abstinencia y control de la ingesta por parte del paciente sino sobre las repercusiones del trastorno en su ambiente familiar. La incorporación explícita de los asuntos familiares y sus consecuencias alentarán un cambio de actitudes y un mayor control sobre el estado emocional de la familia en general.

No obstante, como en toda investigación, muchas otras cuestiones quedan por aclarar, como la comprobación de nuestros resultados en el alcoholismo femenino o la elaboración de diferentes modelos para distinto sexo de los niños o en función de diversos períodos o etapas a lo largo del tratamiento. Por otro lado, podrían estudiarse en mayor profundidad aspectos tales como el estado emocional de ambos padres, la efectividad de tratamientos anteriores, la motivación del enfermo y de la familia de cara al tratamiento y el nivel de confianza puesto en el mismo o la voluntad manifestada por todos los miembros para la modificación de determinadas actitudes relacionadas con la enfermedad.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada a través del programa Formación de Personal Investigador concedida por la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, durante los años 1991 a 1995, para la línea de investigación Bienestar Social.

Referencias

- Aronson, H. and Gilbert, A. (1963). Preadolescent sons of male alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 8, 235-241.
- Bennett, L.A., Wolin, S.J. and Reiss, D. (1988). Cognitive, behavioral and emotional problems among school-age children of alcoholic parents. *American Journal of Psychiatry*, 142(2), 185-90.
- Berkowitz, A. and Perkins, H.W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 206-9.
- Billings, A.G. and Moos, R.H. (1983). Psychosocial processes of recovery among alcoholics and their families: implications for clinicians and the program evaluators. *Addictive Behaviors*, 8, 205-18.
- Bromet, E. and Moos, R.H. (1977). Environmental resources and the post-treatment functioning of alcoholic patients. *Journal of Health Social Behavior*, 18, 326-38.
- Cadore, R.J., Cain, C.A. and Grove, W.M. (1980). Development of alcoholism in adoptees raised apart alcoholic biologic relatives. *Archives of General Psychiatry*, 37, 561-3.
- Captain, C. (1989). Family recovered from alcoholism: Mediating family factors. *Nursing Clinical of North America*, 4(1), 55-67.
- Castaneda, A., McCandless, B.R. and Palermo, D.S. (1956). The children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27, 317-26.
- Chan, J.K. and Krantz, M. (1996). Personal and environmental factors in relation to adjustment of offspring of alcoholics. *Substance Use and Misuse*, 31(10), 1.401-1.412.
- Clair, D. and Genest, M. (1987). Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(4), 345-355.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C.R., Sigvardson, S., Gilligan, S.B., Von Knorring, A.L., Reich, T. and Bohman, M. (1988). Genetic and the classification of Alcoholism. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 7(3-4), 3-16.
- Connolly, G.M., Casswell, S., Stewart, J., Silva, P.A. and O'Brien, M.K. (1993). The effect of parents' alcohol problems on children's behaviour as reported by parents and by teachers. *Addiction*, 88, 1.383-1.390.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89-116.
- Filstead, W.J., McElfresh, O. and Anderson, C. (1981). Comparing the family environment of alcoholic and normal families. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 26(2), 24-31.
- Finn, P.R., Sharkansky, E.J., Viken, R. and West, T.L. (1997). Heterogeneity in the families of sons of alcoholics, The impact of familial vulnerability type on offspring characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 26-36.
- González Marín, E. (1988). Repercusión psicopatológica del alcoholismo paterno en los hijos. *Revista Española de Drogodependencias*, 13(4), 307-312.
- Goodwin, D.W. (1979). Alcoholism and heredity. *Archives of General Psychiatry*, 36, 57-61.
- Goodwin, D.W. (1983a). Familial alcoholism: A separate entity? *Substance and Alcohol Actions Misuse*, 4(2-3), 129-36.
- Goodwin, D.W. (1983b). The genetics of alcoholism. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(1), 1.031-4.
- Goodwin, D.W. (1984). Studies of familial alcoholism: A review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 14-7.
- Grant, B.F. and Pickering, R.P. (1997). Familial aggregation of DSM-IV alcohol use disorders: Examination of the primary-secondary distinction in a general population sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 335-343.
- Harwin, J. (1982). Alcohol, the family and treatment. In Orford, J and Harwin, J (Eds.) *Alcoholic Family*. Croom Helm. London.
- Hill, R. (1949). *Families Under Strees*. New York. The Free Press, 1949.
- Jones, J.W. (1985). *Children of Alcoholics Screening Test: Test Manual*. Camelot Unlimited. Chicago.
- Kaij, L. and Dock, J. (1975). Grandsons of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 32(11), 1.379-81.
- Kerlinger, F.N. (1988). *Investigación del comportamiento* (Behaviour Research). México. McGraw-Hill.
- Liepeman, M.R., Nirenberg, T.D., Doolottle, R.H., Begin, A.M., Broffman, T.E. and Babich, M.E. (1989). Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Family Process*, 28(2), 239-49.
- Mandic, N. and Ruzic, K. (1976). Anxiety in the alcoholic's family. *Journal of Alcoholism and Related Addictions*, 12(2), 92-7.
- McCubbin, M.A. and McCubbin, H.I. (1989). Theoretical orientation to family stress and coping. En Cp Figley (Ed.) *Treating stress in families*. Brunner Maszel. Nueva York.
- McKay, J.R., Longabaugh, R., Beattie, M.C. and Maisto, S.A. (1992). The relationship of pretreatment family functioning to drinking behavior during follow-up by alcoholic patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(4), 445-60.
- McNabb, J., Der-Karabetian, A. and Rhoads, J. (1989). Family involvement and outcome in treatment of alcoholism. *Psychological Reports*, 65 (3 Pt. 2), 1.327-30.
- Moos, R.H., Bromet, E., Tsu, V. and Moos, B. (1979). Family characteristics and the outcome of treatment for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40(1), 78-88.
- Moos, R.H., Finney, J.W. and Chan, D.A. (1981). The process of recovery from alcoholism (I): Comparing alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 42(5), 383-402.
- Moos, R.H., Moos, B.S. and Trickett, E.J. (1981). *The Social Climate Scales: Family, Work, Correctional Institutions and Classroom Environment Scales*. Palo Alto California. Consulting Psychologist Press.
- Moos, R.H. and Billings, A.G. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behavior*, 7, 155-63.
- Moos, R.H., Finney, J.W. and Gamble, W. (1982). The Process of recovery from alcoholism (II): Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 43(9), 888-909.
- Mutzell, S. (1993). Alcoholic parents and their children. *Child Care Health Development* 19(5), 327-40.
- Orford, J. (1985). Alcohol problems and the family. In: LISHMAN, J. (Ed.). *Research Highlights in Social Work, n1 10: Approaches to Addiction*. St. Martin's Press, 62-90.
- Pérez Galvez, B.S., Vicente Manzanaro, M.P. (1992). Trastornos psicopatológicos en hijos de alcoholicos: Diferencias en relación al tiempo de abstinencia paterno y sexo filial (Psychopathological disorders in children of alcoholics: Differences as to abstinence period and sex of offspring). *Comunicación presentada a las XX Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*, 4: 5 y 6 de noviembre.
- Pollock, V.E., Briere, J., Schneider, L., Knop, J., Mednick, S.A. and Godwin, D.W. (1990). Childhood antecedents of antisocial behavior: Parental alcoholism and psychical abusiveness. *American Journal of Psychiatry*, 147(10), 1.290-1.293.
- Pons-Salvador, G. y del Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad de los hijos. *Psicothema*, 7(3), 489-497.
- Reynolds, F.D., O'Leary, M.R. and Walker, R.A. (1982). Family environment as a predictor of alcoholism treatment outcome. *International Journal of Addictions*, 17(3), 505-12.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla.
- Rubio-Stípec, M., Bird, H., Canino, G., Bravo, M. y Alegria, M. (1991). Children of alcoholic parents in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(1), 78-88.
- Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K. and Brent, E.E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 427-448.
- Sierra Bravo, R. (1989). *Técnicas de investigación social*. Madrid. Paraninfo.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto California. Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene R.E., Montuori, J. and Platzek, D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto California. Consulting Psychologist Press.

- Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, S.J. and Reiss, D. (1989). *La familia alcohólica*. Gedisa. Barcelona.
- Tubman, J.G. (1991). A pilot study of family life among school-age children of problem drinking men; child, mother and family comparisons. *Family Dynamics of Addiction Quarterly*, 1(4), 10-20.
- Tweed, S.H. and Ryff, C.D. (1996). Family climate and parent-child relationships: Recollections from a nonclinical sample of adult children of alcoholic fathers. *Research in Nursing and Health*, 19(4), 311-321.
- Suman, L.N. and Nagalakshmi, S.V. (1996). Family dysfunction in alcoholic families. *Indian journal of Clinical Psychology*; 23(2), 117-121.
- Vicente Manzanaro, M.P. y Pérez Gálvez, B.S. (1993). Factores de riesgo en los hijos de alcohólicos prevalencia, características de personalidad, adaptación y percepción de la dinámica familiar. *Cuadernos de Alcoholismo*, 4, 7-79.
- Windle, M. and Searles, J.S. (1990). *Child Alcohol: Critic Perspect*. Guilford Press. New York.
- Woodside, M. (1988). Research on children of alcoholics: Past and future. *British Journal of Addiction*, 83(7), 785-92.

Aceptado el 17 de noviembre de 2000