

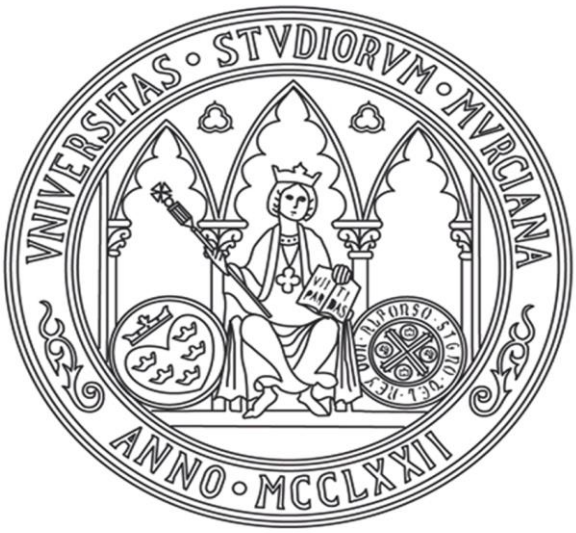
UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

Evaluación de la Efectividad de la Terapia de Grupo Multifamiliar en el Abordaje de la Problemática Conductual y Emocional del Adolescente

Dña. María Pérez García

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

Evaluación de la efectividad de la terapia de grupo multifamiliar en el abordaje de la problemática conductual y emocional del adolescente

Tesis doctoral para optar a grado de doctor presentada por:

Dª. María Pérez García

DIRECTORES:

Dr. D. Juan Vicente Rodado Martínez.

Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Dr. D. Alberto Manuel Torres Cantero.

Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia

Dr. D. José Miguel Sunyer Martín.

Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Ramón Llull.

En memoria de

Jorgelina Rodríguez O´Connor

Lo que importa verdaderamente en la vida
no son los objetivos que nos marcamos,
sino los caminos que seguimos para lograrlos.

Peter Bamm.

AGRADECIMIENTOS

Sólo quienes han transitado por este camino han podido experimentar lo duro que se hace tan largo recorrido y, a su vez, compartir la sorpresa del nuevo descubrimiento. Y es que la finalización de este trabajo, supone un destino de un largo caminar. Pero mi verdadero camino tuvo su origen en otros lugares y con otras personas que hoy ya no me acompañan. Algunas de ellas porque ya completaron su propio recorrido, otras porque el tiempo y la distancia no han permitido hacerlas partícipes de este momento. Han sido para mí personas especiales, empezando por quienes hicieron posible que pudiera iniciarme en mi andadura, mis padres, Manuel y Encarna, y continuando por mis primeros compañeros de viaje y con quienes me conduje en mi primer grupo, mis hermanos Manuel, Mariano, Encarna y Ángel, cuya incorporación tuvo lugar en este mismo orden mencionado. Ahora me doy cuenta de que a ellos les debo gran parte de los aprendizajes que ahora he podido llevar a la práctica, magníficas experiencias que continuaron con mis cuñados y sobrinos. Asimismo me refiero a quienes fueron mis más entrañables maestros, profesores y compañero, mis otras familias que ejercieron sobre mí una gran labor de sostén y orientación durante el recorrido que me tocó hacer con ellos. Hasta que encontré a "mi gran acompañante", con quien he vivido momentos de amor y alegría, pero también avatares y obstáculos que, no obstante, hemos ido salvando. Realmente él, mi esposo, José Antonio, y después también mi hija, Lucía, han constituido mi máxima fuente de estímulo, inspiración y aprendizaje continuos. A ellos les debo mucho.

Pero en el último tramo de este recorrido, ha sido de una gran ayuda contar con la compañía, ánimo y sustento de mis directores Juan, Alberto y José Miguel, quien, pese a encontrarse físicamente más alejado, lo he sentido muy de cerca hasta en el último momento, mil gracias por ello. También quiero agradecer a Jaime la mano que me tendió con su asesoramiento estadístico en un momento crítico.

Además quiero expresar mis agradecimientos a todas las personas que han hecho posible iniciar y culminar este trabajo de investigación, tanto a mi principal referente en mi recorrido grupal y compañero en este trabajo, Javier, como a mis compañeros del Centro de Salud Mental de Cieza y a los adolescentes y familias participantes en este estudio. También a todas aquellas personas, entre familiares y amigos, que no he nombrado y que han contribuido a que no desfallezca en el intento.

Ahora quiero mencionar de forma especial a quien hoy no está conmigo para compartir la alegría de este logro, la persona con quien pude aprender a labrarme varios caminos alternativos ante obstáculos que me impiden avanzar. Por tanto, a ella le debo en gran parte "la consecución de este objetivo",

a mi querida y admirada "maestra" Jorgelina Rodríguez O,Connor.

RESUMEN

Ante la elevada demanda asistencial que motiva la conducta problemática en la etapa adolescente en un dispositivo ambulatorio de salud mental, y contando con recursos sanitarios limitados, se plantea la terapia de grupo multifamiliar (TGM) como alternativa terapéutica de fácil implementación, rentable y potencialmente efectiva respecto a otros tratamientos habitualmente utilizados (TAU) en este medio.

Puesto que existen pocos estudios documentados que demuestren la eficacia y/o efectividad de modelos de terapia similares al que es objeto de este estudio, se tratará de demostrar que la TGM no resulta menos efectiva que TAU en modificaciones de la conducta problemática del adolescente.

Para ello se realiza estudio de diseño experimental sobre casos incidentes seleccionados (adolescentes de 12-15 años) que consultan en el centro de salud mental infanto-juvenil del área IX de la Región de Murcia desde enero de 2013 hasta abril de 2014.

Se procede a registro en tiempo basal de características personales, socio-familiares y conductas problemáticas de los adolescentes, mediante YSR, y de actitudes de los padres hacia la crianza, mediante PCRI. Posteriormente se realiza asignación aleatoria a los dos grupos de intervención, TGM (con sesiones de frecuencia quincenal) y TAU, que incluye terapia en formato individual (con sesiones de frecuencia mensual o bimensual). Finalmente, se analizan resultados y variaciones obtenidas en los grupos de intervención mencionados tras 6 meses y respecto a tiempo basal, a cuyo efecto se analizaron resultados registrados en padres y adolescentes en dicho período. Para efectuar análisis se empleó paquete estadístico SPSS, versión 15 para Windows, mediante pruebas de contraste oportunas, tanto para muestras relacionadas como para muestras independientes.

De esta manera se obtuvo que la mayoría de casos incidentes eran varones de 13 años que cuyo núcleo familiar estaba constituido por sus padres y 2 hermanos. Además contaban con más de tres amistades íntimas y se autopercibían de forma similar a otros chicos/as de su edad en la relación con sus amigos, padres o hermanos y en la capacidad de valerse por sí mismo.

La muestra de estudio puntuó por encima de otras muestras de población general en la mayoría de escalas de conducta problema. También se registraron diferencias en función del sexo en tiempo basal, presentando las chicas más problemas de conducta internalizantes que los chicos, pero también mayor puntuación en agresividad verbal, subescala de factor externalizante. La participación de los padres en el estudio resultó significativamente superior con hijos varones, así como la escala de apoyo percibido. Aparte los estilos educativos entre padres y madres eran significativamente diferentes.

Tras 6 meses de intervención hubo incremento significativo en autopercepción de mejoría en calidad de relación con amistades para ambos tipos de tratamiento. Además hubo incremento significativo de agresividad verbal de forma global y de conducta socialmente deseable en chicos participantes en TGM. En cambio, hubo disminución significativa de puntuaciones en mayoría de escalas de patrón internalizante y problemas de pensamiento en chicos y chicas participantes en TAU, consiguiendo también mejor rendimiento en nota media de último trimestre.

No hubo diferencias significativas entre ambas intervenciones respecto a participación de los padres tras 6 meses. Asimismo, los padres participantes en TAU manifestaron tendencia a presentar mayores puntuaciones de disciplina que en TGM. En cambio, las madres de TAU incrementaron puntuaciones en autonomía, disciplina y distribución del rol, pero obtuvieron los mismos resultados finales que en TGM.

En definitiva, se puede afirmar que la terapia, tanto en formato individual como grupal multifamiliar con o sin tratamiento psicofarmacológico combinado resulta efectiva en la reducción de problemática conductual y/o emocional del adolescente. Ambas formas de tratamiento consiguen una reducción de puntuaciones medias en escalas de problemática conductual y emocional de los adolescentes, aunque de modo diferente.

ÍNDICE Pág.

ÍNDICE DE TABLAS ……... 5

ÍNDICE DE FIGURAS ……. 7

1. JUSTIFICACIÓN …….. 9

1.1. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico ……. 10

1.2. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto asistencial en nuestro medio …….. 14

2. INTRODUCCIÓN ……. 16

2.1. La adolescencia …….. 17

2.1.1. Proceso de cambio potencialmente violento …… 17

2.1.2. Problemática conductual en la adolescencia: definición y clasificaciones ... 20

2.1.3. Comorbilidad de la problemática conductual y emocional ……... 28

2.1.4. Etiopatogenia de la problemática conductual y emocional ……... 29

- Factores biológicos.
- Factores psicológicos.
- Factores de socialización.
- Factores protectores.

2.1.5. La adolescencia desde una perspectiva de crisis ……... 48

2.2. Tratamientos grupales con formato multifamiliar …… 50

2.2.1. Antecedentes históricos de los tratamientos grupales…… 50

2.2.2. Aspectos históricos de la terapia de grupos multifamiliares ……. 64

2.2.3. Del tratamiento grupal al tratamiento grupal multifamiliar en España ……. 72

2.2.4. Antecedentes de investigación en tratamiento grupal y tratamiento de grupo multifamiliar …….. 75

2.3. El abordaje de la problemática conductual y emocional del adolescente mediante tratamientos centrados en la familia ……... 79

2.3.1. Modelo de Terapia Multisistémica …… 81

2.3.2. Modelo de Open Dialogue …… 85

2.3.3. Modelo de Terapia Grupal Multifamiliar o Interfamiliar …… 90

2.4. Revisión sobre tratamientos grupales con formato multifamiliar …… 100

3. HIPÓTESIS ……... 117

3.1. Hipótesis general ……... 118

3.2. Hipótesis secundarias …… 119

4. MATERIAL Y MÉTODO ……... 124

4.1. Material ……... 125

4.1.1. Lugar de estudio …… 125

4.1.2. Participantes …….. 125

4.1.3. Instrumentos de medida …… 125

4.2. Método ……. 130

4.2.1. Procedimiento ……... 130

4.2.2. Diseño del estudio ……. 131

4.2.3. Tratamiento del grupo control o tratamiento habitual o Tratamiento al Uso (TAU) ……. 131

4.2.4. Tratamiento del grupo experimental o Terapia Grupal Multifamiliar (TGM) ……. 131

4.2.5. Enmascaramiento …….. 133

4.2.6. Seguimiento de pacientes …….. 133

4.2.7. Criterios de inclusión …… 133

4.2.8. Criterios de exclusión …… 133

4.2.9. Análisis estadístico …… 134

4.2.10. Consideraciones éticas …… 135

5. RESULTADOS …….. 137

5.1. Reclutamiento y composición de los grupos ……..... 138

5.2. Descripción de la población de estudio ……... 141

5.2.1. Características personales y sociofamiliares de los adolescentes ……. 141

5.2.2. Antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos …… 144

5.2.3. Participación de los padres en el estudio …….. 144

5.2.4. Resultados en conductas problema de adolescentes ……. 145

5.2.5. Diferencias por sexos en problemas conductuales y emocionales de los adolescentes …… 150
5.2.6. Actitudes de padres y madres hacia la crianza de los adolescentes en función del sexo …….. 153
5.2.7.Diferencias entre muestra de población general y muestra clínica del estudio en actitudes hacia la crianza …….. 154
5.2.8. Diferencias entre padres y madres en actitudes hacia la crianza …….. 157

5.3. Comparación de resultados entre grupos experimental y control …… 158
5.4. Resultados tras 6 meses de intervención ……. 165
5.4.1. Competenecia social, uso de recursos sanitarios y problemática emocional y conductual en adolescentes …….. 165
5.4.2. Comparación general de resultados entre ambos grupos de intervención ... 168
5.4.3. Competenecia social, uso de recursos sanitarios y conducta problemática de adolescentes en función del sexo ……... 173
5.4.4. Participación de los padres en el estudio ……. 182
5.4.5. Evaluación en padres y madres de actitudes hacia la crianza tras la intervención ……..... 183

5.5. Posicionamiento frente al sufrimiento y metacognición ……..... 185

6. DISCUSIÓN …….. 188

6.1. Características de la muestra clínica de adolescentes participantes en el estudio …… 190

6.2. Cambios clínicos obtenidos por los adolescentes en ambos tipos de intervención ……... 193
6.3. Registros de abandono en la terapia de grupo multifamiliar …… 196

6.4. Cambios clínicos documentados por padres y madres en ambos tipos de intervención ……. 199

6.5. Relación entre padres y adolescentes de cambios obtenidos en ambos tipos de intervención 201

6.6. Diferencias de cambios clínicos en función del sexo para ambos tipos de intervención ……... 206

6.7. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación ……. 210

7. CONCLUSIONES ……. 214

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ……... 217

ANEXO 1. PUBLICACIONES REALIZADAS ……. 270

ANEXO 2. CUESTIONARIOS ……. 272

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Trastornos de comportamiento externalizante (CIE-10, DSM-IV-TR, DSM-V) 21

TABLA 2. Trastornos de comportamiento internalizante (CIE-10, DSM-IV-TR, DSM-V).. 23

TABLA 3. Clasificaciones agresividad …….. 26

TABLA 4. Subtipos de trastornos de conducta en niños y adolescentes (Frick, 2001) …….. 27

TABLA 5. Tratamientos grupales anteriores a la Segunda Guerra Mundial..……... 56

TABLA 6. Tratamientos grupales posteriores a la Segunda Guerra Mundial ……... 62

TABLA 7. Modelos que consideran a la familia como factor clave de cambio …….. 80

TABLA 8. Trabajos seleccionados sobre tratamientos grupales multifamiliares en población adolescente …….. 115

TABLA 9. Ensayos clínicos aleatorios en población adolescente en principales bases de datos consultadas …….. 116

TABLA 10. Características personales, familiares y académicas de los adolescentes de la muestra de estudio …….... 142

TABLA 11. Competencia social de los adolescentes de la muestra de estudio ……... 143

TABLA 12. Tratamientos previos de los adolescentes de la muestra de estudio …… 144

TABLA 13. Padres participantes según el sexo de los adolescentes de la muestra …… 145

TABLA 14. Problemas conductuales y emocionales de los adolescentes: comparación entre población general y muestra clínica de estudio ……... 146

TABLA 15. Problemas conductuales y emocionales de los chicos adolescentes: comparación entre población general y muestra clínica de estudio …… 147

TABLA 16. Problemas conductuales y emocionales de las chicas adolescentes: comparación entre población general y muestra clínica de estudio …… 148

TABLA 17. Diferencias según el sexo en puntuaciones medias de problemática conductual 149

TABLA 18. Diferencias según el sexo en puntuaciones medias de problemática emocional 150

TABLA 19. Diferencias según el sexo en puntuaciones medias de síndromes de banda ancha, conducta problemática, conducta social deseable y sinceridad ……... 151

TABLA 20. Diferencias según el sexo en las actitudes de los padres hacia la crianza …..... 153

TABLA 21. Diferencias según el sexo en las actitudes de las madres hacia la crianza …….. 154

TABLA 22. Diferencias entre padres de población general y muestra clínica de estudio en actitudes hacia la crianza …… 155

TABLA 23. Diferencias entre madres de población general y muestra clínica de estudio en actitudes hacia la crianza …… 156

TABLA 24. Comparación entre padres y madres en actitudes hacia la crianza …… 157

TABLA 25. Características personales, sociales y académicas de los adolescentes asignados a grupos de intervención …… 159
TABLA 26. Antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos de adolescentes asignados a grupos de intervención …….. 160
TABLA 27. Problemas conductuales y emocionales de los adolescentes asignados a grupos de intervención …….. 161
TABLA 28. Padres participantes en el estudio en ambos grupos de asignación …… 162
TABLA 29. Actitudes de los padres hacia la crianza de los adolescentes de ambos grupos de asignación ……. 163
TABLA 30. Actitudes de las madres hacia la crianza de los adolescentes de ambos grupos de asignación ……. 164
TABLA 31. Variaciones en competencia social, utilización de recursos sanitarios y conducta problemática en adolescentes ……..... 167
TABLA 32. Variaciones en competencia social, utilización de recursos sanitarios y conducta problemática en chicos ……..... 175
TABLA 33. Variaciones en competencia social, utilización de recursos sanitarios y conducta problemática en chicas …….……... 177
TABLA 34. Diferencias según el sexo en conducta problemática de grupo experimental tras la intervención ……... 178
TABLA 35. Diferencias según el sexo en conducta problemática de grupo control tras la intervención ……..... 179
TABLA 36. Padres participantes tras la intervención …….. 182
TABLA 37. Actitudes de los padres hacia la crianza tras la intervención …….. 183
TABLA 38. Actitudes de las madres hacia la crianza tras la intervención ……. 183
TABLA 39. Posicionamiento frente al sufrimiento y metacognición tras la intervención ... 185

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Niveles de intervención de la Terapia multisistémica según la Teoría de Ecología Social ……. 83

FIGURA 2. Niveles de intervención en el Open Dialogue …… 89

FIGURA 3. Niveles de interacción de la Terapia Grupal Multifamiliar …… 98

FIGURA 4. Diagrama de flujo de adolescentes participantes en el estudio ……... 140

FIGURA 5. Diferencias proporcionales en aislamiento en función del sexo …….. 150

FIGURA 6. Diferencias proporcionales en conducta social deseable en función del sexo 152

FIGURA 7. Diferencias proporcionales en total de conducta problemática en función del sexo …….. 152

FIGURA 8. Puntuaciones en síndrome externalizante tras la intervención ….. …… 168

FIGURA 9. Puntuaciones en síndrome internalizante tras la intervención ……... 169

FIGURA 10. Puntuaciones en síndrome neutro tras la intervención …….. 170

FIGURA 11. Puntuaciones en agresividad verbal tras la intervención …….. 171

FIGURA 12. Puntuaciones en aislamiento tras la intervención …….. 172

FIGURA 13. Distribución de puntuaciones medias de aislamiento en función del sexo en grupo experimental tras la intervención ……... 180

FIGURA 14. Distribución de puntuaciones medias de aislamiento en función del sexo en grupo control tras la intervención ……. 181

FIGURA 15. Posicionamiento frente al sufrimiento en ambos grupos de intervención … 186

FIGURA 16. Metacognición en ambos grupos de intervención ……... 187

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CSM: Centro de Salud Mental

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-juvenil

TA: Trastorno de Ansiedad

TAU: Tratamiento al Uso

TB: Trastorno Bipolar

TC: Trastorno de Conducta

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TCI: Trastorno del Control de Impulsos

TCP: Trastorno del Comportamiento Perturbador

TDA: Trastorno por Déficit de Atención

TD: Trastorno Disocial

TDOD: Trastorno Disocial Oposicionista Desafiante

TGM: Terapia Grupal Multifamiliar

TE: Trastorno Emocional

TEA: Trastorno del Estado de Ánimo

TS: Trastorno Somatomorfo

1.-JUSTIFICACIÓN

1.1. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico.

Los problemas de conducta del adolescente constituyen un tema de gran interés debido al incremento en la prevalencia producido en las últimas décadas, la complejidad del tratamiento y sus consecuencias a corto y largo plazo tanto para el propio joven como para la sociedad en general (Hidalgo Vicario, 2013).

Todo ello conlleva la necesidad de examinar la trascendencia del problema en el ámbito asistencial y de establecer una serie de recomendaciones que guíen a la autoridad sanitaria en el diseño de una oferta asistencial adecuada para estos menores.

Actualmente los problemas conductuales y emocionales en la población infanto-juvenil constituyen una de las más frecuentes demandas de atención en los centros de salud mental, constituyendo además parte de la sintomatología presente en cualquier entidad clínica del ámbito de la salud mental. Además, dentro de la problemática conductual, el trastorno de comportamiento perturbador es también objeto de atención por parte de instituciones educativas, judiciales y sociales. El retraso del diagnóstico y el consecuente retraso del tratamiento son factores que condicionan una peor evolución del problema, con mayor posibilidad de cronificación. No hay que olvidar que hasta el 40% de los niños con trastornos del comportamiento pueden llegar a adultos con trastorno antisocial de la personalidad (Javaloyes-Sanchís & Redondo Romero, 2005). Un historial con problemas de conducta en la infancia-adolescencia es un predictor de los futuros menores delincuentes (Grimm et al., 2006).

Se ha visto que los problemas emocionales y conductuales en la adolescencia tienen un origen multifactorial. Además de un componente genético temperamental, hay que destacar las causas ambientales de tipo familiar, que incluyen una disciplina parental rígida y/o disfunción y violencia en la interacción familiar, como demuestran estudios de adopción. Pero, además, estos factores familiares se ven afectados por factores ecológico-sociales, tales como la pobreza, el fracaso escolar y el desempleo, así como relaciones sociales pobres e inestables (De la Peña-Olvera, 2003; Grimm et al., 2006). Además, como plantean algunos autores, la adolescencia podría suponer una etapa crítica para las familias (Mascaró Masri, 2007), ya que es una etapa de cambio en la que pueden converger varios estresores (dificultades en los estudios, en la relación con los iguales y/o ámbito familiar) y que podría constituirse como una crisis del desarrollo (correspondiente a sucesos propios del ciclo vital), pero, a su vez, también podría acompañarse de momentos de crisis circunstancial (en función de los sucesos inesperados que acontezcan en el entorno próximo del adolescente). Los múltiples cambios de esta etapa, tanto físicos como psicológicos, plantearían la elaboración del duelo por la pérdida del mundo infantil (imágenes de

los padres de la infancia, del cuerpo y de las relaciones infantiles). Los pares constituirán el mundo afectivo y social, más importante para el adolescente (Escudero, 2013; Escudero & García-Vilianova, 1997), ya que, a partir de la identificación con ellos, el adolescente podría desarrollar su identidad, nuevos mecanismos de defensa y nuevas formas de procesar emociones (Villanueva Suárez, Baro Santamarta, & González de la Higuera Monterroso, 1998). Ante esto los adolescentes necesitan una guía coherente y una aceptación incondicional. El intercambio de ideas, proyectos y problemas sobre todo con el grupo familiar son la norma. Las relaciones con sus cuidadores les sirven como campo de pruebas para separar lo correcto de lo incorrecto y para aprender qué comportamientos dan lugar a consecuencias positivas o negativas, por lo que los problemas entre padres e hijos son inevitables.

Por esta multicausalidad tampoco existe un tratamiento específico para los problemas conductuales. Hay que elaborar un plan de tratamiento racional y eficaz en función de los síntomas predominantes y de las características personales, familiares y sociales. Con frecuencia se lleva a cabo un tratamiento multimodal (farmacológico y psicológico), siendo uno de los principales objetivos reforzar la competencia de los padres, lo que resulta determinante en la evolución del adolescente (Hautmann, Hanish, Mayer, Plück, & Döpfner, 2008) .

Dado que buena parte de la problemática del adolescente guarda relación con aspectos familiares, se plantea el abordaje de la misma e un contexto grupal con varias familias con propósito de alcanzar una respuesta alternativa a la obtenida con otros tratamientos habitualmente utilizados. Mediante un tratamiento grupal multifamiliar queda en evidencia la reproducción que hacen los adolescentes en sus propias relaciones interpersonales de las formas de relación que han tenido ellos con sus padres o las que han vivido en su ámbito familiar, como las relaciones de pareja entre sus padres. Así, el objetivo terapéutico con adolescentes ha de ser la elaboración de la dependencia infantil hacia los padres, que se reedita bajo nuevos aspectos en este período (Escudero et al., 1997; Escudero, 2013).

Por tanto, la inclusión de la familia en el tratamiento es fundamental para la realización de un proceso terapéutico verdadero con el fin de producirse un cambio psíquico, es decir, más allá de la remisión clínico o el aprendizaje de nuevos hábitos, se tiende a la consecución de un mayor insight a raíz de la exploración de los elementos conflictivos que aparecen en la relación y que posibilite la adquisición de nuevos recursos para enfrentar la vida. La familia, a su vez, debe adaptar su funcionamiento a las nuevas condiciones que el proceso de crecimiento y maduración de la personalidad proponen (Woolfenden, Williams, & Peat, 2002), así como la necesidad de actuar de forma preventiva, antes de que se instaure un trastorno de conducta como tal (Hautmann et al., 2008). El modelo de terapia que se propone además tiende a rentabilizar y optimizar el uso de recursos sanitarios, puesto que, como se ha mencionado, la problemática

conductual y emocional del adolescente implica factores individuales, familiares y sociales, con consiguientes grandes costos sociales y económicos (Sanabria & Uribe Rodríguez, 2010).

Para el abordaje terapéutico de la problemática conductual y emocional en el adolescente se ha optado por un contexto grupal multifamiliar siguiendo un enfoque que integrara tanto el psicoanálisis multifamiliar de García Badaracco, como otros modelos que se han visto eficaces en el abordaje de la problemática conductual adolescente. Este es el caso de la terapia multisistémica, modelo que sigue un enfoque cognitivo-conductual, con intervenciones psicoeducativas, pero que también interviene con las familias desde lo sistémico. Por tanto, la intervención multisistémica también se ha considerado herramienta terapéutica integradora, multimodal, que involucra tratamientos biológicos, psicosociales y psicoeducativos con una ambientación ecológica (basada en el ámbito domiciliario y comunitario para las familias de jóvenes con trastornos psicosociales y conductuales graves, llevaría a cabo sus intervenciones en el ambiente natural, surgiendo como alternativa a los centros residenciales fuera del domicilio de niños y adolescentes). Además admite también un encuadre flexible, con la participación directa de los padres y con una periodicidad frecuente de sesiones, pudiendo ser semanales, contando siempre con un equipo de apoyo continuo, integrado principalmente por psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, pediatras y neurólogos. Hay además un amplio campo de investigación en torno a la eficacia de la terapia multisistémica, con varios ensayos clínicos aleatorios que han demostrado mayor efectividad de ésta al compararla con tratamiento habitual, por lo que, para el estudio que este trabajo plantea, ha resultado de especial referencia. Otro modelo sociocomunitario que también se ha tenido en cuenta en este trabajo terapéutico, ha sido el modelo conocido como "Diálogo abierto" ("Open dialogue"), el cual también se ha demostrado útil en abordaje de la enfermedad mental, y que se caracteriza por su apertura a todos los agentes sociales del entorno del paciente y donde éste se convierte en agente activo en la toma de decisiones terapéuticas (Seikkula & Olson, 2003).

Así, el modelo de trabajo que se pretende desarrollar en este estudio, la Terapia Grupal Multifamiliar (TGM), se plantea como un modelo que integra diversas intervenciones útiles en el abordaje de problemas de conducta y de las emociones de los adolescentes, que trata de convocar al sistema familiar del paciente implicado en la problemática mencionada y que abre la participación a otros agentes sociales y del entorno educativo del adolescente. Por tanto, siguiendo los principios del psicoanálisis multifamiliar, podría incorporar diversos enfoques terapéuticos sin que esto supusiera conflicto o confusión. Además el trabajo en coterapia con una coherencia y compartiendo dificultades e incertidumbre, evitaría la actividad individual y aislada que, con frecuencia, podría llegar a ser iatrogénica ante el riesgo de que cualquier terapeuta

pueda verse atrapado en un funcionamiento familiar patógeno (García Badaracco, 1999; García Badaracco, 2000).

En nuestro medio contaríamos con un modelo que emula a la terapia interfamiliar, un nuevo modelo de intervención terapéutica en un contexto multifamiliar, que resulta de la integración y simplificación de otros modelos que se han demostrado eficaces en el abordaje de la problemática del adolescente, con el propósito de intervenir desde una terapia más humana y social que pueda ser aplicable en cualquier institución relacionada con la atención a los problemas de salud mental (Sempere Pérez, 2012).

Así se plantea justificar la necesidad de demostrar la efectividad de la TGM en el tratamiento de la problemática emocional y conductual del adolescente para hacerla fácilmente extensible a otras instituciones que trabajen en el abordaje de problemas de salud mental del adolescente y sin que las autoridades sanitarias obstaculicen su implementación.

1.2. Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto asistencial en nuestro medio.

La Región de Murcia está compuesta por 45 municipios con una superficie total de 11.314 Km^2, con una población de 1.466.818 y con una densidad de población media de 129,6 habitantes por Km^2 (Centro Regional de Estadística de Murcia, 2014).

La red de Salud Mental de la Región de Murcia se encuentra organizada por diversos programas asistenciales. Los que existen en la actualidad, sin detrimento de que en un futuro puedan existir otros, son: Adultos, Infanto-Juvenil, Drogodependencias, Rehabilitación y Hospitalización.

El Programa Infanto-Juvenil debe cubrir a la población comprendida entre 1 y 15 años, que resida en el área de salud correspondiente y, al igual que en el Programa de Adultos, debe atender las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población

La prevalencia anual de trastornos mentales en niños y adolescentes en la comunidad, aunque no está tan bien documentada como en el caso de la prevalencia en adultos, se estima entre un 12 y un 22 %. A pesar de la gran variación en las tasas de prevalencia, se estima que al menos un 12% de los niños y adolescentes padecían trastornos mentales importantes y que, al menos, la mitad de ellos se consideran seriamente incapacitados o alterados a causa de su enfermedad mental.

Por otro lado, según la OMS, los trastornos mentales y del comportamiento son objetivo prioritario de las políticas sanitarias nacionales e internacionales, estimándose que más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida, siendo las principales causas de discapacidad en el mundo.

En cuanto al área IX de la Región de Murcia, según últimos datos publicados en INE (Centro Regional de Estadística de Murcia, 2014) , hay un total de 54900 habitantes censados y distribuidos en diversos municipios: Cieza, Abarán y Blanca, con una extensión aproximada de 568, 08 km^2. Actualmente el CSM de Cieza cuenta con el Programa Infanto-juvenil, el cual está funcionando desde enero de 2013. Este equipo cuenta con un equipo profesional encargado de prestar atención sanitaria a la población infanto-juvenil del área IX, equipo constitudo actualmente por: un Facultativo Especialista en Psiquiatría a tiempo total, dos Facultativos Especialistas en Psicología a tiempo parcial, una enfermera a tiempo parcial y una trabajadora social a tiempo parcial.

No obstante, según el Plan de Salud Mental 2010-2013 de la Región de Murcia, aún exite una infradotación de recursos humanos para cubrir adecuadamente la demanda de la

población infanto-juvenil, siendo el diagnóstico más frecuente en esta población el relacionado con problemas emocionales y comportamentales, que suponen un 12,8%, así como otros problemas relacionados con circunstancias familiares, con un 11,9%. Además uno de los puntos de propuesta de mejora hace hincapié en la detección de hijos de víctimas de violencia de género, así como en la adecuación de los mátodos de prevención y tratamientos para las secuelas que de ello se derivan en la población infanto-juvenil (Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, Dirección General de Asistencia Sanitaria, & Servicio Murciano de Salud, 2015).

Ante esta situación, todo tipo de actuación a nivel preventivo que se realice, y más en los primeros años de vida, incidiría en una mejor salud mental de nuestra población, siendo fundamental el papel de los padres y educadores en el desarrollo psicológico del adolescente.

2.-INTRODUCCIÓN

2.1. LA ADOLESCENCIA.

2.1.1. Proceso de cambio potencialmente violento.

La adolescencia siempre ha estado asociada a la violencia. Así en las sociedades primitivas se celebraban unos ritos de iniciación a la edad adulta, tras abandonar la niñez, ritos que implicaban violencia al poner en peligro la vida del sujeto que, como mínimo concluiría en cicatrices corporales y dolores que testimonian la ruptura con el mundo de la infancia. Aquí se refleja el miedo que toda sociedad ha tenido a la pubertad, que se traduce en un miedo a los cambios, por implicar éstos un riesgo de desorganización (Jeammet, 2002).

Resulta difícil para un adolescente no sentir las transformaciones de la pubertad como una forma de violencia hecha por la naturaleza a su Yo, debido a que él no elige estas transformaciones, aún cuando tras la latencia y su apertura al dominio de los aprendizajes, podría pensar que de ahora en adelante tendría el control. Se encuentra así confrontado con una ley de la naturaleza frente a la que él se siente impotente (Jeammet, 2002). En este momento surgen cambios corporales muy manifiestos, cambios de orden psicológico, en estrecha relación con las modificaciones físicas, además de producirse una maduración en el desarrollo cognitivo, con una nueva necesidad y posicionamiento en cuanto a las relaciones sociales (Cauce, Cruz, Corona, & Conger, 2011).

Los cambios físicos vienen enmarcados en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, viéndose el sujeto inmerso en una preocupación por el propio cuerpo. Aparece entonces la problemática de la imagen del cuerpo: el cuerpo cambia y por ello el adolescente pierde el instrumento de medida y referencia hacia el ambiente que le rodea. Las modificaciones somáticas pueden ser, por tanto, fuente de vanidad, pero también de sentimiento de insuficiencia e imperfección con la aparición de angustia (el cuerpo se le hace extraño). En este sentido, la adolescencia puede también ser entendida como un trabajo de duelo. Además de la pérdida real del cuerpo de niño, se va a producir la pérdida de personas influyentes de su infancia, así como una relajación de las ataduras del sujeto a sus padres para que, de este modo, él pueda elegir libremente su objeto de amor en su generación (Fernandez Rivas et al., 2010). De hecho, algunos autores, como Masterson, han considerado esta etapa como la segunda fase del proceso de separación-individuación de la teoría de Margaret Mahler (Masterson, 1984). Ahora bien, para elaborar exitosamente este duelo el adolescente ha de renunciar a la seguridad del medio familiar y a los fantasmas parentales idealizados, para lo cual transforma en lo contrario los sentimientos hacia los padres a través de una actitud reivindicativa hacia la libertad. Pero, a su vez, surgirán

aspectos regresivos en una añoranza por revivir aquellas relaciones de amor con los objetos parentales de la infancia. Así el narcisismo constituye un eje especial en su problemática. La ruptura de las antiguas relaciones objetales puede ocasionar el desprendimiento de la libido al mundo exterior con el fin de acercarla al dominio narcisista. Del mismo modo, las modificaciones de la imagen del cuerpo y el cuestionamiento sobre la identidad, van a favorecer este bloqueo narcisista para que, así, el adolescente pueda obtener de sí mismo una imagen satisfactoria y una respuesta tranquilizadora respecto a su propia identidad (Fernandez Rivas et al., 2010). En definitiva, el adolescente se defenderá mediante una retracción narcisista, producto de lo cual se centrará en preocupaciones físicas o intelectuales, mostrando desde un interés exagerado por el mundo externo hasta la despreocupación aparentemente total.

Pero los progresos en las diferentes esferas no son sincrónicos, lo que provoca un aspecto disarmónico en el desarrollo del adolescente. Así la precocidad en una determinada esfera puede acompañarse de características regresivas en otra. De este modo, a la vez que resulta esencial el desarrollo cognitivo en esta etapa, pasando del período de operaciones concretas al de operaciones formales con el acceso al pensamiento abstracto o hipoteticodeductivo (Piaget, 1958), puede manifestar el adolescente conductas más infantilizadas e impulsivas, dando paso a accesos incontrolables de agresividad.

Todas estas vicisitudes de la etapa adolescente le confieren el componente sintomático que hace que se entienda como crisis. Pero, como defienden algunos autores (Haim, 1970), esto sería un falacia, en la medida en que es un etapa del desarrollo vital que precisa de varias años para completarse, lo que no correspondería a un hecho agudo, que caracteriza a la crisis. Además lo que ocurre en esta etapa es una sucesión de diversas fases de situaciones críticas. No obstante, es difícil diferenciar una sintomatología propia del desarrollo del adolescente de una verdadera entidad psicopatológica, incluso a veces se superponen sobre ésta las características críticas del adolescente dificultando aún más el diagnóstico. Pero además la fácil tendencia del adolescente a pasar al acto (King, 2007; Mazet & Houzel, 1981; Pentz, 1994), propiciado por una elevada impulsividad, determina la elevada frecuencia de problemas de conducta en esta etapa: conductas de auto/heteroagresividad ante diversas situaciones de frustración, fugas tras conflictos familiares (sería una huida impulsiva sin objetivo preciso), robo impulsivo, consumo de sustancias tóxicas en busca de una satisfacción inmediata o comportamientos suicidas impulsivos (sobre todo tentativas). Con esto encontramos una elevada frecuencia de conductas violentas en el adolescente, dada la fragilidad narcisista en que se encuentra, y ante lo que se defiende por un movimiento de inversión en espejo que le hace actuar como lo que él teme sufrir, siendo aquello que amenaza la estabilización del sujeto un objeto situado en la realidad externa, o bien, a nivel interno, proveniente de deseos sentidos como una amenaza para el narcisismo (Jeammet, 2002).

Así, las conductas violentas pueden alcanzar tal envergadura en la etapa adolescente, que Farrington llega a señalar que la delicuencia alcanzaría su máxima cota entre los 14 y los 20 años, porque los chicos tienen fuertes deseos de excitación, cosas materiales, status y pocas posibilidades de satisfacerlos; por el contrario, después de los 20 años, los deseos se atenúan o se vuelven realistas, disminuyendo la conducta antisocial (Farrington, 1986). Esta conducta violenta, en gran parte se debe a los conflictos de oposición a los padres y otras figuras de autoridad, característicos de esta etapa, que ponen de manifiesto la dificultad del adolescente para conseguir su autonomía y la dificultad del ambiente para tolerarla. Estos conflictos emergen de la confrontación entre diversos sistemas de valores, el porvenir profesional o la no aceptación de algún amigo por parte de los padres, entre otros.

Como vemos todos los cambios comentados promueven la definición de una identidad del sujeto adolescente independiente de los padres y de esta oposición transgeneracional surgen o incrementan los problemas externalizantes (conducta antisocial, agresividad, violencia) e internalizantes (timidez, conducta fóbico-ansiosa, retraimiento depresivo) (Inglés et al., 2009; Fariña, Vázquez, Mohamed, & Novo, 2010).

En definitiva, todos estos aspectos favorecen la aparición de Trastornos de conducta (TC) en esta etapa de la vida, y complicarán la diferenciación entre aquellos TC que se enmarcan en el desarrollo adolescente de aquellos con otro sustrato etiopatogénico (Fernandez Rivas et al., 2010). Además los profundos cambios culturales, económicos y sociales, que se vienen produciendo desde la segunda mitad del siglo XX y que se han visto incrementos en estos primeros años del siglo XXI, han ocasionado una nueva forma de afrontar los cambios del ciclo vital, pero, sobre todo, un cambio especial en los vínculos con los otros. Desde esta perspectiva queda especialmente estigmatizada la etapa adolescente, enmarcándose desde la psicopatología, la disfunción y el déficit (Bauman, 2000; Bauman, 2007). La adolescencia implica, pues, una exigencia de "trabajo psíquico" inherente al desarrollo de todo ser humano. Supone, por tanto, un fenómeno natural, pero también individual, condicionado por la cultura de pertenencia. Se plantea así la adolescencia como una etapa de desarrollo universal cuyas manifestaciones de resolución están condicionadas por la época histórica, la cultura y la sociedad, variando las formas y los fines de la adolescencia en función del momento de esta etapa, del sexo, de la organización psíquica del adolescente o del sistema familiar al que pertenece (Jeammet, 2011; Masterson, 1984). Así el sistema familiar puede facilitar o dificultar este proceso, dependiendo de la resolución de la propia adolescencia de los padres (ven actualizados los conflictos con sus propios padres) o del modo en que afrontan su propia crisis del ciclo vital, en la que ven mermadas sus potencialidades en contraposición al período álgido de su hijo adolescente.

2.1.2. Problemática conductual en la adolescencia: definición y clasificaciones.

Definiremos de forma general el Trastorno de la conducta (TC) en la adolescencia como una patología de intensa gravedad y tendencia a la cronicidad que menoscaba el desarrollo psíquico del adolescente. Viene enmarcado por la conducta antisocial (caracterizada por la transgresión normativa y violencia heterodirigida) y otras formas de agresividad que implican violencia, ya sea hacia el entorno o autodirigida hacia el propio sujeto. En definitiva, son conductas que representan un signo disruptor en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve el adolescente. En este sentido algunos comportamientos frecuentes son romper objetos de otras personas o de lugares públicos, agredir física o verbalmente a otros, falsificar calificaciones académicas, no asistir a clase o llegar tarde intencionalmente, no respetar los turnos o arrojar basuras en vía pública, entre otros (Garaigodobil Landazabal, 2005). El TC conforma, por tanto, especial riesgo para el desarrollo de trastornos de personalidad, adicción de sustancias, alcoholismo, embarazos adolescentes, conductas delictivas y fracaso escolar y profesional. Es una patología cada vez más prevalente en el adolescente: afecta al menos al 6-16% de los varones y al 2-9% de las mujeres y representa la causa más frecuente de demanda de atención en salud mental en la adolescencia, llegando a representar de un tercio a la mitad de todas las demandas (Schroeder & Gordon, 1991).

Los manuales de clasificación DSM-IV-TR (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado), DSM-V (nuevo manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y CIE-10 (clasificación internacional de enfermedades) aportan definiciones particulares a los problemas de conducta en la infancia y adolescencia (Tabla 1). En el DSM-IV-TR incluyen tres aspectos importantes: desafío a la autoridad, agresividad y, en el caso de los trastornos disociales, violación de los derechos de la gente, propiedades y personas. Pero también existen otras entidades cuyas características son la desadaptación o la impulsividad-hiperactividad y que aparecen en niños y adolescentes hasta el punto de producirse un deterioro significativo en su vida social, académica o, posteriormente, en el desempeño laboral. Estas alteraciones, en su conjunto, constituían lo que se denominaba el Trastorno de Comportamiento Perturbador, según el DSM-IV-TR, caracterizado por la presencia de al menos tres o más criterios específicos en los 12 meses previos y al menos uno de ellos en los 6 meses anteriores al diagnóstico (Dretzke J. et al., 2005; American Psychiatric Association, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992a). En el DSM-V, en cambio, existe ya el TC como entidad clínica incluida dentro de la categoría diagnóstica de los "trastornos perturbadores, de conducta y del control de impulsos". Hay que señalar que en este nuevo manual de clasificación de los

trastornos mentales, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad se incluye en el grupo de Trastornos del desarrollo neurológico, junto a entidades como las discapacidades intelectuales, trastorno del espectro autista, de la comunicación, del aprendizaje, trastornos motores y trastornos por tics (American Psychiatric Association, 2014). En cambio, según la CIE-10, los TC se clasifican en dos subcategorías diagnósticas: los trastornos hipercinéticos (trastornos de la actividad y de la atención y el trastorno hipercinético disocial) y los trastornos disociales, cuya subcategoría diagnóstica más destacada es el trastorno oposicionista desafiante (Organización Mundial de la Salud, 1992a).

TABLA 1: Trastornos de comportamiento externalizante según CIE-10, DSM-IV-TR y DSM-V.

CIE-10: Trastornos de la conducta (TC)	**DSM-IV: Trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador (TDA y TCP)**	**DSM-V: Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta (TCI y TC)**
F 90 Trastornos hipercinéticos: Trastornos de la actividad y la atención (TAA), trastorno hipercinético disocial (THD) y otros trastornos hipercinéticos	TDAH: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo	Trastorno explosivo intermitente
F 91 Trastornos disociales (TD) : TD en ámbito familiar, TD en niños socializados y no socializados, TD oposicionista desafiante (TDOD) y otros TD	TD: -infantil -adolescente -no especificado Trastorno oposicionista desafiante (TOD) TCP no especificado	Trastorno oposicionsta desafiante Trastorno de la conducta disocial: tipos de inicio infantil, de inicio adolescente, de inicio no especificado (con emociones prosociales limitadas, falta de remordimientos, insensible, despreocupado por su rendimiento, afecto superficial o deficiente)
F 92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos: TD depresivo, otros TD		Trastorno de personalidad antisocial
Z 62 Problemas relacionados con la crianza		Cleptomanía, piromanía

Pero, "desde una aproximación dimensional a la psicopatología, múltiples estudios han mostrado evidencias para la existencia de dos amplias dimensiones de conductas anormales […]" (Maestre et al., 2009). Una de estas dimensiones de los problemas de conducta, previamente mencionada, la constituirían las conductas externalizantes o factor externalizante que, según Achenbach (1996), consta del trastorno de conducta manifiesto, caracterizado por conducta antisocial, agresividad verbal y búsqueda de atención, es decir, conductas que causan malestar en el entorno del sujeto (Achenbach & Edelbrock, 1978). La otra dimensión de la problemática conductual, relativamente frecuente, la constituye el trastorno de conducta internalizante o internalizado, el cual está relacionado con dificultad de ajuste ambiental, lo que implica la vivencia de tensión psicológica en el propio sujeto, manifestándose con síntomas de disfunción emocional, tales como inestabilidad en el estado de ánimo, obsesiones, problemas somáticos, nerviosismo, inseguridad, miedos, fobias, retraimiento y timidez, tristeza, apatía, disforia, inquietud, ansiedad, preocupación y culpabilidad entre otros síntomas (López, Alcántara, Fernández, Castro, & López, 2010).

Desde un modelo bio-psico-social de la psicopatología, los factores internalizante y externalizante se entienden como factores latentes inespecíficos de vulnerabilidad o riesgo a un amplio rango de trastornos y síntomas (Kendler, Prescott, Myers, & Neale, 2003). Estos constructos psicopatológicos podrían estar ligados a personalidad normal, pero también han demostrado ser factores relevantes de vulnerabilidad a determinados trastornos mentales (Krueger & Tackett, 2003). Al respecto hemos mencionado previamente los tratornos correspondientes al factor externalizante, pero también la sintomatología internalizante descrita en el DSM-IV y DSM-V, hace referencia a tres síndromes puros: problemas afectivos, problemas de ansiedad y somatizaciones. En cambio, la CIE-10 los clasifica como trastornos del humor o afectivos o como trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (Organización Mundial de la Salud, 1992b) (Tabla 2). Según un estudio recientemente publicado, la prevalencia de este tipo de desórdenes en población infantil se encuentra en un 18% para ansiedad-depresión y quejas somáticas y de un 14% para el retraimiento-depresión (López et al., 2010).

TABLA 2: Trastornos de comportamiento internalizante según CIE-10, DSM-IV-TR y DSM-V.

CIE-10: Trastornos afectivos (TEA) y somatomorfos (TS)	**DSM-IV-TR: Trastornos del estado de ánimo (TEA), de ansiedad (TA) y somatomorfos (TS)**	**DSM-V: Trastorno bipolar (TB), trastorno de ansiedad (TA) y trastorno de síntomas somáticos (TS)**
F30-39 Trastornos del humor -F30 Episodio maníaco. -F31 Trastorno bipolar. -F32 Episodios depresivos. -F33 Trastorno depresivo recurrente. -F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes. -F38 Otros trastornos del humor (afectivos) -F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación	**Trastornos del estado de ánimo:** A) Episodios afectivos: *Episodio depresivo mayor *Episodio maníaco *Episodio mixto *Episodio hipomaníaco B) Trastornos depresivos: *Trastorno depresivo mayor *Trastorno distímico *Trastorno depresivo no especificado C) Trastornos bipolares D) Otros trastornos del estado de ánimo	**Trastorno bipolar y trastornos relacionados:** -Trastorno bipolar I y II -Trastorno ciclotímico **Trastornos depresivos:** -Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo. -Trastorno depresivo mayor. -Trastorno disfórico premenstrual -Trastorno depresivo debido a otra afección médica
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos: -F40 Trastornos de ansiedad fóbica -F41 Otros trastornos de ansiedad. -F42 Trastorno obsesivo-compulsivo. -F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación -F44 Trastornos disociativos (de conversión). -F45 Trastornos somatomorfos. -F48 Otros trastornos neuróticos.	**Trastornos de ansiedad:** -Crisis de angustia (panic attack) -Agorafobia -Trastorno de angustia sin agorafobia -Trastorno de angustia con agorafobia -Fobia específica -Fobia social -Trastorno obsesivo-compulsivo -Trastorno por estrés postraumático -Trastorno por estrés agudo -Trastorno de ansiedad generalizada -Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica -Trastorno de ansiedad inducido por sustancias -Trastorno de ansiedad no especificado	**Trastornos de ansiedad:** -Trastorno de ansiedad por separación. -Mutismo selectivo. -Fobia específica -Trastorno de ansiedad social -Trastorno de pánico -Agorafobia -Trastorno de ansiedad generalizada -Trastorno de ansiedad inducido por sustancias -Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
	Trastornos somatomorfos: -Trastorno de somatización -Trastorno somatomorfo indiferenciado -Trastorno de conversión -Trastorno por dolor -Hipocondría -Trastorno dismórfico corporal -Trastorno somatomorfo no especificado	**Trastornos de síntomas somáticos y relacionados :** -Trastorno de síntomas somáticos. -Trastorno de ansiedad por enfermedad. -Trastorno de conversión -Trastorno facticio -Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas -Otro trastorno de síntomas somáticos y relacionados -Trastorno de síntomas somáticos inespecífico

Se ha evidenciado que la externalización e internalización de la conducta no se dan por separado, sino que presentan un alto nivel de comorbilidad, generando un cuadro que se denomina trastorno mixto de la conducta. Esta asociación de síntomas externalizantes e internalizantes se encuentra presente en todas las edades aunque pueden variar a lo largo del tiempo y en determinados grupos de niños (Boylan, Vaillancourt, Boyle, & Szatmori, 2007).

Estos problemas de conducta tanto externalizantes como internalizantes, aunque presentan su comienzo en la infancia, continúan desarrollándose a lo largo del periodo adolescente y en la edad adulta, con conductas como consumo de drogas, abandono prematuro de la escuela y del hogar, altas tasas de desempleo, aumento de la violencia, robos y otras conductas criminales. Además, el gasto sanitario y social que generan los adolescentes que padecen este desorden es hasta 10 veces superior que en aquellos que no presentan esta problemática (Scott et al., 2010).

Por otro lado, diversos estudios postulan diferencias de género en la manifestación de trastornos de conducta, así como en su pronóstico y curso evolutivo, siendo predominante la externalización en varones (Garaigodobil Landazabal, 2005; Garaigordobil, Álvarez, & Carralero, 2004); en cambio, es más frecuente la manifestación de conductas internalizantes y mixtas en mujeres (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Aunque las hipótesis explicativas que justifican estas diferencias no son concluyentes, se baraja la diferencia establecida en los estilos educativos parentales en función del género, siendo más frecuente el hipercontrol ejercido por los padres hacia las niñas y la coerción hacia los niños. Además, en el caso de los chicos, se observa una mayor relación de actitudes violentas encaminadas a la potenciación de la autoestima, mientras que en las chicas este tipo de conductas van asociadas a un manejo de los problemas y las relaciones sociales. Estas diferencias actitudinales podrían relacionarse con los estereotipos de género tradicionales, transmitidos mediante procesos de socialización primaria y secundaria, en los que se identifica la conducta agresiva con el dominio de los demás, en el caso de los chicos, y el uso de la violencia indirecta como respuesta a presiones situacionales, en el caso de las chicas (Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban & Waschgler, 2014). Aparte existen diferencias anatomofisiológicas en el cerebro de niños y niñas que podrían justificar estas diferencias. Estas hipótesis acerca de las diferencias de género en la manifestación de la problemática conductual en la adolescencia están recogidas en un trabajo de revisión recientemente publicado (Pérez García & Jiménez Barbero, 2012). Otros trabajos anteriores también postulan mayor tendencia a la internalización en las chicas y a la externalización en los chicos, por ejemplo ante factores predisponentes comunes para el desarrollo de TC como son los síntomas somáticos (Egger, Costello, Erkanli, & Angold, 1999).

Desde una perspectiva clínica, y ante la heterogeneidad de estos trastornos, se han distinguido subtipos de TC según la edad de inicio o tipos de agresividad, con diferente implicación etiopatogénica y terapéutica. Así tenemos el subtipo de inicio en la infancia es más infrecuente, pero más grave, asociado a comportamientos violentos más persistentes, mayor prevalencia de déficits neuropsicológicos (trastornos del lenguaje, disfunción intelectual o déficit de atención con hiperactividad), estilo educacional inconsistente y peor evolución general. El TC de inicio en la adolescencia tiene menor duración, es más benigno y tiene mayor tasa de prevalencia en mujeres que el subtipo infantil (Connor, Ford, Albert, & Doerfler, 2007b) .

Dado que la agresividad parece ser uno de los componentes del comportamiento antisocial, diversas investigaciones se han centrado en la agresividad y los trastornos de conducta (Martorell, González, Ordóñez, & Gómez, 2011; Muñoz, 2004). Otros trabajos previos al respecto ya demostraron que el comportamiento agresivo es una dimensión relativamente estable de la infancia a la adolescencia (Barkley, Edwards, & Robin, 1999). No obstante, también hay trabajos que concluyen que personas con alto nivel de impulsividad muestran predisposición a reaccionar de manera agresiva, especialmente con ira, ante sucesos percibidos como estresantes y en los que se demuestra que la agresividad verbal se relaciona con impulsividad (Eisenberg et al., 2004).

Otro modo de clasificar a estos adolescentes ha sido mediante el tipo de conducta agresiva que presentan (Tabla 3). Frick y Ellis definieron la agresividad declarada (overt) como aquella que confronta directamente a otra persona bien de modo físico o verbal (agredir, desobedecer, etc.) y encubierta (covert) como aquella no confrontante con otros (robar, mentir, etc.) (Frick & Ellis, 1999).

TABLA 3: Clasificaciones de la agresividad.

<table>
<tr><th colspan="4">Frick y Ellis (1999)</th><th colspan="2">Crack y Dodge (1997)</th></tr>
<tr><th colspan="2">Agresividad no destrucitiva (anterior a 12 años)</th><th colspan="2">Agresividad destructiva (posterior a 12 años)</th><th>Agresividad proactiva</th><th>Agresividad reactiva-afectiva</th></tr>
<tr><th>Encubierta (covert)</th><th>Declarada (overt)</th><th>Encubierta (covert)</th><th>Declarada (overt)</th><td colspan="2">Distorsión:</td></tr>
<tr><td rowspan="10"></td><td rowspan="10">Conducta oposicionista
-Rabietas, irritabilidad
-Molestar a otros
-Desafiar a adultos
-Terquedad</td><td rowspan="10">Violaciones a la propiedad
-Crueldad a animales
-Mentir
-Incendiar
-Hurto menor, vandalismo</td><td rowspan="10">Agresión (física o verbal)
-Crueldad a personas
-Echar la culpa
-Abusar
-Robar, atracar
-Atacar, pelear</td><td rowspan="2">tres últimos estadíos de procesamiento de información (clarificación metas, acceso de respuesta y decisión)</td><td rowspan="2">dos primeros estadíos de codificación información (codificación, interpretación señales)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Correlaciona:</td></tr>
<tr><td>-Evaluación positiva coducta agresiva
-Rasgos liderazgo y humor</td><td>-Bajo control frontal
-Explosividad, impulsividad</td></tr>
<tr><td colspan="2">Hipótesis etiológica:</td></tr>
<tr><td>Disfunción parental y coerción positivamente valorada</td><td>Hostilidad y maltrato; rechazo de iguales</td></tr>
<tr><td colspan="2">Factor de riesgo para:</td></tr>
<tr><td>-Psicosis
-Trast. Control impulsos, TDAH
-Tras. afectivo</td><td>Consumo de sustancias</td></tr>
</table>

Dodge y cols., en cambio, clasificaron la agresividad según fuera proactiva (subtipo de agresividad instrumental, de acuerdo con la teoría de Bandura del aprendizaje social, por la que la agresividad es controlada por la recompensa que anticipa) o reactiva (subtipo de agresividad más afectiva, como respuesta defensiva contra una situación percibida como amenaza o provocación, caracterizada por un sentimiento de rabia impulsiva-explosiva). La agresividad proactiva se correlaciona con una evaluación positiva de las consecuencias del comportamiento agresivo y con rasgos de liderazgo y humor; en cambio, la agresividad reactiva se asocia al error en la interpretación de una situación como amenazante, lo que despierta sentimientos de rabia en el menor y le empujaría a tomar represalias agresivamente. Una historia de hostilidad y maltrato está implicada en la génesis de agresividad reactiva; en cambio, modelos agresivos y

experiencias positivamente reforzadas con comportamientos coercitivos están implicados en un comportamiento agresivo proactivo (Dodge & Coie, 1987).

En un trabajo de Connor y cols. se concluyó que las conductas hiperactivas e impulsivas se correlacionaban con agresividad reactiva en varones. En mujeres, experiencias traumáticas precoces y un bajo coeficiente verbal se asoció a este tipo de agresividad (Connor, Steingard, Anderson, & Melloni, 2003). En otros trabajos se ha constatado la relación de la agresividad reactiva con problemas de personalidad, emocionales, de pensamiento y sociales (Mathias et al., 2007).

Por otro lado, la valoración de rasgos de crueldad-impasibilidad ha sido también de interés en la distinción del tipo de agresividad, estando más relacionados con la agresividad proactiva. Esto se aproximaría más al concepto de psicopatía del adulto, caracterizado por rasgos de personalidad como dominancia, crueldad, falta de emociones, ausencia de sentimientos de culpabilidad. Además se asemejan a la conceptualización del adolescente con personalidad antisocial, quien expresa la agresividad típicamente sin correlato afectivo; y también se asemeja al concepto de trastorno de personalidad narcisista de Kernberg, en cuanto a aspectos de búsqueda de sensaciones, supravaloración de uno mismo y falta de empatía. Este autor también considera que el TC de inicio en la infancia impulsivo (Tabla 4) se asemeja al trastorno de personalidad límite y el subtipo con rasgos de crueldad-impasibilidad al trastorno de personalidad narcisista-antisocial (Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000). Sin duda alguna, el subtipo de TC de inicio precoz con rasgos de crueldad-impasibilidad revestiría mayor gravedad (Frick et al., 1999).

TABLA 4: Subtipos de trastornos de conducta en niños y adolescentes (Frick, 2001).

Subtipo TC	Características clínicas	Posibles mecanismos causales
Inicio en infancia (tipo impulsivo)	Tasas elevadas de TDAH, altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal, elevada disfunción familiar	Déficit inhibitorio de respuesta e irascibilidad, favorecen que el niño actúe sin pensar en consecuencias ante elevada carga emocional
Inicio en adolescencia (tipo crueldad-impasibilidad)	Tendencia a búsqueda de actividades de riesgo, menor sensibilidad a castigos que a recompensas, menor reactividad a estímulos emocionales negativos	Baja inhibición conductual podría interferir en internalización de normas parentales y emocionales

2.1.3. Comorbilidad de la problemática conductual y emocional.

Ante la heterogeneidad de estos trastornos, la mayoría de ellos con síntomas solapados de otros diagnósticos, resulta con frecuencia muy difícil distinguir entre TC puro y TC comórbido.

Como ya hemos señalado, según sea la conceptualización de la clasificación utilizada (CIE-10 o DSM-IV-TR y DSM-V), se procederá a descartar más trastornos comórbidos o no. El DSM-IV-TR se caracteriza por excluir pocos trastornos comórbidos; así, en el caso del trastorno disocial, únicamente excluye el trastorno antisocial de personalidad, en cambio, el DSM-V ya describe el TC como entidad nosológica independiente. El diagnóstico de trastorno negativista desafiante (trastorno disocial oposicionista y desafiante, según CIE-10), excluye los diagnósticos de trastorno disocial y trastorno antisocial de personalidad, o bien que aparezca exclusivamente en relación a un trastorno psicótico o del estado del ánimo.

Por otro lado, autores como Paulina Kernberg afirman que hay que sospechar (o descartar) la presencia de una organización límite de personalidad en pacientes diagnosticados de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de conducta perturbador, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad excesiva, trastorno esquizoide, mutismo selectivo, problemas de identidad, trastorno disociativo, trastorno de conducta alimentaria y algunos trastornos del desarrollo (trastorno de la lectura, de la aritmética o del desarrollo del lenguaje) (Kernberg et al., 2000).

Otros autores también concluyen que la mayoría de trastornos de ansiedad preceden a los TC. Esto parece ocurrir con más frecuencia en las chicas. Pero los efectos de la comorbilidad de los trastornos de ansiedad en los TC aún no están claros. Se ha visto la elevada comorbilidad entre TC y trastornos afectivos (sobre todo depresión y, en menos medida, trastorno bipolar). También se ha visto una importante comorbilidad entre TC y trastorno por estrés postraumático, ante lo que se hipotetiza que pueda influir el incremento de agresividad, hostilidad y activación característico de los individuos traumatizados, o bien el estilo de vida de niños/adolescentes con TC que le predisponga a ser traumatizados con mayor probabilidad que otros (Connor et al., 2007b). Hemos de destacar la asociación entre el consumo de sustancias tóxicas y los TC, siendo varios los modelos explicativos de dicha asociación: modelo psicofarmacológico, por el que el consumo de sustancias tóxicas predispone al adolescente a conductas violentas; modelo de motivación económica, por el que las drogas llevan a cometer delitos para la obtención de dinero con objeto de adquirir la droga; modelo sistémico, por el que el sistema de distribución y consumo de drogas es inherente al delito; y modelo común, por el que el consumo de sustancias tóxicas está vinculado a diversas conductas desviadas (De la Peña Fernández, 2010). Aunque

algunos estudios han relacionado el policonsumo de sustancias a la delincuencia en varones adolescentes (Mason & Windle, 2002), estudios posteriores asocian también consumo de sustancias a adolescentes femeninas con TC (Connor, Ford, Albert, & Doerfler, 2007a).

Diversos estudios han mostrado también cómo los individuos con conductas antisociales presentan trastornos o síntomas emocionales concomitantes entre los que aparecería la depresión, características como el autoconcepto disminuido o desconfianza hacia el otro (Carrasco, Del Barrio, & Rodriguez, 2001; Del Barrio, 2004; Muñoz-Rivas, Graña, & Cruzado, 2000; Thornberry, 2004). Hay trabajos que demuestran un elevado riesgo de suicidio en adolescentes con problemática conductual mixta internalizante y externalizante (Ribakoviene, 2002).

También los trastornos psicóticos se han relacionado con la comisión de determinados delitos (destrucción de la propiedad y crímenes violentos) que pueden tener su origen en procesos mentales anormales como las percepciones distorsionadas, el razonamiento defectuoso y la regulación afectiva defectuosa de las psicosis. Psicopatológicamente, este hallazgo sería comprensible en términos de una conducta antisocial intrínseca a las manifestaciones precoces de la esquizofrenia (Hersh & Borum, 1998).

Sin embargo, los trastornos psicopatológicos más asociados a la conducta antisocial son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, bien porque ponen en riesgo al niño o adolescente para que la desarrolle o porque dichos diagnósticos conllevan en sí mismo la presencia de estas conductas (Loeber & Farrington, 2000; Kazdin & Buela-Casal, 2002; Rutter, Giller , & Hagell, 2000).

2.1.4. Etiopatogenia de la problemática conductual y emocional.

- **Factores biológicos:**

-*Factores genéticos:* se ha descrito la probabilidad de que factores genéticos intervengan de forma directa o mediante su influencia en el temperamento difícil y con rasgos de desatención, hiperactividad, agresividad y búsqueda de novedades. Además investigaciones recientes han hallado interrelación entre genética y ambiente respecto al polimorfismo funcional en el gen que codifica la enzima MAO-A que modera los efectos de la exposición al maltrato. Así aquellos niños que han padecido maltrato y tienen alta expresión del gen de la MAO-A tienen menos riesgo de conductas antisociales, ya que una mayor actividad de la MAO-A paliaría la actividad de aminas biógenas que se produjeran secundarias al maltrato (Caspi et al., 2002;

Rutter et al., 2000). También se ha relacionado al gen de la triptófano hidroxilasa con la agresividad impulsiva en varones (Foley et al., 2004).

-*Factores hormonales:* se cree que los cambios hormonales influyen directamente en el comportamiento de los adolescentes. En este sentido se ha relacionado un nivel alto de testosterona en adolescentes varones con la impaciencia y la irritabilidad (De la Peña Fernández, 2010).

-*Disfunción en la neurotransmisión:* se ha relacionado una posible relación de la alteración en la neurotransmisión de monoaminas con rasgos antisociales y agresivos, así como fallos en la neurotransmisión serotoninérgica con agresividad episódica. Asimismo se han hallado niveles bajos de 5-HIAA y ácido homovanílico en niños con TC negativista desfiante (De la Peña Fernández, 2010).

-*Hallazgos neurológicos y vegetativos:* En diversas investigaciones se ha constatado la afectación de funciones verbales y ejecutivas en adolescentes con problemas de delincuencia. Por otro lado, en pruebas de neuroimagen, como RMN, recientemente se ha encontrado reducción significativa del volumen del córtex insular anterior bilateral y de la amígdala izquierda en un grupo de de adolescentes con trastornos de conducta respecto a un grupo control sano, relacionando los autores estos hallazgos con presencia de agresividad y falta de empatía (Bassarath L., 2001). Otros hallazgos recientes en neuroimagen como incremento de sustancia gris en córtex orbitofrontal, cíngulo anterior y córtex temporal bilateral, en relación con retraso de maduración neuronal se han encontrado en preadolescentes con trastornos de conducta (De Brito et al., 2009).

-*Exposición a toxinas prenatales:* los niños expuestos al alcohol y/o al tabaco durante el período fetal manifiestan mayor riesgo de dificultades sociales y trastornos de conducta, sobre todo los varones(De la Peña Fernández, 2010).

- **Factores psicológicos:**

-*Factores temperamentales:* aunque es controvertida su influencia sobre los desórdenes conductuales en población infanto-juvenil, algunas investigaciones han detectado un poder predicitivo entre determinadas características temperamentales (emocionalmente negativo, elevada reactividad e inflexibilidad) y el desarrollo posterior de problemas de conducta externalizantes (De Brito et al., 2009).

-*Factores cognitivos y de personalidad:* varios estudios han demostrado que niños con problemas conductuales presentan escasos recursos para afrontar problemas sociales, utilizando estrategias más negativas y agresivas para resolver los conflictos, así como menor empatía,

menores habilidades en el juego con otros, funcionamiento egocéntrico y tendencia a atribuir intenciones hostiles a los demás. Se han relacionado estos problemas con rasgos de carácter de impulsividad, desinhibición y búsqueda de sensaciones (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008; Muñoz García, Navas Collado, & Graña Gómez, 2005). Por otro lado, un estudio reciente aporta evidencia respecto la relación entre adolescentes con problemas en desarrollo del lenguaje (sobre todo a nivel expresivo) y mayor índice de disfunción social con iguales autopercibida, así como más riesgo de alteraciones conductuales y emocionales (Conti-Ramsden, Mok, Pickles, & Durkin, 2013).

Las variables de personalidad que más han incidido en la aparición de conductas violentas en la adolescencia son:

a) Impulsividad: Se entiende por impulsividad la tendencia a responder rápidamente y sin reflexión a los estímulos, cometiendo por ello un alto porcentaje de errores en la respuesta (Schweizer, 2002). Esta variable conjuga aspectos como las dificultades para considerar las consecuencias de la propia conducta, un estilo rápido o precipitado y poco meditado a la hora de tomar decisiones, las dificultades para planificar el propio comportamiento y la incapacidad para ejercer un control sobre él (McCown & DeSimone, 1993; Schweizer, 2002a), sin olvidar un aspecto especial de la impulsividad, que es la incapacidad que el sujeto tiene para diferir la gratificación (Roberts y Erikson, 1968). Eysenck, a su vez, concluyó que la impulsividad correlacionaría positivamente con la extraversión y el psicoticismo, así como la manifestación de conductas delictivas (Eysenck & Eysenck, 1978). Todas estas características que implican impulsividad incrementarían la probabilidad de aparición de conductas antisociales y violentas, siendo considerada como uno de los factores de riesgo más potentes de tales conductas (Huang, White, Kosterman, Catalano, & Hawkins, 2001; Schweizer, 2002a).

La impulsividad, por tanto, se muestra como una variable de suma importancia en la explicación de la conducta antisocial y potencian los efectos de una serie de factores de riesgo cuando se asocia a ellos, como bajo apoyo parental y bajo apego escolar, pertenencia a grupos desviados, y en el caso de las chicas, déficits socioeconómicos. También varios estudios recientes corroboran estos resultados y los mayores niveles de impulsividad en varones (Schweizer, 2002b).

b) Búsqueda de sensaciones: En líneas generales, este rasgo de personalidad representa "*la necesidad de buscar y experimentar sensaciones novedosas, variadas y complejas, de las que pueden derivarse riesgos físicos y/o sociales […]"* (Zuckerman, 1979; p. 10). Zuckerman relaciona la búsqueda de sensaciones con el componente impulsivo de la extraversión, la carencia de acuerdo con las normas sociales, la irresponsabilidad y el bajo auto-control. De forma contraria, la ausencia de búsqueda de sensaciones indica conformidad con las normas sociales y

un comportamiento controlado y convencional (Zuckerman, 1979). Además la búsqueda de sensaciones ha mostrado su relación con estar involucrado en actividades desviadas (Zuckerman, 1979).

Schmeck y Poustka confirman la relación entre el temperamento difícil y los problemas de agresión y violencia en niños y jóvenes, pero, sobre todo, cuando este tipo de temperamento se asocia con una alta necesidad de búsqueda de sensaciones (Schmeck & Poutska, 2001).

Herrero y cols. constatan, a través de una muestra de delincuentes en prisión y adolescentes, como aquellas personalidades antisociales puntuaban más alto en ausencia de miedo, búsqueda de sensaciones e impulsividad, llegando incluso los adolescentes a puntuar más alto en impulsividad, rasgo propio de esta etapa (Herrero, Ordoñez, Salas, & Colom, 2002). Otro estudio más reciente tiene este constructo de búsqueda de sensaciones (asociado a otros factores psicológicos como impulsividad, desinhibición, etc.) como uno de los principales factores de riesgo psicológicos para conducta antisocial en adolescentes (Muñoz García et al., 2005).

*c) Empatía***:** En el área de la delincuencia se han desarrollado amplias líneas de trabajo en torno a este componente específico de la habilidad social. Se define como una respuesta afectiva para la aprehensión y comprensión del estado emocional del otro (Eisemberg et al., 1996), la capacidad para "ponerse en lugar" del otro (Gladstein, 1983) o la de sentir necesidad de ayudar al que lo necesita (Del Barrio, 2004), constituyendo, por tanto, un factor psicológico que protege del dearrollo de conducta antisocial en la adolescencia (Muñoz García et al., 2005).

Estudios con niños o jóvenes antisociales y delincuentes(Bandura, Barbarelli, Caprara, & Pastorelli, 1996; Del Barrio, Mestre, & Carrasco, 2003; Mestre, Samper, & Frías, 2002; Sezov, 2002) han mostrado que éstos presentan ciertos déficits a la hora de identificar y comprender los estados internos de los otros (pensamientos, perspectivas, sentimientos). Este déficit parece especialmente acusado en la capacidad para "sentir" los afectos de los demás (Calvo, González, & Martorell, 2001; Mestre et al., 2002). Así un estudio reciente encuentra que la persistencia de insensibilidad interpersonal en la infancia y adolescencia acompañada de problemas conductuales constituye un factor de riesgo para conductas delictivas futuras (Byrd, Loeber, & Pardini, 2012).

d) Autoestima: Varios autores han teorizado sobre la autoestima postulando mecanismos de compensación, donde la conducta problema (violencia, consumo de drogas) sería un medio para restaurar una autoestima deteriorada (Kaplan, 1984; Steffenhagen, 1980; Toch, 1992). En contraposición, otros consideran que la sobrevaloración de sí mismos también puede provocar el mismo efecto, fundamentalmente en la infancia media (Del Barrio, 2004), ya que produce percepciones narcisistas que dificultan una buena integración en el grupo. De la misma forma, otros autores confirman esta idea, añadiendo como una alta autoestima puede llevar al

adolescente a responder de forma agresiva ante cualquier situación que él considere inaceptable o que amenace su ego (Baumeister, Smart, & Boden, 1996).

No obstante, existen diversos trabajos que han hallado correlaciones entre bajo autoconcepto o baja autoestima y mayor presencia de conductas amenazantes y agresivas (Calvo et al., 2001; Garaigordobil et al., 2004; Marsh, Parada, Yeung, & Healey, 2001; ÓMoore & Kikham, 2001) y otros que han encontrado una relación positiva entre autoimagen negativa y algunos factores de riesgo de la conducta antisocial, como son la depresión, el bajo rendimiento académico, falta de vínculos familiares, pocas habilidades sociales y baja autoeficacia (Alonso & Roman, 2003; Bosaki, 2014; Carrasco & Del Barrio, 2003; Del Barrio et al., 2003; Simons, Paternite, & Shore, 2001).

Sin embargo, en los últimos años, se ha sugerido que para entender adecuadamente tal relación, habrá que atender a la naturaleza multidimensional de la autoestima (Romero, Luengo, & Otero, 1995). Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad de tener en cuenta que las personas podemos mantener autovaloraciones distintas en diferentes campos de nuestra experiencia; por ejemplo, un individuo puede valorarse positivamente en cuanto a sus capacidades académicas y, sin embargo, autorrechazarse en el campo de la interacción social. Por tanto, para examinar la asociación entre la autoestima y la conducta desviada, habrá que evaluar esas diferentes dimensiones, por lo que los trabajos que se limitan a analizar la autoestima "global" pueden enmascarar el tejido de relaciones entre la conducta y los distintos "campos" de la autoestima. De hecho, cuando se examinan diferentes dimensiones se encuentra que la conducta problema se relaciona negativamente con la autoestima en la familia y en la escuela; sin embargo, se relaciona positivamente con la autoestima en el ámbito de los amigos (Romero, Luengo, & Otero, 1998). Se ha sugerido que las hipótesis relacionadas con la "autocompensación" podrían ser reconsideradas en sintonía con estos hallazgos (Leung & Ylau, 1989). Quizás, efectivamente, una baja autoestima sirva de motivación a la conducta problema, es decir, una baja autoestima en la familia y en la escuela sería la que conduciría a rechazar las normas convencionales. La conducta problemática podría restaurar en alguna medida la autovaloración pero únicamente en el ámbito de los amigos (De la Peña Fernández, 2010).

e) Agresividad: Muchos investigadores han encontrado cierta relación y continuidad entre la agresividad temprana y la conducta antisocial en la adolescencia, con presencia de crímenes violentos (Pfeiffer, 2014; Thornberry, 2004; Tremblay, 2001; Velázquez, Cabrera, Chaine, Caso-López, & Torres N.B., 2002).

Algunos autores encuentran altas correlaciones entre medidas de agresividad y conductas agresivas y puntuaciones en conducta antisocial (Garaigordobil et al., 2004; Quinsey, Book, & Lalumiere, 2001).

En estudios recientes, además se ha demostrado que la agresividad infanto-juvenil predecía comportamientos antisociales en un futuro próximo (Himmelstein, 2003; Barrera et al., 2002). A pesar de que muchos de los chicos que presentan un comportamiento agresivo durante la infancia no llegan a cometer crímenes violentos, lo cierto es que la conducta agresiva temprana y persistente, es una característica individual maleable que predice violencia futura (Thornberry, 2004).

Como hemos mencionado en el apartado que trata aspectos conceptuales del TC, la agresividad sería el eje fundamental en el que giran estos comportamientos disruptivos con dos formas de presentación fundamentales:

-Las *conductas externalizantes*, que constituyen el estilo agresivo adolescente (Garaigodobil Landazabal, 2005), respecto al cual, multitud de estudios han relacionado una serie de características psicológicas tales como la hiperactividad y los déficits de atención y concentración, con una probabilidad incrementada de manifestar conductas antisociales en el futuro. De ellos, los más recientes son los hallazgos de Himelstein, quien encontró que tanto la presencia de conductas agresivas como problemas de hiperactividad en la infancia contribuían a predecir la conducta antisocial en la adolescencia (Himmelstein, 2003). En esta línea, Barkley y cols. señalaron que los niños hiperactivos cometían actos antisociales con más frecuencia y variedad frente a los no hiperactivos (Barkley, Fischer, Smalish, & Fletcher, 2004), mientras que Simonoff y sus colaboradores resaltaron tras sus hallazgos que, tanto la presencia de problemas de hiperactividad como de trastornos de conducta en la infancia, tenían un fuerte poder predictivo sobre la aparición posterior de trastorno antisocial de la personalidad y problemas de delincuencia en la etapa adulta (Simonoff et al., 2004).

-Las *conductas internalizantes*, que constituyen una segunda categoría de las características psicológicas investigadas en relación al comportamiento antisocial y/o violento son las emociones negativas en las que se incluyen, fundamentalmente, la ansiedad fóbica, la depresión, las quejas somáticas y el aislamiento (Maestre et al., 2009).

Varios autores han demostrado las mencionadas diferencias en función del género. Así Smith encontró que los factores de riesgo emocionales afectarían más a las niñas que a los niños para el incremento de la conducta antisocial, encontrando también dichas diferencias para los factores de riesgo familiares (Smith, 2002).

Respecto a la depresión, hay que señalar que presenta una comorbilidad con la agresión en el 50% de los casos, por lo que muchos jóvenes deprimidos expresan su malestar mediante conductas oposicionistas o violentas, tanto verbalmente como hacia uno mismo, este el caso de la adicción a las drogas, conductas de riesgo o el suicidio (Del Barrio, 2004). En esta dirección, Fombonne y sus colaboradores encuentran que aquellos jóvenes que presentaban depresión y

trastornos de conducta asociados, tenían mayor riesgo de cometer conductas suicidas, delictivas y presentaban mayor disfunción social en la vida adulta (Fombonne, Wostear, Cooper, Harrington, & Rutter, 2001). Resultados similares fueron encontrados en trabajos posteriores (Marmorstein & Iacono, 2003; Ribakoviene, 2002).

Vermeiren et al. encuentran para ambos sexos y en tres ciudades de países distintos (Estados Unidos, Bélgica y Rusia), que la presencia de depresión, problemas de somatización, expectativas negativas sobre el futuro y búsqueda de sensaciones se incrementaba gradualmente y en función de la presencia de conducta antisocial y su severidad (Vermeiren, Deboutte, Ruchkin, & Schwab-Stone, 2002). Posteriormente, basándose en dos estudios longitudinales realizados con sujetos canadienses y de Nueva Zelanda, Fergusson et al. examinaron la relación entre depresión y relacionarse con pares desviados. Ambos estudios llegaron a la conclusión de que el asociarse con pares desviados conllevaba a un aumento de comportamientos problemáticos y cuyas consecuencias negativas serían las que llevarían a la depresión (Fergusson, Wanner, Vitaro, Horwood, & Swain-Campbell, 2003).

Merece la pena destacar también los hallazgos de diversos estudios respecto a cómo los individuos con conductas antisociales presentan trastornos o síntomas emocionales concomitantes entre los que aparecería la depresión, características como el autoconcepto disminuido o desconfianza hacia el otro. Así, los adolescentes deprimidos y sin autoestima sienten que no tienen nada que perder cuando se embarcan en una conducta socialmente reprobable, a la vez que no valoran su vida, por lo que no temen ponerla en riesgo (Del Barrio, 2004; Thornberry, 2004; Muñoz-Rivas et al., 2000). Otro estudio reciente ha demostrado correlación entre las conductas externalizantes (en relación con la agresividad dirigida hacia otros) y las conductas internalizantes (aislamiento, en relación al rechazo percibido por los demás ante conductas de heteroagresividad y consiguiente menoscabo de la autoestima del sujeto en cuestión, además de sensibilización a experiencias de rechazo, derivando a síntomas depresivos y fobia social). Por tanto, en este mismo estudio también se demuestra que la externalización y la internalización determinan un déficit en habiliadades sociales (Contini, Imach, Coronel, & Mejail, 2012).

- **Factores de socialización:**

Las variables sociales propias del entorno específico de relación interpersonal del adolescente pueden constituir factores de riesgo para la problemática conductual futura en la medida en que figuras de apoyo primario pueden constituir un modelo inadecuado para un

correcto proceso de socialización, o bien puede ahogar al individuo limitándole su salida fuera del grupo de apoyo primario.

a) Factores familiares:

Se han mencionado varios factores en el origen de problemas de conducta tanto biológicos y genéticos como psicológicos, pero también influyen otros factores del entorno. Entre ellos se incluyen el tipo de disciplina parental, la disfunción familiar y la enfermedad mental en los progenitores (Woolfenden et al., 2002).

No obstante, podemos decir que de entre los factores familiares relacionados con los problemas de conducta, el más importante es la vivencia de abuso, negligencia o maltrato por parte de cuidadores básicos (generalmente padres) en los primeros años de vida. Otros factores importantes del entorno son bajo nivel económico, exceso de personas conviviendo, rechazo por parte de los padres. Se han encontrado fuertes evidencias en la literatura científica actual que relacionan la presencia de rasgos antisociales en los padres con la reproducción de dichos rasgos posteriormente en sus hijos (Farrington & Loeber, 2000).

Atendiendo a la mayoría de factores familiares de riesgo para el comportamiento antisocial, es posible observar cómo mayoritariamente las dimensiones relacionadas con el grado de comunicación familiar y la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres, son las que en mayor medida predicen que el joven se implique en conductas socialmente desviadas. El hecho de que existan disputas frecuentes entre el adolescente y sus padres y/o de los padres entre sí, predice una probabilidad mayor de presentar conductas antisociales e incluso, de que el adolescente beba, fume o consuma sustancias ilegales (Frías, Corral, López, Díaz, & Peña, 2001; Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000; Romero, Luengo, Gómez-Fraguela, & Otero, 1998; Villar, Luengo, Gómez Fraguela, & Romero, 2003). En lo que se refiere a la protección frente a dichas conductas, la existencia de patrones de comunicación familiar fluidos y la confianza entre sus miembros, protegerían potencialmente a los hijos contra el desarrollo de comportamientos antisociales, aspecto que de forma consistente también se ve reflejado en la literatura al respecto (Catalano & Hawkins, 1996; Crosnoe, Glasgow, & Dornbusch, 2002b; Jessor, 1991; Laird, Pettit, Doge, & Bates, 2003; Romero et al., 1998).

Por otro lado, la psicopatología parental, así como un entorno familiar muy desorganizado y disfuncional, son factores comunes en menores con conductas disruptivas. Los factores de riesgo más sólidos hallados en los padres de estos menores son los trastornos de personalidad (sobre todo el trastorno de personalidad antisocial), comportamiento delictivo y alcoholismo. En las madres se relaciona con una alta frecuencia de personalidad antisocial, somatización o abuso de alcohol (Sasot-Llevadot et al., 2015). Mensajes durante la crianza en relación a que comportamientos agresivos y el egocentrismo son normales, y que incluso están

justificados, favorecen el desarrollo de estas patologías (Fernandez Rivas et al., 2010). Así destacamos un estudio realizado con niños daneses adoptados, que trató de investigar la posible existencia de un componente biológico en la influencia de la criminalidad parental en las conductas violentas de los hijos. Los resultados revelaron que los chicos en etapa adulta cuyos padres eran criminales no presentaban mayores registros de delitos violentos que aquellos con padres no criminales. Por tanto, sus hallazgos no apoyan una relación biológica entre la criminalidad del padre y la conducta violenta del hijo, sugiriendo que las normas violentas y/o conductas violentas deben ser aprendidos en la familia (Moffitt, 1987). Otro estudio destaca la influencia de la negligencia parental durante la niñez y la comisión de delitos violentos en la adolescencia (Widom, 1989). Estos resultados son corroborados en un estudio de 1995, concluyendo que los adolescentes con historia de abuso y negligencia eran más violentos según autoinformes. Además esta relación permanece aún cuando se controla el género, la raza, el estatus socioeconómico, la estructura familiar y la morbilidad familiar (Smith & Thornberry, 1995). No obstante, otro estudio revela que los índices de probabilidad de delincuencia y criminalidad en etapa juvenil en casos de malos tratos en la niñez son menores en las chicas (Widom & Maxfiel, 1996). Un estudio más reciente reveló que la negligencia emocional y la enajenación, predecían problemas de comportamiento en los primeros años de escuela y conllevarían una conducta antisocial en la adolescencia (Egeland, Yates, Appleyard, & Van Dulmen, 2002). De acuerdo con el planteamiento de Serbin y Karp existiría una trasferencia intergeneracional en la cual los niños agredidos presentarían secuelas que incluirían fracaso escolar, mayores conductas de riesgo, embarazos adolescentes y pobreza familiar; estarían los padres sentando las bases en los adolescentes de estilos relacionados con conductas agresivas y crueles hacia los demás, incluidos sus propios hijos (Serbin & Karp, 2004). Otros estudios destacan que las víctimas de malos tratos físicos en la infancia tienen mayor riesgo de ser violentos con iguales (Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001), o con la pareja, en caso de estudiantes de secundaria y universidad (Wolfe, Scott, Wekerle, & Pittman, 2001) y con sus propios hijos (Milner & Crouch, 1999). Otro estudio encuentra que la violencia intrafamiliar correlaciona con la situación económica, de modo que los menores cuyos padres estaban en desempleo o recibían subsidios, eran maltratados dos veces más que los menores cuyas familias no pasaban por esta clase de dificultades (Pfeiffer, 1998).

En relación al maltrato psicológico se han encontrado una serie de problemas en niños maltratados emocionalmente que actúan como factores de riesgo de conductas violentas (baja autoestima, ansiedad, bajo rendimiento académico y agresividad e inasistencia al colegio, entre otros) (Glaser, Prior, & Lynch, 2001).

Además, las situaciones violentas pueden repercutir en el menor a través del estrés producido a nivel cerebral, lesionando áreas relacionadas con el control de impulsos, lo que predispone a respuestas agresivas. El estrés continuado puede determinar cambios neurofisiológicos y neuropsicológicos antes de que una persona exhiba conductas delictivas y esto puede hacerla más vulnerable. Al respecto un estudio obtuvo resultados que sugieren que el trastorno por estrés postraumático, relacionado con el maltrato, está asociado a adversidades en el desarrollo del cerebro, concretamente una reducción del volumen de la corteza prefrontal, siendo los chicos más vulnerables a estos efectos que las chicas (De Bellis et al., 2002). Otro estudio confirma la asociación existente entre haber sido maltratado, la presencia de anomalías en el EEG y un incremento marcado de la frecuencia de síntomas internalizantes y externalizantes (Ito et al., 1993). Otro estudio posterior revela que la reducción del área del cuerpo calloso está fuertemente vinculada a un historial de negligencia en varones y abuso sexual en mujeres (Teicher, Dumont, & Ito, 2004). También una hipersecreción de cortisol puede ser consecuencia directa de estar sufriendo maltrato, con el riesgo de que esta hormona en sangre pueda dañar el hipocampo, lugar que juega un papel decisivo en el despliegue de agresividad (Teicher, 2004).

Las familias de menores delincuentes también tienden a resaltar en menor grado las dimensiones de crecimiento personal (logros e intereses culturales y éticos). Estas familias además se caracterizan por un mayor grado de discordia parental, divorcio o ser monoparentales (Connell, Bergeron, Katz, Saunders, & Tebes, 2007).

Interacciones familiares patológicas en las que los menores desarrollan vínculos de apego inseguros (evitativos o desorganizados) también se han relacionado con desarrollo de problemas de conducta en la adolescencia (Lyons-Ruth et al., 2008). Algunos autores han demostrado que el apego está mediando en el desarrollo de características tales como la cognición social y la autoestima, al tiempo que también lo hace con la agresión. De esta forma, los adolescentes con bajo apego, por un lado, tienen bajos niveles de cognición social y autoestima, y por otro, altos niveles de conducta agresiva (Ardelt & Day, 2002; Simons et al., 2001). Otro estudio encontró que niños y adolescentes que inician problemas conductuales en edades tempranas se caracterizan por mostrar un débil vínculo de apego entre padres e hijos, frente a aquellos que inician las conductas problemáticas en la adolescencia (Thornberry, 2004).

Respecto al tipo de disciplina parental, o estilos educativos parentales, se han desarrollado diversos estudios con la finalidad de examinar el papel que tienen en el desarrollo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes (Aunola & Nurmi, 2006; Baumrind, 1996; Darling & Steinberg, 1993). Los estilos educativos parentales, según Darling y Steinberg implican toda la constelación de actitudes de los padres que se traducen en prácticas específicas

que influyen en los comportamientos infantiles. La tipología tradicional sobre estilos parentales elaborada por Diana Baumrind recoge 4 estilos educativos atendiendo al afecto y al control: (a) autoritativo o democrático, con puntuaciones altas en afecto y control; (b) autoritario, con puntuaciones altas en control y bajas en afecto; (c) permisivo, con puntuaciones altas en afecto y bajas en control, y (d) negligente, con puntuaciones bajas en control y afecto (Baumrind, 1996). Desde esta perspectiva, mencionaremos los resultados de un reciente estudio (Jiménez-Barbero, Ruiz-Hernández, Llor-Esteban, & Waschgler, 2014) que indican que el estilo autoritario paterno podría ejercer un efecto inhibitorio sobre los comportamientos violentos de los adolescentes. Aparentemente, los chicos mostrarían tendencia a rebelarse contra la autoridad materna, mientras que, por el contrario, aceptarían las prácticas autoritarias del padre. Esto se relacionó con menor implicación de éste en la socialización del adolescente, a lo que se le sumaría el efecto del estereotipo de género, que induciría al rechazo por parte de los chicos a las prácticas autoritarias provenientes de la madre. En el caso de las chicas, en cambio, es frecuente la recepción de mensajes contradictorios entre los padres (se han relacionado conductas violentas en chicas con un estilo permisivo o indulgente por parte del padre y un estilo coercitivo o autoritario por parte de la madre) lo que disminuye la capacidad de discernir lo socialmente aceptable e lo inaceptable. Esto facilitaría que las chicas minimizaran los efectos negativos de la violencia y que la aceptaran como una forma más de diversión. También hay varios estudios que relacionan las conductas violentas con el estilo autoritario materno (Dodge & Crick, 1990; Mitchell et al., 2009). Pero, en general, se ha visto que el estilo autoritario produce en los hijos una pobre imagen de sí mismos y ocasionales reacciones agresivas, adaptando una actitud individualista, desentendiéndose de lo que plantean sus padres y con tendencia a guardar apariencias para evitar conflictos con los padres. En cambio, otros estilos educativos pueden generar efectos diversos en la conducta de los adolescentes. Así un estilo controlador ocasionaría en el hijo un temor continuo a equivocarse, con importante sentimiento de culpa y no consecución de metas propuestas por sus padres. Por otro lado, un estilo educativo frustrante produciría comportamientos agresivos, procesos depresivos y una grave inadaptación social. Actitudes inconsistentes generarían confusión entre lo que está bien y lo que está mal, por lo que los hijos se volverían emocionalmente inestables e indecisos, sin saber a qué atenerse. Estilos de inhibición generarían dificultades para poder orientar la propia vida y poder ir descubriendo el sentido de las relaciones, con consiguientes trastornos comportamentales. Pero, en la actualidad, se ha visto que el error educativo más común se da en el estilo sobreprotector, por el que los padres consideran a los hijos como seres débiles, incapaces e inexpertos, por lo que no permiten a los hijos el ensayo de respuestas de forma autónoma con la intención de evitar a los hijos un perjuicio, por lo que no se educa la capacidad de tolerar la frustración. Lo que genera esta actitud

en los hijos es una evidente ausencia de iniciativa personal, una gran inseguridad y una baja autoestima (Sasot-Llevadot, Ibáñez-Bordas, Soto-López, Montañés-Rad, Gastaminza-Pérez, Cantó-Díez, 2015).

Así cuando las normas se aplican con diferente criterio en diferentes puntos del tiempo o cuando existen diferencias en su aplicación entre las distintas figuras de autoridad, perderán utilidad como reguladoras del comportamiento. Por tanto, un estilo parental coercitivo utilizado durante la niñez y adolescencia aumenta el riesgo de conducta antisocial para ambos sexos, así como el riesgo de depresión en las niñas (Compton, Snyder, Bank, & Shortt, 2003; Dodge et al., 1990). Por otro lado, un alto grado de conflictividad familiar unido a un bajo nivel de comunicación o estilo educativo permisivo se relacionaba con una mayor probabilidad de que los adolescentes se implicaran en conductas antisociales (Villar et al., 2003). Así otros estudios demuestran que en situaciones de conflicto marital, la conducta parental podría llegar a ser más desorganizada, dificultando que los padres respondan de manera consistente al comportamiento inadecuado de sus hijos, lo cual genera dificultades en el establecimiento de límites a largo plazo y conductas agresivas en los hijos (Patterson, 1982; Sturge-Apple, Davies, & Cummings, 2006). En esta situación de conflicto marital además los padres son más propensos a emplear estrategias disciplinarias más aversivas y coercitivas, lo cual incrementa el riesgo de que los hijos experimenten un patrón de conducta agresivo y desafiante hacia los padres (Patterson, 1982). En este sentido, los hijos, por aprendizaje social, toman el modelo de coerción física y verbal como medio adecuado y aceptable para modificar la conducta de los demás, lo cual se reflejaría en diversos problemas de conducta externalizante (Bandura, 1977).

En general, se ha visto que los estilos de crianza extremos (punitivos o permisivos), o dinámicas familiares coercitivas, así como autonomía prematura en el adolescente, se asocian a un mayor riesgo de conductas problemáticas (Connell et al., 2007). En esta misma línea, Milmaniene plantea que los extremos en que puede incurrir un padre, bien sea hacia la permisividad y debilidad extrema, o hacia la crueldad y autoritarismo, generarán siempre posiciones sintomáticas en sus hijos respecto a la ley, tanto en el sentido superyoico (asunción rígida de normas, moralismo excesivo) como en el transgresor. Aludiendo a un factor de tipo sociocultural el mencionado autor afirma que en la actualidad las perversiones y las conductas transgresoras de las normas sociales predominan sobre las neurosis tradicionales. En este sentido sostiene que "... asistimos al predominio de las patologías del acto, en las cuales el hacer reemplaza al decir" (p.13). Esto coincide con lo expuesto por Lazartigues al hablar de una generación de niños hiperquinéticos con dificultad de reprimir sus actuaciones transgresoras en la familia francesa actual. Por su parte, Sullerrot aporta cifras provenientes de diversas instituciones europeas que señalan que el 50% de los drogadictos en Francia pertenecen a

familias destruidas donde el padre está ausente o su presencia es muy débil; en Italia el porcentaje es de un 44%; en Canadá el 61% de los delincuentes provienen de este tipo de familias (Lazartiguez, 2000; Milmaniene, 1995; Sullerot, 1993).

Por otro lado, muchas investigaciones han demostrado que la existencia de relaciones tensas y conflictivas entre los padres está relacionada con problemas de conducta en los menores, tanto externalizantes como internalizantes (Buehler, Benson, & Gerard, 2006; De la Peña Fernández, 2010; Zimet & Jacob, 2001). Así algunos trabajos demuestran que la adversidad familiar (Thornberry, 2004) y un alto grado de conflictividad, junto a una comunicación precaria y un estilo educativo permisivo se relacionaban con una mayor probabilidad de aparición de conductas problemáticas en los adolescentes (Villar et al., 2003). Además un alto nivel de estrés percibido en el seno familiar por el adolescente estaría asociado a mayores signos de violencia futura (Shek & Tang, 2003). Otros estudios revelan que el ser testigo de violencia del padre hacia la madre es tan perjudicial en los menores como el recibir la violencia directamente (Frías et al., 2001). También hay estudios que encuentran que la separación y divorcio de los padres junto con el hecho de que los padres volvieran a casarse después, fueron factores significativos a largo plazo de aumento de problemas comportamentales y psicológicos en los hijos, hallándose diferencias de género (las chicas presentarían más clínica depresiva y los chicos más problemas de conducta). Sin embargo, la influencia familiar estaría mediada por factores tales como el apoyo social percibido y la cohesión familiar (Gordon, 2003). Así un estudio reciente destaca que este tipo de acontecimientos traumáticos vividos por el niño o adolescente predispodría con más probabiliadad a problemas conductuales, sin embargo, acontecimientos traumáticos que no tienen relación con problemas interpersonales, sino con dificultades parentales por patología mental ansioso-depresiva de los padres, constituye en los hijos un factor de riesgo de problemática emocional, sobre todo fóbico-ansiosa (Briggs-Gowan et al., 2010). También es destacable un estudio de 2012 que sugiere que, tanto la exposición indirecta del menor a violencia en el medio familiar, es decir, la violencia ejercida entre los padres (física o psicológica), como la violencia ejercida diractamente de los padres hacia los hijos, se asocian a violencia de los hijos hacia los padres (Gámez-Guadix & Calvete, 2012).

Otros autores, en esta línea, señalan que los hogares monoparentales son la estructura familiar que mayor relación guarda con la agresión, ya que la mayor parte de las veces esta situación se produce por abandono o divorcio de los padres, quedando el hogar a cargo de la mujer. En líneas generales, se supone que el divorcio, la viudedad o el abandono no producen directamente efectos negativos sobre los menores, pero sí lo hacen las circunstancias que suelen acompañarlos: malas relaciones entre los padres, deterioro de la situación económica, falta de tiempo para una adecuada supervisión y sobrecarga laboral, siendo en estos casos donde

aparecen la indisciplina, los problemas de conducta y el bajo rendimiento escolar (Briggs-Gowan et al., 2010). Además varios estudios demuestran que la maternidad adolescente y ser hijo de madre soltera constituyen factores sumatorios en el incremento de las conductas problemáticas de los hijos (De la Peña Fernández , 2010). En este sentido destaca el estudio de Conseur y cols. que indica que el grupo de más alto riesgo se concentra en varones nacidos de madres que tenían menos de 18 años cuando se produjo el nacimiento (Conseur, Rivara, Barnowski, & Emmanuel, 1997). No obstante, varios autores señalan que la paternidad y/o maternidad adolescente va asociada a otros factores de riesgo como dificultades en la crianza, acortamiento de la educación, pobreza, residencia inestable, falta de apoyo de una pareja, siendo posible que sean estos factores de riesgo los que más afectan al menor en el desarrollo de problemas de conducta (Goodnight et al., 2012; Jessor, 1991; Rutter et al., 2000).

En cuanto al tamaño de la familia, se ha comprobado que lo importante no es la cantidad de personas presentes en el núcleo familiar, sino la calidad de las relaciones (Jessor, 1991; Lund & Merrell, 2002; Rutter et al., 2000). No obstante, también se ha demostrado que un número mayor de hijos conlleva un grado menor de supervisión, lo cual incidirá en la aparición de conductas disruptivas y, del mismo modo, un hogar roto donde falte uno de los padres conlleva mayores conflictos (Pevalin, Wade, & Brannigan, 2003).

Por otro lado, las actitudes parentales favorables hacia la violencia predicen actitudes violentas en los adolescentes. Así un estudio ha demostrado que los hijos de los padres que eran más tolerantes a conductas violentas tenían mayor probabilidad de informar comportamientos violentos a los 18 año (Maguin et al., 1995). En esta línea, otro estudio más reciente corrobra estos hallazgos, encontrando que las creencias culturales (aceptación de la agresividad, papel de los padres, respeto a autoridad o el valor de la independencia) también son factores de peso en la expresión de comportamientos agresivos o disociales (Fernandez Rivas et al., 2010). Esto puede redundar en una detención del desarrollo moral a la edad de 13 años, debido a la existencia de un ambiente social y físico inadecuado para poder ponerse en el lugar del otro, lo que puede generar la insatisfacción de ciertas necesidades del chico (seguridad, conocimiento de las fronteras de control, dependencia con otros y desarrollo de competencias a través de experiencias de éxito en la manipulación del ambiente) e imposibilidad de llevar acabo ciertas tareas de desarrollo (adquirir conductas socialmente responsables, preparación para un futuro, etc.) (Hoffman, 1984).

Sin embargo, aunque se incida en factores de riesgo en el seno familiar para conductas problemáticas, la familia también puede ejercer de factor protector enseñando o reforzando actitudes prosociales. En varios estudios se ha demostrado que el estilo "con autoridad" (autorizado) actuaría como factor protector contra diversas conductas desadaptadas, en la medida en que favorece una adquisición gradual de responsabilidad y control interno, ya que las normas

que se acompañan de razonamiento, negociación y apoyo son interiorizadas con mayor eficacia; en cambio, el estilo autoritario fomentaría la sumisión ansiosa o la hostilidad por parte del adolescente, dificultando la asunción del autocontrol; asimismo, el estilo permisivo tampoco favorece el autocontrol (para que este se genere deben existir previamente un control externo y unos límites claros). Así varios estudios demuestran que una adecuada consistencia en prácticas educativas parentales, una buena supervisión adulta, un adecuado nivel de apoyo en el seno familiar, se asocian a menos niveles de conducta antisocial e la adolescencia (Ardelt et al., 2002; Shek et al., 2003). Del mismo modo, otro estudio plantea que un estilo parental constructivo caracterizado por calidez y prácticas disciplinarias consistentes, actuaría como factor protector de la conducta antisocial (Serbin et al., 2004).

b) Factores sociales:

Ya hemos señalado que la adolescencia es la fase de transformaciones físicas, intelectuales, afectivas y relacionales que supone el paso de la infancia a la vida adulta. Según destaca Villanueva Suárez, algunos autores, entre ellos Aberastury,Winnicott y Doltó, coinciden en que es el momento de inicio de la sexualidad y moral adultas (Villanueva Suárez et al., 1998). Sin embargo, el adolescente tratará de separarse de sus padres y oponerse a las normas de éstos en su lucha por la adquisición de una identidad propia como adulto en potencia. Como hemos dicho anteriormente durante este proceso se considera que un adolescente sufre un trastorno del comportamiento cuando presenta un patrón de conducta por el que vulnera los derechos de otras personas, así como las normas de convivencia y/o reglas socialmente aceptadas para su edad. En este sentido, añadimos que las dificultades de adaptación social suelen aumentar con la edad manifestándose una respuesta negativa a los convencionalimos y ausencia de sentimiento de afecto y arrepentimiento (Mardomingo Sanz & Soutullo Esperón, 2009) llegando a presentar problemas de socialización que, según Durkheim, es sinónimo de educación, es decir, un proceso de influjo entre una persona y sus semejantes, resultado de aceptar las pautas de comportamiento social y de adaptarse a ella (Darling et al., 1993; Durkheim, 2012). Asimismo algunos estudios demuestran que la exposición a violencia en la comunidad contribuiría al desarrollo de síntomas externalizantes (McCabe, Lucchini, Hough, & Yeh, 2005). Por tanto, una adecuada socialización, proceso indispensable para el desarrollo de una adolescencia plena y saludable, implica una correcta adaptación del sujeto al medio que le rodea. Partiendo de esta idea señalamos el concepto de adaptación, según García y Magaz (1998), consistente en un doble proceso: por un lado el ajuste de conducta del individuo a sus propios deseos, gustos, preferencias y necesidades; y, por otro lado, el ajuste de tal conducta a las circunstancias del entorno en que vive, es decir, a las normas, gustos, preferencias y necesidades de las personas con las que interactúa ocasional o habitualmente (García & Magaz, 1998). Cuando falla la

adaptación del adolescente al entorno se genera un conflicto consigo mismo y con los demás, dando lugar a comportamientos por los que fácilmente se llegan a vulnerar los derechos del otro. Esto tiene lugar cuando el adolescente se siente amenazado en su lucha por forjarse su propia identidad y siente la pérdida de la misma en pro de la fusión y difusión con el grupo primario al que pertenece, su familia. En esas situaciones en que aspira a conseguir la autonomía respecto al grupo primario también puede ocurrir el hecho contrario, que para reafirmar su unicidad o identidad propia, acabe ahogado en sí mismo. Ante esto consideramos un hecho real: que sólo en la vivencia de pertenencia a otros proporcionada por cuidadores suficientemente buenos puede desarrollarse un proceso de vinculación y de relación, ya que, como postula Pines, sólo desde la vinculación y la relación se pueden desarrollar la autonomía y la vivencia de estar en conexión con el otro. De esta manera el objetivo sería conseguir un equilibrio entre el desarrollo personal y el del grupo al que uno pertenece (García et al., 1998; Pines, 1998; Sunyer, 2008d)

Pero hay que tener en cuenta que, en la búsqueda de otro grupo de apoyo externo a la familia, el adolescente corre el riesgo de exposición a iguales con conductas disruptivas, lo que parece incrementar el comportamiento delictivo previo.

c) Actitudes y creencias normativas:

Huesmann y colaboradores (Huesmann, 1988; Huesmann & Eron, 1989; Huesmann, Eron, Czilli, & Maxwell, 1996), conceptualizan las creencias normativas como aquellas que hacen referencia a la aceptabilidad, justificación o adecuación del comportamiento agresivo, que son importantes mediadores y/o moduladores, por lo que se ha visto que contribuyen de forma considerable al éxito de programas preventivos de TC en jóvenes y adolescentes. Según los resultados obtenidos hasta el momento con el programa de prevención que estos autores realizaron en los EE.UU., las creencias normativas pueden verse modificadas a lo largo de la infancia y adolescencia bajo determinadas condiciones de intervención familiar, escolar y social. Por consiguiente, estos cambios afectarán posteriormente al comportamiento agresivo y, consecuentemente, podrán prevenirse determinados tipos de violencia y conducta antisocial.

En este sentido, determinados patrones de repuesta como la deshonestidad, las actitudes y creencias normativas y las actitudes favorables a la violencia, han sido relacionadas como predictores de violencia posterior (Thornberry, 2004; Williams, 1994; Zhang, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 1997b; Zhang, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 1997a; Farrington, 1989; Maguin E. et al., 1995; Williams, 1994), siendo estas correlaciones más débiles en el caso de las chicas ((Williams, 1994). De la misma forma, Thornberry, también ha encontrado cómo aquellos chicos antisociales de inicio temprano presentaban más actitudes favorables al uso de la violencia y la delincuencia como forma de solucionar los problemas, frente a los de inicio tardío o los no delincuentes (Thornberry, 2004).

Los resultados de estos estudios sugieren que un patrón de conductas y actitudes tempranas que desafíen las reglas básicas del comportamiento tales como la honestidad y la veracidad estará asociado con conductas violentas posteriores. Por lo tanto, las intervenciones que busquen ayudar a los jóvenes a desarrollar creencias positivas y modelos de conducta que rechacen la violencia, la mentira y el desobedecer a las reglas y a las leyes, así como también actitudes positivas hacia el cumplimiento de las normas, serían prometedoras para la reducción de los riesgos hacia la violencia. Estos hallazgos destacan la importancia de lo que algunos han denominado "alfabetización" social y emocional (Goleman, 1995), esto es, el proceso de desarrollo social por el cual los niños aprenden a participar exitosamente en la vida social, aprendiendo a respetar turnos, esperar en cola o decir la verdad.

- **Factores protectores:**

Basasarath elabora un listado de factores protectores para los problemas de conducta (Bassarath, 2001):

-*Sexo femenino:* esta es la variable más importante como factor de riesgo o protección (Sasot-Llevadot et al., 2015), ya que está demostrado que las chicas son menos agresivas que los chicos y que, entre otros motivos, se debe a sus altos niveles de empatía y las consecuentes capacidades para hacer amigos y pertenecer a grupos. Por tanto, si se promueve la empatía, ésta facilitará la conducta afectiva hacia los demás, el respeto hacia la propiedad ajena y la mediación para evitar las agresiones y la violencia, conformándose como un factor de protección de la conducta antisocial (Worthen, 2000).

-*Alta inteligencia:* algunos autores han mostrado cómo el desarrollo cognitivo facilita la integración social y su deficiencia la dificulta (Donellan, Ge, & Wenk, 2002). También se ha demostrado que los individuos con bajas capacidades intelectuales y con ciertos sesgos cognitivos poseen peores habilidades interpersonales, siendo éstas las que dificultarían el proceso de socialización y facilitarían la aparición de la conducta antisocial (Torrubia, 2004).

-*Orientación social positiva:* anteriormente hemos hablado de la empatía, que es la base de la conducta altruista, y que resulta incompatible con agredir al otro, por lo que se considera *conducta prosocial*. Numerosos estudios han demostrado empíricamente la relación positiva que existe entre empatía y la conducta prosocial (Bandura et al., 1996; Fuentes et al., 1993; Hoffman, 1990). Así pues, la empatía favorecería los actos altruistas y limitaría la conducta (Hoffman, 1990; Sobral, Romero, Luengo, & Marzoa, 2000). En relación a esto, otros autores encuentran que la empatía aparece como el principal motivador de la conducta prosocial, tanto en sus

componentes cognitivos como emocionales, e inhibidora de la conducta agresiva (Mestre et al., 2002).

Otros trabajos reportaron resultados similares en todas las formas de violencia. El asociarse con pares que desaprueban el comportamiento delincuente podría inhibir la violencia posterior (Elliot, 1994). Asimismo otros autores hallaron en varones de 13 y 14 años de edad que las interacciones positivas con amigos no correlacionan con el comportamiento antisocial (Dishion, Andrews, & Crosby, 1995).

-*Temperamento resiliente:* poseer buenas habilidades de afrontamiento al estrés previene la aparición de problemas conductuales. Gómez Fraguela y cols. (2006) destacaron que ciertas estrategias de afrontamiento (estilo de afrontamiento productivo, es decir, esforzarse y concentrarse en resolver los problemas, fijarse en lo positivo) parecen actuar como factores de protección del inicio de consumo de drogas y de la implicación en actos antisociales (Gómez Fraguela, Luengo Martín, Romero Triñanes, VillarTorres, & Sobral Fernández, 2006).

Los adolescentes que presentan altos niveles de bienestar psicológico utilizan más estrategias de afrontamiento dirigidas a la resolución de los problemas, más capacidad de esfuerzo, mejores expectativas de éxito, así como mayor inversión en amistades íntimas y en distracción física (Figueroa, Contini, Lacunza, Levín, & Levín, 2005).

-*Ser competente en al menos una habilidad:* en ambos sexos, la adecuación conductual, la aceptación social y la amistad íntima son los mejores predictores (en sentido negativo) de las conductas de riesgo para la salud. La competencia deportiva ejerce una influencia indirecta sobre las conductas de salud, actuando como variable mediadora en esta relación la participación deportiva (Pastor, Balaguer, & García Merita, 2006). Además haber vivido experiencias de autoeficacia, autoconfianza y contar con una autoimagen positiva permiten asignar significación positiva al estrés y al afrontamiento, de acuerdo con las características propias del desarrollo. Además tener un afrontamiento activo como respuesta a las situaciones o factores estresantes pueden proporcionar sentimientos de competencia en diversas situaciones de la vida (Vinaccia, Quiceno, & Moreno San Pedro, 2007a).

-*Ansiedad*: sentimientos de ansiedad, culpa y pesar protegen del desarrollo de conductas transgresoras. Así, algunos autores encuentran que los sujetos antisociales presentan más problemas emocionales, exceptuando la ansiedad (Vinaccia, Quiceno, & Moreno San Pedro, 2007b). Sin emabargo, recientemente un estudio ha encontrado que los síntomas de ansiedad se han asociado a la agresividad reactiva (Polier, Herpertz-Dahlmann, Matthias, Konrad, & Vloet, 2010).

-*Relacionas cálidas y de apoyo con adultos*: la vinculación a una familia con miembros prosociales podría inhibir una violencia posterior, tal como se hipotetiza en la teoría del control

(Foshee & Bauman, 1992). Otro autor encontró que la comunicación paterno-filial y la compenetración a la edad de 14 años, estaba inversamente relacionado con la violencia autoinformada a la edad de 16 años (Williams, 1994).

Un estudio longitudinal halló que el tener relaciones positivas con los padres y profesores así como el establecer compromisos, actúa como factor protector a la hora de mostrar problemas comportamentales (Crosnoe et al., 2002b). Estos descubrimientos indican, en general, que los adolescentes que informan relaciones cálidas con sus padres se muestran mejor organizados en casa, se sienten emocionalmente vinculados a los profesores, actúan adecuadamente en la escuela, valoran los logros académicos y, a la vez, se protegen de las influencias negativas de sus posibles compañeros con conductas antisociales, aunque estas diferencias no son uniformes en relación al género y a los distintos tipos de comportamiento. Otros autores señalan que los padres que informan mantener una buena relación con sus hijos y pasan mucho tiempo juntos, se asocia con menos comportamientos antisociales, encontrandose también estos resultados a la inversa (Crosnoe, Glasgow, & Dornbusch, 2002a).

-*Implicación familiar y personal en valores sociales*: son muchos los estudios que ponen en relevancia la acción protectora de la religión o religiosidad y la moralidad frente a la conducta antisocial de los adolescentes (Barber, 2001; Fabian, 2001; Jang & Johnson, 2003; Oetting, Donnermeyer, & Deffenbacher, 1998; Regnerus, 2001; Ruiz, Lozano, & Polaino, 1994). En esta línea, se ha comprobado la religión actúa como un importante neutralizador de las emociones negativas, las cuales predisponen a una conducta desviada (Jang et al., 2003; Muñoz García et al., 2005).

Además uno de los autores referenciados señala que a pesar de los numerosos estudios que se han llevado a cabo sobre factores que predicen el comportamiento antisocial, se ha prestado poca atención a la moral como un posible factor de riesgo. Así, en su estudio con adultos, encuentra que aquellos que habían cometido actos delictivos puntuaban más bajo en razonamiento moral que los no delincuentes, sin embargo, no había diferencias entre delincuentes violentos y no violentos. También añaden que el tener un alto razonamiento moral estaría asociado a diversos factores protectores, entre ellos, una buena educación familiar y la importancia otorgada a la religión (Fabian, 2001).

-*Obtener reconocimiento por participación positiva en actividades extracurriculares:* realizar o participar en actividades deportivas ha sido considerado como otra fuente de comportamientos prosociales que, de la misma forma que la religión, actuarían como inhibidores de la conducta antisocial, asociándose a otras fuentes de enseñanza, ya que el deporte en sí mismo no garantiza que se desarrollen dichas conductas prosociales (McKenney & Dattilo, 2001). Así, un estudio encontró que uno de los factores protectores frente al consumo de drogas

era el participar de forma regular en asociaciones deportivas junto con presentar buenos logros académicos, el tipo de educación recibida y el contar con un confidente dentro de la familia (Stronski, Ireland, Michaud, Narring, & Resnick, 2000). Langbein y Bess señalan que los colegios con un elevado número de alumnos presentaban más problemas de conductas antisociales entre el alumnado, disminuyendo éstas, si se aumentaba la programación de actividades deportivas (Langbein & Bess, 2002).

Otros autores han señalado el importante papel que pueden tener los deportes de riesgo como forma de canalizar de forma socializada la alta necesidad de búsqueda de sensaciones y desinhibición, factores que aparecen asociados a la adolescencia y a la manifestación de conductas antisociales (Sánchez & Cantón, 2001).

-*Organización social en la que se reside fuerte y estable:* deben señalarse, en el nivel social, las organizaciones de los propios jóvenes, que tienen un papel central, así como lo tienen los medios masivos de comunicación, los institutos culturales, los centros juveniles, los grupos religiosos, etc (Páramo, 2011).

Modelos sociales que motiven el afrontamiento constructivo; tener responsabilidades sociales dosificadas, a la vez, que exigencias de logro, constituyen importantes factores protectores. Craig, también opina que muchos adolescentes encauzan con determinadas actividades en grupo el normal incremento de energía y curiosidad intelectual que acompaña a estos años o le dan un uso constructivo antes que potencialmente destructivo, por ejemplo, involucrándose en el activismo social entregándose a limpiezas ambientales o al trabajo con niños enfermos. En general, si los adolescentes adquieren una autoestima, un sentido de competencia y de pertenecer a una familia estable y al orden social, es menos probable que sientan la necesidad de entregarse a comportamientos de riesgo (Craig, 1997).

2.1.5. La adolescencia desde una perspectiva de crisis.

Hemos comentado que se suele identificar la adolescencia como etapa de crisis. Esto es así, en gran medida, por el cambio conductual que se opera en la persona con la irrupción de esta etapa, lo cual desconcierta al propio sujeto y a su entorno, sobre todo cuando de este cambio deviene la conducta violenta. El adolescente entonces se muestra tan o más asustado que los otros, pero lo que realmente está necesitando es poder contar con alguien y confiar en alguien para poder perder el miedo. Si el adolescente se ha transformado en un ser "desconcertante" y, al mismo tiempo, empieza a percibir que es "capaz de asustar" a los demás, es posible que se convierta en alguien cada vez más "asustante", porque esa es la mejor forma de negar que él está

más asustado, revirtiendo, justamente, aquella perspectiva (Jeammet, 2011). Pero estos cambios internos y externos que precipitan un cambio conductual más o menos agudo y que puede entenderse como crisis, oferta además una oportunidad para generar un "cambio de la dinámica familiar", constituida por las formas de "interdependencia recíproca" que se juegan en la familia. Estas interdependencias, que van de formas que ayudan a crecer a formas que bloquean el crecimiento, están jugando un papel activo en la problemática conductual, lo cual no es visto por los protagonistas de la situación; sin embargo, puede ser visto mucho más fácilmente por otros, en un "contexto ampliado" de personas. De alguna forma, los protagonistas serán los que más van a "negarse a ver" lo que está pasando, por el involucramiento en el que están sometidos, lo que hace que los conflictos sean cada vez más de carácter "dilemático" (García Badaracco, 2005), en el sentido que cada vez se hacen de más difícil solución, configurando interdependencias cada vez más enloquecedoras y una situación en la que predomina el miedo y las formas de negarlo y contrarrestarlo. Pero las personas de un contexto ampliado, pueden incluso ver al adolescente con un potencial sano, proporcionándole una oportunidad de sentirse mirado desde otra perspectiva. Esto puede generar esperanza en el adolescente y su familia y, en la medida en que también aprecien esta "virtualidad sana" en el adolescente, podrá frenarse el círculo de sabotaje que juega la familia respecto al desarrollo de recursos yoicos propios del adolescente (García Badaracco, 2011).

El adolescente está en un proceso de crecimiento y desarrollo que puede ser frenado de forma inconsciente por la familia u otra figura adulta, que ha estado ejerciendo un poder sobre él durante su ciclo vital en la medida en que le ha ido proporcionando cuidados y satisafacción de necesidades en cada momento. Al carecer de un Yo maduro, aún cuenta con un déficit de recursos yoicos (capacidad de neutralizar las influencias negativas de los otros), confundiendo las fuerzas pulsionales con las exigencias y/o amenazas que viven desde los objetos internos (constituidos por figuras de la familia de origen, es decir, padre, madre o cuidadores sustitutivos), tanto en forma de mandatos como de fidelidades sometedoras (Puig, 1998). Si un adolescente está atrapado en su "mundo interno" no puede dejarse ayudar y necesita que otro adivine lo que le pasa. Pero cuando el adolescente puede "contar con" otro en quien confiar, comienza a ser capaz de encontrar recursos yoicos para pedir ayuda y dejarse ayudar, lo que constituye comenzar a funcionar con más autonomía. El desarrollo de recursos yoicos puede ser posible en un contexto terapéutico que permita un redesarrollo más sano y esto es así en un contexto grupal. Además un grupo constituido por varias familias, con distintos orígenes y diversos problemas, pueden encontrar similitud en tal variedad de conflictos humanos, generando cambios en la dinámica familiar entre padres e hijos (García Badaracco, 2000). En la medida en que se van neutralizando las fuerzas sometedoras que impiden el desarrollo del Yo del

adolescente, éste va a poder buscar alianza con un tercero que lo rescata de este círculo de bloqueo y destrucción y que le procura un nuevo desarrollo más sano y constructivo.

2. 2. TRATAMIENTOS GRUPALES CON FORMATO MULTIFAMILIAR.

2.2.1. Antecedentes históricos de los tratamientos grupales.

Basándonos en los trabajos de revisión que han realizado algunos autores respecto a reseñas acerca del origen de lo grupal (Colli Alonso & Lorenzo, 2004; Sunyer, 2008), su evolución a lo largo de la historia y su relación con la Psiquiatría, resumimos brevemente los antecedentes de la terapia grupal.

Pero, en primer lugar, se hace importante destacar el concepto de terapia de Postel y Quétel a partir de un fragmento que, según metodistas (Celio Aureliano), alude al tratamiento de la manía mediante "cuidados" al paciente ("terapia" proviene de un término griego que significa "ser servidor de, estar al servicio de, servir a alguien, cuidar, tener cuidado de" para referirse a la persona que acompaña a alguien, que camina con él acompañándolo y sirviéndolo, con el fin de proporcionarle la ayuda que precisa). Realmente la palabra curar (de curare), alude a cuidar, no a sanar. La idea de cuidar vuelve a aparecer de forma mucho más elaborada en 1791, en la exposición de "La philosophie de la Folie" de Daquin, que preconiza una actitud de "amigo" o "compañero" en el profesional y que formará parte del conjunto de elementos que intervienen en lo "terapéutico". Desde este acompañamiento el profesional de sitúa en una posición de cierta igualdad o incluso en actitud de prestar más atención que imposición de ayuda (Póstel & Quétel, 1987 en Sunyer, 2008). Por otro lado, en relación al abordaje de problemas de conducta en edades tempranas, se ha encontrado que la historia de la educación y de las prácticas penales aporta una indicación de las tentativas hechas por el hombre con el fin de modificar los impulsos del niño o el comportamiento asocial de los adultos (Guimón, 2007).

Centrándonos ya en lo grupal, encontramos que la historia de la humanidad ha estado influida por dinámicas e interacciones en grupos. Los líderes tribales y religiosos se servían del entramado social para promover curaciones y cambios de conducta mucho antes de que existieran los profesionales de la salud mental. Los primitivos ritos chamánicos, las tragedias griegas y las obras de teatro medievales de carácter moralizante apuntan también en esa dirección. De hecho en la antigua Grecia los enfermos mentales tenían que dormir en el laberinto de Asclepio para que esta divinidad hiciera acto de presencia y les sanara de sus sufrimientos.

Estos rituales, revestidos de una alta carga emocional, tenían siempre lugar en situación de grupo.

Por otro lado, la agrupación de pacientes continuó siendo una práctica común y posiblemente algo de ello debía haber en la creación de los llamados "hospitales". En esta misma línea, Sunyer recoge que durante la Edad Media, con el fin de ayudar a los enfermos mentales, numerosos monasterios sirvieron como asilo; valga como ejemplo la colonia Gheel en Bélgica o el propio Hospital de Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza y que fue reconocido por Pinel como un adelanto en la atención psiquiátrica" (Sunyer, 2008).

Moreno J. L. (1987, pág.181) señala que los conventos cristianos, en su intento de fundar familias "sintéticas" anticiparon en cierto grado la moderna psicoterapia de grupo. Hubo dos tipos de movimientos definidos en la evolución de los conventos: individualista (trataba de conseguir la curación por aislamiento de la comunidad, un camino solitario hacia la santidad, que sólo muy pocos individuos destacados podían transitar); y otro, centrado en el grupo (trataba de conseguir la curación a través de una organización, a través del roce entre individuos, lo que demuestra la regla de San Benedicto) (Moreno, 1987).

Quizá el más antiguo precedente de la terapia de grupo fuera la Hull House de Jane Adams, en los Estados Unidos, en 1889 (Tabla 5) para realojar a gran número de personas, lo que conllevó problemas de convivencia y en la canalización efectiva de reivindicaciones de mejora de las condiciones de vida, aunque mediante el trabajo grupal se intentó dar una respuesta estas demandas. A Jane se le unieron organizaciones católicas y judías que tomaron a fines del siglo pasado y principios del presente el mismo camino, "orientado al bienestar social y a la mejora global de las condiciones de vida, lo que ha hecho que el trabajo con grupos haya mantenido siempre, junto con su interés primordial por el bien de los miembros del grupo, un interés muy vivo también por la inserción en la sociedad en su sentido más amplio" (Sunyer, 2008a).

Joseph Pratt**,** médico internista en el Massachussets General Hospital (EEUU), realizó, en 1905, el primer grupo de terapia con el nombre de "Método de clase", para aquellos enfermos de clases económicamente deficitarias y que no podían costearse, en muchos de los casos, otro tratamiento en lugares más adecuados. Se reunían hasta cien pacientes. Consistía en sesiones de lectura con pacientes tuberculosos primero, para mejorar su higiene y manejo de la enfermedad. Al observar mejoría psicológica, posteriormente realiza grupos con pacientes diabéticos y neuróticos. Fue pensado como "método de reeducación emocional y persuasión" y, una vez puesto en marcha, se dio cuenta de los beneficios que aportaba dicha innovación. De esta manera, se introduce lo grupal como forma de terapia. Concluyó que "el proceso grupal, en sí mismo, parecía tener efectos terapéuticos", es decir, algo aportaba el hecho grupal que ayudaba a

alcanzar los objetivos terapéuticos. Esto supone un gran impacto en la sociedad científica y asistencial de la época. Así, posteriormente, una serie de profesionales utilizan ese método para poder ayudar a personas con problemas médicos (en 1908 Emerson comenzó a emplear el método de clases en el tratamiento de un grupo de niños desnutridos en el Boston Dispensary); pero también se organizaron clases para pacientes diabéticos, cardiópatas, pacientes postparturientas, pacientes con vaginitis y otros pacientes necesitados de ejercicios de corrección postural (Klapman, 1959, en Sunyer, 2008). Más tarde otros profesionales lo aplicarán a enfermos mentales. De hecho, Pratt inspiró a numerosos profesionales para organizar lo que hoy conocemos como grupos psicopedagógicos, algunos de estos profesionales pioneros fueron Lazell, Marsh, Snowden, Low y Klapman (Portuondo, 1972). En Psiquiatría, el método de Pratt (1922) sirvió de precursor en el trabajo de Maxwell Jones sobre comunidades terapéuticas, sentando así las bases de la terapia del medio actual, cuyo ingrediente principal lo constituye la psicoterapia de grupo (Jones, 1968 en Sunyer, 2008).

Marsh utilizó las técnicas de Pratt con pacientes neuróticos, ya a primeros de 1909, pero entre 1912 y 1914 llevó a cabo varios grupos de psicoterapia para pacientes psiconeuróticos y, al parecer, en 1931, con pacientes psicóticos. Este autor aplicó una mezcla de revitalización religiosa y técnicas educativas en su método. La esencia de su tratamiento consistía en una vívida reconversión desde la posición introspectiva de la fantasía, rencor, vergüenza, inferioridad,… a una posición extrovertida de planificación constructiva, alegría, reafirmación de seguridad,… y proclamó con gran gozo que "lo que había sido destruido por el grupo, el grupo lo debe sanar", pudiéndose apreciar una presencia importante de una filosofía altruista (Behr & Hearst, 2005).

En 1921 el psiquiatra Lazell sigue los pasos de Pratt al utilizar el método grupal con esquizofrénicos. Así Pratt y Lazell son los primeros en realizar terapia planificada guiada por un profesional. Lazell, alumno de Freud, y posteriormente de Jung, enseñaba a sus pacientes el funcionamiento de la mente desde el punto de vista psicoanalítico. Se dirigía a pacientes graves, con síntomas psicóticos o con cuadros catatónicos y alucinatorios, con quienes trataba diversos temas, a modo de un curso introductorio al psicoanálisis para el público en general (Behr et al., 2005; Portuondo, 1972). En este sentido puede ser considerado como el terapeuta de grupo que aportaba de forma armónica tanto la dimensión educativa como la analítica al grupo de terapia (Behr et al., 2005).

Adler en 1920 introdujo el trabajo de grupo en su clínica de conducta de Viena (Portuondo, 1972). No sólo utilizaba el grupo como método de terapia, sino que, en sus clínicas de orientación a la infancia, se considera por sus discípulos como el primer psiquiatra que utilizó el grupo como método sistemático (Klapman, 1959). Adler organizó este sistema de orientación a la infancia para abordar problemas de disrupción social como consecuencia de la Primera

Guerra Mundial. Adler mantuvo que la influencia de la presión social y política quedó subestimada por la posición psicoanalítica. Se observó que la atmósfera de igualdad del grupo de terapia era el entorno natural para la psicoterapia. En el grupo se podían atender aspectos tales como los sentimientos de inferioridad derivados del estatus social, la discriminación y el aislamiento. Pudo haber mantenido grupos de discusión o incluso encuentros terapéuticos con grupos de madres en las clínicas de orientación infantil. Realizó sus desarrollos grupales no tanto en el terreno terapéutico como en el educacional y el de trabajo social (Behr et al., 2005).

Aunque haya sido Freud el primero en hacer una aproximación psicoanalítica a la psicología de ciertos grupos importantes como la Iglesia y el Ejército, no realizó sugerencias en cuanto a la eventualidad de una terapia de grupo. Freud expresó sus concepciones sobre los grupos, sobre todo en sus obras "Tótem tabú" (1913) y en "Psicología de masas y análisis del yo" (1921), donde habla de la psicología individual en oposición a la psicología colectiva y donde critica el concepto de Le Bon de un "alma colectiva", comparándolo al inconsciente colectivo, y expone lo que le ocurre a los individuos en el contexto grupal (identifica las masas con los niños, ante la tendencia en ambos a pasar fácilmente de la pulsión a la realización, con una relajación del Superyó que permitiría al Ello, y por la dispersión del Yo en las masas, dominar el comportamiento aparente), lo que le permite hablar de la idealización. Así afirma que los individuos se identifican a sí mismos con sus líderes, yendo tras su propio "Ideal del Yo" (es decir, su representación subjetiva de su líder). Los miembros constitutivos de la masa se someterían al jefe, dando así la apariencia de una mayor cohesión y, como no podrían satisfacer las pulsiones de la libido, las sublimarían hacia fines sociales (Freud, 2003b; Freud, 2003a).

En 1925 Moreno, comenzó a desarrollar grupos en Viena a principios del siglo XX. Posteriormente introduce el psicodrama ("teatro de la espontaneidad") en EE.UU. Este autor rumano, pero nacionalizado norteamericano, introduce el término "terapia de grupo" sobre 1931-1933. Posteriormente, sobre 1944, introduce el Psicodrama como fundamento psicoanalítico. Por primera vez el dramatizar es descubierto como un hecho terapéutico y añade que la catarsis puede ser psicodramática y en grupo (Gómez Esteban, 1997).

En 1927 Burrow utilizó grupos informales de discusión con participación de pacientes, familiares y otros colegas. Aplica al grupo muchas de las ideas de Freud, organizando grupos de neuróticos. Inició así un método de psicoanálisis grupal, centrado más en sus componentes y no en el individuo. A este autor se le debe el término de Grupoanálisis, entendido como la vertiente grupal de lo que podría ser el psicoanálisis aplicado al grupo y a sus componentes (los pacientes analizaban sus relaciones mutuas en términos de interacciones inmediatas más que en relación con su historia personal). Además argumentó la importancia de considerar al grupo social como el responsable de los trastornos que se personifican en los individuos. En este sentido se hizo eco

de Trotter y otros reiterando la interdependencia de las personas en los grupos. Consideró que no podía realizarse un análisis individual sin un estudio real del grupo del que forma parte. Creyó que los desórdenes mentales eran problemas de relaciones sociales y en consecuencia este estudio e investigación sólo podía llevarse a cabo en el marco de un grupo, destacando así la importancia de los elementos sociales en el grupo (Harrison, 2000).

Shilder en 1936 plantea como objetivo terapéutico principal lograr el insight del paciente en el grupo, destacando problemáticas que se observan en la situación individual como la ansiedad, la culpa y la dependencia, las cuales pueden resolverse en la medida en que se exponen libremente. Este autor fue otro seguidor de Freud que se atrevió a afrontar el grupo de una manera analítica. Ha sido considerado uno de los pioneros de la psicoterapia de grupo, debido a la interpretación sistemática que hace de la transferencia y de los sueños en grupo (Gómez Esteban, 1997). En esta misma línea, Wender, se dio a conocer antes de la Segunda Guerra Mundial por sus técnicas grupales con pacientes borderline en el marco hospitalario. Presentó su tratamiento como el más apropiado para determinados tipos de enfermedad mental ligera con muchos afectos presentes y sin incapacidad intelectual (Behr y Hearst, 2005, en Sunyer, 2008). "Destaca además porque amplió la visión de las intervenciones terapéuticas animando a los miembros del grupo a realizar interpretaciones de sus compañeros, como una técnica vista actualmente como un elemento intrínseco de la psicoterapia de grupo. Rompe con la tradición al mostrarse muy abierto, justificando sus propios puntos de vista y creencias en el grupo, participando, en este sentido, como un miembro más del grupo de forma que nadie hasta entonces había hecho" (Behr y Hearst, 2005 en Sunyer, 2008).

Ya en 1927, Metlz también inicia su actividad grupal, siendo pionero en técnicas grupales para alcohólicos (Rutan & Stone, 2001).

A finales de los años 30, en Estados Unidos, un gran número de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, quisieron aplicar los descubrimientos de la psicoterapia psicoanalítica grupal a otros campos de la salud mental. Así Durkin en 1939, empezó a llevar a cabo una terapia con grupos de madres (Guimón, 2007).

Pero, sólo se sabe de una persona que en Inglaterra, y antes de la Segunda Guerra Mundial, organizase grupos para personas con problemas psiquiátricos. Se trata de Joshua Bierer, quien en 1938 se inició conduciendo grupos en las salas de internamiento psiquiátrico, y posteriormente extendió esta intervención a otras unidades de asistencia ambulatoria. Organizó grupos grandes de cincuenta personas, a los que llamó "comunidades" y grupos más pequeños de unas diez personas a los que llamó "círculos" (Harrison, 2000 en Sunyer, 2008). Trabajó en el tratamiento situacional un aspecto vital que derivaría en un cambio de actitud, el primer paso

para transformar al individuo de un "objeto" en un "sujeto" (lo que fue similar a la filosofía de Burrow).

Ya en 1940, Snowden utiliza el método consistente en ocho conferencias semanales: durante 20 minutos discutía varias causas de diferentes enfermedades mentales y, a continuación, los pacientes se reunían y discutían las conferencias en relación con sus propios problemas. Durante el período de discusión, el terapeuta tomaba aparte a cada uno de los pacientes del grupo para indicarle cómo la conferencia se relacionaba con su problema particular.

Low (1941) y Klapman (1943) complementan los aspectos del formato de lectura de textos con el uso del grupo como tal (Ávila Espada & García de la Hoz, 1994). En 1942 Redl utilizan el abordaje grupal para diagnóstico y tratamiento de niños y adolescentes (Ávila Espada et al., 1994), siendo el primer psicoanalista de adolescentes. Cuando llegó a América en 1936 estableció una red de clubes para adolescentes, participando en un programa residencial para jóvenes delincuentes. Fue, por tanto, una figura influyente en la aplicación de las ideas freudianas al formato grupal (Portuondo, 1972).

TABLA 5. Tratamientos grupales anteriores a la Segunda Guerra Mundial.

INTERVENCIÓN GRUPAL	AUTORES	APORTACIÓN
GRUPOS PSICOPEDAGÓGICOS	Adams	"Hull House"
	Pratt	"Método de clase" en enfermedades infecciosas
	Emerson	"Método de clase" en infancia
	Lazell	"Método de clase" en esquizofrenia
	Marsh	Curación mediante el grupo
	Snowden	"Grupos de conferencia"
	Low y Klapman	"Grupos de lectura"
	Adler	Grupos de niños y adolescentes con problemas de conducta (incluye grupos de madres)
TERAPIA DE GRUPO (grupo como coadyuvante)	Moreno	Psicodrama en grupo
	Burrow	Grupos de discusión ("Grupoanálisis")
	Redl	Grupos de diagnóstico y tratamiento en infancia y adolescencia
	Trotter	Concepto de "interdependencia "
PSICOTERAPIA DE GRUPO (grupo como coagente)	Shilder	Grupo como instrumento de curación
	Wender	Enfoque "democrático" y "activo"
	Metzl	Tratamiento grupal de alcoholismo
	Bierer	"Comunidades" (grupos grandes) y "círculos (grupo pequeño) en enfermedad mental
	Durkin	Grupos de madres

Durante la Segunda Guerra Mundial la terapia de grupo da un gran auge (al haber tantas víctimas que sufren trastornos psiquiátricos), con dos focos fundamentales:

- EEUU: Wolf, Berger, Shaskan, Berne, Wender, Schilder, Menninger.
- Reino Unido: Anthony, Foulkes, Bion, Bierer, Rickman.

Paradójicamente los grandes conflictos bélicos del siglo XX estimularon el desarrollo de la Psicoterapia psicoanalítica grupal y la Psicoterapia Grupoanalítica. La elevada demanda de atención psiquiátrica y la carencia de personal despertaron el deseo de poder atender a más personas en menos tiempo y a un costo más bajo. Además había que tratar en grupos, en medio

extrahospitalario, a los excombatientes que padecían con frecuencia trastornos mentales, lo que condujo a la creación de hogares abiertos, clubes, etc., favoreciendo su readaptación a la sociedad (Guimón, 2007). Ciertos psiquiatras de la Tavistock Clinic de Londres habían ya participado en los War Office Selection Board a través de grupos sin líder organizados a partir de 1940 por Bion bajo la influencia de las teorías de la psicología social de Kurt Lewin.

En este contexto surgieron varias iniciativas en diversos lugares de Europa, desde los famosos "Northfield Experiments". El primero fue el experimento de Peckham, un intento de desarrollar en Londres un centro de salud "auténtico" para que la gente fuese a mantener su bienestar más que a tratar su enfermedad. Este experimento se basó en la psicología social de Slavson y Lewin, entre otros. Bion y Rickman, quienes desarrollaron este experimento, constataron que el potencial terapéutico del grupo provenía en gran parte de la resolución explícita de la dinámica intragrupal mediando la experiencia del "aquí y ahora" que permite al individuo explorar el impacto de su comportamiento sobre los demás y modificar sus relaciones en tiempo real. Pero encontraron algunas dificultades en las que también estaban implicados miembros del personal. El segundo experimento, que contó con la participación de Foulkes, estuvo constituido por una serie de comunidades que acogían a niños y adolescentes. En este sentido destaca el trabajo de Maxwell Jones en Mill Hill y, posteriormente, en el hospital Hendersson de Suttan, donde desarrolló un programa terapéutico, sin prescripción de psicofármacos ni electroshock, en el que participaron cerca de setenta enfermos en total, de ambos sexos, siendo la mayoría jóvenes que presentaban personalidades psicopáticas. Desde esta perspectiva, Tom Main propuso el término de "comunidad terapéutica" para designar a las instituciones que contaban con un "medio terapéutico" obtenido gracias al empleo de técnicas grupales variadas. Este término, además, ha sido utilizado como sinónimo de "tratamiento del medio", "terapia administrativa" y "psiquiatría social" y define una modalidad terapéutica que recalca la importancia del análisis de las relaciones interpersonales, utilizando al máximo el potencial terapéutico de todo el personal y brindando a los pacientes la responsabilidad de actuar como su propio agente de cambio. El tratamiento de Aichborn, denominado "muchachos rebeldes" en Austria fue modelo para muchos de estos proyectos. El más reciente fue creado por David Wills y orientado para jóvenes delincuentes, una comunidad que era llevada por ellos mismos bajo la dirección y patrocinio de su creador. Son propuestas en las que el grupo se queda como coadyuvante del trabajo que se propone (Guimón, 2007).

Tras la Segunda Guerra Mundial, algunos psiquiatras ingleses y estadounidenses, sintieron la necesidad de romper su tradicional aislamiento de cara al público, adaptando las experiencias grupales adquiridas a lo largo de su práctica de guerra a las necesidades de su trabajo cotidiano (Tabla 6).

En 1956 Pichon-Riviere enuncia la Teoría del vínculo, considerando al individuo como perteneciente a un grupo, básicamente el familiar, y establece el concepto de E.C.R.O (esquema conceptual, referencial y operativo) y enfoca el discurso psicoanalítico a partir del grupo (Gómez Esteban, 1997). Tiene un gran número de seguidores constituidos por psicoterapeutas argentinos que trabajan en España en el Grupo Quipú de Psicoterapia de Grupo, enriqueciendo la teoría de Pichón. Además cuenta con otros tantos seguidores psicoterapeutas españoles, entre los que destacan Alejandro Ávila Espada y Joan Campos.

En este contexto, Slavson, Wolf y Schwartz conceden primacía al abordaje centrado en cada miembro individual del grupo. Estos autores consideraban el grupo como instrumento psicoterapéutico. Así, los grupos de psicoterapia de niños y adolescentes se iniciaron por los mismos terapeutas que trabajaban con adultos. Uno de los pioneros en los años 40 fue, por tanto, Slavson, quien consideraba el grupo como un agregado de individuos que trabajaban juntos, pero no conforman una entidad o un todo. El individuo es el centro de atención del terapeuta y las intervenciones son siempre individuales (Escudero et al., 1997). Slavson, considerado "padre de la psicoterapia de grupo", tuvo la mayor influencia en el plano internacional al adaptar el modelo psicoanalítico a grupos de niños. Se interesó por los problemas familiares de los niños. Su técnica consistía en poner en marcha a nivel ambulatorio grupos reducidos de niños, que constituían "familias modelo". Además inició su trabajo con niños que presentaban problemas de conducta (Foulkes, 2005a). Evitaba las interpretaciones verbales que consideraba inadaptadas para niños, en cambio, se orientaba más hacia lo que podía facilitar la actividad de los niños, aceptando a su vez sus comportamientos hostiles y agresivos. Además utilizó el juego controlado con adolescentes como método en la resolución de sus problemas. Así fue el precursor de todas las técnicas grupales "activas" actuales. Considera que la psicoterapia analítica grupal, con pacientes adolescentes y adultos no psicóticos, se apoya en la comunicación verbal asociativa libre por parte de cada individuo, la interpretación de las resistencias individuales y grupales, múltiples y colectivas, y el logro del insight por parte de cada uno de los miembros del grupo en cuanto a individuo (Slavson, 1976). Este autor recibió el apoyo de Ackerman (1946), de gran influencia sobre la psicoterapia familiar actual.

También cabe mencionar a Wender a este nivel por ser de los pioneros en utilizar terapia de grupo con enfoque psicoanalítico en enfermos mentales hospitalizados, habiendo recibido este autor al respecto influencia de Pratt (Foulkes, 2005a).

Desde esta perspectiva de grupo como instrumento psicoterapéutico, Ezriel, Bion y Foulkes proponen que "cuidando al grupo, cada individuo se cuidará a sí mismo".

Ezriel (1966) en la Tavistock Clinic, fue quien más contribuyó al desarrollo del método de psicoanálisis de grupo (Rutan et al., 2001). Fue uno de los autores del movimiento teórico

"grupo de conflicto focal" que apareció en los años de la posguerra y quien concibió al grupo de terapia como un campo de batalla en el cual cada participante trabaja para el espacio mental de los otros, para conocer las necesidades personales atendiendo a la satisfacción de temas conflictivos. Así el conflicto focal grupal viene a representar el común denominador de las fantasías del inconsciente dominante de los miembros del grupo (Colli Alonso et al., 2004).

Foulkes, sin embargo, considera al grupo como una estructura que va más allá de la suma de los individuos, marcando la diferencia entre análisis del individuo en grupo y análisis del grupo como tal (Escudero et al., 1997). Propone como labor principal del grupo la conducción individual a través del proceso que permitirá elaborar el duelo de una infancia frustrada para aceptar la auténtica realidad del sí mismo. El grupo sensitivo, respetuoso y aceptante podría reactuar el papel de buena madre. Así la existencia de una cierta "matriz fundacional" ayudaría a entender y dar su justo valor a las primeras relaciones del individuo con su madre. La matriz, pues, sería una estructura abstracta que pretende recoger fenómenos comunicacionales y relacionales transpersonales. Secundariamente podría ser lugar de proyección y simbolización de diversas fantasías, siendo la más universal de ellas aquella en relación con la madre. Pero el grupo representa una unidad más fundamental que el individuo, el cual contaría con un "instinto social" que le fuerza hacia la tribalidad, fenómeno evidente durante la adolescencia (Martínez Azumendi, 1989). Para este autor, la enfermedad psíquica proviene de una perturbación en la comunicación y de un apego excesivo a la familia. Estas dificultades se ven reforzadas en los diversos grupos de pertenencia del sujeto a lo largo de la vida, por ello, la terapia del adulto también se haría mejor en un grupo. Propuso así, el análisis del grupo por el grupo, incluyendo al conductor (Guimón, 2007) y trabajando el "aquí y ahora", viendo al grupo como un instrumento positivo de cambio (Colli Alonso et al., 2004). Este autor, junto con Anthony, desarrolla la terapia grupal analítica, en la que el grupo se apoya en la comunicación verbal que se va transformando en asociación grupal. El individuo es el objeto de tratamiento y el grupo actúa como principal objeto terapéutico. Establecen como función del terapeuta, además de la interpretación, el señalamiento y fomentar la participación activa de todos los miembros del grupo (Villanueva Suárez et al., 1998).

Bion, por su parte, introdujo las concepciones de su analista, Melanie Klein, en la teoría de los grupos. Propuso ideas muy originales a partir de sus experiencias en el hospital militar de Northfield durante la Segunda Guerra Mundial y de su trabajo con grupos reducidos en la Clínica Tavistock de Londres. Bion estableció una relación del niño con la madre y del "grupo como un todo" con el líder. Consideraba que la situación emocional del grupo era similar a la del bebé en las primeras etapas del desarrollo del Yo. Distinguía dos fases en la evolución de los grupos: en la primera ("grupo de base") aparece tendencia a la dependencia del terapeuta,

tendencias paranoides de "ataque-fuga", tendencia al "emparejamiento", dirigida hacia el terapeuta o hacia otro miembro del grupo; en la segunda ("grupo de trabajo") aparece el deseo de alcanzar un objetivo común y hay una "cooperación" consciente entre los miembros del grupo, lo que favorece su crecimiento conjunto y su realización, constituyéndose la "asunción básica" del grupo. Es el primer psicoanalista que hace Psicoanálisis de los grupos y para los grupos (Guimón, 2007). Uno de los seguidores de Bion fue Patrick de Maré, psiquiatra de origen sueco, cuya formación como psiquiatra del ejército corrió a cargo de Rickmon y Bion en el Hospital Northfield. Dirigió un Centro de Recuperación durante la campaña europea al final de la cual volvió a Northfield uniéndose con Foulkes y Main en el experimento Northfield. Después de la guerra fue psicoterapeuta consultant en el Hospital St.George y en 1952 fundó junto con Foulkes la Sociedad de Grupoanálisis. En 1975 de Maré empezó un grupo grande bajo los auspicios del Instituto de Grupoanálisis, al cual se unió Robin Piper en 1976. Aquel grupo grande se estableció de manera regular en un número aproximado de 20 personas y todavía sigue operando como grupo mediano. En 1984 inició un seminario semanal, que actualmente sigue conduciendo, y que realiza sobre grupos grandes que, en 1986, se convirtió en una sección reconocida de la sociedad de Grupoanálisis (De Maré, 1988).

Por otro lado, cabe destacar a Balint quien en 1968 diseña grupos para médicos, con el fin de resolver conflictivas relacionadas con su tarea profesional, lo cual se observa en muchos hospitales, donde los grandes niveles de presión y angustia en el entorno laboral, dificulta el trabajo, y necesitan tratar toda su conflictiva personal que les supone el enfrentarse a ciertas situaciones sanitarias (por ejemplo, dar malas noticias, enfrentarse continuamente a la muerte, cuidar a personas que tratan muy mal al personal sanitario, etc). Estas tareas de grupos Balint, también llamados operativos o centrados en la tarea, se solían realizar en los contextos hospitalarios al Servicio de Interconsulta y Psiquiatría de Enlace, haciéndose cargo de todo problema relacionado con la salud mental que surgiera dentro de la estancia hospitalaria, a lo largo de todo el ingreso del paciente, y ayudando al resto de profesionales sanitarios a manejarse en estos casos (y en otros que se puedan presentar) (Scheidlinger, 1996).

A partir de los años 60, Pavlovsky trabajó desde la concepción psicoanalítica kleiniana con elementos del psicodrama y en grupos mixtos, fundamentalmente con adolescentes (Escudero et al., 1997).

En los años 70, Yalom y Lieberman, generalizaron el uso de terapia de grupo en salud mental. Yalom definió al grupo multifamiliar como un "microcosmos social", basándose en la experiencia de interacción en el "aquí y ahora" entre los miembros del grupo y las familias. Este psiquiatra norteamericano, desarrolló en EE. UU. un método pragmático de terapia de grupo denominado "Terapia grupal interpersonal", ligado a los procesos de grupo y muy parecido al

Grupoanálisis de Foulkes. Este autor hizo mayor énfasis en lo que llamaría "factores curativos de grupo" (Colli Alonso et al., 2004). Lieberman, Whitaker y Whitman desarrollaron el concepto de "tensión focal grupal" partiendo de los temas emergentes en el encuadre, comunes a todos los mimbros del grupo, sobre los cuales se generaba una atmósfera de conflicto susceptible de ser elaborada.

Respecto a las formaciones grupales centradas en la infancia y adolescencia, Vanni, en los años 80, desde el Grupoanálisis, pone el acento en la diferencia cualitativa que establecen los niños con los adultos y con los pares. En las relaciones adultomorfas prevalece la identificación, con el fin de desarrollar la relación con el adulto, en las paritarias la identidad y los fines de acción con el sí mismo (Colli Alonso et al., 2004b). Además Kaes crea la noción de aparato psíquico grupal que se construye a través de los organizadores psíquicos y organizadores socio-culturales. Siguiendo estos conceptos se entienden muy bien los temas fundamentales que surgen en los grupos de adolescentes: escena primaria, diferencia de sexos, diferencias generacionales, ambivalencia de sentimientos, dificultades de autonomía,…(Kaes, 1995).

TABLA 6. Tratamientos grupales posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

INTERVENCIÓN	AUTOR	APORTACIÓN
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS ***(grupo como coadyuvante)***	Jones	Terapia de medio para jovenes con problemática conductual
	Aichborn	Grupo "muchachos rebeldes"
	Pichon-Riviere	Esquema E.C.R.O. (Esquema Conceptual Referencial Operativo)
PSICOTERAPIA DE GRUPO ***(grupo como coagente)***	Slavson Wolf Schwartz	Psicoterapia grupal "activa" para problemática conductual en infancia-adolescencia
	Wender	Enfoque psicoanalítico en enfermos mentales hospitalizados
	Ezriel	Grupo de conflicto focal
	Foulkes	Concepto de "matriz grupal"
	Bion	"Cooperación" y "asunción básica" del grupo
TERAPIA DE GRUPO ***(grupo como coadyuvante)***	Balint	Grupos operativos
	De Maré	Grupo grande y mediano
	Yalom	"Factores curativos" del grupo
	Lieberman, Whitaker y Whitman	Tensión focal grupal
	Vanni	Grupoanálisis en infancia y adolescencia
	Kaes	"Aparato psíquico grupal"

Finalmente, hay que destacar las primeras formaciones grupales que intentan integrar diversos enfoques. En esta línea, Mullen y Rosenbaum, hicieron énfasis en la gran flexibilidad del terapéuta y la decreción del nivel de estatus para promover una más genuina "experienciación". Saul Scheiidlinger trabajó creativamente en la integración analítica de dinámicas de grupo. Herietta Glatzer señaló la importancia de la alianza terapéutica. Pero quien aceleró este movimiento fue Durkin, cuyas aportaciones incidieron especialmente en Yalom, quien justifica sus ideas en sus trabajos de investigación clínica, quien defiende que la integración es el único camino de la ciencia del grupo. Whitaker y Lieberman hacen referencia en algunos de sus trabajos a las ideas de Durkin. McKenzie también trata de integrar la

psicoterapia de grupo de tiempo limitado con la dinámica y teorías del grupo pequeño (McKenzie, 1990).

Aparte merece mención el movimiento de *psicoterapia institucional* en Francia, que permitió el desarrollo de abordajes terapéuticos con una orientación a la vez sociológica y psicoanalítica. Así Tosquelles articuló la enfermedad mental y la alienación social reforzando el trabajo en equipo, la realización de reuniones frecuentes y terapias activas y la utilización de técnicas que recalcaran la singularidad del enfermo. Además se interesó por el análisis y la interpretación de las transferencias del conjunto del personal del hospital en un contexto grupal. Gracias a todos estos abordajes, se pudieron observar progresos en el conocimiento de la función terapéutica de la institución lo que además contribuyó a realizar modificaciones del contexto institucional. Todo este movimiento propició que en 1985 se dictara en Francia una ley sobre sectorización y, a partir de esta, la continuidad de cuidados en lugares variados y en diferentes períodos de tiempo.

Esta psiquiatría de sector representó en Europa el antecedente más importante de la psiquiatría de comunidad. Además, en los últimos treinta años, los nuevos tratamientos farmacológicos han permitido a los equipos terapéuticos disminuir la vigilancia estricta de los pacientes, consiguiendo que éstos se responsabilicen más de sus procesos, que también se vean más libres a la hora de tomar decisiones y disminuyan los conflictos entre ellos y el personal a cargo de su tratamiento. En América Latina, sobre todo en el sector privado, fue donde se desarrollaron las primeras experiencias al respecto, de la mano de García Badaracco en los años 90, aunque la liberalización del medio hospitalario comenzó en Estados Unidos ya a principios de los años 50 (Guimón, 2007).

Mario Colli Alonso concluye en su trabajo que hay una tendencia hacia la integración de diferentes métodos en psicoterapia de grupo a nivel mundial. En este sentidose mantiene un gran desarrollo en EE.UU, caracterizado por la integración de corrientes, mientras que en Europa priman los enfoques analíticos con Inglaterra e Italia a la cabeza, siendo España el país dominante en enfoque analítico-vincular. En definitiva, países como España, Argentina y EE.UU. son consideradoscentros de desarrollo de psicoterapia de grupo a nivel mundial (Colli Alonso et al., 2004b).

2.2.2. Aspectos históricos de la terapia de grupos multifamiliares.

El reciente trabajo de Marcos Sierra recoge los aspectos más importantes respecto a los primeros trabajos realizados en formato grupal familiar y los principales autores que lo promovieron (Marcos Sierra, 2010).

Así empieza hablando del contexto en que se inició la psicoterapia de grupos a partir de las carencias de la farmacología y otras psicoterapias en el abordaje y la integración social del enfermo mental crónico. Las experiencias desde el tratamiento con familias de pacientes mentales graves fueron conduciendo a la creación de varios estilos de trabajo grupal y familiar. Desde esta perspectiva surgen aportaciones de Laqueur, Detre, Bowen y García Badaracco, gestando lo que actualmente se conoce como "Terapia de grupos multifamiliar", dando lugar a experiencias creativas, pero también atrevidas. Cuando aún no se habían desarrollado los presupuestos teóricos fundamentales del tratamiento familiar, estos autores se permitieron juntar a grupos de familiares de pacientes graves con la ilusión de dar una respuesta eficaz al sufrimiento humano.

Así en los años 60 se desarrolló la Terapia Familiar Múltiple aplicada a familias de esquizofrénicos. Detre, Sayer, Norton y Lewis reunieron a varias familias de esquizofrénicos y observaron cambios positivos, tanto en los pacientes como en los familiares. Los mismos resultados fueron observados por Laqueur, Laburt y Morong y ambos grupos destacaron mejorías en sintomatología y sociabilidad del paciente, en la comunicación familiar y en el estado de ánimo de los familiares (Laqueur, Laburt, & Morong, 1974). Laqueur atribuyó la eficacia de esta terapia a la ayuda que se prestaban las familias para cambiar su estilo de comunicación y organización disfuncional, lo que era más difícil de conseguir en terapias unifamiliares. Laqueur decidió reunir a pacientes y sus familiares en un solo grupo de 2 horas de duración, en el que se discutían problemas y se informaba sobre los tratamientos y evolución de los pacientes. Encontró dificultad en trabajar con grupos grandes, por lo que decidió formar grupos de 4 ó 5 pacientes y sus familias. Observó un cambio positivo en la evolución de los pacientes cuyos familiares participaban en los grupos de terapia. Antes de hacer partícipes a los familiares de estos tratamientos era frecuente un retroceso en la evolución de los pacientes que eran visitados por ellos. El aprendizaje por analogía y la sintonización serían mecanismos que favorecerían el cambio, el cual, a veces, se producía de forma indirecta, inconsciente, al observar las discusiones de otras familias. Igualmente, el cambio podía producirse cuando las familias comentaban lo observado, lo que podía ser más fácilmente aceptado que si procede del terapeuta. En las sesiones además cada uno observaba cómo interactúan los otros padres e hijos,

produciéndose interacciones cruzadas interfamiliares en las que padres e hijos de diferentes familias hablaban entre sí. Estas interacciones iban construyendo una auténtica red social en la que se podía hablar y escuchar. Laqueur, en definitiva, definió la Terapia Familiar Múltiple como el instrumento para mostrar a las familias información acerca de su conducta a través del espejo y de la grabación, mediante la cual podía comparar las cosas que hacían uno a otro (Laqueur, 1972; Laqueur et al., 1974).

En esta misma década, Murray Bowen desarrolló su método de terapia multifamiliar con pacientes mentales graves en el Centro Médico de la Universidad de Georgetown. La teoría y la práctica de este método, no obstante, comenzó unos años antes como experimento de investigación clínica. Bowen observó que al incluir a los miembros de la familia y observar su sistema de relación aparecían nuevas posibilidades para el cambio. Destacó la vinculación simbiótica de madres y pacientes. Planteó posteriormente un tipo de estructuración que permitía reunir a varias familias evitando la unión emocional social en los grupos, para así preservar la separación emocional en las familias lo que, según él, le permitía analizar los matices de la interdependencia emocional. Así, el objeto de atención era la interdependencia emocional entre los esposos de cada familia. Al igual que Laqueur, Bowen afirma que es más fácil conocer realmente el propio problema cuando es observado en otras personas. Pero este método de terapia fue más operativo en la práctica privada y en diversos programas de enseñanza y supervisión, consiguiendo excelentes resultados con familias aisladas (en algunos casos, durante determinados períodos, asistió a las sesiones un solo miembro de la familia). Entre los hallazgos más importantes de este proyecto de investigación Bowen señala una mejoría en los resultados y en poco tiempo, siendo hasta un 50% más rápido que para otros problemas clínicos. Este rápido avance de las familias llevó a Bowen a consolidar este tipo de abordaje y lo que inicialmente fue un estudio piloto en la Universidad de Georgetown, pasó a convertirse en un método ampliamente utilizado en la zona de Washington (Bowen, 1978).

La influencia del modelo de psicoanálisis multifamiliar propuesto por García Badaracco (García Badaracco, 2000) nos llevará a desarrollar con mayor amplitud este apartado, dado que nuestra propuesta de Psicoterapia Multifamiliar con equipo reflexivo y enfoque integrador e interfamiliar para el tratamiento de patología conductual en la adolescencia, contiene una serie de aspectos comunes con el trabajo y experiencias que ha desarrollado este autor. García Badaracco comenzó a desarrollar la experiencia de las comunidades terapéuticas que ha tenido vigencia hasta los años 90. Los más de 30 años de experiencia y enriquecimiento en la combinación de técnicas y modelos de tratamiento han dado fruto y han resultado pioneros en el trabajo de las psicosis.

A principios de los años 60, García Badaracco comenzó a utilizar los grupos multifamiliares en el Hospital Borda de Buenos Aires. Desarrolló una combinación de técnicas y recursos provenientes de diversos enfoques terapéuticos. La combinación de la psicofarmacología, la terapia de grupo, terapia familiar, grupos multifamiliares, musicoterapia y otras variantes, supusieron un contexto de enriquecimiento e innovación respecto de las aplicaciones posibles del psicoanálisis. Por tanto, fue muy criticado desde el psicoanálisis ortodoxo y desde corrientes de terapeutas familiares y de grupo.

A este autor también debemos el impulso y la idea de utilizar formatos "multifamiliares" para la investigación. Además una de las aportaciones más importantes de Badaracco es la integración para aplicar psicoanálisis a las psicosis y a las perturbaciones graves de la personalidad. Se trata de un psicoanálisis en un contexto multitudinario, en el que se trabaja la conflictiva psicoanalítica habitual que es individual y familiar. De esta forma, el psicoanálisis se transforma en multifamiliar, siendo muchas las familias presentes en el mundo individual de cada uno de los componentes del grupo. Este contexto tan amplio puede contener mejor a aquellos pacientes graves inabordables desde un diván, ya que permite que los pacientes hablen más de lo que sienten, de lo vivido y del sufrimiento. De esta manera García Badaracco integra psiquiatría (la psicofaramacología comienza en los años 50) y psicoanálisis, pero no incorporando la psicoterapia como un simple agregado, sino como algo fundamental en conjunción con los tratamientos psicofarmacológicos cuando son necesarios. Introduce así al Psicoanálisis Multifamiliar como un nuevo enfoque psicoterapéutico que actúa como una "matriz terapéutica" de re-desarrollo de la virtualidad sana potencial de las personas que padecen sufrimiento mental, quienes han quedado atrapadas en una trama de interdependencias recíprocas patógenas dentro de su entorno familiar. Este tratamiento llevado a grupos multifamiliares actualiza, por tanto, un cierto conflicto bajo variadas versiones o formas en diferentes constelaciones familiares y focaliza la discusión en un problema humano común (relaciones familiares traumáticas, miedo y expresiones de violencia,…). La experiencia de los grupos mostró el trabajo de analista mejorado. Los diálogos que se generaban en los grupos ayudaban mucho a los familiares a entender los problemas de sus hijos enfermos a través de otros hijos presentes en el grupo. Además el grupo se convirtió en un "continente" adecuado para tratar los propios miedos a la violencia. La facilitación de la violencia, sobre todo verbal, permitía manejar la agresividad evitando el pasaje al acto. Al contar con un contexto de mayor seguridad, las personas del grupo se atrevían a expresarse con más facilidad.

La presencia de varias generaciones en los grupos también permitía el manejo de pasado, presente y futuro de una forma más funcional, teniendo en cuenta la variedad de experiencias y la capacidad de los implicados en ponerlas en conexión. Otros autores que trabajaron con

modelos trigeneracionales en terapia familiar, como Canevaro (1995), encontraron más recursos en el abordaje de pacienters graves cuando se trabajaba con familia de origen en grupos de terapia (Garrido & Espina, 2001). Esto se multiplicaba si además participaban otros profesionales o componentes del contexto comunitario donde se desenvolvía el paciente, lo que también consideró García Badaracco en su modelo de trabajo. Esta "multiterapia" favorecería mayor número de agentes de cambio. Además la participación de los propios pacientes como coterapeutas facilitaba un clima emocional muy significativo. Este autor también señalaba que el propio trabajo personal de los terapeutas se convertiría en una herramienta clave para el manejo de este tipo de grupos. Otro elemento propuesto como fundamental en la técnica era la creatividad para tratar de coordinar los diálogos de cada componente del grupo con la tarea de conjunto del grupo. A través del diálogo, se ponían en evidencia aspectos inconscientes, aspectos que eran disparados por otros que habían intervenido previamente. Así resultaba más fácil visualizar las tramas patógenas en el contexto multifamiliar que en la familia nuclear. En dicho contexto multifamiliar existe además mayor seguridad para evitar la compulsión a la repetición, ya que el grupo multifamiliar actúa como continente que puede hacerse cargo de los componentes más enfermos y regresivos. El contexto social ampliado permiteía un reconocimiento de lo que se decía pudiendo tener lugar una experiencia emocional correctora que costaba mucho en el seno de la propia familia. Además el manejo de los movimientos regresivos y progresivos se hacía más fácilmente con el trabajo multifamiliar por contar con muchos más recursos y por la facilitación de un contexto seguro para los manejos de las violencias internas de los pacientes y de las expresiones emotivas negativas de los familiares.

Por otro lado, la postura terapéutica de García Badaracco se aproxima más a los presupuestos constructivistas del "no saber" lo que le ocurre al paciente, tratando de colocar al paciente en una situación que facilite realizar descubrimientos de sí mismo.

En cambio, el modelo de Mc Farlane (1995) se encuadra dentro de los modelos psicoeducativos, aunque en su desarrollo utiliza técnicas e intervenciones psicoterapéuticas (McFarlane, 1983b). Este autor también ha desarrollado a lo largo de las 3 últimas décadas un importante trabajo de investigación con grupos multifamiliares de pacientes psicóticos en el Hospital Spring Harbor (Estados Unidos) que ha demostrado eficacia en reducción de recaídas, así como deterioro social y carga familiar, tanto en diferentes estudios como en rigurosas revisiones sistemáticas sobre ensayos clínicos en la Cochrane Schizofrenia Group. Además en un estudio multicéntrico en escenarios clínicos normales durante 2 años se comparó un modelo de intervención aplicado a familias individuales con otro aplicado a grupos multifamiliares, dirigido a mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes y familiares y a desarrollar sus redes de soporte social. Se encontró con tasas de recaídas en el grupo multifamiliar significativamente

más bajas y además mejores resultados en adherencia a medicación., reducción de dosis farmacológica y mejora en aspectos laborales (McFarlane, 1983a). En otro estudio compararon los efectos de tres modalidades de intervención familiar: grupos psicoeducativos multifamiliares, tratamiento psicoeducativo unifamiliar y grupos multifamiliares dinámicos. Después de cuatro años de seguimiento, los grupos multifamiliares fueron más efectivos que los del formato unifamiliar y presentaron menores tasas de recaídas. Los autores concluyeron que los grupos multifamiliares con medicación de mantenimiento y psicoeducación, reducen significativamente la tasa de recaída y sugieren que los resultados a largo plazo pueden derivarse más del formato de grupo multifamiliar que de la psicoeducación (McFarlane, Link, Dushay, Marchal, & Crilly, 1995).

En el modelo de Mc Farlane encontramos cuatro tipos de formatos en función de la duración (breve o larga) y del tipo de grupo (abierto o cerrado). En familias con enfermedad crónica se han objetivado mejores resultados con grupos cerrados con una duración media de 1 a 2 años. La terapia es de tipo ambulatorio y las sesiones son de 90 minutos, con periodicidad quincenal.

Mc Farlane también establece la utilidad de utilizar 4 tipos de intervenciones básicas (McFarlane, 1983b):

1. *Autotriangulación.* El terapeuta se interpone entre las familias o los miembros de ella, apoyando, bloqueando, interactuando o clarificando aspectos de la comunicación.
2. *Interpretación grupal.* El terapeuta comparte reacciones personales y realiza interpretaciones de la dinámica grupal con el objetivo de favorecer la cohesión del grupo.
3. *Enlace transfamiliar*. El terapeuta invita a los miembros de una familia a comentar lo observado en otra, alejándose de la posición de experto en el que le sitúan las familias y desvía las preguntas al grupo o a otro miembro. Estas intervenciones se han visto muy útiles en la resolución de conflictos y para facilitar la comunicación.
4. *Tratamiento interfamiliar*. Tras establecimiento de cohesión grupal, el terapeuta refuerza, regula o desconforma interacciones, ya sea felicitando la intervención de algún miembro o mostrando abierto desacuerdo si ve un peligro potencial en lo que se dice.

Otro autor, Steinglass (1998), desarrolló Grupos de Discusión Multifamiliar en pacientes con enfermedad crónica. Su trabajo comprende una década de investigación en el Centro de Investigación para la Familia del Centro Médico de la Universidad de George Washington y posteriormente en el Instituto Ackerman de Nueva York. Estas investigaciones estuvieron muy influenciadas por los hallazgos que surgieron de estudios de enfermedades psiquiátricas crónicas,

enfermedad médica y la familia en particular. Este autor, junto a otros como Bennett, Wolin y Reiss, llevó a cabo una serie de estudios sobre familias alcohólicas en 1987.

Las aportaciones de todas estas investigaciones de Steinglass sugieren que la versión del modelo de grupo desarrollado puede ser aplicable no solo a diferentes enfermedades, sino también a circunstancias en las cuales los pacientes identificados ocupan diferentes roles generacionales dentro de la familia (Steinglass, 1998).

De estos trabajos de investigación los principales hallazgos que extrae son: la capacidad de los grupos para el establecimiento de una comunidad de familias con experiencias compartidas; el énfasis de las fuerzas familiares y la postura no patologizante, creando una atmósfera en el grupo desde la cual sea más factible manejar los problemas y que sean vistos de otro modo; el grupo también permite la discusión de las múltiples perspectivas de los problemas de la enfermedad, generando esfuerzos colaborativos en la resolución de problemas dentro de la propia familia y entre familias o entre familias y los líderes del grupo; mediante la participación en estos grupos de discusión se adquiere la habilidad para tomar una postura observacional, lo que facilita una apertura de los miembros de la familia a nuevas perspectivas que no sería posible si estuvieran sintiendo una necesidad de defender su conducta ante otros.

Según esta visión de Steinglass, los grupos multifamiliares jugarían un papel importante en contextos médicos, para ayudar a los pacientes, a las familias y a los clínicos a desarrollar una comprensión compartida del impacto de la enfermedad médica crónica en la vida familiar. Estos grupos de discusión multifamiliar están elaborados según protocolos estructurados, lo que los hace atractivos para que las familias puedan afrontar los retos asociados a un amplio rango de enfermedades. No obstante, Steinglass también concluyó que este modelo requeriría ensayos clínicos controlados que permitieran establecerle impacto en los pacientes y sus familias, es decir, estudios de eficacia; además, necesitaría pruebas de campo que demostraran la efectividad y el potencial coste/beneficio, así como los problemas reales que más se beneficiarían de estos grupos multifamiliares.

También Kaufman merece especial mención por la importante influencia que ha tenido en el desarrollo de la modalidad terapéutica de grupos multifamiliares en los casos de abuso de drogas (Kaufman, 1999). Este modelo comenzó con una perspectiva educativa y con un enfoque directivo y de apoyo. Este autor consideró la gran utilidad de trabajar con grupos de parejas, incorporando personas significativas, con grupos de adolescentes y menores de familias con problemas de adicción. Estos eran grupos más pequeños (formados por dos o tres parejas), aunque Kaufman sostenía que no deberían ser una modalidad de tratamiento aislada, ya que no cumplían lo esencial del modelo trigeneracional.

Con la modalidad multifamiliar, sin embargo, encontró un impacto múltiple de la terapia, de tal manera que consiguió llevar a familias con graves problemas de drogas a estados saludables libres de sustancias. Ello se consiguió, en parte, a la nueva red de apoyo que se generaba, una familia de familias que ofrecía una alternativa a la red de facilitadores y abusadores de sustancias. Estableció además que el equipo terapéutico debía estar formado por terapeutas con experiencia en terapia familiar y en terapia de grupo y que se sintieran cómodos en grupos grandes. Además, debía haber al menos un coterapeuta que fuera preferiblemente adicto a sustancias recuperado o que estuviera en proceso de recuperación, lo cual podría enfatizar la importancia que tienen las fuerzas familiares para conseguir un estilo de vida saludable libre de drogas. Las fases tempranas de la terapia multifamiliar se caracterizaban por el apoyo que recibían las familias de otras familias cuando expresaban el dolor que habían experimentado en el proceso de adicción de su familiar adicto. Más adelante, la familia aprendería a ver la reciprocidad de los aspectos destructivos de la interacción con el paciente identificado. Los terapeutas y las familias identificaban patrones de manipulación y coacción que eran bloqueados rápidamente. Igualmente, las familias identificaban la perpetuación del abuso de sustancias del paciente identificado y su comportamiento dependiente a través de ser la cabeza de turco, así como el distanciamiento y la infantilización. En esta fase se trabajaría promoviendo nuevas formas de relación entre los miembros de las familias. Esta terapia multifamiliar era especialmente útil para brindar apoyo emocional necesario para que padres aglutinadores se pudieran separar del paciente adicto (este es un aspecto característico entre familias de adictos). En fases más avanzadas estas familias podrían expresar aspectos de duelo reprimido intenso, aspecto crucial para su sana adaptación. Finalmente, en la última fase la familia y el paciente identificado se enfrentarían a la separación del grupo (Kaufman & Kaufman, 1977).

Ya iniciado el siglo XXI los autores que desarrollaron tratamientos grupales multifamiliares en Europa, siguiendo la línea de Laqueur, y Mc Farlane fueron Cooklin y Bishop.

Alan Cooklin y Peter Bishop destacan por llevar a cabo intervenciones multifamiliares en Londres a través de los “talleres de kidstime” con el objetivo de disminuir el impacto en niños cuyos padres padecen una enfermedad mental grave. El manual para Kidstime de intervención social se ha basado en la experiencia y evaluación de tres proyectos en el centro de Londres durante un período de unos 12 años.

Los talleres se originaron en 1999, en parte como resultado de la experiencia de talleres similares para adultos y sus familiares, sobre los 10 años precedentes (Bishop, Cliverd, Cooklin, & Hunt, 2002). Bishop se dio cuenta de que casi todas las intervenciones en familias de pacientes con enfermedad mental eran exclusivamente con los adultos y que los miembros más vulnerables

de la familia, los niños, eran mayoritariamente ignorados. Los talleres se llamaban originalmente "qué debemos contar a los niños" como expresión del disconfort que muchos padres sentían cuando intentaban explicar su enfermedad mental a sus hijos. Los talleres fueron más tarde renombrados kidstime (como sugerencia de algunos de los niños participantes) en reconocimiento de la primacía de las necesidades de los niños tratadas en los talleres. Según se desarrollaban los talleres, tanto los niños como los padres participaron en la producción de una película de demostración (Ser vistos y oídos: las necesidades de niños con padres con enfermedad mental) (Cooklin, 2004) y los niños participaron en un cortometraje para Internet explicativo (Cooklin & Njoku, 2009). Los talleres de Kidstime son encuentros mensuales para niños y jóvenes que tienen padres con enfermedad mental. Los talleres los conducen una combinación de profesionales de la salud mental y de servicios sociales, un profesional del teatro y voluntarios (todos ellos descritos trabajadores de familia) y duran 2 horas y media después de la escuela. Empiezan con un seminario corto para niños y padres conjuntamente en que algún aspecto de la enfermedad mental o preguntas sobre ella son discutidas y ejemplificadas. Le sigue una separación en grupo para los niños o adolescentes y los padres (Cooklin, Bishop, Francis, Leonard, & Asen, 2012b).

Pero, otro terapeuta familiar que desarrolló ampliamente grupos de terapia de modalidad multifamiliar en el Reino Unido fue Asen. El enfoque utilizado fue fundamentalmente sistémico y la intervención estaba dirigida sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes con diversos problemas (trastornos de alimentación, niños y adolescentes víctimas de abuso, patología física crónica, abuso de alcohol y otras sustancia y psicosis de inicio). También era partidario de incluir en los grupos de terapia a los pacientes identificados junto a sus familias. El encuadre era abierto y no directivo. No obstante, planteaba realizar sesiones individuales previas con las familias participantes para mejorar la adherencia al grupo de terapia (llegó a proponer hasta 3 sesiones previas a iniciar el trabajo grupal). Aportó reflexiones acerca de la efectividad, mediante estudios de tipo cualitativo y otros cuasiexperimentales. Asen ya habló de un trabajo interfamiliar en las últimas etapas del proceso grupal en que los profesionales se mostraban menos activos en las sesiones, permitiendo la elaboración y reflexión entre familias constituyentes del grupo. Proponía además trabajar diversidad de familias y patologías en el mismo grupo de terapia, ya que pese a esta amplia gama de problemas, las familias llegaban a reconocer aspectos comunes en las dificultades interrelacionales. Igualmente esto permitió explorar el significado que el síntoma tenía en función de la cultura y origen de cada familia. Asen observó el efecto beneficioso que este trabajo grupal multifamiliar añadía a los pacientes y las familias respecto al tratamiento habitualmente utilizado (Asen & Schuff, 2006), pero señaló que se precisaban de más estudios de efctividad y coste-efectividad que compararan esta intervención con el

tratamiento habitual llevado a cabo para estos pacientes (tratamiento psicofarmacológico y otros enfoques de terapia individual o grupal).

2.2.3. Del tratamiento grupal al tratamiento grupal multifamiliar en España.

Al respecto destaca el trabajo de Elustondo que recoge los acontecimientos históricos y las aportaciones de los profesionales más relevantes, así como las diversas tendencias existentes. En este trabajo, Elustondo destaca que la psicoterapia de grupo entra en España de la mano del psicoanálisis y que precisa de una cierta implantación de éste para su desarrollo. En este mismo trabajo menciona la importancia del psiquiatra catalán Emili Mira y López, considerado como uno de los pioneros de la psicoterapia de grupo en nuestro país, comenzó a organizar grupos a principios de los años 30, consiguiendo que 1300 pacientes del Hospital de Sant Boi se organizaran de forma autosugestionada, lo que le convirtió en el precursor de las comunidades terapéuticas. Sus experiencias sobre las neurosis de guerra destilaban mucha influencia de Rickman. Elustondo también concede importancia a uno de los discípulos de Mira y López, Francesc Tosquelles, quien fue uno de los impulsores de la Psicoterapia Institucional, desarrollando en el período de la Guerra Civil desde Almodóvar del Campo (Ciudad Real) una comunidad terapéutica con equipos que comprendían todo tipo de voluntarios, inclusive curas y prostitutas. Así "la filosofía que transmitía era la de una psicoterapia centrada en el reconocimiento del individuo, la relatividad de muchas de sus manifestaciones y la importancia de lo social en todo su desarrollo, tanto normal como patológico" (Elustondo Ferre, 2010).

Pero fueron Sarró y Martí-Tusquets los pioneros de las corrientes de psicoterapia de grupo psicodramáticas en España. A su vez, desde Barcelona, hubo un desarrollo de las psicoterapias de grupo de la mano de el Centre d´Estudis Psicoanalitics, encabezado por Juan Ramón Otaola. Así en 1952 se inició el primer grupo psicoterapéutico de tipo heterogéneo y abierto. A partir de 1966 empezaron a utilizar el psicodrama en sus grupos. Un aula de anatomía de la Facultad de Medicina de Barcelona fue transformada en el primer teatro terapéutico aparecido en un centro universitario español.

De forma casi paralela, en 1962, nace en Madrid el Instituto-Clínica de Psicoterapia "Peña Retama", primer centro concebido como comunidad terapéutica. Algunos profesionales formados aquí posteriormente impulsarían la creación del Centro Psicoanalítico de Madrid (CPM), bajo el liderazgo del Dr. Gállego Meré. De entre los miembros del CPM, el Dr. Valiente incorpora a su base psicoanalítica las técnicas psicodramáticas, utilizando ocasionalmente técnicas gestálticas, bioenergéticas y análisis transaccional.

Desde la influencia argentina, en España emerge el desarrollo del modelo vincular y relacional a partir de la formación realizada con Bauleo, que introduce el esquema conceptual operativo, partiendo de los grupos operativos de Pichon-Riviére. Pero fue el Dr. Caparrós quien realiza una elaboración del modelo analítico-vincular, articulando lo social y lo psicoanalítico. Define como objeto de la psicoterapia al grupo, primando el vínculo entre los individuos, es decir, concede más importancia a las relaciones que a los contenidos. En esta misma línea, también a Alejandro Ávila Espada se le cofiere el interesante mérito de realizar el diagnóstico vincular para la formación del grupo terapéutico y para la selección de los integrantes (Colli Alonso et al., 2004b).

Pero fue en el año 1975 cuando se constituyó el Instituto de Psicoterapia de Bilbao, en el cual partiparon varios profesionales y con una intensa actividad grupal, tanto con adultos como con niños. Posteriormente, en 1982, se organizó un entramado asistencial, dirigido por el Dr. Ayerra que aún sigue ofreciendo una alternativa asistencial en la que lo grupal está muy presente (Elustondo Ferre, 2010).

Paralelamente a las experiencias asistenciales surgieron los cursos de Formación en Psicoterapia de Grupo que la Fundación OMIE, a través de su instituto de Grupoanálisis, creado en 1985, organiza con el reconocimiento académico de la universidad de Deusto. En este sentido destaca el programa formativo iniciado en 1974 por el Departamento de Psicología y Psiquiatría de la Facultad de Medicina del País Vasco (Prof. Guimón), con la ayuda del Instituto Peña Retama de Madrid (Prof. Ylla) y con la colaboración de otros profesionales. Este programa es en la actualidad el de mayor duración formativa y cuenta con el reconocimiento de la Universidad de Deusto (Sunyer, 2008).

Así todos estos datos históricos van describiendo un variado panorama de la realidad de la psicoterapia de grupo ya que los recorridos que cada profesional ha ido realizando son diversos. Todo ello decía el Dr. Campos que nos lleva a un concepto de co-construcción de líneas de trabajo que pueden entrecruzarse en algunos momentos y que en otros se manifiestan totalmente divergentes. Posiblemente considerar la evolución en este campo como algo lineal es erróneo. Así Nitsun dice, a través de una cita de Skinner, que la psicoterapia de grupo se encuentra todavía en un estado, más primitivo, confuso, conflictivo y difuso, a pesar de los intentos realizados para definir la totalidad del campo implicado, y presentando, sin embargo, muchos desacuerdos y tensiones entre distintos profesionales. Añade una segunda observación, procedente una importante revisión del estado de la cuestión, publicada el American Journal of Group Psychotherapy, y que habla de los diez modelos contemporáneos de psicoterapia de grupo, y en la que subraya la confusión e el ámbito de la conceptualización teórica de las intervenciones grupales, las limitaciones en la comprensión empírica del proceso grupal y de los

resultados y una inadecuada relación entre investigación y práctica (Nitsun, 1996;Colli Alonso & Lorenzo, 2004).

En España la constitución de un grupo multifamiliar tuvo lugar en 1984, en el hospital de día de una institución pública ubicada en Guecho (Vizcaya) de la mano del Dr. Norberto Mascaró. Este hospital de día empezó a funcionar, según los principios de Comunidad Terapéutica Psicoanalítica que García Badaracco desarrolló en Buenos Aires, a través del grupo multifamiliar como recurso fundamental en el abordaje de la patología mental grave a partir de 1972. Inicialmente se llevó a cabo un trabajo previo con cada familia candidata a participar en el grupo (por lo general, padres de pacientes psicóticos), para después ir conformando el grupo multifamiliar sin los pacientes, quienes fueron incluidos en el trabajo grupal 15 años después, tras haber realizado todo un trabajo terapéutico con los padres. A partir de entonces las sesiones comenzaron a tener una periodicidad semanal (con los padres era quincenal). El equipo terapéutico que llevaba adelante la tarea en coterapia estaba constituido por tres psiquiatras, una psicóloga y una enfermera psiquiátrica, lo que no fue obstáculo para que este trabajo conjunto se constituyera como medio de aprendizaje a través del trabajo clínico y la reflexión continua (Mascaró Masri, 2006).

Posteriormente, en el año 2002, hubo una experiencia similar a la de Mascaró en la constitución de un grupo multifamiliar en el hospital de día de salud mental para adolescentes en Mollet del Vallés (Barcelona), partir de un momento de transición y de reorganización de esta institución perteneciente al Hospital Sant Joan de Deu. En ese momento, el equipo multidisciplinar implicado, aunque contaba con profesionales de formacion y orientación diversas, acordó constituir una comunidad terapéutica que priorizara la participación activa y conjunta de adolescentes y familias en las actividades terapéuticas, rompiendo la fragmentación de espacios (Sempere, 2015). Así, impulsado por Sempere, este modelo se puso en marcha en la institución a partir de febrero de 2003, con sesiones quincenales en un gran grupo de familias y adolescentes que trataban de encontrar salidas a diversas problemáticas tanto a nivel individual, como en la relación con las correspondientes familias, con los profesionales y con la institución. Posteriormente, Semepere dirigió el Centre de Terapia Interfamiliar (CTI) en Elche, centro clínico y de investigación de modelos de terapia de carácter más humano y efectivo. Pero fue en el año 2008 cuando creó la Asociación Salut Mental, con sede en el mismo centro, para facilitar la accesibilidad de los pacientes y familiares al tratamiento y promover la investigación y formación en salud mental (Sempere Pérez & Fuenzalida, 2013a). No obstante, el CTI viene funcionando como unidad de tratamiento intensivo a partir de 2011, a modo de hospital de día, con fines terapéuticos y educativos, tanto para adolescentes con problemas de adaptación socio-familiar y escolar, como para sus familias. Se facilita así un contexto en el que se empieza a

abordar terapéuticamente y de forma simultánea a varias familias, posibilitando la confluencia de la terapia familiar y de la terapia grupal y potenciando los principios terapéuticos de ambos modelos, con la integración simultánea de varios tipos de intervención terapéutica conformándose así un modelo integrador y ecléctico por excelencia. Así quedaría definido el modelo de Terapia Interfamiliar que viene desarrollándose en algunas comunidades de España, con muy buena aceptación en la atención ambulatoria de problemas de salud mental.

A su vez el CTI es centro de formación y supervisión de profesionales que trabajan en sus correspondientes instituciones con este modelo de intervención grupal multifamiliar, cuyo funcionamiento, por tanto, se ha ido haciendo extensivo en diversas comunidades del sureste español (Sempere Pérez et al., 2012)

Además, también coordinada por el Dr. Sempere, la unidad de salud mental infanto-juvenil del Hospital Vega Baja de Orihuela, viene organizando, tanto para la población hospitalizada (a partir de 2008, que se crea la planta de hospitalización) como para la atendida de forma ambulatoria, sesiones de terapia de grupos multifamiliares de periodicidad semanal desde el año 2005 hasta la actualidad (Sempere Pérez, 2005).

2.2.4. Antecedentes de investigación en tratamiento grupal y tratamiento de grupo multifamiliar.

Pese a todos los avances mencionados respecto a lo grupal, es destacable que, a partir de los años los 60, y tras el movimiento de desinstitucionalización, surgen los primeros centros de salud mental, que solían realizar terapia de grupo, pero cometiendo el error de encomendar la tarea a personal poco entrenado, con lo cual esto perjudicó a este tipo de hacer terapia, pues sus resultados no eran demasiado deseables, consiguiendo una gran connotación negativa. Así, a la hora de buscar terapia, aún la inmensa mayoría no concibe que un tratamiento en grupo pueda ser tan válido (incluso mejor o más óptimo según el caso) como otro individual, pues parece que en vez de ir a tratarse se va a unos cursos, reuniones, charlas, escuchar, etc., y no a sesiones de terapia. Incluso es frecuente escuchar a muchos pacientes decir: “es que lo mío es muy serio, y necesito terapia individual…”.

Además, como se ha puesto de manifiesto en varias ocasiones, las intervenciones psicosociales en salud mental han sido puestas en entredicho por la dificultad que tienen en demostrar su eficacia, se han realizado importantes progresos mediante el establecimiento de *task forces* y guías terapéuticas (Chambless et al., 1998). Sin embargo, existen problemas específicos que limitan su alcance, como las dudas acerca de la validez externa, la fiabilidad y la

transparencia de las revisiones sobre eficacia que se realizan (Chambless & Ollendick , 2001). Uno de los principales problemas en la determinación de la eficacia de la psicoterapia es la dificultad para realizar estudios randomizados controlados (Klingberg & Buchkremer, 2001).

De acuerdo con la task force de la American Psychological Association, para hablar de "*tratamientos bien establecidos"* tienen que haberse mostrado eficaces en al menos dos estudios controlados y "randomizados" en al menos una de estas dos maneras: a) superior (con significación estadística) a placebo u otro tratamiento; b) equivalente a un "tratamiento bien establecido" en estudios experimentales con adecuado tamaño muestral. También varios experimentos de series de casos (n>9) que hayan mostrado eficacia a un tratamiento dado, los cuales tienen que presentar: a) un buen diseño y b) constituir estudios comparativos con otros tratamientos y mostrar eficacia en al menos dos estudios, de modo que supere con significación estadística a otro tratamiento o placebo. También conviene que, tanto para ensayos clínicos controlados como en series de casos, se posean manuales de tratamiento, que las características de las muestras de estudio sean bien especificadas y que los efectos del tratamiento sean demostrados por al menos dos investigadores diferentes o por dos equipos de investigación diferentes. Por otro lado, para que los tratamientos sean "*probablemente eficaces"* se tiene que cumplir: a) que dos estudios demuestren resultados de grupo experimental superiores a grupo control con significación estadística, b) que uno o más estudios cumplan criterior de tratamientos bien establecidos y c) que estudios de series de casos (n>3) cumplan criterios de tratamientos bien establecidos. Aparte también se plantea que para que un tratamiento psicológico sea eficaz ha de reunir o superar los requisitos de eficacia de tratamientos farmacológicos.

Chambless y Hollon proponen tres tipos de tratamientos según eficacia obtenida (Chambless & Hollon, 1998):

- *Tratamientos posiblemente eficaces*: si aún no se han replicado los resultados en otros estudios, pero cumplen criterios de tratamientos bien establecidos.

- *Tratamientos eficaces:* se han demostrado mejor que no recibir tratamiento en al menos dos estudios independientes).

-*Tratamientos eficaces y específicos:* han resultado mejores que otra alternativa de tratamiento o placebo.

Por otro lado, se ha visto que es usual en estudios de eficacia de intervenciones familiares que se compare la intervención familiar añadida a tratamiento habitual con tratamiento habitual exclusivo, siendo la cuestión principal si el tratamiento a estudiar (que puede ser un tratamiento bien establecido con otro componente añadido) resulta de mayor eficacia al tratamiento habitual o a otro tratamiento bien establecido (sin el componente del tratamiento a estudiar). Sin embargo, se ha visto en varias ocasiones que un tratamiento bien establecido acaba resultando eficaz se le

añada o no otro componente adicional, puesto que se ha comprobado ya eficaz sin tal componente. Además se ha comprobado que tratamientos psicológicos en combinación con tratamientos farmacológicos han resultado más eficaces por la complementariedad entre ambos (Chambless et al., 1998).

Mundt y colaboradores señalan los sesgos de los ensayos controlados en prácticas como la psicoterapia, que se basan más en la personalidad del paciente y del terapeuta que en la técnica y que frecuentemente procedimientos eclécticos utilizados dificultan adscribir los resultados a un procedimiento o a otro del tratamiento (Mundt & Backenstrass, 2001). Otro sesgo que se puede introducir a la hora de realizar un estudio de eficacia psicoterapéutica es la escasa homogeneización en las patologías y diagnósticos en relación a otros psiquiatras de orientación biológica.

En consecuencia, algunos autores solicitan que se realicen más estudios "naturalistas" en este campo y que se utilicen algunas medidas de resultados globales para ofrecer pruebas basadas en la práctica de la eficacia de psicoterapias. Se intenta así superar los problemas de manuales rígidos y evitar obligar a los clínicos a adherirse a teorías y prácticas que estén fuera de su interés y experiencia (Beutler, 2000).

Algunos autores han demostrado que la eficacia global de la psicoterapia grupal supera al placebo o a la ausencia de tratamiento. Pero es más discutida la eficacia en las distintas indicaciones y en los distintos tipos de abordaje grupal (McRoberts, Bulingame, & Hoag, 1998). En este campo destacaron Camus y Poignez con su texto publicado en 1904,"Aislamiento y psicoterapia", subrayando el reconocimiento del poder de las influencias del grupo, mediante comentarios del relativo éxito de los tratamientos a pacientes psiconeuróticos en la sala Pines de Salpetriere, en comparación con los resultados obtenidos con otros pacientes tratados en salas privadas. Pero quedó sin destacar la influencia recíproca ejercida entre los pacientes (Sunyer, 2008a). Además varias experiencias realizadas entre las dos Guerras Mundiales demostraron que ciertas técnicas consideradas hasta entonces heterodoxas, que incluían en especial el trabajo psicoterapéutico en grupo, así como intervenciones más globales llevadas a cabo en ciertas instituciones, podían ser muy eficaces (Guimón, 2007).

Jacob Moreno (Moreno, 1987, pág.34) señala que "..en Inglaterra comenzaron las investigaciones en la psicoterapia de grupo con Bierer y Bion, en 1941. Foulkes escribió en 1948 el primer libro sobre el tema. Levobici escribe: las primeras investigaciones sobre psicoterapia de grupo comenzaron en Francia en 1945" (Moreno, 1987 en Sunyer, 2008).

Pero destaca el papel que juega Yalom en este sentido, quien en 1975 desarrolla un inventario de base empírica, constituido por "11 factores terapéuticos" (los mecanismos terapéuticos comunes en todos los grupos): instalar esperanza, universalidad, proporcionar

información, altruismo, recapitulación correctora sobre el grupo familiar de origen, desarrollo de técnicas socializadoras, conducta imitativa, aprendizaje individual (incluyendo insight), cohesividad de grupo, catarsis y factores existenciales (Vinogradov, & Yalom en Sunyer, 2008). Estos factores terapéuticos ya habían sido definidos por otros autores previamente, pero Yalom los recoge en formato investigador.

En cuanto al tratamiento grupal multifamiliar, destacan Laqueur (1972), Bowen (1978) y García Badaracco (2000), quienes fueron pioneros con sus experiencias combinando aportaciones de la psicoterapia de grupo con el trabajo con las familias y tratamientos farmacológicos. Cpmop se ha mencionado en el apartado anterior, este proceso de experimentación sentó las bases de la "Terapia de grupos multifamiliar", agrupando muy diversos formatos. No obstante, pese a la riqueza de sus aportaciones y de los contextos de investigación en que se promovieron, se carecen de estudios de eficacia en estas fases iniciales. Las aportaciones más importantes las obtenemos en forma de descripción general del desarrollo de esta modalidad de tratamiento.

Aunque la literatura publicada acerca de los beneficios del tratamiento grupal multifamiliar es escasa, así como los trabajos de investigación al respecto, este formato terapéutico se ha ido extendiendo durante años sucesivos para el abordaje de diferentes patologías mentales (tales como abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, trastornos psicóticos y enfermedad crónica) y se ha ido haciendo cada vez más popular en tratamiento de diversos problemas de salud física y mental. La mayoría de las publicaciones al respecto han tenido lugar durante la década de los 70, siendo en la década de los 80 y en la primera mitad de la década de los 90 el período en que se ha encontrado menor producción al respecto. No obstante, la investigación ha ido incrementando en los últimos quince años y se ha ido reportando una amplia gama de beneficios obtenidos a partir del trabajo grupal multifamiliar, así como efectividad en la práctica clínica extra e intrahospitalaria. No obstante, se requieren más estudios cuantitativos que demuestren los factores que influyen en el proceso terapéutico de los pacientes que participan en el tratamiento grupal multifamiliar (Cooklin, Bishop, Francis, Leonard, & Asen, 2012a).

La terapia de grupos multifamiliar ha sido identificada como un modelo de tratamiento variable para una gran variedad de poblaciones. La mayor parte de las aportaciones coinciden en que una combinación de las teorías de los sistemas familiares y los factores de grupo terapéutico proporcionan la oportunidad de explorar múltiples niveles de relaciones intra e interpersonales entre las familias (Schaefer G., 2008).

En el apartado acerca del impacto bibliométrico del presente estudio realizado se profundizará en trabajos de investigación vigentes sobre la terapia de grupo multifamiliar.

2.3. EL ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA CONDUCTUAL Y EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE MEDIANTE TRATAMIENTOS CENTRADOS EN LA FAMILIA.

Puesto que para el abordaje de la problemática conductual y emocional en niños y adolescentes, se recomiendan intervenciones con familias y padres por la implicación que tienen en el origen de los problemas de conducta (Woolfenden et al., 2002), se plantea que intervenir desde esta perspectiva contribuiría a reducir su cronificación, favoreciendo la potenciación de las capacidades evolutivas y de desarrollo del adolescente, partiendo de la base de que la predicción catastrofista del adolescente por parte del padre o la madre hipotecaría de forma considerable su futuro, perpetuando la locura y la incomprensión. De este modo se concibe a la enfermedad mental desde una perspectiva de problemática vincular acontecida en los primeros años del desarrollo y sostenida a lo largo del tiempo, con un complejo y patológico entramado de relaciones, con posibilidad de revisión y reversión (Ayerra Balduz & López Atienza, 2003).

En la resolución de esta problemática se propone la TGM, modelo de intervención fundamentado en otros modelos terapéuticos que tienen en cuenta a la familia y que se han basado en el ámbito comunitario para hacer frente a la patología mental en sus diversos niveles de desarrollo (Tabla 4). Así se hace mención el modelo finlandés de "Open Dialogue" (Diálogo Abierto), que parte del construccionismo social y ha resultado efectivo en muchos casos de psicosis de inicio, con reducción del uso de neurolépticos y hospitalizaciones, potenciando las capacidades de la familia y el entorno del paciente durante el proceso de recuperación de la enfermedad. También se ha tenido en cuenta la Terapia Multisistémica, iniciada en Estados Unidos y extendida en varios países del norte y centro de Europa, siendo éste un modelo que dispone de un amplio repertorio de estudios de eficacia y efectividad en el tratamiento de conductas delictivas en adolescentes y que, como el anterior, interviene con el paciente identificado en su ámbito natural, teniendo en cuenta a la familia y otros sectores de su entorno próximo, desde una perspectiva multidisciplinar y multiprofesional. Además nuestro modelo de intervención comunitaria se basa en la filosofía del Psicoanálisis Multifamiliar desarrollado por García Badaracco en Argentina cuyo propósito es liberar a cada uno de los participantes de las influencias patógenas que limitan el desarrollo individual, bajo el convencimiento de que es la "convivencia", entre profesionales y pacientes, la que actúa como motor de cambio, según el principio de que "las personas cambian, aprenden y maduran como resultado de sus relaciones y experiencias interpersonales y sociales".

Pero el especial interés de la intervención propuesta reside en que es un modelo procedente de la Terapia Interfamiliar, cuyo origen, en el foro de Elche, parte de un enfoque psicoterapéutico integrador, confiriendo un carácter humanístico al tratamiento de los problemas clínicos que menoscaban la salud mental de la persona.

TABLA 7. Modelos que consideran a la familia como factor clave de cambio.

Modelo	***Autor/es principal/es***	***Período de inicio***	***Lugar***	***Enfoque psicoterapéutico***	***Procesos patológicos***
Psicoanálisis Multifamiliar	J. E. García Badaracco y M. E. Mitre	1970	Buenos Aires (Argentina)	Psicoanalítico Integrador	Trastorno mental grave y diversos problemas clínicos
Open Dialogue	J. Seikkula y M. Sutela	1980	Laponia (Finlandia)	Construccionismo socia Sistémico	Psicosis de inicio y trastorno mental grave
Terapia Multisistémica	S.Henggeler y Borduin C. M.	1990	Carolina del Sur (EE.UU.)	Sistémico Cognitivo-conductual	Problemática conductual adolescente
Terapia Interfamiliar	J. Sempere Pérez	2005	Alicante (España)	Sistémico Integrador	Problemática conductual adolescente, trastorno mental grave y diversos problemas clínicos

2.3.1. Modelo de Terapia Multisistémica (TMS).

Dentro de las intervenciones comunitarias, la Terapia Multisistémica (TMS) ha sido uno de los abordajes utilizados para adolescentes con conductas disruptivas desde el primer artículo que publicó Henggeler en 1986 (Hengeller et al., 1986).

La TMS es una intervención multifactorial, a corto plazo, basada en el ámbito domiciliario y comunitario para las familias de jóvenes con trastornos psicosociales y conductuales graves. Fundamentada en la teoría de los sistemas sociales, ecológicos y familiares, y en investigaciones sobre las causas y las relaciones del comportamiento antisocial grave en los jóvenes (Henggeler, Schoenwald, Borduin C.M., Rowland M.D., & Cunningham P.B., 1998; Henggeler, Schoenwald, Liao, Letourneau, & Edwards, 2002), la TMS está diseñada para abordar trastornos psicosociales complejos y proporcionar alternativas a la disposición en residencias fuera del hogar de niños y jóvenes.

El creador de la TMS, Hengeller (1995) argumenta que, si estos trastornos tienen múltiples determinantes, "se deduce que las intervenciones efectivas deberían ser relativamente complejas, y considerar las características de los adolescentes así como los aspectos de los sistemas clave en los cuales los adolescentes se encuentran inmersos" (pág. 116). Además esto es coherente con las teorías socio-ecológicas del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1979), según las cuales la conducta se considera un producto de las interacciones recíprocas entre los individuos y sus ambientes sociales; y con las teorías de los sistemas familiares, que parten de la creencia de que la conducta de los niños refleja interacciones familiares más complejas (Haley, 1976; Minuchin, 1974).

Según lo describen quienes la desarrollaron, la TMS utiliza un "modelo de prestación de servicios de preservación familiar" que proporciona servicios por tiempo limitado (de 4 a 6 meses) a toda la familia. Los equipos de tratamiento constan de terapeutas profesionales y asistentes sociales de crisis, que son supervisados por psicólogos o psiquiatras clínicos (Henggeler et al., 1998). Los terapeutas son profesionales de la salud mental que tienen pocos casos y están disponibles para los participantes del programa las 24 horas del día, 7 días a la semana. El tratamiento es individualizado para abordar las necesidades específicas de los jóvenes y las familias, e incluye el trabajo con otros sistemas sociales como las escuelas y los grupos de pares (de allí el nombre de multisistémico). El tratamiento puede centrarse en el cambio cognitivo o de la conducta, las habilidades para la comunicación, las habilidades de crianza, las relaciones familiares, las relaciones con los pares, el rendimiento escolar y/o las redes sociales (Figura 1).

Las características clínicas de la TMS incluyen la evaluación integral del desarrollo del niño, de las interacciones familiares y de las interacciones de los miembros de la familia en otros sistemas sociales. Las entrevistas con los miembros de la familia habitualmente se realizan en el hogar. En consenso con los miembros de la familia, el terapeuta identifica un conjunto bien definido de objetivos del tratamiento. Se identifican las tareas requeridas para alcanzar estos objetivos, se asignan a los miembros de la familia y se controlan en sesiones familiares periódicas que tienen lugar al menos una vez a la semana, a veces todos los días, en el hogar de la familia.

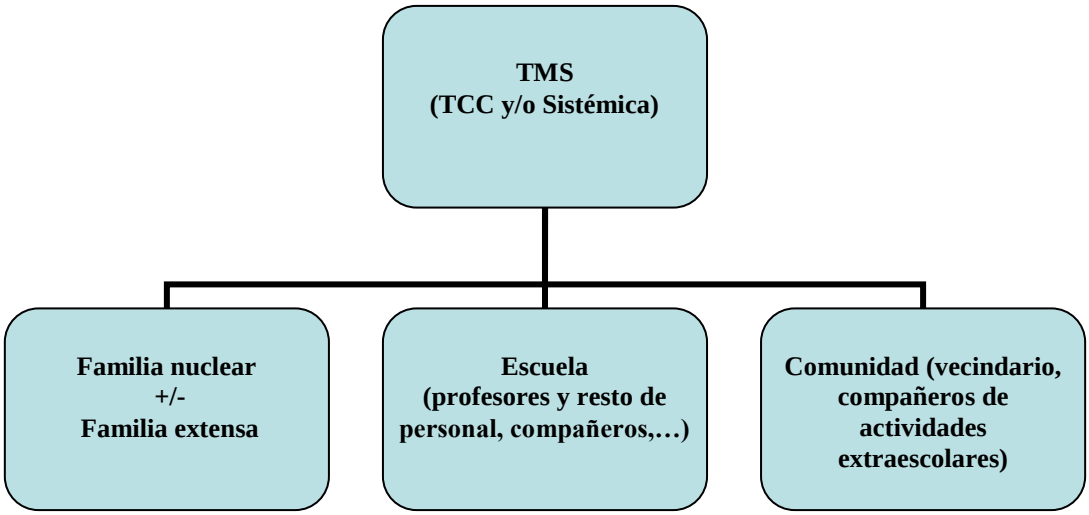
La TMS no tiene un conjunto exclusivo de técnicas de intervención; en cambio, "las estrategias de intervención se integran a partir de otros modelos de tratamiento pragmáticos, centrados en el problema" que incluyen la terapia familiar estratégica, la terapia familiar estructural y la terapia cognitivo-conductual (Henggeler 1995, pág. 121). De acuerdo con sus creadores, "la terapia multisistémica se distingue de otros enfoques de intervención por su conceptualización integral de los trastornos clínicos y la naturaleza multifactorial de sus intervenciones" (Henggeler 1995, pág. 121).

Este modelo de intervención se ha centrado principalmente en población adolescente con diversos y graves trastornos emocionales, trastorno de consumo de sustancias, adolescentes maltratados físicamente y en situación de atención médica crónica. Además se han diseñado diversos estudios de eficacia y/o efectividad que han demostrado la utilidad de este tratamiento en la reducción de síntomas externalizantes a medio y largo plazo (Hengeller, 2012).

Un supuesto que subyace en la TMS, y que justifica el énfasis en la implicación familiar, es que el cambio en la ecología social de los adolescentes dirigido por la familia favorece con mayor frecuencia la perdurabilidad de resultados (Borduin & Schaeffer, 2009).

Además la validación de la TMS ha sido respaldada por un extenso cuerpo de investigación (Hengeller, 2012) y programas de TMS han sido trasladados a más de 500 puntos de implementación en todo el mundo. Muchos de estos puntos se encuentran en Europa (sobre todo en Reino Unido y países nórdicos), proporcionando tratamiento intensivo a adolescentes con conducta antisocial grave y a sus familias.

FIGURA 1. Niveles de intervención de la TMS según la Teoría de Ecología Social



Según Martens (2004), "la TMS estaría indicada en los casos de adolescentes con conductas antisociales con familias motivadas para el tratamiento siempre que el adolescente no esté severamente (a) emocional, social o moralmente alterado y/o traumatizado, (b) abusado, rechazado o abandonado por sus familiares, (c) rabioso, hostil o rencoroso, (d) en riesgo de redelinquir; y siendo capaz de cooperar con sus familiares y los terapeutas en el tratamiento". En los casos de jóvenes severamente afectados, abusados o abandonados, aconseja como tratamiento de elección el internamiento en comunidad terapéutica hasta que el paciente desarrolle suficiente fortaleza yoica para poder derivarle a un programa de TMS.

A continuación se enumeran los principios de la TMS (Hengeller, 2012):

1. *Encontrar el "ajuste"*. El objetivo principal de la evaluación es comprender el "ajuste" de los problemas identificados con sus contextos sistémicos generales y de qué manera los problemas identificados "tienen sentido" en el contexto de la ecología social del joven.

2. *Enfoque positivo y centrado en las fortalezas*. Los contactos terapéuticos enfatizan lo positivo y emplean las fortalezas sistémicas como resortes para el cambio positivo.

3. *Incrementar la responsabilidad*. Las intervenciones son diseñadas para promover la conducta responsable y reducir la conducta irresponsable entre los miembros de la familia.

4. *Intervenciones centradas en el presente*. Son intervenciones orientadas a la acción y bien definidas, abordando problemas específicos y bien definidos.

5. *Identificar secuencias*. Las intervenciones identifican secuencias de conducta dentro de y entre los múltiples sistemas que fomentan los problemas identificados.

6. *Intervenciones evolutivamente adecuadas.* Las intervenciones son evolutivamente apropiadas y se ajustan a las necesidades de desarrollo de los jóvenes.

7. *Esfuerzo continuado*. Las intervenciones son diseñadas para que se requiera hacer un esfuerzo diario o semanal por parte de los miembros de la familia, mediante el cual se ofrecen al joven y a su familia frecuentes oportunidades de mostrar su compromiso con el tratamiento.

8. *Evaluación y responsabilidad*. La efectividad de la intervención es evaluada continuamente desde múltiples perspectivas y los miembros del equipo de TMS asumen su responsabilidad en la superación de las barreras que impidan obtener resultados exitosos.

9. *Generalización*. Las intervenciones están diseñadas para promover la generalización del tratamiento y el mantenimiento del cambio terapéutico a largo plazo, y esto se logra potenciando en los cuidadores habilidades para atender las necesidades familiares en múltiples contextos sistémicos.

Además cuenta con un exhaustivo sistema de garantía y mejora de calidad, siendo el aspecto más crucial de este sistema la relación detectada entre la fidelidad del terapeuta a los principios de la TMS y los resultados de los jóvenes. Así en un estudio reciente realizado en Suecia se demostró que la adhesión del terapéuta al programa original mejoró el funcionamiento familiar, reduciendo los índices de delincuencia y mejorando la competencia social y resiliencia de los jóvenes (Sundell et al., 2008). Por el contrario, los malos resultados de este programa en algunos puntos donde fue implementado se debieron a la baja adhesión del terapeuta al mismo según se ha concluido en una revisión al respecto (Hengeller, 2012).

2.3.2. Modelo de Open dialogue.

En el extremo norte de Finlandia, en Laponia Occidental, a dos pasos del círculo polar ártico, un grupo de innovadores terapeutas familiares transformó el sistema de salud mental tradicional de la zona, que una vez tuvo uno de los resultados más pobres de Europa en el tratamiento de la esquizofrenia, en un sistema que ahora obtiene los mejores resultados del mundo occidental para el primer episodio psicótico: aproximadamente una tasa del 85% de recuperación completa, la mayoría sin medicación, 75% de reinserción en el mundo laboral o académico en un plazo de 2 años, y solo un 20% de los casos mantiene medicación antipsicótica al cabo de 2 años de seguimiento, hasta el punto de que la esquizofrenia está desapareciendo de la región, bajando a 2 casos por 100.000 habitantes (un descenso del 90%) porque los primeros brotes no se cronifican (Seikkula, Alarake, & Aaltonen, 2001a; Seikkula, Alarake, & Aaltonen, 2001b; Seikkula et al., 2003b). Los datos, documentados con estudios realizados a lo largo de los últimos 30 años, rompen con el mito de que la esquizofrenia es para toda la vida.

El creador del enfoque Open Dialogue fue Jaakko Seikkula, profesor de psicoterapia de la Universidad de Jyväskylä, en Finlandia y miembro del equipo de Tornio desde comienzos de los 80 hasta 1998. Desarrolló diversas intervenciones familiares y en red social para el abordaje de la psicosis y otras crisis. A su vez ha desarrollado diferentes trabajos de investigación, tanto sobre procesos y resultados de la terapia familiar en la psicosis y la depresión, como también sobre intervenciones en red social en un entorno natural (Ulland, Andersen, Larsen, & Seikkula, 2014).

Otro personaje importante enmarcado en este modelo de abordaje grupal fue Markku Sutela, Jefe de Psicología del Hospital Keropudas, en Laponia occidental de Finlandia, siendo miembro del equipo Open Dialogue desde 1983. Como Psicólogo Clínico avanzado, fue formador en Terapia Familiar, basando los principios del Open Dialogue a los encuentros prácticos cotidianos con las personas.

El "Open Dialogue" se trata de un enfoque filosófico y teórico para las personas que atraviesan una crisis de salud mental, sus familias y redes sociales. En los países nórdicos es además un sistema asistencial. No es un sistema alternativo a los servicios psiquiátricos ordinarios, es el servicio psiquiátrico de Laponia Occidental, que ha desarrollado un enfoque integral y bien integrado de los dispositivos de tratamiento en régimen interno y externo. El objetivo de este modelo no es tanto coferir un diagnóstico que defina las características clínicas del paciente tras un episodio agudo, como tratar de poner voz al paciente que está atravesando una situación crítica, motivo por el que suele ser rechazado por profesionales que abordan la enfermedad mental desde una perspectiva de la psiquiatría tradicional (Ulland et al., 2014). Sin

embargo, desde este enfoque también cabe realizar hipótesis diagnósticas que permitan realizar un tratamiento más preciso, pero esto parte de la discusión realizada por el equipo reflexivo frente al paciente, su familia y resto de red social, teniendo en cuenta los diversos puntos de vista de todas las personas presentes (Seikkula, 2011). Basado en el trabajo con las familias y las redes sociales, en la medida de lo posible en sus hogares, los equipos tratan de ayudar a los implicados en una situación de crisis a mantenerse juntos y en diálogo. Su experiencia indica que si la familia/equipo puede soportar la emoción extrema de una situación de crisis y tolerar la incertidumbre durante el tiempo compartido, suele surgir el sentido y es posible la curación (Sutela, 2012). Este modelo confiere un carácter democrático y humanístico al abordaje de los problemas de salud mental (Ulland et al., 2014).

Este modelo se constituye desde un enfoque fundamentado en la terapia familiar sistémica, la teoría comunicacional de Bateson (1962), el construccionismo social y la teoría dialógica de Bakhtin (1984). Esta teoría dialógica además se basa en unos principios que focalizan la intersubjetividad y el diálogo polifónico sobre la reconstrucción de la realidad, el sentido, las metáforas y los dilemas emocionales implícitos en la crisis psicótica en el curso del encuentro transdisciplinar con los usuarios y sus familias, así como la red social y las relaciones democráticas, contrastando con la tendencia de los abordajes psiquiátricos actuales, basados en cócteles de fármacos y hospitalizaciones involuntarias. Los equipos que intervienen se encuentran con los usuarios en crisis de manera inmediata, y a menudo diariamente, hasta que la crisis se ha resuelto. Evitan la hospitalización y su consiguiente estigma, al acudir a los hogares de los usuarios que solicitan sus servicios, mediante equipos móviles de intervención en crisis. Quizás lo más controvertido es que, cuando es posible, evitan el uso de medicación antipsicótica. También trabajan en grupos, porque ven a la psicosis como un problema que involucra las relaciones (Seikkula et al., 2003b). Incluyen en el proceso de tratamiento a las familias y a las redes sociales de quienes buscan ayuda, y sus clínicos trabajan en equipo, no aislados ni de forma individual. El abordaje valora todas las voces en el tratamiento, especialmente las voces de las personas en crisis, evitando cualquier juicio crítico hacia la persona que se expresa y, a su vez, aportando una respuesta al que habla, de tal manera que se va construyendo un diálogo coherente entre todos los miembros reunidos, dando conexión a cada una de las voces presentes. Además se enfatiza el aspecto emocional del diálogo, tratando de poner palabras a los sentimientos emergentes en el transcurso del mismo, incluso aquellos sentimientos negativos que con frecuencia no se expresan libremente por ser considerados potencialmente peligrosos (Seikkula, 2011). De esta manera se facilita compartir diversas experiencias, también aquellas que por lo general son obviadas, al ser consideradas más desagradables, y que en tal caso no serían convenientemente elaboradas por el paciente, dando paso a la expresión clínica con

tendencia a cronificarse. Sin embargo, el clima de confianza y seguridad propiciado por el equipo terapéutico o equipo reflexivo contribuye a una libre expresión emocional (Rhodes et al., 2014) y, por tanto, a la construcción de relaciones más transparentes y humanas a través de este "lenguaje emocional" que es socialmente construido (Seikkula & Trimble, 2005; Seikkula, 2011).

Los equipos terapéuticos constituidos desde este enfoque clínico prestan sus servicios, que operan dentro del contexto del sistema de salud socializado en Finlandia, de manera gratuita. El Diálogo Abierto ofrece, en entrevistas realizadas a psiquiatras, psicólogos, enfermeras y periodistas, una visión sólida de la recuperación sin fármacos y una dura crítica a la psiquiatría tradicional, invitando a una revolución en la industria de la salud mental (Ulland et al., 2014).

A lo largo de su desarrollo, este enfoque terapéutico ha ido probándose con éxito en diferentes contextos y edades, dada la fácil adaptación de esta intervención a los usuarios (Seikkula, 2011). Así este enfoque se ha extendido a otros países próximos, como Noruega, donde se ha llevado a cabo este modelo para abordar adolescentes con problemas de salud mental, brindándoles la oportunidad de jugar un papel activo en su propio tratamiento (Figura 2), lo cual les facilita hacerse responsables al respecto en la medida en que toman parte de las decisiones terapéuticas (Ulland et al., 2014). Asimismo, a través de la construcción del diálogo, partiendo de las distintas voces presentes y aquellas otras que, sin estar presentes, han condicionado las voces actuales, se generan nuevos significados y, por tanto nuevas realidades que dan de lado a las realidades iniciales más patológicas y patologizantes (Seikkula & Laitila, 2012).

A través de distintos programas de investigación y de psicoterapia, se establecieron los siete principios fundamentales para el tratamiento (Seikkula et al., 2001b; Seikkula, Alarake, Aaltonen, Holma, & Rasinkangas, 2003a):

1. *Ayuda inmediata.* Las unidades participantes realizan la primera entrevista dentro de las veinticuatro horas del primer contacto establecido por el paciente, un familiar de éste o el organismo que lo ha derivado. Además, se establece un servicio de crisis durante las veinticuatro horas, con el fin de evitar ingresos hospitalarios en la medida de lo posible. El paciente participará así desde las primeras entrevistas, cuando su cuadro reviste máxima intensidad.

2. *Perspectiva de la red social*. Tanto el paciente como sus familiares y otros miembros claves de su red social son siempre invitados a las primeras entrevistas con el fin de movilizar todo el apoyo para el paciente y la familia. Esos otros miembros de la red pueden ser representantes de otras entidades (incluidos organismos de empleo del Estado y agencias de seguros públicos de salud, cuya tarea consiste en apoyar la rehabilitación profesional), compañeros de trabajo o el jefe del paciente en el lugar en que trabaja, amigos o vecinos.

3. *Flexibilidad y movilidad*. Esto se garantiza adaptando el tratamiento a las necesidades específicas y cambiantes de cada caso mediante los métodos terapéuticos más apropiados. Si la familia da su conformidad, las reuniones de tratamiento se realizan en el hogar del paciente.

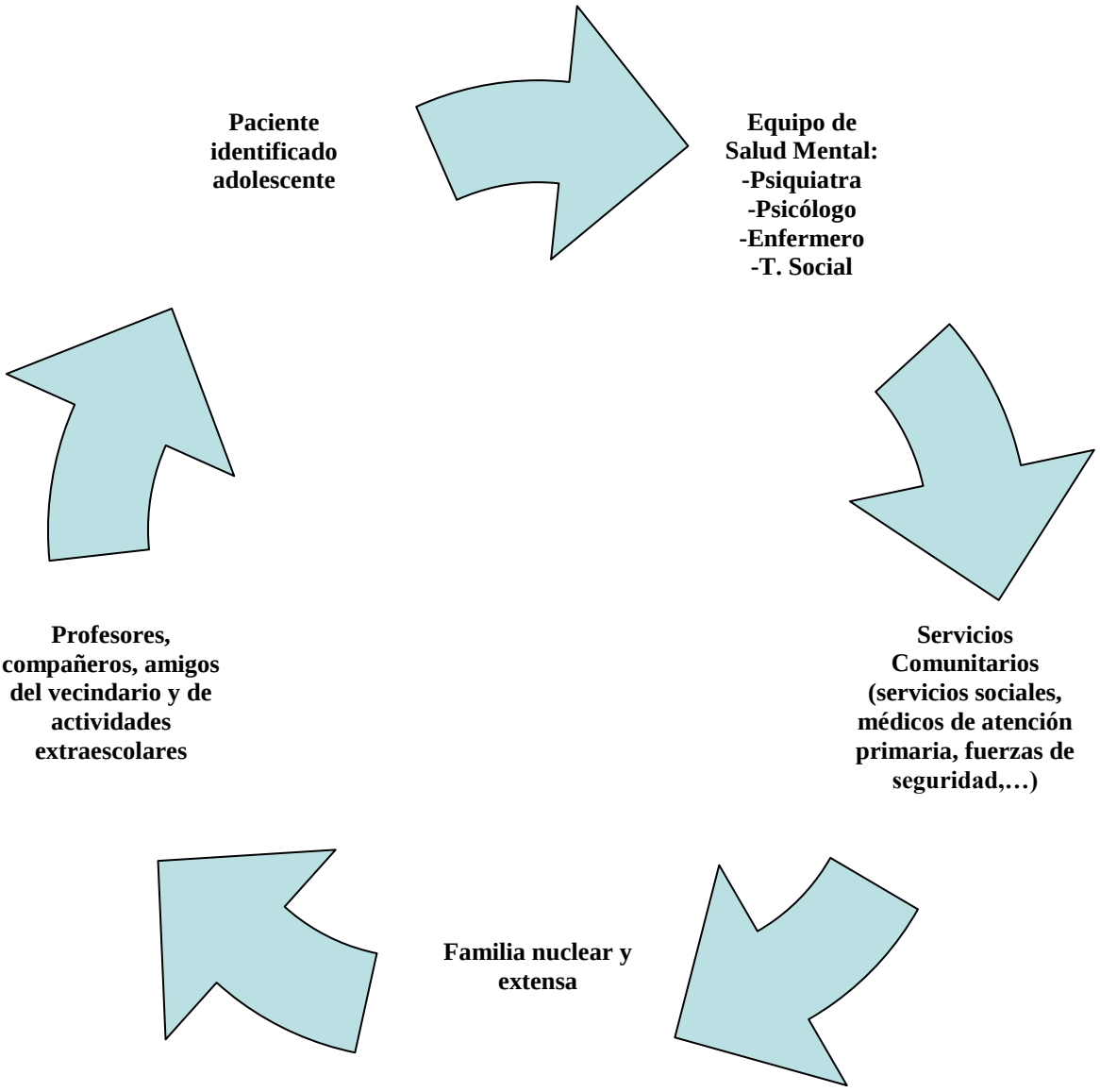
4. *Responsabilidad.* La persona que tomó contacto con la familia es la responsable de organizar la primera reunión. En esa reunión se adopta la decisión sobre el tratamiento que se llevará a cabo y el equipo se hace cargo de éste en su totalidad.

5. *Continuidad psicológica.* El equipo asume la responsabilidad del tratamiento durante todo el tiempo que sea necesario y tanto en el marco hospitalario como ambulatorio. Los representantes de la red social del paciente participan en las reuniones de tratamiento durante todo el transcurso de este último, incluso cuando se aplican otros métodos terapéuticos.

6. *Tolerancia de la incertidumbre.* Esta tolerancia se fortalece edificando un sentimiento de confianza respecto del proceso conjunto. En las crisis psicóticas, para generar una adecuada sensación de seguridad es menester reunirse todos los días, al menos durante los 10-12 primeros días. Posteriormente, las reuniones se organizan periódicamente según los deseos expresados por la familia. Por lo general no se establece en la etapa de crisis ningún contrato terapéutico detallado, sino que en cada reunión se discute si habrá una próxima reunión, y en caso afirmativo, cuándo se efectuará. De este modo se evitan las conclusiones prematuras y las decisiones de tratamiento equivocadas (por ejemplo, el uso de neurolépticos no se prescribe en la primera reunión, sino que su conveniencia se conversa por lo menos durante tres reuniones antes de ponerla en práctica).

7. *Dialogismo.* El acento está puesto en primer lugar en la promoción del diálogo y, en segundo lugar, en lograr un cambio en el paciente o la familia. Se entiende que el diálogo cumple las veces de un foro a través del cual los pacientes y sus familias pueden obtener un mayor protagonismo respecto de su propia vida analizando sus problemas (Haarakangas, 1997; Holma & Aaltonen, 1997). En el ámbito en que actúan los que participan en dicho diálogo se gesta una nueva comprensión (Andersen, 1995; Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1996).

FIGURA 2. Niveles de intervención en el Open Dialogue.



2.3.3. Modelo de terapia grupal multifamiliar o interfamiliar.

Ante la elevada demanda de asistencia en adolescentes con problemática conductual y emocional, se dispondría de la Terapia Grupal Multifamiliar (TGM) que, desde febrero de 2013, se está desarrollando en el CSMIJ de Cieza, que comprende el área IX de salud de la Región de Murcia, y que se constituye como un recurso potencialmente eficaz y rentable para dar solución a la población atendida. Aunque también se han desarrollado abordajes en población infanto-juvenil mediante grupos multifamiliares en el área I, III y VI, las demás áreas de salud de la Región de Murcia carecen de este programa de intervención terapéutica, por lo que resulta inaccesible para sus adolescentes.

El modelo a seguir para la TGM llevada a cabo en el CSMIJ del área IX la Región de Murcia seguiría un enfoque similar al de la Terapia Interfamiliar que se está desarrollando en los hospitales de día que atienden a población infanto-juvenil en Elche y Orihuela, en la que integran modelos psicoanalíticos, sistémicos, psicoeducativos, psicodramáticos y otros que han demostrado ser eficaces en poblaciones clínicas. Este modelo de Terapia Interfamiliar, basado en el Psicoanálisis Multifamiliar, además integra otros modelos de intervención en formato grupal multifamiliar que también se han sustentado en el construccionismo social y la teoría de sistemas. Desde esta misma perspectiva, la TGM integra diversas intervenciones terapéuticas al considerarse un recurso interdisciplinario en el que participan diversos profesionales (sanitarios y de educación) en las dinámicas grupales con los adolescentes en un entorno natural. Asimismo, se constituiría como un recurso que facilita tanto un diagnóstico psiquiátrico dinámico para los pacientes que lo componen, especialmente orientado a su aspecto vincular, como también la adherencia a tratamientos indicados, permitiendo realizar controles psicofarmacológicos periódicos. Además este modelo de intervención tendría como fin crear un espacio de reflexión, discusión y vehiculización de las formas de relación y áreas de conflicto de los grupos familiares, que estén influyendo de forma directa o indirecta en la problemática conductual y emocional de los adolescentes. Por tanto, la TGM se podría constituir como un instrumento de gran potencial terapéutico, favoreciendo la socialización entre los adolescentes, universalizando los conflictos y desarrollando tolerancia con los componentes del grupo. Además, una particularidad importante de este grupo es que permitiría el abordaje simultáneo de la dimensión individual, familiar y social de la mente (Mascaró Masri, 2007).

Dado que actualmente encontramos que la mayoría de los psiquiatras siguen interesándose por la psiquiatría dinámica, con tendencia a trabajar en el "aquí y ahora" y aceptar la inclusión de ciertas técnicas de modelos terapéuticos no-analíticos, que han resultado ser

eficaces en el tratamiento de ciertos trastornos, y todo ello a pesar del cambio experimentado en la orientación teórica de los psiquiatras en los últimos años, con motivo del avance impresionante del modelo biológico (Guimón, 2007), se propone a la TGM como un modelo capaz de integrar técnicas de diversas intervenciones que se han demostrado útiles en el abordaje de la problemática conductual y emocional del adolescente, incluyendo diversos modelos y abordajes que puedan complementarse entre sí, así como tratamientos psicofarmacológicos cuando son necesarios. Todo ello desde un contexto grupal inspirado en el modelo interfamiliar e interprofesional.

De este modo, en el modelo de TGM desarrollado para el abordaje de la problemática adolescente, se han tenido en cuenta los elementos de programas de intervención eficaces en el abordaje de conducta perturbada, según estudios de meta-análisis (McGuire & Priestley, 1995), tales como receptividad (favoreciendo métodos activos y participativos de trabajo por parte de los componentes del grupo), intervención multimodal (teniendo en cuenta múltiples factores que incidan en la conducta problema y orientado a la adquisición de destrezas sociales), enfoque comunitario (intervención que establezca lazos entre el adolescente y su comunidad), integridad del programa (participación multiprofesional que garantice la máxima competencia en las intervenciones) y reducción de necesidades criminogénicas (intervención que favorezca cambios en actitudes y sentimientos disociales, reducción de asociaciones de coetáneos disociales, fomento de afecto y comunicación familiar, identificación con modelos antidelictivos, fomento de habilidades en resolución de problemas, reducción de dependencia a drogas, etc.).

La sistemática de la TGM trataría de articular las necesidades de la demanda mediante las modificaciones técnicas precisas para mantener la calidad de los programas asistenciales, para lo cual se lleva a cabo, según los puntos enumerados a continuación:

1.- Características de los componentes del grupo. Esta intervención no sólo va orientada a los adolescentes, sino también a padres, madres y educadores o tutores, cuyos hijos adolescentes, atendidos a nivel ambulatorio, presenten problemas de conducta (externalizante y/o internalizante). Es decir, incluye un trabajo con las familias y otros sistemas sociales (escuela y grupos de pares), centrándose en un cambio de habilidades de comunicación y de crianza, relaciones familiares, relaciones con pares y redes sociales. Todo ello con el objetivo principal de facilitar el crecimiento personal y promover la construcción de un sí-mismo individual que permitiera a cada sujeto tener un lugar, tanto en el mundo familiar como social (Ayerra Balduz J.M. & López Atienza J.L., 2003). Se establecería a modo de herramienta multimodal, por ser una intervención de carácter multifacético, ya que trataría de fortalecer los vínculos del adolescente con su entorno próximo, teniendo en cuenta a la familia y el medio socio-escolar en

que se desenvuelve, a través de un vínculo positivo hacia los demás, compromiso y creencia en los valores sociales.

Por otro lado, como propone Ayerra, "el Grupo Multifamiliar emerge como una de las estructuras más sofisticadas y complejas de cuantas se han desarrollado para el tratamiento psicoterapéutico de pacientes con diversas patologías, siendo potencialmente útil en los trastornos mentales graves, por los cambios profundos que se producen en ellos" (Ayerra Balduz et al., 2003). Además trataría de dar un sentido a las conductas violentas de los miembros, en gran medida determinadas por la falsedad que detectan en la comunicación de su familia y que les obliga a representar a un personaje "violento" que denuncia dicha falsedad y del cual el grupo multifamiliar les permitiría despojarse (Ayerra Balduz et al., 2003).

2.-Encuadre de las sesiones. Se ofrece un espacio terapéutico a disposición del adolescente y/o sus familias, con sesiones de hora y media de duración. Por acuerdo general, se establece una frecuencia quincenal para la mayoría, aunque hubo una minoría que mantuvo sesiones de frecuencia semanal. El objetivo en cuanto al desarrollo del encuadre es que sea lo más natural y flexible, a modo de entorno comunitario lo más parecido al entorno habitual del adolescente y su familia; además, se proporcionan reglas mínimas (lugar, puntualidad, confidencialidad, respetar el turno de palabra, no hablar en voz baja delante de otros compañeros y evitar juicios de valor). Se trata así de ir adaptando esta intervención a las necesidades de los participantes, a diferencia de los encuadres tradicionales por los que los pacientes tienen que ajustarse a procedimientos que desnaturalizan su participación espontánea y auténtica (Mascaró Masri, 2011). Igualmente, como propone Mascaró para la constitución de un grupo multifamiliar, se trabaa con la idea de encuadre espontáneo, en contraposición al encuadre clásico que toma en cuenta el contrato preestablecido, y con la actitud terapéutica de disponibilidad como fundamento de la relación terapéutica. En este sentido, los conceptos de asistencia y contención serían los pilares de la creación de un clima emocional de confianza que facilitaría a los participantes conectarse con las vivencias de indefensión y desvalimiento, sufrimiento, violencia, etc., que por su intensa carga emocional no pudieran ser elaboradas en el proceso de crecimiento y maduración de la personalidad (Mascaró Masri, 2000).

Se propone además grabación audiovisual de las diferentes sesiones con la finalidad de supervisar, tanto con compañeros del equipo de salud mental, como con otros profesionales expertos en este modelo de trabajo, las dificultades emergentes durante el proceso terapéutico, tanto en el grupo en su totalidad como en cada componente. Previamente se ofrece a las familias un consentimiento informado para dicha grabación.

3.-Terapeutas participantes. Como mínimo se requieren dos profesionales del equipo del CSMIJ (terapeuta conductor y coterapeuta). Al menos uno de ellos habría de ser Facultativo

Especialista en Psiquiatría o Psicología Clínica con formación en terapia grupal. Aparte podrían participar otros profesionales que integraran tanto al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil o a la red comunitaria de la población atendida en el grupo (orientadores, trabajadores sociales,…). Inicialmente el equipo de profesionales estaba constituido por dos psiquiatras y una enfermera del Centro de Salud Mental (CSM), un año después fue posible además la incorporación de dos psicólogas, además de diversos residentes de Psiquiatría, de Psicología y de Atención Primaria, así como psicólogos en prácticas que iban realizando sus rotaciones en el CSM. En varias ocasiones también han ido participando orientadores, trabajadores sociales y psicólogos de otros dispositivos en coordinación con el CSM. El objetivo sería que todo este equipo profesional actuara como una "familia" y un "medio socio-escolar" sustitutivo o de transición, ya que en la constitución de estos grupos se establecerían vínculos entre los pacientes y entre éstos y los profesionales participantes en el grupo, que remedarían los que pudieran establecerse en el entorno del paciente a nivel familiar y escolar, con la diferencia de que en el ámbito sanitario podrían ser elaborados y reorganizados (Sempere Pérez, 2005). Además la presencia de otros colegas, contribuiría a que el terapeuta conductor pudiera ser rescatado de las interdependencias patógenas que se produjeran en la trama transferencial.

Los principios esenciales en el posicionamiento del terapeuta serían los siguientes:

a. Relación terapéutica igualitaria: el terapeuta actuaría como facilitador del cambio a través de la construcción de soluciones con todos los participantes en el grupo, dejando de lado su propia narrativa para conferir énfasis a la narrativa de cada miembro del grupo, lo que acabaría dotando de un mayor respeto a las narrativas de los otros (Freedman, 1996). Aunque el terapeuta habría de intervenir lo menos posible para no romper la espontaneidad de cada participante, tendría que garantizar que cada participante pudiera expresarse libremente y, a su vez, convertir los monólogos en diálogos compartidos entre todos, animando a los miembros más rezagados del grupo a expresarse (Sempere Pérez, 2015).

Así, partiendo de la escucha respetuosa, permitiendo que cada persona tenga "su tiempo" para participar y tolerando la incertidumbre del "no entender", se trataría de facilitar que cada uno encontrase sus propias respuestas a la situación que padece. De este modo, se promovería una conversación compartida y ampliada, que permitiera indagar en "lo mejor de uno mismo", lo que facilitaría una experiencia vivencial intransferible (Stern, Doolan, Staples, Smuthkler, & Eisler, 1999a).

b. Posición no directiva: implicaría una actitud de flexibilidad por parte del terapeuta, pero con disposición de corregir el rumbo y cambiar de dirección para adaptarse a las necesidades de cada participante en el grupo, de manera que permitiera la construcción de pautas desde distintas posiciones y a partir de las narrativas de los participantes, potenciando la

intervención del "gran equipo reflexivo" constituido por los profesionales y demás integrantes del grupo.

El terapeuta respetaría así la identidad de cada individuo, la cual se iría construyendo social y transculturalmente a través del lenguaje y, por tanto, en el espacio interpersonal, no tanto de un sólo "universo", sino un "multiverso" constituido por todas las versiones conflictivas del mundo (Parry, 1991). Desde esta perspectiva, los trastornos mentales serían considerados "verdades o narrativas indeseables" que producen sufrimiento evitable y que, o bien impiden las actividades de cooperación, o bien, enfrentan al sujeto con los integrantes de su historia. Por tanto, esta terapia sería entendida como conversación o diálogo y, por tanto, funcionaría como un procedimiento de intervención sobre estas "narrativas indeseables" buscando la generación de nuevas narrativas mediante un proceso de comunicación interpersonal, dándose el cambio humano a través de procedimientos lingüísticos que confirieran nuevas narrativas (Anderson, 1997) y el reconocimiento de las limitaciones y oportunidades derivadas del contexto social y cultural determinado para cada individuo, con el fin de que consiguiera ser el auténtico autor de su vida (Paré, 1995). Así, actuando desde una perspectiva construccionista, el terapeuta abriría un espacio de colaboración en la co-creación de nuevas historias, actuando como un experto conversacional o "arquitecto del diálogo" (Anderson, 1997; Zimmerman & Dickerson, 1996), que ayudara al paciente a reformular su problema y, posteriormente, a encontrar una "narrativa útil" en la medida en que le aportra una salida al mismo.

c. Función exploratoria: el terpeuta adoptaría una posición de curiosidad activa y de genuino interés en la realidad de los participantes del grupo y sus narrativas (Stagoll, 1993). Así la principal tarea del psicoterapeuta consistiría en concentrarse en la patología interpersonal que subyace a un complejo concreto de síntomas, traduciendo síntomas a un idioma interpersonal. García Badaracco se refería al grupo multifamiliar como una "microsociedad" en la que, a modo de laboratorio, se llevaría a cabo el proceso terapéutico (García Badaracco, 1989). Igualmente Yalom hizo referencia al contexto grupal como un microcosmos social que ofrece muchas más oportunidades para la génesis de experiencias emocionales correctivas, ya que contiene gran cantidad de tensiones intrínsecas, así como múltiples situaciones interpersonales y feedbacks (Vinogradov & Yalom, 1996). El terapeuta por tanto, facilitaría que el aprendizaje interpersonal fuera el mecanismo de cambio fundamental en la terapia grupal interactiva (Freedman, 1996), brindando la oportunidad de desarrollar técnicas de socialización a partir del aprendizaje conjunto de modelos de interacción.

d. Uso de contratransferencia técnicamente elaborada: el terapeuta compartiría con el grupo las emociones que el paciente o la familia suscitan en él, adecuadamente formuladas y, por tanto, desligadas de cualquier juicio u hostilidad, de tal manera que, al participar "desde sí

mismo", promovería la expresión emocional frecuentemente reprimida en los participantes, contribuyendo a un clima emocional más cercano y realista en la comunicación grupal, eludiendo así la interpretación y racionalización que con frecuencia potencian mayor rigidez a la situación dilemática. Esto convertiría al "equipo reflexivo" multifamiliar en "equipo emotivo", ya que proporcionaría un espacio en el que cada integrante del grupo se sientiera acompañado y validado en la expresión de las emociones, dando un paso más allá de la experiencia emocional correctiva, citada en varias ocasiones como parte necesaria para el cambio terapéutico (García Badaracco, 2000).

Este modelo, además, por su apertura a todos los agentes sociales, se aproximaría a modelos sociocomunitarios como el "Diálogo abierto" (Open Dialogue), pues funcionaría como una microsociedad conformada por diferentes familias y profesionales (Seikkula et al., 2003b). Desde esta perspectiva el punto de partida del tratamiento sería también el lenguaje utilizado por la familia, es decir, la forma en que ésta ha designado el problema del paciente en su propio lenguaje, considerándose dicho problema una construcción social que puede ser reformulada en cada conversación (Gergen, 1994; Shotter, 1993). Así el objetivo del equipo sería generar una atmósfera deliberativa, que permitiera escuchar "voces diferentes" y aun contradictorias, para que la red tuviera la posibilidad de construir "narrativas de restitución" o "de reparación" (Stern, Doolan, Staples, Smuthkler, & Eisler, 1999b). En esta línea Trimble (2000) sostiene que "la restauración de la confianza tranquilizadora mediante una mejor regulación emocional interpersonal torna posible que seamos receptivos a los otros, en el contexto de una relación dialógica" (pág. 15). Este sería uno de los aspectos del proceso por el que el paciente y su red social, partiendo de la perspectiva del construccionismo social, comenzarían a construir nuevas palabras para sus problemas.

4.-Número de familias participantes. Al igual que para la mayoría de las intervenciones basadas en un formato grupal multifamiliar, la TGM implicaría la participación de, al menos, dos o más familias, cada una de ellas con un representante de al menos dos generaciones sucesivas (incluyendo al paciente identificado en el grupo) (O´Shea & Phelps, 1985). Pero, por lo general, el grupo estaría constituido por una media de 8 unidades familiares, compuestas por adolescentes de distinto sexo, de 12-15 años de edad, y sus padres u otras personas integrantes de su entorno próximo (otros miembros de la familia extensa, trabajadores sociales, orientadores escolares,…).

Este modelo convocaría, por tanto, a personas representativas del entorno del paciente y de todas las generaciones, proporcionando un marco social que iría más allá de la presencia de un equipo multidisciplinar de profesionales.

A menudo, se prefiere anteponer el término "interfamiliar" a "multifamiliar" por entender que lo trascendente en este modelo no es tanto la participación simultánea de un número de

familias *(multi)* como la interacción y elaboración común entre ellas *(inter)* (Sempere Pérez & Fuenzalida, 2013). Desde esta perspectiva el trabajo en grupo multifamiliar daría lugar, como planteaba Norberto Mascaró, a la aparición de la transferencia en toda su plenitud, entendiendo así una *transferencia múltiple*, por la que todos los participantes configuran un campo psicológico de estructura multifamiliar, y una *transferencia dispersa*, repartida entre los miembros del grupo, lo que reduce la intensidad de carga emocional y permite un manejo más eficaz, permitiendo la emergencia de aspectos más profundos de la transferencia, relacionados con la necesidad de crecimiento y desarrollo de la personalidad (Mascaró Masri, 2011).

Este modelo, como ocurre con la terapia interfamiliar, ofrecería una pluralidad de subagrupaciones muy amplia y variada, en el que las identificaciones iniciales serían bastante homogéneas, es decir, padres, con padres, madres con madres, adolescentes con adolescentes, etc., que sería una forma natural de ir saliendo del propio grupo familiar, para pasar posteriormente a identificaciones y subagrupaciones cruzadas, de modo que una madre identificaría parte de su vida pasada con la de otro adolescente, parejas con aspectos comunes entre sí, etc. Todo ello permitiría intervenir sobre las relaciones, no sobre los sujetos sólo. Así no sólo intervendría en el grupo un padre con su hijo, sino que el resto del grupo podría identificarse con algunos aspectos de ambos y esto permitirá rescatarlos del conflicto. Así este grupo jugaría un papel de tercero que rescata a los miembros de la simbiosis que ha generado interdependencias difíciles de resolver, lo que resultaría más difícil con los recursos terapéuticos habituales. Ello resultaría posible por la participación conjunta del terapeuta conductor del grupo y varios coterapeutas (otros profesionales y demás miembros del grupo) que podrían ir rescatando a todas las partes de la relación patológica, actuando como "mediadores" del conflicto (Sempere Pérez, 2015).

Se enfatizan así aspectos específicos de la terapia grupal interactiva entre familias, constituyéndose, a su vez, como un encuadre de mayor riqueza a nivel e interacción entre generaciones dentro de la propia familia. Por tanto, las interacciones interpersonales e interfamiliares en el grupo podrían ser utilizadas tanto para comprender como para tratar los problemas clínicos.

5.- Continuidad del trabajo grupal. Al ser un "grupo abierto", con continuas incorporaciones y salidas de miembros y funcionamiento continuado durante todo el año, con excepción del mes de agosto, se garantizaría un proceso terapéutico continuado que, sin embargo, finalizaría cuando así lo estimaran oportuno los padres y los adolescentes, tras acordarlo con el equipo de profesionales. No obstante, en algunos casos excepcionales podría ser el propio equipo de profesionales quien recomendara dar por finalizado el proceso grupal para algunos adolescentes.

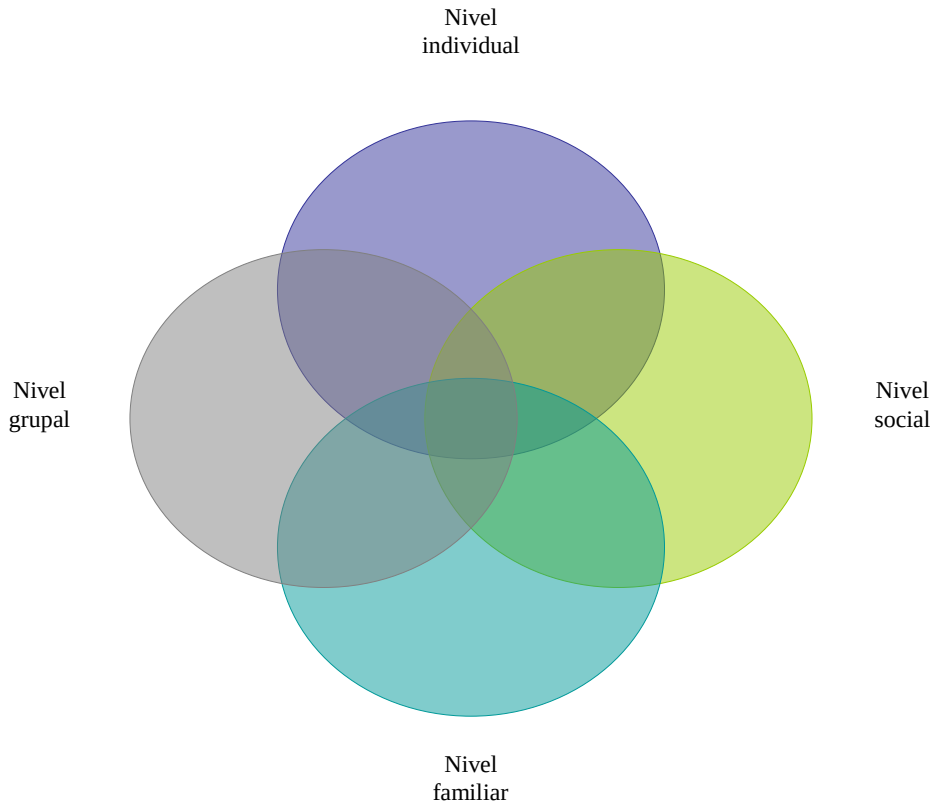
6.-Enfoque psicoterapéutico. Se tiene en cuenta el enfoque imperante desde la década de los 80 en el trabajo grupal con formato multifamiliar, que aboga por un modelo integrativo, dada la multiplicidad de métodos y la constatación de que no hay datos que avalen la existencia de resultados diferenciales entre los diversos abordajes terapéuticos (Sempere Pérez, Rodado Martínez, & Fuenzalida Muñoz, 2011; Sempere Pérez et al., 2013). Se constituiría así un proceso "activo", en el que se ponen en marcha todos los mecanismos terapéuticos posibles y donde cualquier acontecimiento sería utilizable a nivel terapéutico. A ello se añadirían elementos propios del modelo grupoanalítico descrito por Foulkes (Foulkes, 2005), ya que el grupo multifamiliar conformaría una matriz interaccional en la que toda comunicación adquiere un sentido terapéutico. Por tanto, como herramienta básica se empleará generalmente el discurso verbal, aunque tienen cabida las técnicas dramáticas.

La TGM además de integrar las aportaciones de diversas escuelas de psicoterapia (psicodinámicas, vinculares, sistémicas y sociológicas, entre otras) integra diferentes encuadres o niveles, los cuales fueron propuestos por Cassano (Figura 3): individual (interacción de cada miembro del grupo con el terapeuta conductor), intrafamiliar (interacción de cada miembro del grupo con otros de su propia familia), interfamiliar (interacción entre todas las familias), intragrupal (interacción de cada miembro con el resto de miembros del grupo) y social (interacción entre el grupo y el entorno) (Cassano, 1989). Además el encuadre interfamiliar no sólo se beneficiaría de las aportaciones realizadas por el equipo de profesionales, cualquiera que fuera su escuela, sino además de la contribución de todas y cada una de las personas integrantes del grupo de familias, constituyendo una verdadera "integración" en psicoterapia (García Badaracco, 2000; Sempere Pérez, 2012) y conformando un modelo ecléctico por excelencia. Así diferentes aspectos (cognitivos, intrapsíquicos, psicodinámicos, vinculares y sistémicos) serían tenidos en cuenta al mismo nivel que los determinantes biológicos, culturales y sociológicos siguiendo la premisa de que no hay verdades absolutas. Esta confluencia e integración de teorías, encuadres, profesionales, pacientes, familias y aspectos socio-culturales pretendería conseguir un modelo de cambio basado en la conversación abierta (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002) y creando un espacio profesional que pase de la posición de "saber" a la posición de "compartir" emocionalmente, sumando nuevas narrativas al grupo multifamilair.

Desde este contexto espontáneo y aglutinador de múltiples aportaciones teóricas, el modelo propuesto como "terapia grupal multifamiliar o interfamiliar", constituiría una nueva metapsicología que iría más allá del psicoanálisis al reunir el potencial de la intervención grupal con otras técnicas psicoterapéuticas, permitiendo integrar diversos enfoques y aportando creatividad en cada situación particular (Sempere Pérez, 2015). A este proceso terapéutico García Badaracco se refirió como "multiterapia" o "mente ampliada", siendo el principal

objetivo, liberar a cada uno de los participantes de las influencias patógenas que limitan el desarrollo individual, lo que, en parte se conseguiría a través del conductor del grupo en la medida en que promoviera el diálogo dentro de un clima de confianza, sin que nadie pudiera sentirse juzgado por lo que dijera desde sí mismo (Fernandez Rivas et al., 2010; García Badaracco, 1999).

FIGURA 3. Niveles de interacción de la Terapia Grupal Multifamiliar.



La TGM, en su virtud de grupo terapéutico interfamiliar, se constituiría como la "matriz" (Foulkes, 2006) en la que es posible aunar los factores terapéuticos derivados del conjunto de interacciones interpersonales de sus participantes (Vinogradov y Yalom, 1996). Pero, además, al permitir la inclusión de los elementos del contexto social de las familias, conferiría énfasis a las interacciones interpersonales en un contexto terapéutico más amplio y potencialmente más poderoso que el que se dispone en la terapia individual, rompiendo más fácilmente el aislamiento interpersonal y social. Además la inclusión de personas representativas del entorno del paciente y diversos profesionales, de manera que "nadie fuera excluido del encuadre", abarcando componentes sociales que van más allá de la terapia familiar o grupal, permitiría el abordaje de cualquier temática social y cultural que involucrara a los participantes, funcionando este modelo de terapia en diversas ocasiones de manera similar a lo que Patrick de Mare definió como "grupo grande" (De Maré, 1988), es decir, un grupo con numerosos componentes que permitan abordar y analizar los mitos sociales que conforman lo que Jung definió como inconsciente colectivo (Jung, 2003). Así situaciones de crisis económicas o bélicas, tensiones sociales o políticas, marginación de grupos sociales, pero también festividades, entre otros temas, tienen cabida en las dinámicas de grupo de forma continua como parte de la realidad que las familias aportan al encuadre multifamiliar (Sempere Pérez, 2015). Este aspecto social tendría como fin permitir a cada familia entablar una red de conexiones que en numerosas ocasiones venía siendo precaria por la situación clínica de la que cada familia parte.

Con todas estas características que lo definen, el grupo multifamiliar quedaría constituido como un espacio de intersección entre la institución y la comunidad, un espacio frontera entre el mundo interno (lo de adentro) y el mundo externo (lo de afuera), donde se producirían las máximas tensiones, constituyéndose un espacio de conflicto y de cambio (Ayerra Balduz et al., 2003), con el fin de alcanzar la salud mental del individuo, entendida ésta como la capacidad para vivir con su naturaleza genuina, libre de control y sometimiento a los otros y orgulloso de ser uno mismo en el contexto social (Sempere Pérez et al., 2013).

2.4. REVISIÓN SOBRE TRATAMIENTOS GRUPALES CON FORMATO MULTIFAMILIAR.

Utilizando los descriptores "multifamily group" o "multiple family therapy" en diversas bases de datos (PsycARTICLE, PsycINFO, ERIC, PubMed) se obtiene ingente número de artículos. Así en Medline aparecen 85 artículos con "multifamily group" y 6678 con "multiple family therapy", mientras que utilizando "psychotherapy multiple" se obtienen 299. Ante esto se acota la búsqueda a la etapa adolescente ("adolescence" o "teenager") y en las publicaciones registradas en los últimos 25 años. Pero también realiza una búsqueda de resultados de otros tratamientos multimodales centrados en el trabajo con la familia y que se han utilizado en la problemática conductual adolescente (como hemos mencionado, los que se han basado en "Terapia Multisistémica" y "Diálogo Abierto"). Por tanto, al utilizar otros descriptores, como "multidimensional family therapy" o "multisystemic therapy" , "open dialogue" y, para centrar la búsqueda en el tema que es de interés, se combina con "conduct disorder" o "disturble behavioral" o"problem behavioral". Así se obtienen diversos artículos relacionados con estos tratamientos multifamiliares y enfocados a población adolescente a partir de diversas bases de datos seleccionadas mediante metabuscadores (Academis Search Premier y Tripdatabase) y fuentes bibliográficas consultadas de los artículos obtenidos. Este proceso de búsqueda bibliográfica fue iniciado en marzo de 2013 y finalizando en marzo de 2015.

A partir de los estudios encontrados, se observa que la metodología terapéutica en los diferentes estudios publicados es muy diversa, predominando el abordaje grupal psicoeducativo para diversas patologías psiquiátricas y médicas (tabla 7). Pero, al buscar estudios en relación a un abordaje eminentemente psicoanalítico o psicodramático, se reducen de forma notable los trabajos publicados, no obteniéndose ninguno de relevancia científica.

Desde mediados de los 80 hasta mediados de los 90 apenas hay publicaciones sobre terapia de grupos multifamiliares. Es a partir de estos años cuando aparece mayor número de trabajos de investigación sobre esta modalidad terapéutica en trastornos alimenticios, enfermedad crónica, psicosis de inicio, trastornos afectivos, abuso de sustancias, problemas de abuso, casos de exclusión social y conductas delictivas dentro de la etapa adolescente.

Respecto al trabajo terapéutico grupal multifamiliar realizado con pacientes adolescentes, se han llegado a obtener 35 artículos publicados indexados en Medline, de los que se han seleccionado 17 ECA´s por ser estudios de mayor evidencia científica. Algunos de ellos, como el trabajo de Marvel, Liddle y DiClemente o el trabajo de Henggeler (pionero en tratamiento multisistémico en adolescentes violentos) de 2009 ofrecen resultados satisfactorios acerca de la

eficacia del trabajo grupal multifamiliar en adolescentes violentos o con abuso de sustancias, pero el enfoque terapéutico predominante tiende a ser cognitivo-conductual y psicoeducativo (tabla 2). También se seleccionaron otros 5 ECA´s que, aunque no se basen en estudios con adolescentes, extrapolados a esta población podrían obtener resultados prometedores (Breitborde et al., 2011; Schaefer, 2008; Solomon, Keitner, Ryan, Kelley, & Miller, 2008; Thorup et al., 2005; Wysocki et al., 2007).

Además se ha encontrado un metanálisis de 2010 que demuestra mayor beneficio de la participación conjunta de padres y niños en diversas psicoterapias (Dowell & Ogles, 2010) y una revisión sistemática que hace una crítica a la evidencia recogida sobre la eficacia de terapias de grupo en adolescentes con problemas de abuso de sustancias, ya que menciona la ausencia de factores terapéuticos demostrables en los diversos trabajos revisados y la escasa relevancia científica en los diseños (Engle & Macgowan, 2009).

De entre todos los trabajos seleccionados, aquellos que se centran en el abordaje grupal multifamiliar para problemas de conducta en adolescentes (incluidas conductas externalizantes de abuso de sustancias, violencia de género, hiperactividad y otras conductas internalizantes) abarcan el período comprendido desde el año 1989 con el trabajo de Satin, sobre el tratamiento grupal multifamiliar en adolescentes diabéticos, hasta el 2012 con el trabajo de Mc Farlane sobre tratamiento de grupo multifamiliar en adolescentes con factores de riesgo para el desarrollo de patología psicótica de inicio (McFarlane, 2012).

Por otro lado, la estrategia de búsqueda en este tema se enfrenta a dificultades específicas debido a la ambigüedad terminológica: el descriptor "trastorno de conducta" constituye un término paraguas que engloba un gran número de cuadros clínicos con entidades muy diferentes; asimismo, el término "tratamiento grupal multifamiliar" supone un modelo de psicoterapia que puede definirse desde diversos enfoques y que ha recibido distintas denominaciones desde su origen. La propuesta de definición de este modelo terapéutico sería similar a la empleada en otra tesis doctoral reciente (Marcos Sierra, 2010).

Se ha demostrado que los autores pioneros en TGM obtuvieron buenos resultados clínicos iniciales, pero no llegaron a demostrar la eficacia de este abordaje de forma empírica. Cabría mencionar la observación de algunos aspectos, descritos por estos autores, que contribuirían al cambio, como el "aprendizaje por analogía", la "competición interfamiliar" y la "sintonización", que con frecuencia operan de forma indirecta e inconsciente, al observar discusiones de otras familias. Observando cómo interactúan padres e hijos de otras familias, se producen "interacciones cruzadas interfamiliares" en las que padres e hijos de familias diferentes hablan entre sí. Al oír en boca de otros familiares lo que les puede estar sucediendo es más aceptable que si viene del terapeuta, que puede saber mucho pero no ha pasado por la experiencia. Además

una de las aportaciones más relevantes de Badaracco fue integrar la psiquiatría en el psicoanálisis, utilizando psicofarmacología y psicoterapia de forma conjunta. También facilitó presencia de varias generaciones en los grupos de tratamiento, lo que permitía un manejo más funcional del presente, pasado y futuro, teniendo en cuenta la variedad de múltiples experiencias con posibilidad de ponerlas en conexión. En esta línea adquirió influencia de Canevaro, quien también llevó a cabo un trabajo terapéutico trigeneracional. Además Badaracco trabajaba en "multiterapia" al permitir la participación de varios terapeutas y de los propios pacientes como "coterapeutas", proporcionando un contexto seguro para el manejo de las violencias internas de los pacientes y de las experiencias emotivas negativas de los familiares. En esta línea, posteriormente, Kauffman también empleó el trabajo trigeneracional, pero desde un modelo psicoeducativo y con una perspectiva más directiva y de apoyo (Kauffman, 1999). Se puede decir que estos resultados favorables de la psicoterapia grupal multifamiliar se han reproducido en un estudio cuasiexperimental con medidas preintervención y postintervención en pacientes adictos a opiáceos en tratamiento con metadona. Este programa de intervención además contaba con un equipo reflexivo externo. La intervención grupal multifamiliar se comparó con intervención grupal psicoeducativa y metadona. Los resultados finales demostraron que la psicoterapia grupal multifamiliar con equipo reflexivo superaba a la intervención psicoeducativa y metadona en menor severidad de estado psicopatológico y menor gravedad de consumo de drogas. Además el porcentaje global de evolución favorable fue mayor en el grupo de psicoterapia multifamiliar tras unos 6 meses de tratamiento (Marcos Sierra, 2010).

En cuanto a trabajos más recientes respecto al trabajo multifamiliar en grupos en la población adolescente destacan por haber mayor número de publicaciones los referentes a la patología alimentaria, siendo la mayoría de diseños cualitativos (Asen, 2002; Berge, Arikian, Doherty, & Neumark-Sztainer, 2012; da Silva Jaeger, Seminotti, & Garcia Falceto, 2011; Eliot, 1990; Fernandez Rivas et al., 2010; Jauregui Lobera, 2005; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev, & Thömke, 2005). No obstante, los trabajos de Eisler y Dare son los que nos ofrecen mayor nivel de evidencia acerca de la utilidad de la terapia de grupos multifamiliares utilizando un enfoque eminentemente sistémico (Dare & Eisler, 2000; Eisler, Simic, Russell, & Dare, 2007b)..

Sin embargo, según reflejan la mayoría de los estudios sobre los efectos de la terapia grupal en trastornos de la conducta alimentaria, los resultados son contradictorios, aunque hay estudios que evidencian eficacia (Dare et al., 2000; Eisler, Simic, Russell, & Dare, 2007a). En este campo se ha de destacar encontrado un estudio piloto reciente realizado en Praga con una muestra de 15 adolescentes que se incluyeron en un programa de tratamiento grupal multifamiliar y se les hizo un seguimiento durante 12 meses para objetivar los cambios en autoestima y en calidad de vida. Los resultados corroboraron parcialmente la hipótesis de

trabajo, ya que aunque en este tiempo hubo una mejoría en la calidad de vida de las pacientes y sus familias, sin embargo, hubo menores puntuaciones en autoestima en las adolescentes al final del estudio. Se planteó que esta baja puntuación en autoestima sería el reflejo de la ambivalencia de las pacientes hacia el cambio y al incremento de peso durante el tratamiento, lo que perciben estas pacientes como un fracaso personal. No obstante, carecían tanto de grupo control como de otros estudios que hubieran medido las variaciones de calidad de vida y autoestima durante un proceso terapéutico con adolescentes con problemas alimentarios (Mehl et al., 2013).

Otro estudio similar publicado recientemente se realizó en Dinamarca con 32 pacientes y sus familias, con un total de 12 abandonos. No obstante, hubo una importante remisión sintomática en las adolescentes con patología alimentaria, consiguiéndose tras la TGM mejor capacidad introspectiva, mejor autoconcepto y menor percepción de problemas en las relaciones interpersonales, sin embargo, el tamaño muestral fue pequeño y el estudio carecía de grupo control, por lo que no se podía afirmar que estos efectos fueran específicos de la TGM. Aunque no se registraron datos significativos en relación a la reducción de conflictividad interpersonal, sí fueron buenos los resultados respecto a resolución de interdependencias vinculantes paterno-filiales (Hollesen, Clausen, & Rokkedal, 2013).

Por otro lado, los tratamientos grupales multifamiliares para la obesidad en adolescentes han obtenido resultados inconsistentes: hay estudios que muestran su inoperancia, aunque hay algún otro que vaticina resultados prometedores en la prevención de la obesidad (Berge et al., 2012; Kitzman-Ulrich et al., 2009).

También son consistentes las evidencias de la utilidad de la terapia grupal multifamiliar en los trastornos psicofisiológicos de niños y adolescentes (La Roche, Koinis-Mitchell, & Gualdron, 2006; Satin, La Greca, Zigo, & Skiler, 1989), siguiendo la línea de Steinglass que demostró la eficacia de la terapia de grupos multifamiliar en patología crónica (Steinglass, 1998). No obstante, el trabajo de Wysocki y cols. de 2007 demuestra la superioridad un programa dirigido a sistemas familiares respecto a intervención multifamiliar de apoyo y tratamiento estándar. Este programa mejoraba la adherencia al tratamiento y la capacidad de resolución de conflictos intrafamiliares (Wysocki et al., 2007).

Con respecto a otras patologías psiquiátricas, se ha demostrado a través de diversos estudios que añadir tratamiento grupal multifamiliar como tratamiento inicial en primeros episodios psicóticos puede mejorar el funcionamiento psicosocial posterior. Así lo afirma un trabajo reciente de McFarlane de 2012 (McFarlane & Lynch, 2012), de la misma manera que el trabajo de Bechdolf y cols. también de 2012, en el que se demuestra que el Tratamiento Psicológico Integral, que incluye el trabajo en grupos con varias familias de pacientes en fases prodrómicas de la esquizofrenia, resulta más eficaz que otras intervenciones de apoyo en la

prevención de recaídas de psicosis tras 2 años de seguimiento (Bechdolf et al., 2012). En esta línea cabe mencionar el trabajo de Thorup y cols. de 2004 que utiliza el abordaje grupal multifamiliar como parte de un tratamiento integral en psicosis de inicio. Aunque el estudio lo realiza para una muestra de adultos, también considera su posible eficacia en adolescentes con primer episodio psicótico (Thorup et al., 2005). Asen aboga por la terapia grupal multifamiliar en psicosis de inicio, ya que, siguiendo la experiencia de McFarlane, emplea este tratamiento en conjunción con otros abordajes para la enfermedad mental grave con fin de reducir los niveles de emoción expresada en las familias, lo que contrubuye a reducir las recaídas del paciente y agiliza el proceso de recuperación. Pero, a diferencia de McFarlane, Asen trabaja con grupos abiertos y siguiendo un enfoque fundamentalmente sistémico, menos estructurado, favoreciendo que las familias potencien sus propios recursos y encuentren sus propias respuestas a cada problema, lo que no resulta menos efectivo que otros enfoques más estructurados (Asen et al., 2006). Más recientemente Breitborde y cols. además demostraron, con un ensayo clínico controlado y aleatorizado, que los pacientes con primer episodio psicótico que recibieron tratamiento psicoeducativo y de reestructuración cognitiva se beneficiaban más de las intervenciones grupales multifamiliares (Breitborde et al., 2011). En este apartado también mencionaremos las recientes investigaciones llevadas a cabo en modelos comunitarios como el Open Dialogue en adultos jóvenes con psicosis de inicio. Aunque la mayoría de estudios de eficacia carecen de grupo control y el tamaño muestral es reducido, los resultados obtenidos de algunos estudios piloto son prometedores y rompen con los sistemas tradicionales que la psiquiatría hasta ahora ha promulgado en el abordaje de la enfermedad mental grave, en la medida en que sólo se apoya el tratamiento psicofarmacológico y el internamiento hospitalario para casos graves y con nula colaboración familiar. Así, por ejemplo, mencionaremos el proyecto API (Tratamiento Integrado de la Psicosis Aguda), llevado acabo en varios establecimientos finlandeses durante 1993- 1994 y que, posteriormente, se continuó con el proyecto ODAP (Enfoque de Diálogo Abierto en Psicosis Aguda), cuyos resultados demostraron una reducción significativa de la duración de psicosis no tratada (DUP) y una reducción del uso de neurolépticos, sin que ello supusiera una riesgo de resultados negativos, así como una reducción significativa de la necesidad de ingresos y cronicidad del paciente, facilitado por una mejor implicación de la familia en el proceso de recuperación y una mejor integración del paciente en la red social. Este modelo además incorporó una nueva concepción de tratamiento psiquiátrico, la del equipo de trabajo permanente, lo que supuso la construcción de una experiencia creativa para profesionales que deben hacer frente a las crisis más graves con ayuda de la cooperación y convivencia de diferentes sectores, el paciente y su red social (Seikkula et al., 2001a; Seikkula et al., 2001b; Seikkula et al., 2003a; Seikkula et al., 2003b).

Tomando como modelo el trabajo multifamiliar en pacientes psicóticos o con psicosis de inicio, también se ha estudiado su funcionamiento en pacientes bipolares o con otras alteraciones del espectro afectivo (Dagmar Holmgren et al., 2005). Así, en lo referente al tratamiento grupal multifamiliar en patología afectiva, aunque son bien conocidos al respecto los trabajos de Lemmens y cols. (Lemmens, Eisler, Dierick, Lietaer, & Demyttenaere, 2009; Lemmens, Eisler, Migerode, Heireman, & Demyttenaere, 2013), destacan los trabajos de Fristad y cols. que demuestran la eficacia del tratamiento grupal multifamiliar, de enfoque básicamente psicoeducativo, el cual, añadido al tratamiento habitual en adolescentes con trastornos del ánimo, consigue mejorar el pronóstico y reducir la sintomatología en mayor grado (Fristad, Goldberg-Arnold, & Gavazzi, 2003; Fristad, Verducci, Walters, & Young, 2009; Fristad, Goldberg-Arnold, & Gavazzi, 2014). Mendenhall también realiza un ECA en 2009 en población infanto-juvenil demostrando resultados similares (Mendenhall, Fristad, & Early, 2009), corroborando los resultados del estudio de 2008 de Solomon y cols., realizado en población adulta, y en el que compararon la terapia grupal multifamiliar añadida al tratamiento psicofarmacológico con tratamiento psicofarmacológico sólo, obteniendo que la terapia grupal multifamiliar añadida al tratamiento biológico del trastorno bipolar tipo I reducía las recaídas y hospitalizaciones de los pacientes en mayor grado (Solomon et al., 2008). Otro estudio cuasiexperimental de 2002, realizado con adolescentes con rasgos de personalidad límite e ideación suicida, demostró que el grupo sometido a terapia dialéctica-conductual (DBT) con intervención multifamiliar semanal, obtuvo una reducción significativa en ideación suicida, en síntomas psiquiátricos generales y en criterios de trastorno de personalidad límite, por encima del tratamiento habitual (Rathus & Miller, 2002). Destaca además otro estudio piloto reciente que avala la eficacia de la DBT en un contexto multifamiliar para la reducción de síntomas externalizantes e internalizantes en adolescentes que cumplían criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad límite y disocial (Uliaszek, Wilson, Mayberry, Cox, & Maslar, 2014).

Con respecto a patología mental y física en adultos, también se han realizado algunos trabajos cuasiexperimentales que reflejan la utilidad de los tratamientos grupales multifamiliares. Así en este punto cabe mencionar un estudio piloto de trabajo grupal multifamiliar con adolescentes cuyas madres había recibido el diagnóstico en 4 meses previos de cáncer de mama (Davey, Gulish, Askew, Godette, & Childs, 2005). También hemos encontrado un ensayo clínico abierto de 2010 que evalúa los resultados de una intervención grupal multifamiliar, desarrollada durante 36 meses en familias de niños y adolescentes que han sido expuestos a situaciones estresantes en el entorno familiar, siguiendo un enfoque cognitivo-conductual de base, obteniéndose una reducción significativa en síntomas internalizantes (ansiedad y depresión ligados a exposición a situación traumática), en síntomas externalizantes (violencia hacia otros) y

en problemas de atención, consiguiendo además los menores una mejor competencia social. Sin embargo este estudio carecía de grupo control, el tamaño muestral era reducido y no se tenían en cuenta los cambios en el subsistema parental (Kiser, Donohue, Hodgkinson, Medoff, & Black, 2010). Este subsistema cobra gran importancia por la existencia de estudios que avalan la eficacia objetiva de programas psicoterapéuticos familiares, dirigidos básicamente a los padres:

-Un de un programa de intervención grupal de padres en duelo (FBP) se ha demostrado eficaz en la reducción de síntomas internalizantes y externalizantes en los casos que han obtenido elevadas puntuaciones en intensidad de síntomas en el pretest (Sandler et al., 2003)

-Diversos programas que demuestran que existe una mejora palpable de la impulsividad e hiperactividad en niños con TDAH, tras el seguimiento de un programa de estas características (Faraone, 2006; Karande, 2005; Ramos Vicente & González Seijo, 2007; Roselló, García-Castellar, Tárraga-Mínguez, & Mulas, 2003).

-El Programa KES, un programa de formación de padres de niños con problemas de conducta, en el cual se combina una formación teórica en forma de sugerencias para el cambio, con ejercicios prácticos en forma de juegos de rol y que se ha comprobado eficaz (Grimm et al., 2006).

-El Programa de Prevención de Problemas de Comportamiento Externalizados (PEP), que indica la posibilidad de prevenir los problemas de conducta en menores (Hautmann et al., 2008).

-El Programa de Fortalezas Familiares revela resultados preliminares de satisfacción de usuarios y de eficacia, siendo una intervención dirigida a familias latinas inmigrantes en EE.UU., para afrontar la depresión de las madres por diversos estresares ambientales, entre ellos el duelo por el abandono del país de origen y el encuentro con una nueva cultura con todo el proceso de readaptación familiar que ello conlleva. Consiste en una intervención multifamiliar, en la que participan los niños o adolescentes, las madres y otros cuidadores que, por lo general, son los padres biológicos o parejas actuales de las madres. La duración de la intervención es de unas doce semanas. Este programa además es una adaptación de otro también dirigido a madres deprimidas y que dura unas diez semanas, cuya finalidad es fomentar capacidad de resiliencia de las familias (Valdez, Mills, Barrueco, Leis, & Riley, 2011). Aunque los resultados en otro estudio longitudinal (con medidas previas y posteriores a la intervención) demuestran que este programa fue bien aceptado, bien completado y con mejoría en las relaciones familiares, es un estudio que carece de grupo control, por lo que se desconoce la eficacia real de esta intervención (Valdez, Padilla, Moore, & Magaña, 2013).

-Por último, resultan de especial interés algunos estudios que avalan no sólo la eficacia de estos programas, sino que, además, parecen demostrar su eficiencia, es decir, su relación coste-beneficio (Dretzke et al., 2005).

Pese a que algunas revisiones avalan la eficacia de las intervenciones familiares en diversas patologías del adolescente, donde realmente se han demostrado eficaces han sido para aquellos adolescentes consumidores de sustancias, así como en adolescentes con problemas de conducta y psicosis, consiguiendo una mayor implicación de la familia en los tratamientos de los pacientes identificados (Girón García, Martínez Delgado, & González Sáiz, 2002). Pero los hallazgos más sólidos de eficacia de los abordajes psicoterapéuticos familiares se obtienen en los estudios realizados con adolescentes con trastornos de conducta (son estudios mejor diseñados y mayores muestras). De hecho, en una revisión sistemática que realizó Borduin sobre eficacia de terapia multisistémica en delinciuencia juvenil, se ha demostrado una reducción considerable de la actividad criminal, la violencia, la cantidad de detenciones y el número de encarcelamientos (Borduin, 1999). Este autor arguye que la ventaja de este tipo de intervención está relacionada con su enfoque sobre las causas que, de forma empírica, se han correlacionado con conductas antisociales (déficit de disciplina y relaciones afectivas dentro de la familia, en el grupo de pares, en el ámbito escolar-laboral), además de utilizar estrategias flexibles en el ambiente natural donde aparece el problema. Pero fue Henggeler el pionero en utilizar este tipo de abordaje multisistémico y en ofrecer estudios de mayor evidencia científica sobre la eficacia de este tipo de intervención (Hengeller, 1999; Hengeller et al., 1999; Henggeler et al., 1991; Henggeler et al., 1995; Henggeler, Cunningham, Pickrel, Schoenwald, & Brondino, 1996; Henggeler et al., 1998). Estos hallazgos han tenido implicaciones importantes en estudios posteriores referentes a la eficacia del abordaje multisistémico en problemas de consumo de sustancias de adolescentes, dada su fuerte relación con esos problemas de conducta (Liddle et al., 2001; Marvel, Rowe, Colon-Perez, DiClemente, & Liddle, 2009). Este enfoque terapéutico facilita la participación conjunta de los adolescentes con el grupo familiar, escolar (profesorado, pedagogos, orientadores) y de iguales, lo que ha resultado más beneficiosa que la terapia individual o grupal sin la participación de los grupos mencionados. Además esto ha permitido al adolescente mejorar su adherencia al tratamiento. No obstante, hay bastantes menos publicaciones en relación a la TGM que en TMS. Además los estudios sobre esta última modalidad terapéutica parecen ser de mejor calidad y validez, por lo que no son comparables entre sí. No obstante, es necesario desarrollar nuevas investigaciones que determinen a largo plazo los beneficios de la TMS, en las cuales deberán participar las instituciones de salud involucradas (De la Peña-Olvera, 2003). Aun así, podríamos tener en cuenta estos trabajos para aplicar una metodología análoga a estos estudios de eficacia de TMS para el desarrollo de otros estudios de eficacia de las psicoterapias grupales familiares múltiples.

Por otro lado, el uso de ensayos clínicos aleatorios (ECA´s) para probar los efectos de intervención es una de las grandes fortalezas de la base de investigación de la TMS. En esta línea

se desarrolló un metanálisis que recogió los resultados de 8 ensayos controlados aleatorios de la TMS realizados en EE.UU., Canadá y Noruega. Sin embargo, es prematuro establecer conclusiones acerca de la TMS en comparación con otros servicios (servicios habituales fuera del domicilio del adolescente, o bien, otras condiciones de tratamiento como la terapia individual), mostrando los resultados iniciales menos hospitalizaciones después de la intervención con TMS para los adolescentes con trastornos conductuales.

Otro ECA que emplea un tratamiento familiar con TMS, muestra la actividad criminal de 176 jóvenes que habían participado en la misma o en terapia individual. Los datos de detenciones y encarcelamiento obtenidos 13.7 años después evidencian efectos positivos a favor de la TMS con el 54% menos de arrestos y 57% menos días de reclusión en centros de internamiento para adultos (Schaeffer & Borduin, 2005).

En algunos países como EE.UU., Reino Unido, Suecia, Noruega o Dinamarca, estos tratamientos con familias llevan desarrollándose durante varios años, mostrando efectos positivos tanto a corto como a largo plazo en comparación con otros tratamientos y empleando diversas muestras de adolescentes (afroamericanos, hispanos, caucásicos) en zonas urbanas, suburbanas y rurales además de diversos orígenes socioeconómicos (Rowe, 2010). En EEUU, país pionero en TMS, encontramos varios ejemplos, los cuales han sido evaluados de forma sistemática demostrando su eficacia en el curso de los últimos años así como en repeticiones en otros países (Reedtz, Handegard, & Morch, 2011), para la prevención y desarrollo de los problemas de conducta y consumo de drogas entre los adolescentes (Brody, Kogan, Chen, & McBride, 2008). Así lo revela un metanálisis sobre intervenciones familiares para niños y adolescentes con problemas de conducta, que selecciona 8 ECA´s en los que los grupos experimentales son sometidos a diversas intervenciones familiares (la mayoría TMS o grupos de padres), con muestras estadounidenses y australianas, concluyendo que dichas intervenciones reducen de forma significativa la ratio de futuros delincuentes juveniles y el tiempo de condena en prisión o centros de menores. Además disminuye la reincidencia en actos delictivos durante un período de tres años tras finalizar la intervención (Woolfenden et al., 2002). Otro estudio reciente muestra los resultados tras 6 años de seguimiento de una muestra (el 54.4% de 99 niños incluidos en el estudio previo) tras un programa de intervención multisistémica. Mientras todos los niños tenían diagnóstico de trastorno disocial y/o trastorno disocial oposicionista-desafiante antes del tratamiento, 6 años más tarde, las dos terceras partes no recibían ningún tipo de diagnóstico (Durgli, Larsson, Fossum, & Morch, 2010).

Por tanto, el éxito de la TMS se ha basado en investigaciones desarrolladas por varias disciplinas durante los últimos 20-30 años. Los estudios longitudinales desarrollados durante décadas han delimitado los factores de riesgo clave en el desarrollo y mantenimiento del

trastorno de comportamiento perturbado en adolescentes (Hengeller, 2012). En este sentido, existen estudios realizados con adolescentes violentos en los que la TMS ha demostrado eficacia en cuanto a la disminución de la actividad criminal y cuyos resultados parecen prometedores a la hora de realizar estudios en otras poblaciones con problemas clínicos complejos (Henggeler et al., 1996; Henggeler, 1997). Sin embargo, el estudio más amplio encontrado (y el único estudio totalmente independiente con análisis completo del tipo intención de tratar) no halló diferencias significativas en las medidas de resultado de la TMS y los servicios de justicia juvenil habituales. Este metanálisis observa que las pruebas acerca de la efectividad de la TMS, de momento, no son concluyentes, aunque aún existen carencias en el conocimiento acerca de la implementación generalizada de la TMS, sus efectos a largo plazo y los mecanismos de cambio importantes (Littell, Popa, & Forsythe, 2007). Según estos autores las pruebas disponibles sugieren que la TMS no siempre resulta más efectiva que otras intervenciones para los jóvenes con trastornos sociales, emocionales o de conducta. Tampoco hay pruebas de que la TMS tenga efectos perjudiciales en comparacion con terapias individuales o los servicios de asistencia habituales. No existen tampoco pruebas de que otras intervenciones conocidas sean más efectivas que la TMS. Es por lo tanto necesario realizar estudios adicionales e independientes para confirmar o refutar la hipótesis de que la TMS tiene efectos significativos en cualquier medio que se implemente.

Existe un amplio cuerpo de investigación sobre la utilidad clínica de esta intervención en diversos estudios de eficacia y de efectividad desde 1980 hasta la actualidad, incluyendo también estudios híbridos de eficacia-efectividad en diversas poblaciones clínicas de adolescentes. El primer estudio de resultados de TMS empleó un diseño cuasiexperimental con infractores juveniles y demostró un notable descenso de problemas de conducta y una mejora en las relaciones (aumentó expresiones de afecto y redujo intercambios comunicativos agresivos) en las familias (Hengeller et al., 1986). El segundo estudio evaluaba la efectividad de la TMS con familias maltratantes (Brunk, Henggeler, & Whelan, 1987). Pero el más extenso de estos estudios, realizado con una muestra de 176 infractores juveniles crónicos y violentos, mostró considerables mejoras en las relaciones familiares y un 63% menos de reincidencias en el seguimiento realizado a los 4 años tras el tratamiento. Además en uno de los seguimientos más prolongados de la literatura en psicoterapia infantil, Sawyer y Borduin observaron la TMS redujo en un 36% el número de nuevos arrestos y en un 33% el número de días de reclusión en centros de adultos a lo largo de un período de 22 años tras finalizar el tratamiento (Sawyer & Borduin, 2011). En resumen, los rigurosos estudios de eficacia (incluyendo diseños aleatorizados, análisis con inteción de tratar y seguimientos a largo plazo) demostraron claramente la capacidad de la TMS de obtener resultados favorables con jóvenes que presentaban problemas clínicos muy

graves y con sus familias (Hengeller, 2012). Pero estos estudios, realizados en condiciones casi ideales, no predicen resultados reales en entornos comunitarios. Por tanto, también se han realizado estudios de efectividad que demuestran que es posible trasladar exitosamente programas de TMS a proveedores basados en la comunidad. El primer estudio realizado desde esta perspectiva fue un ensayo aleatorizado administrado en un centro comunitario de salud mental a infractores juveniles crónicos y violentos en riesgo inminente de encarcelación (Henggeler, Melton, & Smith, 1992). En un seguimiento realizado a las 59 semanas, los jóvenes sometidos a TMS presentaron un 43% menos de reincidencias y un 64% menos de tutelas fuera del hogar. Además los efectos en la reincidencia continuaron siendo significativos a los 2,4 años tras el tratamiento (Hengeller, Melton, Smith, Schoenwlad, & Haley, 1993). Estos resultados se consiguieron, según posteriormente fue comprobado, gracias al asesoramiento suministrado por Hengeller a los terapeutas que llevaron a cabo el programa terapéutico.

Tras este exitoso enfoque de la TMS con infractores juveniles violentos y crónicos, a mediados de los 90 surgieron dos grupos de investigación que trataron de validar y adaptar la TMS otros problemas clínicos graves. Para este cometido llevaron a cabo estudios híbridos de eficacia-efectividad en la aplicación de TMS a adolescentes con trastorno emocional grave, abuso de sustancias, maltrato físico y problemas crónicos de atención médica. Los terapeutas que aplicaron la TMS a sus correspondientes lugares de trabajo fueron supervisados por expertos en la misma. Se compararon los resultados obtenidos con TMS y con tratamientos habituales. Los resultados fueron favorables para la TMS en reducción de síntomas internalizantes en trastornos emocionales (Hengeller et al., 1999; Hengeller et al., 2003), en reducir consumo de sustancias ilegales (Hengeller et al., 2006), en reducir conductas parentales asociadas al maltrato (Swenson, Schaeffer, Hengeller, Faldowski, & Mayhew, 2010) y en mejorar el control metabólico a corto y medio plazo en adolescentes con diabetes tipo 1 deficientemente controlada (Ellis et al., 2004; Ellis et al., 2005). Un estudio más reciente obtuvo resultados favorables en una adaptación de TMS para tratar la obesidad primaria, demostrando ser más efectiva que programas de control de peso en la reducción de sobrepeso e índice de masa corporal (Naar-King et al., 2009).

En distintos puntos geográficos de EEUU y Europa se han realizado ensayos clínicos respecto a efectividad de TMS desarrollada por una tercera generación de expertos, de los cuales muchos de ellos obtuvieron resultados favorables en reducción de síntomas externalizantes e internalizantes en adolescentes en comparación con los tratamientos habituales de cada lugar (Odgen & Halliday-Boykins, 2004; Butler, Baruch, Hickley, & Fonagy, 2011; Glisson et al., 2010; Stambaugh et al., 2007; Timmons-Mitchel, Bender, Kishna, & Mitchell, 2006). En algunos de ellos estos resultados se mantuvieron en un seguimiento de dos años (Ogden & Hagen, 2006). De esta manera, investigaciones europeas y norteamericanas han demostrado la capacidad de la

TMS de ser efectiva en el tratamiento de trastornos conductuales y emocionales en adolescentes y sus familias. Se demuestra además que, en todas las culturas, la familia es crucial para lograr resultados clínicos favorables en los adolescentes, y la TMS ha producido altos niveles de implicación familiar en el tratamiento y cambios en el tipo de funcionamiento familiar (por ejemplo, estilo parental positivo, supervisión, control) que son mediadores clave del cambio terapéutico (Hengeller, 2012).

Un modelo de intervencion comunitario que incluye diferentes técnicas terapéuticas es el Family Integrated Transitions (FIT) del estado de Washington. Se trata de un programa diseñado para ayudar en la transicion al hogar a adolescentes delincuentes que retornan a sus familias tras cumplir una medida judicial en centro de Justicia Juvenil. Se trata de un programa de tratamiento individual, familiar y comunitario que se instaura dos meses antes de la puesta en libertad del menor y continúa durante los cuatro meses posteriores a la misma.

Los elementos terapeuticos de FIT son TMS (intervención familiar, con pares y en centro escolar), intervención motivacional para favorecer el cumplimiento del tratamiento, trabajo en prevención de recaídas y formacion a paciente y padres en habilidades psicosociales acorde al modelo de la Terapia dialéctica comportamental. Este tratamiento ha demostrado ser eficaz al hallarse que los jóvenes que siguieron este programa mostraron un 30% menos de recidiva de conductas delictivas graves que aquellos que no lo realizaron (Lee, 2008).

Por otro lado, surge la Terapia Familiar Multidimensional, siendo Liddle quien demuestra de forma empírica su utilidad en el abordaje de adolescentes con abuso de sustancias y problemas relacionados, siendo éste un tratamiento incluido en Guías Clínicas de EE. UU., como la NIDA, 2001 (Liddle et al., 2002; Liddle, Rowe, Dakof , Ungaro, & Henderson, 2004). Así se realizó un ECA en Nueva Orleans para demostrar la eficacia de la Terapia Familiar Multidimensional en el abordaje de adolescentes que habían iniciado consumo abusivo de sustancias y otros problemas de conducta registrados tras el desastre del huracán Katrina. Tras 4 meses de intervención se vio que esta intervención promovía relaciones paterno-filiales positivas y la implicación de los padres en las necesidades de los hijos, mejorando la capacidad de afrontamiento de los adolescentes a los efectos devastadores de la catástrofe y reduciendo el nivel de síntomas externalizantes e internalizantes (Rowe, 2010).

Otros trabajos con diverso nivel de evidencia recogen las intervenciones familiares en grupos múltiples para incidir sobre la clínica externalizante e internalizante en adolescentes (Costa, 2011; Kiser et al., 2010; Kumpfer, Whiteside, & Greene, 2010; Sanders & Turner, 2005; Sempere Pérez, Rodado Martínez, & Fuenzalida Muñoz, 2012; Tinoco Ponciano, Tavares Cavalcanti, & Féres-Carneiro, 2010; Wattie, 1994). En este apartado destacamos además el estudio de Van Noppen y cols., un estudio piloto de tipo cuasiexperimental, que comparó los

efectos del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno obsesivo compulsivo en pacientes jóvenes en sesiones grupales y, con este mismo tratamiento, las sesiones multifamiliares, en las que participaban básicamente los pacientes y sus padres; además, comparó los resultados de ambos grupos con los obtenidos a nivel individual y tras un año de seguimiento, obteniéndose resultados favorables para la modalidad grupal respecto a la individual, obteniendo mejores resultados en aspectos comunicacionales y de reducción del estigma, así como costes más reducidos en la modalidad multifamiliar. No obstante, no se aleatorizaron los grupos (Van Noppen, Steketee, Mc Corkle, & Pato, 1997). Otro estudio más reciente realizado con adolescentes que habían sido denunciados por primera vez a la justicia por la comisión de un acto delictivo encontró diferencias en resultados de reincidencia de estos adolescentes, siendo menores las tasas de recaída para el grupo de jóvenes que habían recibido intervención grupal multifamiliar, durante 3 años y siguiendo el modelo de Laqueur, que en el grupo que había sido asignado para cumplir con otras medidas judiciales. Al respecto también hubo mejores resultados en chicas, aunque las diferencias halladas por sexos resultaron controvertidas. Uno de los puntos débiles de este estudio es que no se procedió a aleatorizar la muestra, pero sí contaba con un grupo de pacientes en intención de tratar, cuyos resultados fueron inferiores al grupo que completó la intervención grupal multifamiliar (Quinn & Van Dyke, 2004).

También hay evidencias de la utilidad del tratamiento grupal multifamiliar en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con un enfoque eminentemente sistémico (Bertuzzi, Castro, Sazie, & Araneda, 2011). Este trabajo, junto con el de Compas y cols., resulta de importante relevancia científica (Compas, 2010).

Debido a la relación con los TC, mencionamos en este contexto una revisión crítica de tratamiento grupal para adolescentes consumidores de sustancias que demuestra en 10 de los 13 estudios analizados reducción significativa del consumo de una o más sustancias, aunque sólo en 2 de los estudios que emplearon tratamientos muy similares obtuvieron resultados de posible eficacia. Sin embargo, en el resto de estudios se emplearon 3 modalidades de tratamiento grupal que no obtuvieron esos resultados positivos. Por tanto, el trabajo de revisión concluye que no se tienen claros los factores terapéuticos ni la tipología de terapia grupal que resulta más eficaz en esta problemática (Engle et al., 2009).

Por otro lado, se comprueba el beneficio del trabajo conjunto de los adolescentes con sus padres en los grupos de terapia multifamiliares en diversos estudios. Una revisión sistemática de 2010 recoge los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas conjuntas entre hijos adolescentes y padres en comparación con las intervenciones individuales y los padres por separado. Según concluye el estudio, las terapias individuales o aquéllas en las que participan

padres por un lado e hijos por otro, son menos eficaces que otras en las que participan simultáneamente padres e hijos (Dowell et al., 2010).

En definitiva, los resultados de eficacia obtenidos acerca de la TGM son poco concluyentes, ya que los estudios son muy heterogéneos, los enfoques terapéuticos muy variados y poco sistematizados. Ante esto, algunos autores plantean mejorías que pueden realizarse en ECA´s futuros en tratamientos grupales con familias (áreas del ocultamiento de la asignación, el cegamiento de la evaluación y el análisis del tipo intención de tratar). Además es necesario realizar estudios adicionales e independientes para confirmar o refutar la hipótesis de que estas terapias multifamiliares tienen efectos significativos sobre otros servicios, ya que aún existen carencias en el conocimiento acerca de su implementación generalizada, sus efectos a largo plazo y sus mecanismos de cambio más importantes (Little, Popa, & Forsythe, 2008). Por otro lado, aún se necesitan programas de intervención específica que se ocupen de comportamientos agresivos en adolescentes (Hage, Van Meijel, Fluttert, & Berden, 2009).

Los datos obtenidos de mayor evidencia científica están a favor del trabajo grupal multifamiliar de enfoque psicoeducativo, obteniéndose resultados favorables en el abordaje de niños y adolescentes con problemas de conducta externalizante e internalizante (Dowell et al., 2010).

Actualmente en España, la TGM está poco desarrollada como tratamiento para aquellos niños que presentan alteraciones conductuales, existiendo, por tanto, escasa evidencia sobre su eficacia en la población española infanto-juvenil. No obstante, ante la aplicabilidad de este tipo de abordaje en la práctica clínica habitual y su fácil implantación en diversos ámbitos hospitalarios y extrahospitalarios, desde el año 2005 viene extendiéndose este abordaje terapéutico por el sureste español iniciándose en la ciudad de Elche (Alicante) y, poco después aplicándose en la unidad de atención ambulatoria y hospitalaria pública del Hospital Vega Baja de Orihuela, para la población infanto-juvenil y sus familias (Sempere Pérez et al., 2011; Sempere Pérez, 2012; Sempere Pérez et al., 2013b). Además, entre 2011 y 2013 se incorpora este modelo en instituciones sanitarias públicas (unidades de hospitalización psiquiátrica, hospitales de día y centros de salud mental infanto-juvenil) de otros lugares geográficamente próximos (Comunidad Valenciana, Castilla La Mancha y Región de Murcia). De esta manera, en los últimos diez años, el modelo de terapia interfamiliar inspirado en el psicoanálisis multifamiliar de García Badaracco se ha ido extendiendo de forma progresiva en instituciones públicas y privadas dirigidas a la atención en la salud mental, consiguiendo un contexto abierto y espontáneo que permite una integración de diversos modelos de terapia, incrementando el potencial terapéutico y optimizando los recursos económicos y profesionales (Sempere Pérez et al., 2012).

Con todo y en base a la evidencia científica establecida en otros países sobre la eficacia de la TGM se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar en España investigaciones que corroboren esta relación entre el uso de la TGM y una reducción de la sintomatología en niños/adolescentes que presentan trastornos de conducta.

TABLA 8. Trabajos seleccionados sobre tratamientos grupales multifamiliares en población adolescente.

AUTOR	*AÑO*	*APORTACIÓN*	*TRABAJO*
Eliot	1990	Tratamiento grupal multifamiliar en adolescentes con anorexia y bulimia	Estudio cualitativo
Wattie	1994	Tratamiento grupal multifamiliar de niños y adolescentes internos y externos	Revisión narrativa
Dare y Eisler	2000	Tratamiento de grupo multifamiliar en adolescentes con anorexia y bulimia	Diseño cuasiexperimental
Rathus y Miller	2002	Tratamiento dialéctico conductual con grupo multifamiliar en adolescentes TLP	Diseño cuasiexperimental
Asen	2002, 2006	Tratamiento de grupo multifamiliar en problemas escolares y anorexia nerviosa en adolescentes	Estudio cualitativo
		Tratamiento de grupo multifamiliar en psicosis de inicio	Estudio cualitativo
Springer y Orsbon	2002	Tratamiento grupal multifamiliar para adolescentes con abuso de sustancias	Revisión narrativa
Quinn	2004	Tratamiento grupal multifamiliar para adolescentes disociales	Diseño cuasiexperimental
Scholz y cols.	2005	Tratamiento de grupo multifamiliar de anorexia nerviosa en adolescentes	Estudio cualitativo
Dagmar y cols.	2005	Tratamiento grupal multifamiliar (psicoeducativo en trastorno bipolar)	Estudio cualitativo
Jauregui	2005	Tratamiento grupal multifamiliar para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria	Estudio cualitativo
Jacqueline y Margo	2005	Tratamiento en grupos paralelos de padres y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo	Diseño cuasiexperimental
Sanders y Turner	2005	Tratamiento grupal para familias de adolescentes con problemas de conducta y abuso de drogas (Triple P)	Revisión narrativa
Sempere y cols.	2005	Tratamiento grupal multifamiliar (Badaracco, 2000) en Hospital de Día para adolescentes	Estudio cualitativo
Kiser y col.	2010	Tratamiento grupal multifamiliar para familias expuestas a situación traumática	Diseño cuasiexperimental
Kumpfer y cols.	2010	Programa virtual de Intervención Familiar (SPF) en 4 versiones por edades (3-5, 6-11, 10 -14 y 12-16 años)	Diseño cuasiexperimental
Kiser y cols.	2010	Tratamiento grupal multifamiliar (programa de entrenamiento en afrontamiento de situaciones traumáticas)	Diseño cuasiexperimental
Tinoco y cols.	2010	Tratamiento grupal multifamiliar para niños y adolescentes en CSM y Hospital de Día	Estudio cualitativo
Fernández y cols.	2010	Tratamiento grupal multifamiliar para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria	Estudio cualitativo
Costa	2011	Tratamiento grupal multifamiliar en abuso y violencia de género en adolescentes	Estudio cualitativo
Da Silva y cols.	2011	Tratamiento grupal multifamiliar para adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria	Estudio cualitativo
Berge y cols.	2012	Tratamiento grupal multifamiliar para fomentar hábitos dietéticos saludables	Estudio cualitativo
Pérez y cols.	2012	Tratamiento grupal multifamiliar en adolescentes con problemas de conducta	Revisión narrativa
Sempere y cols.	2013	Tratamiento grupal multifamiliar extre/hospitalario y en trastorno mental grave	Disertación
Melh y cols.	2013	Tratamiento grupal multifamiliar en Centro de Día para adolescentes con trastorno de conducta alimentaria en República Checa	Estudio cuasiexperimental
Hollesen A. y cols.	2013	Tratamiento grupal multifamiliar en un Centro de Día para adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria en Dinamarca	Estudio cuasiexperimental

TABLA 9. Ensayos clínicos aleatorios en población adolescente en principales bases de datos consultadas.

AUTOR	*AÑO*	*APORTACIÓN*	*CONDICIONES DE COMPARACIÓN POR ESTUDIO*	*RESUMEN DE RESULTADOS*
Satin y cols.	1989	Tratamiento grupal multifamiliar en adolescentes diabéticos	Grupo multifamiliar (MF) vs Grupo multifamiliar con padres simuladores de diabetes (MF+S) vs control (C)	MF y MF+S con mejores resultados clínicos que C. Mayor reducción de Hb A con MF+S.
Liddle y cols.	2001, 2004	Tratamiento multifamiliar : a) en abuso de drogas en jóvenes b) con síntomas internalizantes	Tratamiento Familiar Multidimensional (MDFT) vs grupo de adolescentes (AGT) vs Intervención Multifamiliar Educacional (MEI)	MDFT más eficaz que AGT y MEI
Quinn y Van Dyke	2004	Tratamiento grupal multifamiliar en adolescentes en jóvenes delincuentes	Programa de intervención grupal multifamiliar (MGFI) con análisis por intención de tratar	MGFIT redujo las recaídas en jóvenes delincuentes de ambos sexos más que la libertad condicional
Fristad y cols.	2002, 2007, 2009	Tratamiento de grupo multifamiliar en preadolescentes con trastorno del espectro afectivo	Tratamiento grupal multifamiliar psicoeducativo +tratamiento habitual (MFPG+ TAU) vs Tratamiento habitual (TAU)	MFPG + TAU tiene mayor potencial terapéutico que TAU
Sandler y cols.	2003	Intervención preventiva para adolescentes mediante grupo de padres en situación de duelo	Programa de Intervención Familiar en duelo (FBP) vs Intervención de Autoayuda	FBP reduce internalización y externalización ante elevadas puntuaciones previas
La Roche y cols.	2007	Tratamiento grupal multifamiliar en niños asmáticos	Tratamiento grupal multifamiliar (MFAGT) vs Intervención Psicoeducativa Estándar (SPAI)	MFAGT (redujo visitas a urgencias) más eficaz que SPAI
Eisler y cols.	2007	Tratamiento grupal multifamiliar de enfoque sistémico en anorexia nerviosa	Tratamiento familiar individual (SFT) vs tratamiento grupal familiar (CFT)	CFT superior a SFT en anorexia nerviosa si alto nivel de criticismo familiar
Henggeler y cols.	2009	Tratamiento grupal multifamiliar en adolescentes violentos	Terapia Multisistémica (MST) vs tratamiento habitual (TAU)	MST redujo más la asociación a vandalismo de jóvenes que TAU
Borduin y Schaeffer	2009	Tratamiento multisistémico en conductas delictivas	Tratamiento multisistémico (MST) vs tratamiento comunitario habitual (UCS)	MST más eficaz que UCS
Mendenhal	2009	Tratamiento grupal multifamiliar en niños y adolescentes con trastornos afectivos	Tratamiento grupal multifamiliar psicoeducativo (MFPG) vs tratamiento estándar (TAU)	MFPG más efectiva y eficaz que tratamiento estándar
Marvel y cols.	2009	Tratamiento grupal multifamiliar para reducir el riesgo de infección por VIH en adolescentes con abuso de sustancias	Tratamiento grupal multifamiliar (MDFT-HIV)/ tratamiento habitual (STD)	MDFT-HIV más eficaz que STD
Compas y cols.	2010	Intervención preventiva en niños y adolescentes con padres deprimidos	Intervención preventiva (habilidades parentales y de afrontamiento) vs Asesoramiento Escrito	Intervención preventiva (habilidades parentales y de afrontamiento) más eficaz que Asesoramiento Escrito
Bertuzzi y cols.	2011	Tratamiento grupal multifamiliar en niños-adolescentes con TDAH	Tratamiento grupal multifamiliar + Metilfenidato (TGM+M) vs Metilfenidato (M)	TGM+M más eficaz que M, pero las diferencias son pequeñas
McFarlane y Lynch	2012	Tratamiento grupal multifamiliar en adolescentes con riesgo de psicosis de inicio	Tratamiento grupal multifamiliar psicoeducativo (TGMP) vs Tratamiento psicoeducativo unifamiliar (TUFP)	TGMP más eficaz que TUFP

3.- HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general:

H_0: las puntuaciones en escalas de conducta problema de adolescentes de 12 a 15 años no varían tras una "Terapia de grupo Multifamiliar".

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea lo que habitualmente se piensa sobre tratamientos que no están estandarizados y es que dichos tratamientos no generan cambios y, si estos ocurrieran en la muestra de estudio podrían considerarse por azar. Por tanto, se propone que la terapia utilizada, generalmente no va a inducir cambios en la muestra de adolescentes descrita.

Las puntuaciones en escalas de conducta problema se refiere al total de puntuaciones de escalas constitutivas de dificultades emocionales, conductuales y problemas del pensamiento. También se tendrán en cuenta las puntuaciones de los ítems referidos a conductas socialmente deseables. Aparte se considerarán las puntuaciones obtenidas en síndromes de conducta externalizada, internalizada y neutro (Lemos, Fidalgo, Calvo, & Menéndez, 2002). Las variaciones se miden a través de las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en tiempo basal y las resultantes tras 6 meses de intervención.

3.2. La hipótesis general se concreta en las siguientes hipótesis secundarias:

3.2.1. Hipótesis 1ª:

H_0: las puntuaciones en escalas de conducta problema de los adolescentes de la muestra estudiada, presentan en tiempo basal valores iguales a las de otros adolescentes de población general.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantean similitudes entre los adolescentes de población general y los adolescentes de la muestra de estudio respecto a puntuaciones en síndromes de banda ancha y síndromes de banda estrecha del cuestionario YSR.

3.2.2. Hipótesis 2ª:

H_0: las puntuaciones en escalas de conducta problema en tiempo basal de los chicos de la muestra estudiada son iguales a las que presentan las chicas de la muestra de estudio.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que no hay diferencias en función del sexo en puntuaciones en síndromes de banda ancha y síndromes de banda estrecha del cuestionario YSR en los adolescentes de la muestra de estudio.

3.2.3. Hipótesis 3ª:

H_0: los padres/madres de la muestra de estudio presentan puntuaciones en actitudes hacia la crianza, en tiempo basal, iguales a las que tienen otros padres/madres de población general.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantean estilos de crianza similares entre padres/madres de los adolescentes de la muestra de estudio y otros padres/madres de población general.

3.2.4. Hipótesis 4ª:

H_0: los padres de la muestra de estudio presentan puntuaciones en actitudes hacia la crianza, en tiempo basal, similares a las obtenidas por las madres de esta muestra.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantean estilos de crianza similares entre padres y madres de los adolescentes de la muestra de estudio.

3.2.5. Hipótesis 5ª:

H_0: los valores de autopercepción de competencia social por los adolescentes de la muestra estudiada participantes en TGM son iguales a los de los adolescentes de la muestra estudiada participantes en TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que los adolescentes asignados a terapia de grupo multifamiliar y tratamiento estándar adquieren características similares en competencia social tras la intervención.

3.2.6. Hipótesis 6ª:

H_0: los valores indicativos de la utilización de recursos sanitarios de los adolescentes de la muestra estudiada participantes en TGM son iguales a los de los adolescentes de la muestra estudiada participantes en TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que los adolescentes asignados a terapia de grupo multifamiliar y tratamiento estándar adquieren condiciones similares en la utilización de recursos sanitarios tras la intervención.

3.2.7. Hipótesis 7ª:

H_0: los valores obtenidos en las escalas de conducta problema de adolescentes de 12-15 años de la muestra de estudio que han recibido TGM son iguales a las de los adolescentes de 12-15 años de la muestra de estudio que han recibido TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que no hay diferencias en resultados obtenidos por adolescentes que han participado en terapia de grupo multifamiliar y adolescentes que han participado en tratamiento estándar en escalas de conducta problema total, conducta social deseable y síndromes de banda ancha (externalizado e internalizado), síndrome neutro y síndromes de banda estrecha.

3.2.8. Hipótesis 8ª:

H_0: las puntuaciones medias de los padre/madres en actitudes hacia la crianza de los hijos adolescentes de la muestra de estudio tras participar en TGM fueron idénticas a las de los padre/madres de los adolescentes de la muestra de estudio tras participar en TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que las actitudes hacia la crianza obtenidas tras la intervención por padres/madres son similares tanto si han participado en terapia de grupo multifamiliar como si han participado en tratamiento estándar.

3.2.9. Hipótesis 9ª:

H_0: los varones de la muestra de estudio que han participado en TGM presentan valores en autopercepción de competencia social similares a las de los varones que han participado en TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Los chicos de la muestra participantes en ambos tipos de intervención obtienen resultados en competencia social similares.

3.2.10. Hipótesis 10ª:

H_0: las mujeres de la muestra de estudio que han participado en TGM presentan valores en autopercepción de competencia social similares a las de las mujeres que han participado en TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Las chicas de la muestra participantes en ambos tipos de intervención obtienen resultados en competencia social similares.

3.2.11. Hipótesis 11ª:

H_0: los varones adolescentes de la muestra de estudio que han participado en TGM presentan valores en utilización de recursos sanitarios similares a los de los varones adolescentes que han participado en TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que los chicos de la muestra participantes en cada una de las dos intervenciones a comparar obtienen resultados similares en la utilización de recursos sanitarios.

3.2.12. Hipótesis 12ª:

H_0: las mujeres adolescentes de la muestra de estudio que han participado en TGM presentan valores en utilización de recursos sanitarios similares a los de las mujeres adolescentes que han participado en TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que las chicas de la muestra participantes en cada una de las dos intervenciones a comparar obtienen resultados similares en la utilización de recursos sanitarios.

3.2.13. Hipótesis 13ª:

H_0: los varones de la muestra de estudio que han participado en TGM o TAU presentan puntuaciones medias en conducta problema similares a las de las mujeres que han participado en TGM o TAU.

H_1: se rechaza H0 con un riesgo α de 0,05.

Se plantea que no hay diferencias en función del sexo en resultados obtenidos en conducta problema total ni conducta social deseable, así como en síndromes externalizado, internalizado y neutro, por cada una de las intervenciones.

4.- MATERIAL Y MÉTODO

4.1. MATERIAL.

4.1.1. Lugar de estudio.

El estudio se desarrollará en la Unidad Infanto-Juvenil del CSM de Cieza (área IX de salud de la Región de Murcia). En cuanto al área IX de la Región de Murcia, cuenta con una extensión aproximada de 568, 08 km^2 y, según datos disponibles del Centro Regional de Estadística de Murcia en año 2014, cuenta con un total de 54627 habitantes censados y distribuidos en 4 zonas de salud: Abarán con 13086 habitantes; Cieza Este con 16412 habitantes; Cieza Oeste con 18828 habitantes; y Blanca con 6477 habitantes (Centro Regional de Estadística de Murcia, 2014).

4.1.2. Participantes.

La población diana estaba constituida por adolescentes de 12 a 15 años de edad cumplidos pertenecientes al área IX de salud de la Región de Murcia, con problemática conductual y/o emocional, candidatos a recibir tratamiento, ya sea Terapia Grupal Multifamiliar (TMG) o tratamiento estándar en formato individual, es decir, el tratamiento habitualmente utilizado (TAU) en el CSMIJ.

La población de estudio la constituyeron los adolescentes de 12 a 15 años de edad cumplidos con problemática conductual y/o emocional, candidatos a recibir tratamiento en el CSMIJ del área IX de salud de la Región de Murcia, que constituyen casos incidentes durante el período comprendido entre inicio de año 2013 y primer cuatrimestre del año 2014, que aceptaron participar en el estudio.

4.1.3. Instrumentos de medida.

Para ello se utilizarán los siguientes instrumentos de medida:

a) Cuestionario de variables sociodemográficas: incluye edad, género, número de hermanos, orden en la fratría, rendimiento académico, familia de convivencia, nivel académico de los padres, municipio en que vive, atenciones médica y psiquiátrica urgentes en últimos 6 meses, ingresos hospitalarios médicos y psiquiátricos urgentes y calidad de las relaciones

interpersonales con amigos, familia y hermanos, así como capacidad para valerse por sí mismo. El rendimiento académico en los últimos 4 años se categorizó en 3 grupos: (a) alto, (b) medio y (c) bajo; y el tipo de convivencia familiar se distribuyó en 4 categorías: (a) vivo con mi padre y con mi madre, (b) vivo con mi madre, (c) vivo con mi padre, (d) no vivo con mis padres. El nivel educacional de los padres fue categorizado como (a) sin estudios, (b) estudios básicos, (c) estudios medios y (d) estudios superiores; según el municipio se constituyeron 3 grupos: (a) Cieza, (b) Abarán, (c) Blanca. La calidad en las relaciones se midió a partir de contabilizar el número de amigos íntimos: (a) ninguno, (b) uno, (c) dos o tres, (d) más de tres; y según la frecuencia de actividades que el adolescente realizaba con él/ellos a la semana: I (menos de una), II (una o dos), III (tres o más); en cambio, la relación con los hermanos, con los padres, los amigos y el grado de autonomía autopercibido se distribuyeron en 3 categoría: (a) mejor, (b) igual, (c) peor que otros chicos/as de la misma edad.

b) Cuestionario Youth Self Report (YSR; Achenbach y Edelbrock, 1987), adaptado en España por Lemos S., Fidalgo M., Calvo P.y Menéndez P. (1992): instrumento utilizado para valoración de la conducta patológica en la infancia y adolescencia. Consiste en un inventario autoaplicado en adolescentes de 11 a 18 años, que pertenece a la misma familia de CBCL y TRF, instrumentos desarrollados por estos autores para valorar un amplio rango de manifestaciones psicopatológicas en la infancia y la adolescencia. Con esta prueba se pretende conocer el juicio personal respecto a la propia conducta y estados emocionales, partiendo del supuesto de que los adolescentes están ya cognitivamente dotados de madurez suficiente para realizar una autoevaluación. Está dividido en 2 partes: la primera (constituida por 17 ítems) evalúa competencias y la segunda (constituida por 112 ítems) evalúa problemas de conducta y emocionales. Esta segunda incluye 103 ítems que expresan problemas de distinta naturaleza (total conductas problema) y 16 ítems referidos a conductas deseables (total de conductas socialmente deseables). El adolescente debe valorar en qué medida el enunciado de los ítems refleja cómo se ha sentido o actuado en los últimos 6 meses (Lemos S., Fidalgo A.M., Calvo P., & Menéndez P., 1992). Los resultados se evalúan según la puntuación global de competencias psicosociales (derivada de la suma de la puntuación total en actividades más la puntuación total en conductas sociales) más la media del funcionamiento escolar, alcanzando un rango teórico de 0 a 32. Por otro lado, la puntuación total en ítems problema es la suma de los valores 0, 1 y 2 obtenidos en cada uno de los ítems, cuyo valor teórico va de 0 a 206 (Lemos S. et al., 1992). Los ítems están formulados en primera persona y los adolescentes han de elegir 0 cuando lo que afirman es “no es verdad”, 1 cuando es “algo verdadero” o le sucede “a veces” y el 2 cuando es “muy verdadero” o le sucede “muchas veces”.

Este cuestionario, además, ha sido ampliamente utilizado en la población clínica y en la investigación psicopatológica, por ser un instrumento que permite establecer una taxonomía numérica o cuantitativa, consistente en un conjunto de ocho síndromes de primer orden (también denominados síndromes psicopatológicos de banda estrecha), derivados empíricamente mediante análisis factorial (depresión-ansiedad, conducta delictiva, conducta agresiva, problemas de pensamiento, problemas de relación, búsqueda de atención y quejas somáticas), y dos factores de segundo orden (síndromes de banda ancha) o patrones generales de psicopatología externalizante (patrón constituido por las puntuaciones alcanzadas en factores de conducta antisocial, delictiva, agresiva y búsqueda de atención) e internalizante (patrón constituido por las puntuaciones obtenidas en factores de depresión-ansiedad, quejas somáticas y problemas de relación) o factor neutro (constituido por las puntuaciones de problemas de pensamiento). La puntuación directa en los diferentes síndromes es la suma de las puntuaciones de los ítems que componen a cada uno de los síndromes. La puntuación directa de los factores de segundo orden es la suma de las puntuaciones directas obtenidas en los síndromes de primer orden (Lemos et al., 2002).

El coeficiente alfa de Cronbach para el YSR de Achenbach se sitúa entre .54 y .86 para los síndromes de banda estrecha, lo que les confiere una fiabilidad más heterogénea, y entre .83 y .91 para los síndromes de banda ancha, lo que le confiere una fiabilidad más homogénea (Achenbach, 1991; Abad, Forns, Amador, & Martorell, 2000).

c) Cuestionario Parent Child Relationship Inventory (PCRI-M; Gerald, 1994), adaptado en España por Roa, L. y Del Barrio, V. (2000): instrumento que sirve para valorar las actitudes de los padres hacia la crianza de los niños y que se puede aplicar tanto a los padres como a las madres. Mide las dimensiones de control y apoyo. Consta de 78 ítems que están distribuidos en 8 escalas:

-Apoyo (9 ítems): nivel de apoyo social y emocional que una madre o padre está recibiendo.

-Satisfacción con la crianza (10 ítems): satisfacción que obtiene una madre o padre por el hecho de serlo.

-Compromiso (14): grado de interacción y conocimiento que los padres tienen de su hijo.

-Comunicación (9): percepción que los padres tienen de la efectividad de la comunicación con su hijo.

-Disciplina (12): nivel de exigencia de cumplimiento de las normas impuesto por los padres.

-Autonomía (10): habilidad de los padres para proporcionar independencia al hijo.

-Distribución de rol (9): actitudes de los padres acerca del papel que desempeña el género en la crianza.

-Deseabilidad social (5): refleja la actitud de dependencia del padre o la madre a las normas sociales, es decir, su tendencia a dar una opinión en función a lo que la sociedad espera de él, lo cual es opuesto a lo que él realmente opina.

25 de los ítems están enunciados de forma positiva y 47 en forma negativa.

La puntuación a cada ítem se realiza en una escala tipo Lickert de 4 puntos que va desde muy de acuerdo, hasta total desacuerdo. Las escalas fueron desarrolladas usando una combinación de enfoques empíricos y racionales. El cuestionario identifica aspectos específicos de las relaciones padres-hijo que pueden ser causa de problemas y proporciona un marco de la calidad de las relaciones (Lemos Giráldez S., Vallejo Seco G., & Sandoval Mena M., 2002). Las puntuaciones elevadas en cada una de las escalas del PCRI-M indican una buena actitud hacia la crianza (estilo democrático). En cambio, las bajas puntuaciones denotan que los padres tiene problemas para llevar a cabo la crianza de forma adecuada (se identificará con el modelo autoritario); además, puntuaciones elevadas en apoyo y bajas en disciplina y autonomía indican tolerancia de los padres para algunas conductas de sus hijos (se identificará con el modelo permisivo).

Este instrumento presenta una consistencia interna obtenida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, que oscila entre .48 de escala de Autonomía y .68 de escala de Compromiso. Además, según Roa y Del Barrio, presenta una buena validez de constructo, dadas las altas correlaciones entre las distintas escalas del cuestionario, sobre todo en las escalas más importantes de la crianza como son Compromiso-Satisfacción con la crianza .58, Compromiso-Comunicación .64, Disciplina-Apoyo .52, Disciplina-Autonomía .44 y Satisfacción con la crianza-Disciplina .43 (Roa & Del Barrio, 2002).

d) Escala de Sinceridad de Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente (CACIA) de Capafons Bonet y Silva Moreno (1985): es un cuestionario de 89 ítems que evalúa el autocontrol mediante 4 escalas, tres positivas (Retroalimentación Personal, Retraso de Recompensa y Autocontrol Criterial) y una de negativa (Autocontrol Procesual). También incorpora una escala de Sinceridad. Abarca rango de edad desde los 11 a los 19 años.

La corrección se realiza mediante un ejemplar autocorregible que permite realizar una corrección ágil y fiable.

La aplicación puede ser individual o colectiva.

La escala de Sinceridad, empleada en el presente estudio, consta de 14 elementos que reflejan comportamientos de dependencia de normas sociales (conocida técnicamente como

Deseabilidad Social). Como los elementos se puntúan en dirección a Sinceridad (como opuesta a Deseabilidad Social) una baja puntuación indicaría que el sujeto ha contestado el cuestionario en función de lo que él cree que es correcto o se espera de él, más que en función de la realidad de su comportamiento. Por ello debería relativizarse el resto de las puntuaciones de las demás escalas. Puntuaciones elevadas, por otro lado, indicarían espontaneidad e impulsividad entendidas como independencia de normas y exigencias sociales. El coeficiente alfa de Cronbach de esta escala es de .63 (Capafons & Silva, 1998).

4.2. MÉTODO.

4.2.1. Procedimiento.

Inicialmente se realizó trabajo de campo a lo largo de 2 años, procediendo en una primera fase a notificar el estudio a los distintos profesionales participantes en el mismo. Asimismo se solicitó autorización por escrito al Jefe de Servicio de Salud Mental del área IX de la Región de Murcia. En esta misma fase se solicita autorización al Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital de referencia en Salud Mental en esta área.

Posteriormente se comunicó el objeto de estudio y autorización para participar en el mismo a cada uno de los adolescentes y sus padres que inician primer contacto con CSMIJ del área IX de la Región de Murcia. Esto se llevó a cabo mediante hoja informativa del estudio que se entrega al adolescentes y a sus padres o tutores, posteriomente se realizó registro de autorización mediante una hoja de consentimiento informado firmada por el adolescente y, al menos, uno de los padres o tutores. A continuación se procedió a realizar un registro de la situación clínica de la muestra de adolescentes y de las actitudes de los padres hacia la crianza en tiempo basal, es decir, antes de iniciar la intervención para la cual habían sido asignados. Posteriormente, tras 6 meses de este primer contacto, se realiza nuevo registro de situación clínica del adolescente y actitudes de los padres o tutores, solicitando nueva cumplimentación de los mismos cuestionaros completados en tiempo basal. Además se realiza un seguimiento de los dolescentes participantes en el estudio al cabo de 1 año.

El cuestionario se pasó a todos los pacientes incluidos en el estudio y a los padres que aceptaron participar en el mismo, en entrevistas reservadas para ello y garantizándose en todo momento la confidencialidad de los datos. Así cada cuestionario fue sido recogido con un código de identificación para preservar el anonimato de los participantes. Se les comunicó que la participación en la investigación era voluntaria y que el tratamiento de los datos sería realizado de forma sigilosa.

Para la aplicación de los cuestionarios se respetaron las normas del manual y se siguieron estrictamente las instrucciones de aplicación.

En última fase se efectuó análisis estadístico de los resultados y comunicación de las conclusiones del estudio a los participantes en el mismo.

4.2.2. Diseño del estudio.

Se trata de un estudio experimental, que incluye dos grupos paralelos, constituidos por los adolescentes pertenecientes al CSMIJ del área IX de la Región de Murcia, que cumplen los criterios de inclusión en el estudio. Los padres fueron informados del objetivo del estudio, solicitándose su consentimiento. Los adolescentes fueron aleatorizados a dos grupos, uno seguiría TGM y otro TAU. La aleatorización se realizó siguiendo un sistema de asignación sistemática de pacientes por orden de presentación, y siguiendo una lista de códigos generada por un programa informático de randomización. A cada uno de los participantes se les asignó un número por orden de llegada y, según la correspondencia del número en la tabla de aleatorización, y una vez cumplimentado el primer cuestionario y comprobados los criterios de inclusión y exclusión, se asignó al grupo experimental o de control.

4.2.3. Tratamiento del grupo control o Tratamiento al uso (TAU).

Consiste en tratamiento estándar realizado en el CSMIJ de Cieza, es decir, la terapia individual desarrollada por los Facultativo Especialista en Psicología Clínica del equipo de salud mental infanto-juvenil, con o sin tratamiento farmacológico adicional indicado por Facultativo Especialista en Psiquiatría. El paciente mantendría citas periódicas con los facultativos que intervienen en su abordaje por intervalos de tiempo más o menos frecuentes en función de la situación de demanda asistencial de cada uno de estos profesionales y la gravedad clínica del adolescente. De este modo, por lo general, las sesiones impartidas por el Facultativo Especialista en Psicología Clínica solían tener una frecuencia mensual y para el Facultativo Especiaista en Psiquiatría bimensual o trimestral.

4.2.4. Tratamiento del grupo experimental o Terapia Grupal Multifamiliar (TGM).

Los pacientes asignados a grupo experimental recibirán TGM exclusiva o en combinación con tratamiento psicofarmacológico. Esta terapia se desarrolla en sala habilitada para grupos en el CSM de Cieza. Se convoca a los adolescentes y sus familias facilitándoles un documento que informa sobre lugar de realización, horario y fecha de sesiones en próximos 6 meses.

Al poseer un encuadre flexible no resulta imprescindible que el paciente asista acompañado por todos los miembros de la familia, pueden ir varios de ellos e incluso acudir el paciente solo; también puede darse el caso de que acudan los familiares y el paciente se niegue a ir, ya que se parte de la idea de que cualquier cambio en alguno de los miembros de la familia influirá en el resto, por tanto, la asistencia es lo importante. Este grupo, además, tiene la característica de ser "abierto", es decir, pueden incorporarse nuevos integrantes en cualquier momento del mismo. La frecuencia establecida por acuerdo general con los constituyentes del grupo fue quincenal, con objeto de que los adolescentes no perdieran clase en el colegio o instituto y para facilitar la asistencia de las madres y padres trabajadores al grupo, ya que el horario era por las mañanas de 12.30-14 h. No obstante, en casos excepcionales que, por motivos laborales, no podían cumplir estrictamente con el horario de la sesión, se les concedía permiso para entrar depués, o bien, para concluir antes de que finalizara la sesión.

Este grupo también era de duración ilimitada, por lo que no había un tiempo marcado que determinara la duración del tratamiento grupal. Las sesiones tampoco fueron directivas, sino que son los propios integrantes del grupo los que toman la palabra. Además varios terapeutas participan en coterapia (al menos uno de ellos había de ser personal facultativo, siendo por lo general los terapeutas que participaron distintos profesionales del equipo de salud mental e incluso otros profesionales del ámbito educativo o de Servicios Sociales Municipales, implicados en el tratamiento de algunos adolescentes). Con esta participación multiprofesional e interprofesional se facilitaba que la transferencia se diluyera entre varios y también evitaba que el terapeuta pudiera quedar atrapado en otra trama enfermante en una relación dual terapeuta-paciente.

En las sesiones de terapia ningún componente del grupo asumía el papel de liderazgo, aunque sí se acordó la existencia de un conductor del grupo quien, en fases iniciales de formación del grupo, llevaría a cabo un papel más activo, aunque la tendencia era de huir del discurso del amo, por lo que los terapeutas no ocupaban una posición de saber respecto al grupo, no buscaban un "liderazgo". Además el grupo multifamiliar era heterogéneo, es decir, no había selección de pacientes en función de un diagnóstico concreto, sino que en principio podían asistir todos los pacientes y sus familiares, siempre y cuando no perdieran el respeto hacia el resto de los integrantes ni ejercieran violencia contra sí mismos o contra los otros. También era heterogéneo el enfoque terapéutico llevado a cabo sin que esto supusiera confusión, sino que diversas intervenciones se iban complementando entre sí y enriqueciendo a todos los miembros del grupo.

4.2.5. Enmascaramiento.

Tanto los participantes como los evaluadores desconocían la asignación de los pacientes en los grupos en el momento del reclutamiento.

4.2.6. Seguimiento de los pacientes.

Para los pacientes asignados a TGM que no asistieron a más de dos sesiones consecutivas o abandonaron el grupo, se realizó un registro de motivos de inasistencia o abandono a través de cuestionarios específicos, ya que estos pacientes continuaron en CSMIJ con TAU. En cambio, los pacientes que abandonaban TAU no volvían al CSMIJ, no quedando registrados, en la mayoría de los casos, los motivos de abandono.

4.2.7. Criterios de inclusión.

a) Adolescentes de edades comprendidas entre 12-15 años.
b) Adolescentes diagnosticados de trastornos del comportamiento (incluyen síntomas externalizantes) y de las emociones (incluyen síntomas internalizantes) de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, F90-98 y F32-48, según la clasificación CIE-10 (Tablas 1 y 2).
c) Aceptación por parte de los menores y de sus padres o tutores, de ser incluidos en el estudio.

4.2.8. Criterios de exclusión.

a) No consentimiento de los padres o tutores o de los menores a participar en el estudio.
b) No cumplimiento de los criterios diagnósticos mencionados en los criterios de inclusión.
c) Presentar un déficit cognitivo que impidiera a los adolescentes la correcta cumplimentación de los cuestionarios.

4.2.9. Análisis estadístico.

El análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

Inicialmente se extrajo información representativa de la población incluida en el estudio y se realizó una descripción de la misma.

Para establecer resultados de características personales, académicas y sociofamiliares de los adolescentes, se tuvo en cuenta la muestra inicial constituida por los casos incidentes durante período de 2013 y primer cuatrimestre de 2014, susceptibles de ser incluidos en el estudio (N=123). Para realizar pruebas de contraste de puntuaciones medias obtenidas en las diversas escalas del YSR se excluyeron los 7 adolescentes que rechazan cumplimentar posteriormente el cuestionario completo (N=116). A los 6 meses se realizaron pruebas de contraste en adolescentes que mantuvieron tratamiento en cada uno de los grupos de asignación (N=79), ya que tras un año de seguimiento la muestra global quedó muy reducida (N=61) para poder extraer resultados concluyentes de los análisis.

La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba de X^2 de Pearson.

En cambio, para variables cuantitativas se realizó análisis de Kolmogorov para establecer la distribución de población de estudio para cada una de las variables, de tal modo que, para realizar análisis de comparación de medias para muestras independientes, se utilizó prueba de T de Student cuando el test de Kolmogorov resultó no significativo (distribución simétrica de la población) y prueba U de Mann-Whitney cuando el análisis de Kolmogorov resultó significativo para las escalas (distribución asimétrica de población). Este procedimiento también se empleó para realizar pruebas de contraste de puntuaciones medias en función del sexo. Para la obtención de puntuaciones medias en las diversas escalas, se utilizaron valores promedio (media de la serie) para aquellos ítems que quedaron incompletos en cuestionarios cumplimentados por los adolescentes y por los padres.

Se realizó el mismo procedimiento anteriormente descrito para realizar pruebas de contraste de puntuaciones medias obtenidas en las diversas escalas del PCRI-M para muestra de madres y padres. Esto ha sido así tanto en la verificación de homogeneidad entre grupos experimental y control, como en el establecimiento de las diferencias en función del sexo.

Para efectuar comparación entre población general y la muestra clínica respecto a las puntuaciones medias en actitudes hacia la crianza de los padres, se ha considerado como población clínica a los padres biológicos que participan en el estudio, ya que los padres

adoptivos participantes fueron escasos (N=4). Igualmente la población clínica de madres la constituyeron las madres biológicas por ser también escasa la población de madres adoptivas (N=7).

En la obtención de resultados de contraste, se comparan puntuaciones medias obtenidas en tiempo basal (antes de iniciar la intervención) y puntuaciones obtenidas tras 6 meses de tratamiento mediante análisis de dos muestras relacionadas utilizando prueba de Wilcoxon o prueba de T de Student, en caso de que los resultados del análisis de Kolmogorov-Smirnov fueran significativos o no significativos, respectivamente. Para comprobar efecto de cada intervención en modificación de puntuaciones medias se realizaron pruebas de contraste para dos muestras independientes (entre los dos tipos de intervención), utilizando la prueba de T de Student o de Mann-Whitney, según resultados de test de Kolmogorov. Este procedimiento se llevó a cabo para realizar diferenciación de resultados obtenidos por los adolescentes en ambos grupos de intervención, valoración de resultados por sexo y análisis de resultados de actitudes hacia la crianza parental tras 6 meses de intervención.

Se realizó ANOVA de factores para los patrones generales de conducta y algunas subescalas del YSR, tales como agresividad verbal y aislamiento por ser de mayor interés análisis de resultados de las mismas.

Para comprobar las variaciones obtenidas en competencia social y variables determinantes de utilización de recursos sanitarios tras 6 meses de cada intervención y contrastar los resultados obtenidos con los descritos en tiempo basal se realizó prueba de Mc Nemar. Finalmente se realizó prueba de X^2 de Pearson para contrastar resultados entre ambos tipos de intervención para dichas variables cualitativas.

4.2.10. Consideraciones éticas.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General Universitario Morales Meseguer para ser realizado en el período propuesto.

Posteriormente se procedió a seleccionar la población de estudio. Una vez que los sujetos seleccionados aceptaron colaborar, se les solicitó su consentimiento por escrito, que incluía el consentimiento del padre o tutor y el del menor.

A todos los participantes se les informó acerca del estudio que se iba a realizar y del carácter privado y confidencial de los resultados obtenidos, a cuyo efecto se entregará documento informativo al paciente.

Los cuestionarios fueron codificados, identificándose únicamente por un número y omitiendo datos personales, de manera que quedó garantizado que cada paquete de cuestionarios pertenecían al mismo sujeto de estudio. Una vez cumplimentados fueron cerrados y recogidos en un paquete individual por cada participante, siendo tratados de forma anónima.

Se les ofreció a los participantes una información veraz acerca de los propósitos y uso de las conclusiones del estudio.

Toda la información recogida fue tratada de manera totalmente confidencial y secreta.

5.- RESULTADOS

5.1. RECLUTAMIENTO Y COMPOSICIÓN DE LOS GRUPOS.

Según el flujo de los participantes en el estudio (Figura 4), de los 123 adolescentes que fueron atendidos en el CSMIJ del área IX de la Región de Murcia en el período comprendido entre enero de 2013 y abril de 2014 inclusive, 116 adolescentes llegaron a participar en el estudio. De entre los adolescentes excluidos, uno de ellos en el momento de ser atendido presentaba episodio psicótico agudo que le impedía participar en el estudio. En otros 5 adolescentes fueron sus padres quienes rechazaron contestar el cuestionario y no dieron su consentimiento para que sus hijos lo contestaran. Por último, otro adolescente fue excluido por traslado de domicilio ante motivo laboral de los padres.

Por tanto, únicamente 116 adolescentes completaron el cuestionario YSR de tiempo basal y pudieron ser aleatorizados. Sin embargo, para extraer resultados de características sociodemográficas de la población de adolescentes atendidos en CSMIJ en los 18 primeros meses de funcionamiento de este dispositivo ambulatorio, se tuvieron en cuenta los 123 adolescentes que demandaron atención en Salud Mental.

De los 116 adolescentes que aceptaron su participación en el estudio, 59 fueron incluidos en grupo experimental o Terapia Grupal Multifamiliar (TGM) y 57 en grupo control o Tratamiento Habitual (TAU). Del total de adolescentes incluidos en grupo experimental, 12 no llegaron a iniciar la intervención correspondiente (4 adolescentes aplazaron su incorporación a TGM, pero éstos se contabilizaron como participantes en la intervención y, por tanto, incluidos en el posterior análisis de resultados llevado a cabo). Se registraron 12 que no iniciaron TGM: uno de ellos se trasladó de domicilio a otra área de salud de la Región de Murcia, 3 rechazaron continuar cualquier tipo de intervención en CSMIJ sin justificación clara al respecto, otros 3 adolescentes alegaron mejoría clínica en poco tiempo, por lo que no veían necesidad de incluirse en TGM y no continuaron en CSMIJ, y 5 adolescentes manifestaron ansiedad ante un contexto extraño y diferente a las intervenciones médicas habituales.

En el grupo control 13 adolescentes rechazaron continuar: 9 rechazaron continuar en CSMIJ sin querer alegar motivo al respecto o no haber sido posible establecer un posterior contacto, 3 adolescentes alegaron mejoría clínica, y consiguiente abandono de tratamiento en CSMIJ, y, por último, una adolescente también abandonó tratamiento por querer la familia que continuara en dispositivo ambulatorio específico a su problemática psiquíatrica.

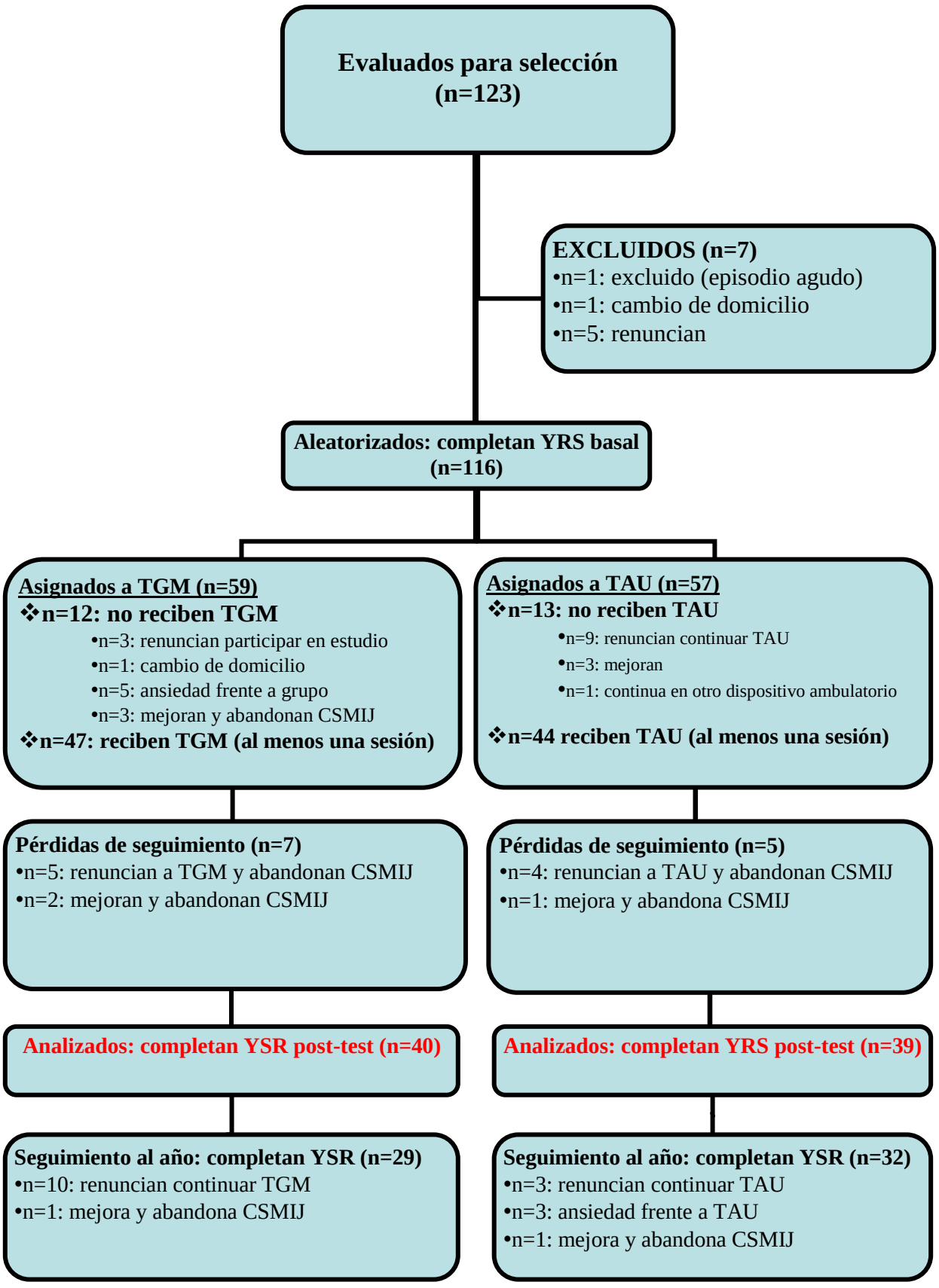
En total, 47 adolescentes recibieron al menos una sesión de TGM y 44 al menos una sesión de TAU en los grupos asignados aleatoriamente.

Durante el transcurso de los 6 meses de seguimiento, en el grupo experimental 5 adolescentes abandonaron TGM y cualquier otra intervención de CSMIJ, siendo difícil contactar con ellos tras sucesivos intentos. Otros 2 adolescentes incluidos en este grupo sí alegaron mejoría para justificar finalización del tratamiento. En el grupo control, fueron 4 los adolescentes que abandonaron el tratamiento en CSMIJ sin justificación y uno por supuesta mejoría según alegó al Departamento de Orientación de Educación Secundaria. En definitiva, 41 adolescentes del grupo experimental y 39 del grupo control cumplimentaron YSR a los 6 meses de haber iniciado las correspondientes intervenciones.

Tras un año de seguimiento 12 adolescentes dejaron de acudir a las sesiones de TGM por mejoría o dificultades en horarios laborales de los padres, incompatibles con las sesiones, o por motivos académicos de los adolescentes, en particular por incompatibilidad horaria.

En el grupo control 7 adolescentes discontinuaron TAU tras 6 meses de inicio, 3 de ellos por ansiedad ante la evidencia de situación familiar difícil, otros 3 fueron abandonos sin posibilidad de obtener justificación tras sucesivos contactos telefónicos y uno de ellos no quería continuar tratamiento en CSMIJ por haber alcanzado mejoría clínica satisfactoria. La incompatibilidad horaria no se presentó como una problemática en los adolescentes del grupo control puesto que la cadencia de sesiones era más dilatada en el tiempo y no originaba estas dificultades.

FIGURA 4. Diagrama de flujo de adolescentes participantes en el estudio.



5.2. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

5.2.1. Características personales y sociofamiliares de los adolescentes.

En este apartado se describen las características de los 123 adolescentes que demandaron asistencia al CSMIJ de edades comprendidas entre 12 y 15 años, residentes en los municipios incluidos en el área IX de salud de la Región de Murcia (Tabla 10). La media de edad fue de 13,5 años (DE =1,3). También destaca una mayor proporción de chicos que de chicas que demandan atención en CSMIJ de Cieza, no obstante, no se obtiene diferencias significativas al respecto (p=,88). La mayoría de los adolescentes atendidos en el CSMIJ de Cieza son primogénitos (39%) o segundos de la fratría (34,1%), siendo la media de un total de 2,5 hermanos (DE=1,3) y la mediana de 2.

Así, el prototipo del adolescente, atendido por primera vez en el CSMIJ del área IX de la región de Murcia por problemática conductual y/o emocional (incidente en período comprendido entre 2013 y primer cuatrimestre de 2014), es un chico de 13 años y 6 meses, primogénito, que vive con su familia de origen, constituida por ambos miembros de la pareja parental y una media de 2 hermanos, con domicilio en Cieza. Además cursa 1º de Educación Secundaria Obligatoria, manteniendo calificaciones de un nivel medio en los últimos 4 años y un rendimiento medio (50,4%) en últimos 6 meses. No obstante, el nivel de estudio de los padres tiende a ser básico (55,7% de los padres y 56,1% de las madres), seguidos de los que carecen de estudios (23% de padres y 22,8 % de madres) o tienen nivel medio (13,1% de los padres y 11,4% de las madres). Finalmente, los padres que tenían estudios superiores eran los menos frecuentes (8,2% de padres y 9,8% de madres).

En cuanto a la distribución en municipios constituyentes del área IX de la Región de Murcia, 81 de los participantes pertenecían al municipio de Cieza (65,9%), 31 al municipio de Abarán (25,2%) y 11 al de Blanca (8,9%).

Respecto a las diferencias en función del género se observa una tendencia a que las chicas sean de mayor edad que los chicos (p=,06). También, en relación a los aspectos académicos, hay una cierta tendencia a que las adolescentes se sitúen en cursos superiores a los chicos (p=,07). Además se han obtenido diferencias significativas entre chicos y chicas en la nota media de la última evaluación (p=,01), siendo mayor la nota media obtenida por las chicas (M=5,2; DE=1,7) que por los chicos (M=4,3; DE=2,1). En el resto de las variables hay una distribución homogénea entre chicos y chicas (Tabla 9).

TABLA 10. Características personales, familiares y académicas de los adolescentes de la muestra de estudio.

VARIABLES		Total (N=123)		Varones (N=75)		Mujeres (N=48)		P value
		N / media	% / DE	N/ media	% / DE	N / media	% / DE	
Edad (media)		13,5	1,3	13,3	1,3	13,8	1,4	,06
Nº de hermanos		2,5	1,3	2,6	1,4	2,4	1	,65
Orden en la fratría	Hijo único	13	10,6%	8	10,7	5	10,4	,87
	Primogénito	48	39%	26	34,7	22	45,8	
	Segundo	42	34,1%	27	36	15	31,3	
	Tercero	10	8,1%	7	9,3	3	6,3	
	Cuarto	10	8,1%	5	6,7	2	4,2	
	Quinto	2	1,7%	1	1,3	1	2,1	
	Séptimo	1	,9	1	1,3	0	0	
Convivencia	Padres	85	69,1%	48	64	37	77,1	,27
	Padre	0	0%	0	0	0	0	
	Madre	30	24,4%	22	29,3	8	16,7	
	Otros	8	6,5%	5	6,7	3	6,3	
Municipio	Cieza	81	65,9%	48	64,0	33	68,8	,84
	Abarán	31	25,2%	19	25,3	12	25	
	Blanca	11	8,9%	8	10,7	3	6,3	
Curso	5º E. P.	4	3,4%	3	4	1	2,1	,07
	6º E. P.	28	24,1%	23	30,7	6	12,5	
	1º ESO	35	30,2%	23	30,7	15	31,3	
	2º ESO	25	21,6%	15	20	11	22,9	
	3º ESO	17	14,7%	10	13,3	9	18,8	
	4º ESO	6	5,2%	1	1,3	5	10,4	
	FP/PCPCI	1	0,9%	0	0	1	2,1	
Calificaciones últ. 4 años	Altas	20	16,3%	9	12	11	22,9	,15
	Medias	62	50,4%	37	49,3	25	52,1	
	Bajas	41	33,3%	29	38,7	12	25	
Nota media	Últ. 3 meses	4,1	2,01	4,3	2,1	5,2	1,7	,01
Nivel estudios del padre	Sin estudios	28	23%	18	24	10	20,8	,54
	Básicos	68	55,7%	39	52	29	60,4	
	Medios	16	13,1%	9	12	7	14,6	
	Superiores	10	8,2%	8	10,7	2	4,2	
Nivel estudios De la madre	Sin estudios	28	22,8%	17	22,7	11	22,9	,14
	Básicos	69	56,1%	41	54,7	28	58,3	
	Medios	14	11,4%	12	16	2	4,2	
	Superiores	12	9,8%	5	6,7	7	14,6	

La competencia social de la mayoría de los adolescentes atendidos en el período mencionado marca una tendencia a tener varias amistades íntimas (más de 3), y realizar con ellos más de 3 actividades por semana. Además la mayoría no percibe diferencias ni en la relación con sus amigos, padres o hermanos, ni en la capacidad de valerse por sí mismo con respecto a otros chicos/as de la misma edad.

Aunque no se observan diferencias significativas en función del sexo, es mayor la proporción de chicos que de chicas que consideran que no tienen ninguna amistad íntima. Igualmente hay una ligera diferencia entre la proporción de chicas y chicos que dedican más tiempo a sus amistades, situándose la balanza a favor de ellas.

La percepción en la calidad en la relación con sus hermanos, amigos y padres es similar entre chicas y chicos. Aunque hay mayor proporción de chicas cuya autopercepción en la capacidad de valerse por sí mismos en comparación con otros adolescentes de su edad es más elevada en los chicos que en las chicas. También destaca en cada una de las variables mayor proporción de chicos que de chicas que no contestan algunos de estos ítems (Tabla 11).

TABLA 11. Competencia social de los adolescentes de la muestra de estudio.

Variables		Total (N=123)		Varones (N=75)		Mujeres (N=48)		P value
		N	%	N	%	N	%	
Nº amigos íntimos	Ninguno	11	8,9	8	10,7	3	6,3	,12
	Uno	17	13,8	6	8	11	22,9	
	Dos o tres	35	28,5	21	28	14	29,2	
	Más de tres	53	43,1	34	45,3	19	39,6	
	No contesta	7	5,7	6	8	1	2,1	
Nº actividades con amigos íntimos	Menos de una	16	13	10	13,3	6	12,5	,86
	Una o dos	28	22,8	17	22,7	11	22,9	
	Tres o más	71	57,7	42	56	29	60,4	
	No contesta	8	6,5	6	8	2	4,2	
Relación con hnos en comparación con chicos/as de la misma edad	Hijo único	11	8,9	7	9,3	4	8,3	,50
	Peor	16	13	9	12	7	14,6	
	Igual	53	43,1	29	38,7	24	50	
	Mejor	32	26	21	28	11	22,9	
	No contesta	11	8,9	9	12	2	4,2	
Relación con amigos en comparación con chicos de la misma edad	Peor	14	11,4	9	12	5	10,4	,33
	Igual	55	44,7	30	40	25	52,1	
	Mejor	46	37,4	29	38,7	17	35,4	
	No contesta	8	6,5	7	9,3	1	2,1	
Relación con padres en comparación con chicos/as de la misma edad	Peor	24	19,5	12	16	12	25	,23
	Igual	51	41,4	29	38,7	22	45,8	
	Mejor	41	33,3	28	37,3	13	27,1	
	No contesta	7	5,7	6	8	1	2,1	
Valerse por sí mismo en comparación con chicos/as de la misma edad	Peor	17	13,8	11	14,7	6	12,5	,41
	Igual	51	41,5	27	36	24	50	
	Mejor	46	37,4	30	40	16	33,3	
	No contesta	9	7,3	7	9,3	2	4,2	

5.2.2. Antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos.

De los adolescentes que fueron atendidos en el CSMIJ de área IX (Tabla 12), un 37,4% recibió previamente tratamiento psicológico y un 31,7 % recibió tratamiento psicofarmacológico durante al menos los últimos 6 meses antes de iniciar la intervención. Además un 21,1% requirió atención psiquiátrica urgente, aunque los ingresos hospitalarios (tanto médicos como psiquiátricos) fueron escasos (3,3% vs 1,6%).

Aunque no hay diferencias significativas en función del género en antecedentes personales, se observa mayor proporción de chicos que de chicas que han requerido atenciones médicas, tanto de urgencia como hospitalaria.

TABLA 12. Tratamientos previos de los adolescentes de la muestra de estudio.

VARIABLES		Total (N=123)		Varones (N=75)		Mujeres (N=48)		P value
		N	%	N	%	N	%	
Tratamiento farmacológico	SÍ	39	31,7	25	33,3	14	29,2	,69
	NO	84	68,3	50	66,7	34	70,8	
Tratamiento psicológico	SÍ	46	37,4	29	38,7	17	35,4	,85
	NO	77	62,6	46	61,3	31	64,6	
Atención psiquiátrica urgente	SÍ	26	21,1	15	20	11	22,9	,82
	NO	97	78,9	60	80	37	77,1	
Atención médica urgente	SÍ	15	12,2	11	14,7	4	8,3	,4
	NO	108	87,8	64	85,3	44	91,7	
Ingreso hospitalario médico	SÍ	4	3,3	4	5,3	0	0	,16
	NO	119	96,7	71	94,7	48	100	
Ingreso hospitalario psiquiátrico	SÍ	2	1,6	1	1,3	1	2,1	,1
	NO	121	98,4	74	98,7	47	97,9	

5.2.3. Participación de los padres en el estudio.

No se encontraron diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control, en cuanto a la participación de los padres en el estudio. Destaca una participación global de las madres biológicas de prácticamente el triple que la de los padres biológicos (94,5% de madres participantes vs 36,1% de padres). Aunque contamos con muy pocos padres y madres de adopción, su participación en el estudio y en los tratamientos es proporcionalmente mayor a la de las madres y padres biológicos (50% de participación de padres adoptivos, frente a 36,1% de padres biológicos y 100% de participación de madres adoptivas frente al 94,5% de madres biológicas). En este apartado hemos tenido en cuenta también como padre adoptivo a quien, sin

ser padre biológico del adolescente, cumple la función paterna y, como tal, ha desempeñado un papel importante en la crianza, habiendo participado también en el estudio y en el tratamiento del adolescente.

Se observó una tendencia a que los padres biológicos participen menos en el caso de las chicas (Tabla 13). En el resto no se han obtenido diferencias significativas.

TABLA 13. Padres participantes según el sexo de los adolescentes de la muestra.

VARIABLES		Total (N=232)		Varones (N=138)		Mujeres (N=94)		P value
		N	%	N	%	N	%	
Padres biológicos (N=108)	SÍ	39	36,1	28	43,8	11	25	,07
	NO	69	63,9	36	56,3	33	75	
Madres biológicas (N=109)	SÍ	103	94,5	61	93,8	42	95,5	,76
	NO	6	5,5	4	6,2	2	4,5	
Padres adoptivos (N=8)	SÍ	4	50	1	20	3	100	,39
	NO	4	50	4	80	0	0	
Madres adoptivas (N=7)	SÍ	7	100	4	100	3	100	1
	NO	0	0	0	0	0	0	

5.2.4. Resultados en conductas problema de los adolescentes.

En este apartado no se han encontrado estudios con población general murciana para poder realizar comparación de puntuaciones medias obtenidas por los adolescentes de nuestra muestra clínica en las diversas escalas del cuestionario YSR. Por tanto, hemos contado con la muestra de población general asturiana del estudio de Lemos para poder realizar la comparación global con adolescentes. Posteriormente se emplea esta misma muestra diferenciaciada en función del sexo, junto con otras muestras de población catalana del trabajo de Abad y otra de población castellonense del trabajo de Maestre.

Los resultados de esta comparación señalan que la muestra clínica de adolescenntes obtiene puntuaciones medias de algunas escalas de banda estrecha, como depresión (M=4,6; DE=4), ansiedad (M=3,4; DE=1,9) y somatización (M=2,3; DE=1,9) bastante por encima de puntuaciones medias de las demás escalas y con diferencias significativas. Sin embargo, no se encontró diferencia significativa con población general asturiana en puntuaciones medias de factor internalizante. Por otro lado, las puntuaciones en subescalas de factor externalizante fueron superiores en la muestra clínica de estudio, aunque no se obtuviron diferencias significativas en factor externalizante entre muestra de población general asturiana y muestra

clínica de estudio. No obstante, en esta comparación hay que tener en cuenta la gran diferencia en la cantidad de sujetos constituyentes de cada muestra (Tabla 14). Además hay que señalar que el rango de edad incluido en la población asturiana es más amplio que en la población murciana, siendo dicho rango de 11-18 años en el primer caso.

Dados estos resultados, se rechaza la 1ª hipótesis (con riego alfa de 0,05) al no ser similares a adolescentes de población general, la muestra de adolescentes de este estudio respecto a las puntuaciones medias obtenidas en diversas escalas de conducta problema.

TABLA 14. Problemas conductuales y emocionales de los adolescentes: comparación entre población general y muestra clínica de estudio.

Escalas de conductas	Población general de adolescentes (N=2833)		Población clínica de adolescentes (N=116)		P value
	Media	DE	Media	DE	
AGRESIVIDAD VERBAL	6	3,1	6,1	3,2	,64
CONDUCTA DELICTIVA	1,1	1,7	2	2,5	<,01
BÚSQUEDA ATENCIÓN	2,5	2,2	2,1	1,7	<,01
DEPRESIÓN	3,5	3,4	4,6	3,9	<,01
SOMATIZACIÓN	1,8	1,9	2,3	1,9	<,01
AISLAMIENTO	3,3	1,9	3	2	,06
ANSIEDAD	2,8	1,8	3,4	1,9	<,01
S. INTERNALIZANTE	13,4	7,1	13,4	7,3	,9
S. EXTERNALIZANTE	12,2	6,4	10,2	5,8	<,01

Al realizar la misma comparación en función del sexo se observa que, en el caso de los chicos, sigue habiendo una mayor puntuación media para la mayoría de los síndromes de banda estrecha, pero también para los de banda ancha, en la muestra clínica de estudio al compararla con las demás muestras de población general. En cambio, son menores estas puntuaciones en la muestra clínica de estudio al establecer comparación con población general barcelonesa. No obstante, la muestra de población general más parecida en las puntuaciones medias a la muestra clínica fue la de población asturiana. En cambio, tanto la población castellonense como la barcelonesa se diferencian más de la muestra clínica y de forma significativa, siendo, en general, las puntuaciones medias, obtenidas en las diferentes escalas, mayores en población general barcelonesa, como anteriormente se ha mencionado, y menores en población castellonense en relación a la muestra clínica de estudio (Tabla 15). Además resulta interesante señalar que no hay

diferencias significativas entre la mayoría de las poblaciones comparadas en expresión de psicopatología internalizada, excepto en población castellonesa, quienes puntúan bastante por debajo del resto y diferenciándose de forma significativa con la muestra clínica en esta y en resto de escalas, debido a las bajas puntuaciones que obtienen los adolescentes de Castellón.

De este modo, se rechaza la 1ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05) al comparar los chicos de población de estudio con los chicos de población general castellonense (al ser la mayoría de puntuaciones de escalas de conducta problema inferiores que las obtenidas por los adolescentes de la muestra clínica de estudio), pero también con chicos de muestras de población general asturiana y barcelonesa (al ser las puntuaciones medias en escalas de conducta problema para estas poblaciones superiores que las obtenidas por adolescentes de la muestra de este estudio).

TABLA 15. Problemas conductuales y emocionales de los chicos adolescentes: comparación entre población general y muestra clínica de estudio (*=p<.05).

Escalas de conductas	PG asturiana (N=1519)		PG castellonesa (N=201)		PG barcelonesa (N=613)		Población clínica (N=69)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
AGRESIVIDAD VERBAL	6,3	3,6	3,1*	2,1	10,1*	6	5,6	3,4
CONDUCTA DELICTIVA	1,4*	1,9	1,1*	1,9	4,3*	3,3	2,4	2,8
BÚSQUEDA ATENCIÓN	3,7*	2,3	1,4*	1,5	6*	3,1	2,2	1,8
DEPRESIÓN	3,4	2,7	1,9*	2,7	6,9*	4,7	3,6	3,5
SOMATIZACIÓN	1,7	1,8	1,2*	1,4	2,4*	2,3	2	1,7
AISLAMIENTO	3,2*	1,9	1,9*	1,9	3,1*	2,2	2,6	1,9
ANSIEDAD	3,9*	2,3	2,2*	1,6	3	2,3	3,3	1,9
S. INTERNALIZANTE	12,2	6,8	7,2*	5,4	12,2	7,8	11,4	6,8
S. EXTERNALIZANTE	13,2*	7	5,6*	4	14,40*	8,6	10,2	6,5

A diferencia que en el caso de sus opuestos, las chicas de esta muestra clínica se diferencian de las chicas de muestras de población general al haber obtenido, de forma global, menor puntuación en la mayoría de escalas de síndromes de banda estrecha y síndromes de banda ancha. Sin embargo, hay algunas escalas en las que las chicas de población clínica puntúan más que las demás de población general en algunos síndromes de banda estrecha, como en agresividad verbal (M=6,9; DE= 2,7), siendo menores estas puntuaciones y de forma significativa en población general asturiana (M= 5,9; DE= 3) y en población castellonesa (M=3,8; DE=2,4). Pero en esta escala y en la mayoría de escala de conducta, la muestra clínica de estudio, de nuevo es superada por la población general barcelonesa, con nivel de

significación. En el patrón general de conducta internalizada la muestra clínica se sigue situando por encima de la población general femenina castellonense (M=7,6; DE=4,8) y de la población general barcelonesa (M=15,5; DE=8,1) de forma significativa. Para el patrón general de conducta externalizada, la muestra clínica de chicas obtiene puntuaciones inferiores a la mayoría de muestras de población general de chicas y con nivel de significación, sin embargo, las puntuaciones de población general castellonense (M=5,2; DE=3,4) siguen situándose por debajo de la población clínica (M=10,2; DE=6,5), siendo la diferencia significativa entre ambas poblaciones (Tabla 16).

En general, las chicas de la muestra clínica de este estudio se diferencian de forma marcada de las chicas de población general, siendo la población general castellonesa la única que puntúa por debajo de población clínica para todas las escalas y de forma significativa, mientras que el resto de poblaciones (asturiana y catalana) puntúan por encima. Sólo son homólogas las puntuacianes en escala de aislamiento de población general de chicas catalanas y muestra clínica de chicas murcianas, ya que en esta escala no se obtuvieron diferencias significativas entre ambas poblaciones.

Por tanto, se rechaza la 1ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05), ya que las puntuaciones medias en escalas de conducta problema de las chicas adolescentes de la muestra de estudio no son similares a las de otras chicas adolescentes de población general.

TABLA 16. Problemas conductuales y emocionales de las chicas adolescente: comparación entre población general y muestra clínica de estudio (*=p<.05).

Escalas de conductas	PG asturiana (N=1314)		PG castellonesa (N=260)		PG barcelonesa (N=749)		Población clínica (N=47)	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
AGRESIVIDAD VERBAL	5,9*	3	3,8*	2,4	10*	5,4	6,9	2,7
CONDUCTA DELICTIVA	2*	2,4	0,4*	,8	3,7*	2,8	1,5	1,7
BÚSQUEDA ATENCIÓN	2,4*	2	1*	1,3	6,7*	3,1	1,8	1,6
DEPRESIÓN	4,6*	2,1	7,6*	4,8	9,1*	5,3	6,1	4,2
SOMATIZACIÓN	2,1*	2,2	1,4*	1,7	3,3*	2,8	2,9	2,1
AISLAMIENTO	5,3*	2,7	2,1*	2,1	3,6	2,2	3,5	1,9
ANSIEDAD	4,2*	2,4	1,9*	2,3	9,1*	5,3	3,7	1,7
S. INTERNALIZANTE	16,3*	8,6	7,6*	4,8	15,5*	8,1	16,2	7,2
S. EXTERNALIZANTE	13,5*	6,5	5,2*	3,4	13,7*	7,5	10,2	6,5

Aunque no se han obtenido resultados de contraste en función del sexo, se observa que en las muestras (población general y clínica) las chicas superan a los chicos en puntuaciones medias de patrón general de conducta internalizada. En cambio, los chicos superan a las chicas en puntuaciones medias de conducta externalizada, exceptuando la población general asturiana, en la que chicos y chicas están muy igualados en puntuaciones obtenidas en esta escala.

5.2.5. Diferencias por sexos en problemas conductuales y emocionales de los adolescentes.

Aunque hay un predominio de síntomas externalizantes en varones, no resultan significativas las diferencias en función del género, salvo en agresividad verbal (Tabla 17), siendo más alta la puntuación media obtenida en las chicas (M=6,9; DE=2,7) que en los chicos (M=5,6; DE=3,4), con un nivel de significación importante (p=,02).

TABLA 17. Diferencia según el sexo en puntuaciones medias de problemática conductual.

Patrón externalizado	Media global	DE	Grupo	N	Media	DE	P value
AGRESIVIDAD VERBAL	6,1	3,2	Varones	69	5,6	3,4	,02
			Mujeres	47	6,9	2,7	
CONDUCTA DELICTIVA	2	2,5	Varones	69	2,4	2,8	,12
			Mujeres	47	1,5	1,7	
BÚSQUEDA ATENCIÓN	2,1	1,7	Varones	69	2,2	1,8	,2
			Mujeres	47	1,8	1,6	

En cambio, en el patrón de patología internalizado las puntuaciones medias resultaron significativamente más elevadas en las chicas para todas las escalas (Tabla 17), excepto en ansiedad, donde no se ha encontrado nivel óptimo de significación, aunque las puntuaciones medias siguen siendo más elevadas también en las chicas para esta variable (M= 3,7; DE=1,7) que en los chicos (M=3,3; DE=1,9).

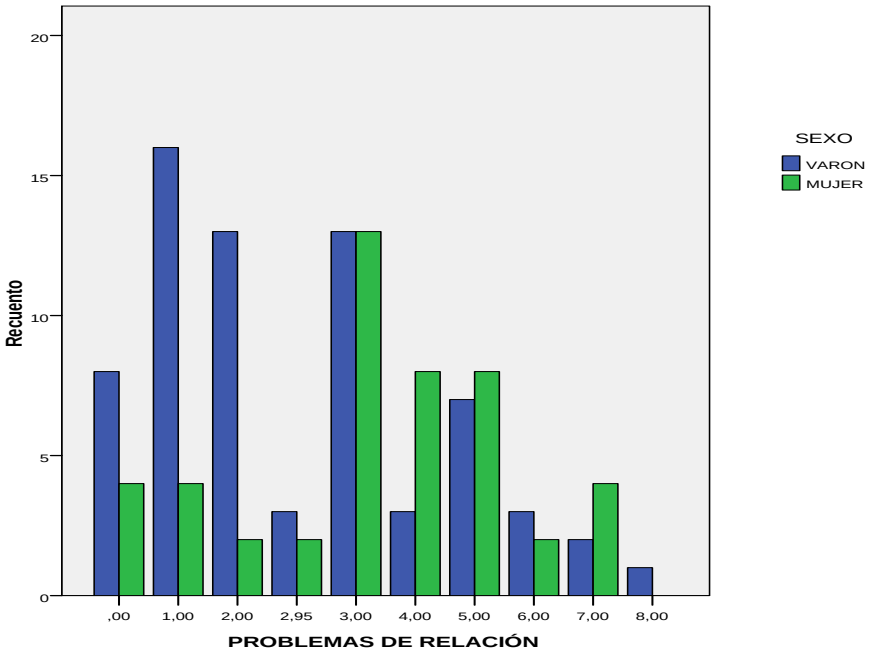
Las escalas del patrón general de psicopatología internalizada en las que se han obtenido diferencias significativas en función del sexo son depresión, en la que las chicas puntúan más (M=6,1; DE=4,2) que los chicos (M=3,6; DE=3,5) con p=,00; escala de somatización con puntuación superior en chicas (M=2,9; DE=2,1), siendo menor la puntuación en chicos (M=2; DE=1,7) con p=,029; y aislamiento, con puntuación obtenida en las chicas (M=3,5; DE=1,9) por encima de los chicos (M=2,6; DE=1,9), también con importante nivel de significación (p=,004).

TABLA 18. Diferencias según el sexo en puntuaciones medias de problemática emocional.

Patrón internalizado	Media global	DE	Grupo	N	Media	DE	P value
DEPRESIÓN	4,6	4	Varones	69	3,6	3,5	,00
			Mujeres	47	6,1	4,2	
SOMATIZACIÓN	2,3	1,9	Varones	69	2	1,8	,03
			Mujeres	47	2,9	2,1	
AISLAMIENTO	3	2	Varones	69	2,6	1,9	<,01
			Mujeres	47	3,5	1,9	
ANSIEDAD	3,4	1,9	Varones	69	3,3	1,9	,14
			Mujeres	47	3,7	1,7	

Sin embargo, hay mayor número de chicos que de chicas que obtienen puntuaciones elevadas en algunos síndromes de banda estrecha (Figura 5) y con un nivel de significación importante, como ocurre para escala de aislamiento (X^2=,04). En esta escala se hace notable la desigual distribución de la población en función del género.

FIGURA 5. Diferencias proporcionales en aislamiento en función del sexo.



En el patrón de psicopatología internalizada las chicas puntúan por encima de los chicos, habiendo obtenido diferencias significativas (p=,00). Aunque en el síndrome neutro (problemas de pensamiento) la puntuación es discretamente más alta en los chicos sin alcanzar diferencias significativas (Tabla 19).

Por otro lado, las puntuaciones medias obtenidas de forma global en escala de sinceridad fueron aún más elevadas que en otras muestras de población general, como la utilizada en el trabajo de Capafons y Silva (M=8,4; DE=2,6).

Ante esto se rechaza la 2ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05) ya que las puntuaciones medias en diversas escalas de conducta problema son diferentes en chicos que en chicas, sobre todo las concernientes a patrón de conducta internalizado.

TABLA 19. Diferencias según el sexo en puntuaciones medias de síndromes de banda ancha, conducta problemática, conducta deseable y sinceridad.

Escalas de conductas	Media global	DE	Grupo	N	Media	DE	P value
S. EXTERNALIZANTE	10,2	5,8	Varones	69	10,2	6,5	,95
			Mujeres	47	10,2	4,7	
S. INTERNALIZANTE	13,4	7,3	Varones	69	11,4	6,8	,00
			Mujeres	47	16,2	7,2	
SÍNDROME NEUTRO	1,5	2	Varones	69	1,6	2,1	,88
			Mujeres	47	1,4	1,8	
C. PROBLEMA	51,5	16,8	Varones	69	50,2	17,3	,19
			Mujeres	47	53,4	16	
C. SOCIAL DESEABLE	21	4,7	Varones	69	20,9	5,1	,85
			Mujeres	47	21,2	4	
SINCERIDAD	8,4	2,6	Varones	69	8,4	2,8	,94
			Mujeres	47	8,3	2,2	

Las puntuaciones medias en conductas problemática y deseable, así como en sinceridad fueron equivalentes en chicos y en chicas, no hallándose tampoco diferencias significativas en función del género, siendo además algo mayor el porcentaje de chicos y de chicas en obtención puntuaciones altas en conducta socialmente deseable (66,7% y 33%, respectivamente), encontrando distribución equivalente en población de chicos y chicas en puntuaciones de conducta problemática (Figuras 6 y 7). Por otra parte, las puntuaciones medias obtenidas en sinceridad tienden a ser ligeramente más elevadas en chicos (M=8,4; DE=2,8) que en chicas (M=8,25; DE=2,2), al igual que ocurre en población general de la muestra de Capafons y Silva, donde los chicos (M=8,8; DE= 2,8) se sitúan algo por encima de las chicas (M= 8,2; DE=2,8) en esta escala, aunque las diferencias tampoco fueron significativas.

Figura 6. Diferencias proporcionales en conducta social deseable en función del sexo.

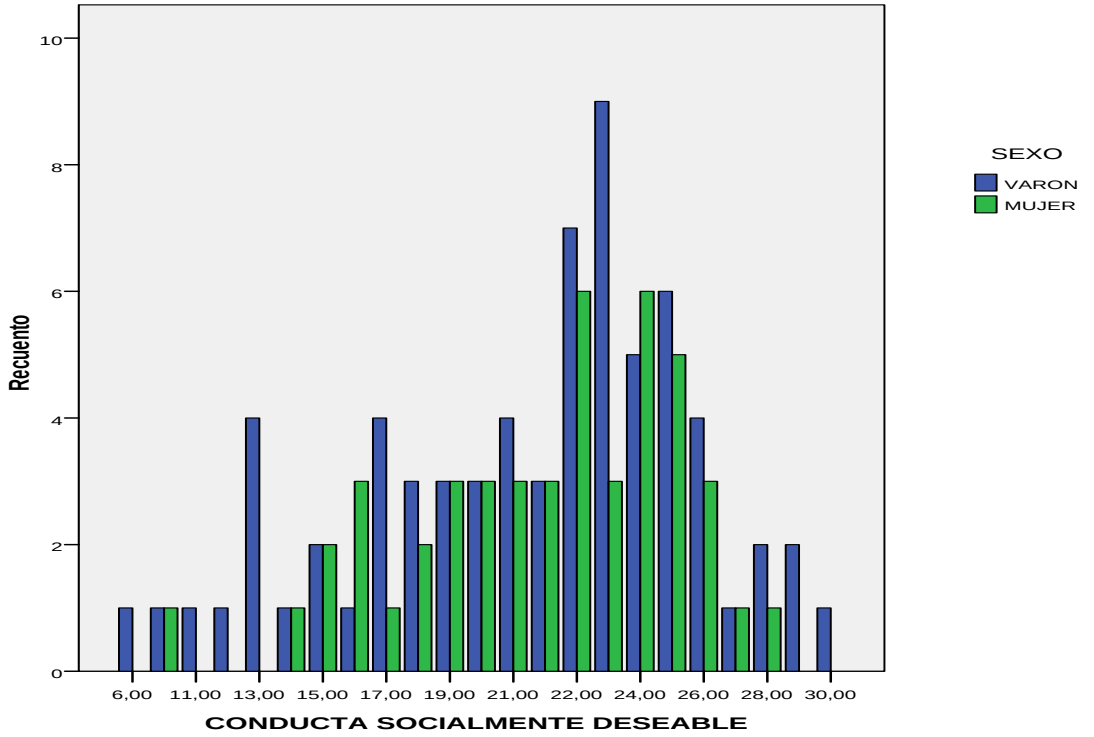
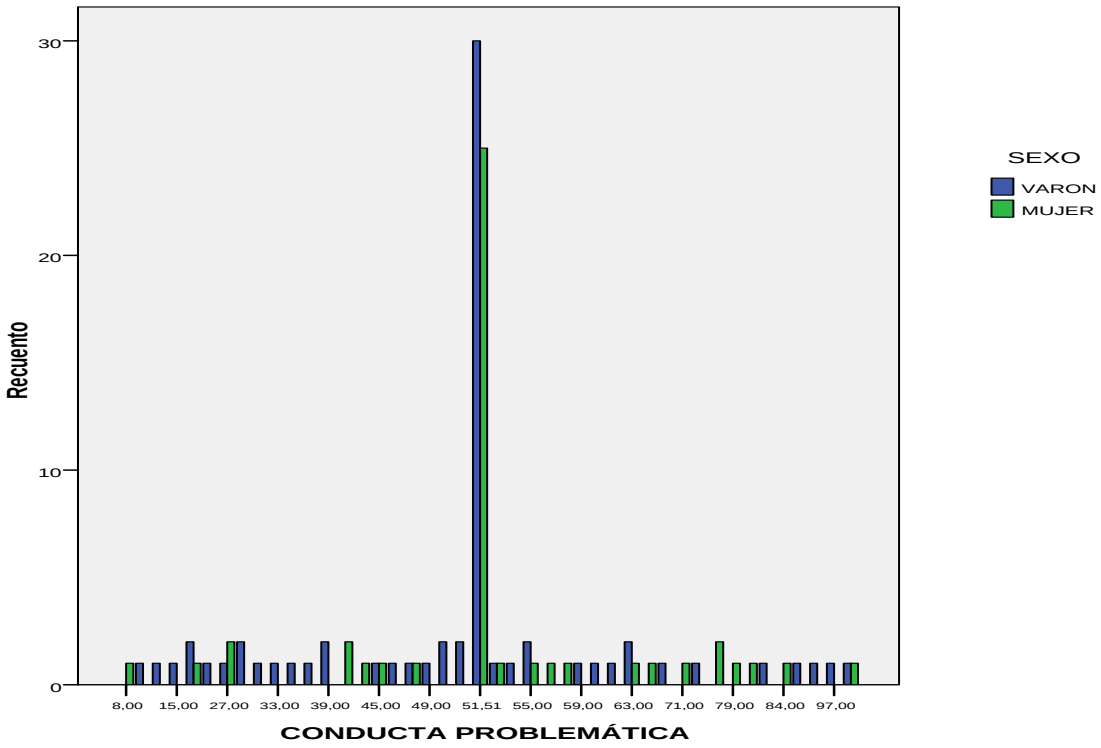


Figura 7. Diferencias proporcionales en total de conducta problemática en función del sexo.



5.2.6. Actitudes de padres y madres hacia la crianza de los adolescentes en función del sexo.

Se han obtenido diferencias en función del género (Tabla 20) en el apoyo emocional y social que percibe del entorno el padre biológico de la hija adolescente (M=22,9; DE=3,2), siendo mayor el apoyo percibido por el padre biológico del hijo adolescente (M=20; DE=3,3), con un nivel de significación importante (p=,02).

TABLA 20. Diferencias según el sexo en las actitudes de los padres hacia la crianza.

Escalas de actitudes	Media global	DE	Grupo	N	Media	DE	P value
APOYO	22	3,4	Varones	30	22,9	3,2	,02
			Mujeres	14	20,1	3	
SATISFACCIÓN	28,7	3,8	Varones	30	28,5	3,7	,78
			Mujeres	14	28,9	4	
COMPROMISO	29,6	4,4	Varones	30	30	3,9	,74
			Mujeres	14	28,8	5,4	
COMUNICACIÓN	17,3	4	Varones	30	17,6	4	,35
			Mujeres	14	16,5	4	
DISCIPLINA	27	1,5	Varones	30	27	,4	1
			Mujeres	14	26,9	2,6	
AUTONOMÍA	24,2	3,8	Varones	30	24,5	2,9	,31
			Mujeres	14	23,4	5,2	
DISTRIBUCIÓN ROL	24,7	4,1	Varones	30	24,9	4	,78
			Mujeres	14	24,3	4,6	
DESEAB. SOCIAL	14,2	3,1	Varones	30	13,9	3,2	,36
			Mujeres	14	14,7	2,8	

Aunque se comparan 65 madres de chicos con 46 madres de chicas, no diferencian sus actitudes en la crianza según el género de los hijos (Tabla 21), con discreto aumento del compromiso y de disciplina en las hijas con respecto a sus opuestos.

TABLA 21. Diferencias según el sexo en actitudes de las madres hacia la crianza.

Escalas de actitudes	Media global	DE	Grupo	N	Media	DE	P value
APOYO	19,8	3,3	Varones	65	19,7	3,3	,91
			Mujeres	46	19,9	3,3	
SATISFACCIÓN	27,4	3,6	Varones	65	27,5	3,3	,65
			Mujeres	46	27,3	4	
COMPROMISO	28,2	3,7	Varones	65	28	3,5	,44
			Mujeres	46	28,6	4	
COMUNICACIÓN	15,8	3,5	Varones	65	15,9	2,8	,36
			Mujeres	46	15,5	4,3	
DISCIPLINA	25,8	5,2	Varones	65	25,6	5,4	,33
			Mujeres	46	26,1	4,8	
AUTONOMÍA	22,7	3,9	Varones	65	23,1	3,9	,2
			Mujeres	46	22,1	3,8	
DISTRIBUCIÓN ROL	22,6	4,5	Varones	65	22,6	4,4	,85
			Mujeres	46	22,6	4,6	
DESEAB. SOCIAL	13,7	3	Varones	65	13,5	2,8	,48
			Mujeres	46	14	3,3	

5.2.7. Diferencias entre muestra de población general y muestra clínica de estudio en actitudes hacia la crianza.

En la muestra clínica de estudio se observa que los padres tienen un elevado nivel de exigencia hacia los adolescentes en el cumplimiento de las normas (puntuaciones más elevadas en disciplina y compromiso en comparación con resto de escalas de actitudes). Sin embargo, es escasa la percepción que estos padres tienen respecto a la efectividad de la comunicación con sus hijos. Además el apoyo emocional y social que los padres consideran que reciben del entorno para poder ejercer una función parental adecuada es bajo. En un nivel intermedio se sitúan las puntuaciones obtenidas en autonomía (M=24,4; DE=3,6), así como las obtenidas en distribución del rol (M=24,7; DE=4,1).

En cambio, en la muestra de población general, los padres perciben bastante más efectividad en la comunicación con sus hijos y bastante más satisfacción con la crianza, pero también más diferenciación en el papel que desempeñan en la crianza respecto a las madres que en la muestra de población clínica.

De forma global, para todas las escalas, los padres de la muestra de población general puntúan más que los padres de población clínica, siendo las diferencias significativas para la mayoría de escalas de actitudes de los padres, excepto en escala de autonomía, donde ambas poblaciones de padres están igualadas.

TABLA 22. Diferencia entre padres de población general y muestra clínica de estudio en actitudes hacia la crianza.

Escalas de actutudes	Padres población general (N=338)		Padres población clínica (N=39)		P value
	Media	DE	Media	DE	
APOYO	25,3	3,6	22,2	3,5	<,01
SATISFACCIÓN	34,8	4,1	28,9	3,4	<,01
COMPROMISO	43,7	4,4	29,8	4,3	<,01
COMUNICACIÓN	28,6	3,4	16,9	4	<,01
DISCIPLINA	32	4,5	30,2	6,2	,09
AUTONOMÍA	24,8	3,1	24,4	3,6	,42
DISTRIBUCIÓN ROL	27,6	4,1	24,7	4,1	<,01

Respecto a otras muestras de población general española, destacan las bajas puntuaciones de las madres de la muestra clínica (Tabla 23).

En el caso de la muestra clínica de estudio destacan las bajas puntuaciones medias obtenidas en la percepción de la efectividad de la comunicación que establecen en la relación con los hijos, así como la escasa habilidad que perciben en sí mismas para proporcionar independencia a sus hijos.

Las puntuaciones medias más altas obtenidas por las madres la muestra clínica en las actitudes hacia la crianza de sus hijos adolescentes han sido en las escalas de compromiso (M=28,28; DE=3,78) y satisfacción con la crianza (M=27,5; DE=3,5). Las puntuaciones intermedias en el caso de las madres se han obtenido en distribución del rol (M=22,7; DE=4,5), en disciplina (M=23; DE=5,3) y en autonomía (M=22,8; DE=3), siendo inferiores en apoyo (M=19,8; DE=3,3).

En comparación con las puntuaciones medias de las madres de la muestra andaluza de población general, las madres de población clínica también se sitúan bastante por debajo, sobre

todo en la escala de compromiso (con una diferencia de casi la mitad de la media de las madres de población general), lo que habla de un menor grado de interacción y conocimiento que las madres de población clínica tienen de sus hijos adolescentes. Pero también hay una diferencia similar en la efectividad percibida en la comunicación de las madres con sus hijos, siendo del doble la efectividad en comunicación percibida por las madres de población general, además con importante nivel de significación. Igualmente resultan significativas las diferencias obtenidas en puntuaciones medias de satisfacción en el ejercicio la maternidad, en el apoyo percibido por el entorno y en el nivel de exigencia impuesta para el cumplimiento de las normas entre las madres de ambas muestras (p<,01).

De forma global se aprecia escasa percepción de apoyo por el entorno en la crianza ejercida por las madres, así como más dificultades para proporcionar independencia a los hijos, ya que son las escalas de apoyo y de autonomía las que reflejan menores puntuaciones medias en relación al resto de escalas. En ambas muestras además destacan elevadas puntuaciones en escala de compromiso y disciplina, lo que indica un alto grado de control ejercido por las madres y que también puede explicar la dificultad mencionada para proporcionar independencia a los adolescentes.

TABLA 23. Diferencia entre madres de población general y muestra clínica de estudio en actitudes hacia la crianza.

Escalas de actitudes	Madres población general (N=338)		Madres población clínica (N=105)		P value
	Media	DE	Media	DE	
APOYO	23,8	4,1	19,8	3,3	<,01
SATISFACCIÓN	34,8	4,3	27,5	3,5	<,01
COMPROMISO	45	4	28,3	3,8	<,01
COMUNICACIÓN	29,8	3,5	15,6	3,3	<,01
DISCIPLINA	31,8	4,9	26	5,3	<,01
AUTONOMÍA	25,3	3,5	22,8	3,9	<,01
DISTRIBUCIÓN ROL	28,5	4	22,7	4,5	<,01

Con estos resultados en puntuaciones de actitudes hacia la crianza de los padres y madres de la muestra clínica de estudio, inferiores a las puntuaciones de padres y madres de una muestra de población general, se rechaza la 3ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05).

5.2.8. Diferencias entre padres y madres en actitudes hacia la crianza.

En relación a las madres, se observaron puntuaciones medias más bajas que en el caso de los padres para todas las escalas, siendo las diferencias en puntuaciones obtenidas significativas en la mayoría (p<,05), lo que, en general, informa de un modelo de crianza menos efectivo (Tabla 24). Además se obtuvo una tendencia a que la satisfacción con la crianza y el nivel de compromiso de las madres fuera menor que en los padres.

Las madres además aún percibían menos apoyo que sus maridos en la crianza de los hijos con importante nivel de significación respecto a las demás escalas de actitudes hacia la crianza. Esta diferencia entre padres y madres, en cambio, no es tan acusada en población general.

Por otro lado, la población clínica de madres obtiene puntuaciones más bajas que los padres en distribución del rol en función del género, a la inversa de lo que ocurre en población general, en la que la puntuación media de las madres en esta escala supera a la de los padres. Esto puede significar que hay más diferenciación del rol de género en los padres de población clínica que en los padres de población general. Además en la población clínica, las puntuaciones más bajas de las madres en escalas de diciplina y autonomía con respecto a los padres indican cierta tendencia de las madres a ejercer un modelo de crianza más permisivo que los padres.

Ante estos resultados diferentes en todas las escalas de actitudes entre padres y madres cabe rechazar la 4ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05).

TABLA 24. Comparación entre padres y madres en actitudes hacia la crianza.

Escalas de actitudes	Padres (N=44)		Madres (N=113)		P value
	Media	DE	Media	DE	
APOYO	22,	3,4	19,8	3,3	<,01
SATISFACCIÓN	28,7	3,8	27,4	3,6	,07
COMPROMISO	29,6	4,4	28,2	3,7	,08
COMUNICACIÓN	17,3	4	15,8	3,5	,04
DISCIPLINA	27	1,5	25,8	5,2	,03
AUTONOMÍA	24,2	3,8	22,7	3,9	,03
DISTRIBUCIÓN ROL	24,7	4,1	22,6	4,5	,01
DESEAB. SOCIAL	14,2	3,1	13,7	3	,39

5.3. COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL.

Con el estudio proyectado se intentó obtener información representativa de la población incluida al inicio del mismo, constituida por una muestra clínica de adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 15 años, residentes en los municipios incluidos en el área IX de salud de la Región de Murcia (Tabla 25).

Los adolescentes asignados a ambos grupos de intervención (control y experimental) tuvieron características personales, académicas y sociofamiliares similares, no habiéndose encontrado nivel de significación para establecer diferencias entre ambos grupos ($p>0,05$).

Por otro lado, la competencia social de la mayoría de los adolescentes atendidos en el período mencionado (Tabla 11) marca una tendencia a tener varias amistades íntimas (más de 3), y realizar con ellos más de 3 actividades por semana. Además la mayoría no percibe diferencias ni en la relación con sus amigos, padres o hermanos, ni en la capacidad de valerse por sí mismo con respecto a otros chicos/as de la misma edad. En este apartado tampoco hubo diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control ($p>0,05$).

TABLA 25. Características personales, familiares, sociales y académicas de los adolescentes asignados a grupos de intervención.

Variables	Categorías	Grupo Control (N=57)		Grupo Experimental (N=59)		P value
		N / media	% / DE	N/ media	% / DE	
Sexo	Hombres	38	60,3	37	61,7	,88
	Mujeres	25	39,7	23	38,3	
Edad (media)	-	13,4	1,1	13,7	1,5	,4
Nº de hermanos	-	2,5	1,1	2,6	1,4	,96
Orden en fratría	Hijo único	5	7,9	8	13,3	,75
	Primogénito	24	38,1	24	40	
	Segundo	22	34,9	20	33,3	
	Tercero	7	11,1	3	5	
	Cuarto o más	5	7,9	5	8,4	
Convivencia	Padres	49	77,8	36	60	,08
	Madre	12	19	18	30	
	Otros	2	3,2	6	10	
Municipio	Cieza	45	71,4	36	60	,6
	Abarán	13	20,6	18	30	
	Blanca	5	7,9	6	10	
Calificaciones últ. 4 años	Altas	8	12,7	12	20	,16
	Medias	37	58,7	25	41,7	
	Bajas	18	28,6	23	38,3	
Nota media	Últ. 3 meses	4,8	1,8	4,4	2,17	,19
Nivel estudios del padre	Sin estudios	12	19	16	26,7	,63
	Básicos	37	58,7	31	51,7	
	Medios	9	14,3	7	11,7	
	Superiores	4	6,3	6	10%	
Nivel estudios De la madre	Sin estudios	13	20,6	15	25%	,32
	Básicos	33	52,4	36	60%	
	Medios	8	12,7	6	10%	
	Superiores	9	14,3	3	5%	
Nº amigos íntimos	Ninguno	7	11,1	4	6,7	,33
	Uno	8	12,7	9	15	
	Dos o tres	16	25,4	19	31,7	
	Más de tres	26	41,3	27	45	
	No contesta	6	41,3	1	1,7	
Nº actividades con amigos íntimos	Menos de una	8	12,7	8	13,3	,17
	Una o dos	12	19	16	26,7	
	Tres o más	36	57,1	35	58,3	
	No contesta	7	11,1	1	1,7	
Relación con hnos en comparación con chicos/as de la misma edad	Peor	5	7,9	11	18,3	,12
	Igual	29	46	24	40	
	Mejor	15	23,8	17	28,3	
	No contesta	9	14,3	2	3,3	
Relacion con amigos en comparación con chicos/as de la misma edad	Peor	7	11,1	7	11,7	,1
	Igual	30	47,6	25	41,7	
	Mejor	19	30,2	27	45	
	No contesta	7	11,1	1	1,7	
Relación con padres en comparación con chicos de la misma edad	Peor	14	22,2	10	16,7	,06
	Igual	28	44,4	23	38,3	
	Mejor	15	23,8	26	43,3	
	No contesta	6	9,5	1	1,7	
Valerse por sí mismo en comparación con chicos/as de la misma edad	Peor	6	9,5	11	18,3	,23
	Igual	26	41,3	25	41,7	
	Mejor	24	38,1	22	36,7	
	No contesta	7	11,1	2	3,3	

En cada grupo de asignación un 31,7% de adolescentes recibió previamente indicación de tratamiento farmacológico y un 37% tratamiento psicológico (Tabla 26). Aunque respecto a atenciones en urgências médicas e ingresos hospitalarios, el porcentaje fue ligeramente superior en adolescentes asignados a grupo experimental, las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas respecto a los antecedentes personales médicos, psiquiátricos o psicológicos (p>0,05).

TABLA 26. Antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos de adolescentes asignados a grupos de intervención.

VARIABLES		Grupo Control (N=57)		Grupo Experimental (N=59)		P value
		N	%	N	%	
Tratamiento farmacológico	SÍ	20	31,7	19	31,7	,99
	NO	43	68,3	41	68,3	
Tratamiento psicológico	SÍ	23	36,5	23	38,3	,84
	NO	40	63,5	37	61,7	
Atención psiquiátrica urgente	SÍ	16	25,4	10	16,7	,35
	NO	47	74,6	50	83,3	
Atención médica urgente	SÍ	6	9,5	9	15	,27
	NO	57	90,5	51	85	
Ingreso hospitalario médico	SÍ	1	1,6	3	5	,29
	NO	62	98,4	57	95	
Ingreso hospitalario psiquiátrico	SÍ	0	0	2	3,3	,14
	NO	63	100	58	96,7	

Las puntuaciones medias obtenidas en escalas de problemática conductual externalizada (agresividad verbal, búsqueda de atención y conducta delictiva) y en escalas de problemática emocional o de expresión psicopatológica internalizada (depresión, ansiedad, somatización y aislamiento) fueron homogéneas en grupo experimental y grupo control.

Por otro lado, las puntuaciones medias obtenidas en las conductas problema y socialmente deseable, así como en los factores de banda ancha (síndromes internalizado y externalizado) y la puntuaciones obtenidas en escala de sinceridad también fueron homogéneas para ambos grupos, sin encontrar diferencias significativas en pruebas de contraste (Tabla 27).

TABLA 27. Problemas conductuales y emocionales de los adolescentes asignados a grupos de intervención.

Escalas de conductas	Grupo	N	Media	DE	P value
AGRESIVIDAD VERBAL	Experimental	59	5,8	3	,46
	Control	57	6,5	3,4	
CONDUCTA DELICTIVA	Experimental	59	2,1	2,7	,98
	Control	57	1,9	2,2	
BÚSQUEDA ATENCIÓN	Experimental	59	2,2	1,9	,51
	Control	57	2	1,6	
DEPRESIÓN	Experimental	59	5,1	4,1	,15
	Control	57	4,1	3,819	
SOMATIZACIÓN	Experimental	59	2,1	1,8	,31
	Control	57	2,5	2	
AISLAMIENTO	Experimental	59	3,3	2	,12
	Control	57	2,6	1,9	
ANSIEDAD	Experimental	59	3,4	1,9	,67
	Control	57	3,4	1,9	
FACTOR EXTERNALIZANTE	Experimental	59	10,1	6	,68
	Control	57	10,3	5,7	
FACTOR INTERNALIZANTE	Experimental	59	14	7,2	,27
	Control	57	12,7	7,5	
FACTOR NEUTRO	Experimental	59	1,6	2,1	,91
	Control	57	1,5	1,9	
CONDUCTA PROBLEMA	Experimental	59	50,6	17,4	,8
	Control	57	52,4	16,2	
CONDUCTA SOCIAL DESEABLE	Experimental	59	20,4	5,1	,26
	Control	57	21,7	4,1	
SINCERIDAD	Experimental	59	8,3	2,8	,61
	Control	57	8,4	2,4	

No se encontraron diferencias significativas entre grupo experimental y grupo control, en cuanto a la participación de los padres en el estudio (Tabla 28). Sin embargo, hubo una participación significativamente mayor en los padres adoptivos, aunque la consideración de esta diferencia espoco concluyente al ser muy bajo el número de padres adoptivos resgistrados en el estudio.

Destaca una participación global de las madres biológicas de prácticamente el triple que la de los padres biológicos (94,5% de madres participantes vs 36,1% de padres). Aunque contamos con muy pocos padres y madres de adopción, su participación en el estudio y en los tratamientos fue proporcionalmente mayor a la de las madres y padres biológicos (50% de participación de padres adoptivos, frente a 36,1% de padres biológicos y 100% de participación de madres adoptivas frente al 94,5% de madres biológicas).

TABLA 28. **Padres participantes en el estudio en ambos grupos de asignación.**

VARIABLES		Total (N=236)		Grupo Control (N=115)		Grupo Experimental (N=121)		P value
		N	%	N	%	N	%	
Padres biológicos (N=108)	SÍ	39	36,1	18	33,3	21	38,9	,44
	NO	69	63,9	36	66,7	33	61,1	
Madres biológicas (N=111)	SÍ	105	94,5	51	94,4	54	94,5	,16
	NO	6	5,5	3	5,6	3	5,5	
Padres adoptivos (N=9)	SÍ	5	50	0	0	5	80	,02
	NO	4	50	3	100	1	20	
Madres adoptivas (N=8)	SÍ	8	100	4	100	4	100	,94
	NO	0	0	0	0	0	0	

Al comparar entre grupo experimental y grupo control puntuaciones medias en escalas de actitudes hacia la crianza no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 29), aunque en la escala de distribución del rol las diferencias estaban en el margen de la signifiación estadística (p=,07). Hubo cierto incremento de puntuaciones en grupo experimental, pero de forma mínima, en la mayoría de escalas, excepto en comunicación, apoyo y deseabilidad social, donde puntuaban más los padres asignados a grupo control aunque no se obtuvo diferencia significativa en puntuaciones medias para ninguna de las escalas de actitudes.

TABLA 29. Actitudes de los padres hacia la crianza de los adolescentes de ambos grupos de asignación.

Escalas de actitudes	Grupo	N	Media	DE	P value
APOYO	Experimental	26	21,5	3,9	,1
	Control	18	22,8	2,5	
SATISFACCIÓN	Experimental	26	28,8	3,7	,86
	Control	18	28,4	3,9	
COMPROMISO	Experimental	26	29,9	4,9	,43
	Control	18	29,2	3,7	
COMUNICACIÓN	Experimental	26	17	3,7	,71
	Control	18	17,7	4,5	
DISCIPLINA	Experimental	26	27	1,9	1
	Control	18	27	,0	
AUTONOMÍA	Experimental	26	24,3	4,4	,53
	Control	18	23,9	2,8	
DISTRIBUCIÓN DEL ROL	Experimental	26	25,1	4,7	,13
	Control	18	24	2,9	
DESEABILIDAD SOCIAL	Experimental	26	14,2	3,1	,99
	Control	18	14,1	3,1	

En las pruebas de contraste en actitudes de las madres entre ambos grupos de asignación (Tabla 30) se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en las escalas de compromiso y autonomía. Sin embargo, tras efectuar comparaciones múltiples al realizar sucesivos contrastes de hipótesis con un nivel de significación del 5%, sería esperable encontrar asociaciones estadísticamente significativas.

TABLA 30. Actitudes de las madres hacia la crianza de los adolescentes de ambos grupos de asignación.

Escalas de actitudes	Grupo	N	Media	DE	P value
APOYO	Experimental	57	19,8	3,4	,97
	Control	54	19,7	3,2	
SATISFACCIÓN	Experimental	57	27,2	3,5	,46
	Control	54	27,6	3,6	
COMPROMISO	Experimental	57	29	3,4	,02
	Control	54	27,5	3,9	
COMUNICACIÓN	Experimental	57	16,1	3,7	,49
	Control	54	15,5	3,3	
DISCIPLINA	Experimental	57	26,4	5,2	,6
	Control	54	25,3	5,1	
AUTONOMÍA	Experimental	57	23,3	3,6	,02
	Control	54	22	4,1	
DISTRIBUCIÓN ROL	Experimental	57	23	4,2	,48
	Control	54	22,2	4,7	
DESEABILIDAD SOCIAL	Experimental	57	13,9	3	,52
	Control	54	13,5	3	

5.4. RESULTADOS TRAS 6 MESES DE INTERVENCIÓN.

5.4.1. Competencia social, uso de recursos sanitarios y conducta problemática en adolescentes.

Tras realizar pruebas de contraste pertinentes, no se obtuvieron cambios significativos en ninguna de las variables de competencia social representadas en la tabla al transcurrir 6 meses con ambas modalidades de tratamiento llevadas a cabo (Tabla 31). Tanto para grupo experimental como para grupo control, hubo mayor proporción de adolescentes que percibían tener más de tres amistades íntimas con quienes realizaban más de tres actividades por semana, al igual que ocurría en tiempo basal. Sin embargo, tras 6 meses de tratamiento, llegó a aumentar la proporción de adolescentes que percibía mejor relación con amigos y con padres que otros chicos de la misma edad, para ambos tipos de intervención y, con diferencia significativa respecto a tiempo basal. En cambio, no se autopercibieron con mejor capacidad para valerse por sí mismos/as que otros chicos/as de la misma edad tras 6 meses de intervención. De la misma manera, la mayoría de los adolescentes autopercibían la calidad en la relación con los hermanos similar a la que tenían con sus propios hermanos otros chicos de la misma edad, también sin modificación en este aspecto frente al tiempo basal.

De este modo, se acepta la 5ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05), ya que los valores de autopercepción de competencia social de los adolescentes participantes en TGM son similares a los de los adolescentes participantes en TAU.

Respecto al uso de recursos sanitarios, en general, no se encontraron cambios a lo largo de los 6 meses de intervención respecto a tiempo basal, con la salvedad de los tratamientos farmacológicos, siendo para ambos grupos de intervención mayor el número de casos que fueron tratados con fármacos al compararlos con los adolescentes que tomaban fármacos en tiempo basal, pero este cambio fue mayor en grupo experimental (p=,06). Además hubo un incremento proporcional de atenciones no programadas para adolescentes que recibieron esta misma intervención, siendo la diferencia significativa respecto a los adolescentes que recibieron TAU. En el momento en que se compararon los resultados respecto a la utilización de recursos sanitarios en grupo experimental (TGM) y grupo control (TAU), tampoco hubo importantes hallazgos diferenciales entre ambos tipos de tratamiento, salvo una reducción de las atenciones psiquiátricas urgentes (consultas no programadas) en caso de TAU, lo cual no constituyó una diferencia significativa entre ambas intervenciones.

Por tanto, se acepta la 6ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05), al ser similar la utilización de recursos sanitarios que hacen los adolescentes en ambos grupos de intervención.

Al evaluar los resultados de escalas utilizadas para medir conducta problema en adolescentes y las variaciones obtenidas en puntuaciones medias de las mismas tras 6 meses de tratamiento para ambos tipos de intervención, así como las diferencias entre resultados de ambas intervenciones, se obtuvo que:

-Para adolescentes incluidos en grupo experimental hay un incremento de puntuaciones medias en agresividad tras 6 meses de tratamiento de forma significativa (p=,002). También aumentan puntuaciones medias en problemas de pensamiento o síndrome neutro tras 6 meses de intervención. La puntuaciones medias en la variable depresión, en cambio, disminuyen, pero no alcanzan tampoco niveles de significación. El resto de variables apenas se modifican a los 6 meses de la intervención.

-Para adolescentes incluidos en grupo control hay una reducción significativa de puntuaciones medias obtenidas en variables de ansiedad, depresión y agresividad verbal. También hubo reducción significativa de puntuaciones medias en síndromes de banda ancha, como en síndrome internalizado, y en conducta problema y problemas de pensamiento. Asimismo hay una reducción de puntuaciones medias en resto de variables de síndromes de banda estrecha pero sin alcanzar niveles de significación, en cambio, el aumento de puntuaciones obtenidas en nota media fue significativo.

-En general, tras hacer media de contraste de puntuaciones obtenidas para cada tipo de intervención, se obtienen diferencias significativas en nota media, síndrome neutro y conducta problema. Además se obtuvo una tendencia a que los adolescentes incluidos en TAU puntuaran menos en síndrome externalizante y en ansiedad tras 6 meses de intervención.

TABLA 31. Variaciones en competencia social, uso de recursos sanitarios, calificaciones y conducta problemática en los adolescentes (P*: valor de contraste entre grupos).

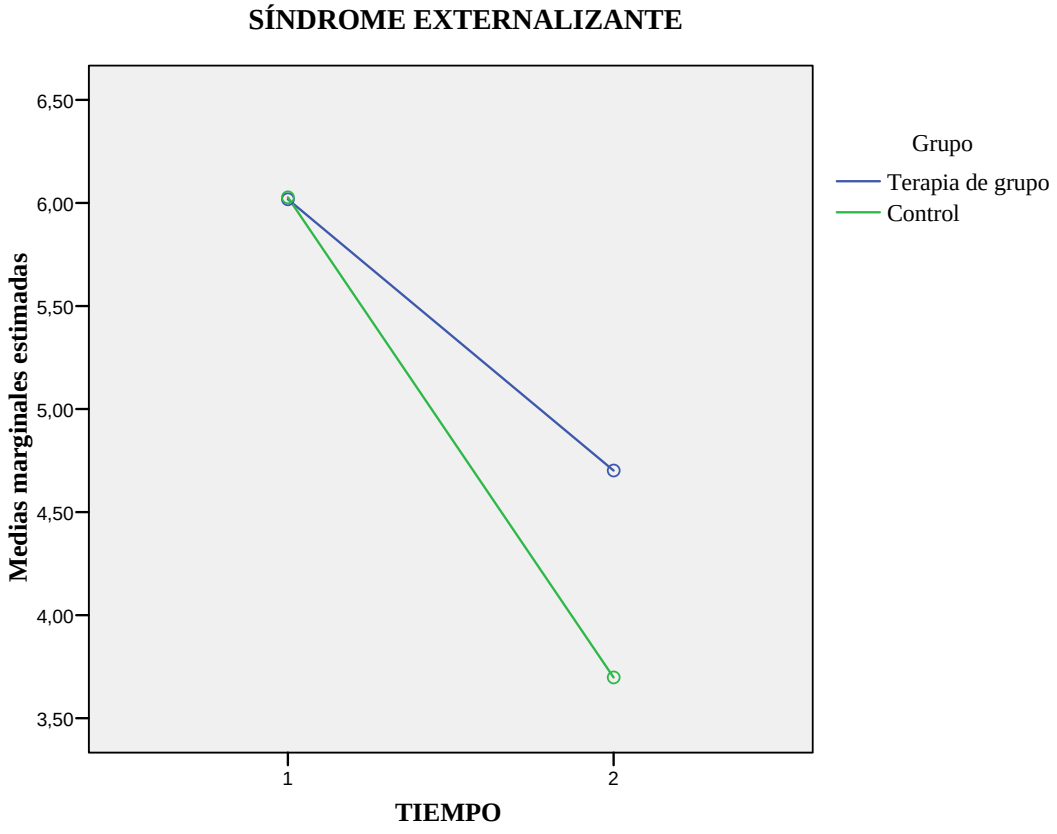
Variable		Grupo experimental										Grupo control										
		Encuesta 1				Encuesta 2				Dife-rencia	P value	Encuesta 1				Encuesta 2				Dife-rencia	P value	P*
		N	%	µ	DE	N	%	µ	DE			N	%	µ	DE	N	%	µ	DE			
Amistades íntimas	(1-)	8	20	-	-	8	20	-	-	0	1	9	23,1	-	-	11	28,2	-	-	-5,1	,77	,39
	(2+)	32	80	-	-	32	80	-	-	0		30	76,9	-	-	28	71,8	-	-	5,1		
Actividad amistades	(2-)	15	37,5	-	-	14	35	-	-	2,5	1	15	38,5	-	-	11	28,2	-	-	10,3	,39	,52
	(3+)	25	62,5	-	-	26	65	-	-	-2,5		24	61,5	-	-	28	71,8	-	-	-10,3		
Relación hermanos	Peor/=	22	66,7	-	-	26	78,8	-	-	-12,1	,34	21	63,6	-	-	20	60,6	-	-	3	1	,11
	Mejor	11	33,3	-	-	7	21,2	-	-	-12,1		12	36,4	-	-	13	39,4	-	-	-3		
Relación amigos	Peor/=	18	45	-	-	16	40	-	-	5	,02	27	69,2	-	-	14	35,9	-	-	33,3	,01	,71
	Mejor	22	55	-	-	24	60	-	-	-5		12	30,8	-	-	25	64,1	-	-	-33,3		
Relación padres	Peo/r=	21	59	-	-	23	55	-	-	4	,55	27	69,2	-	-	21	53,8	-	-	15,4	,15	,65
	Mejor	19	41	-	-	16	42,5	-	-	-1,5		12	30,8	-	-	18	46,2	-	-	-15,4		
Valerse sí mismo	Peor/=	25	62,5	-	-	20	51,3	-	-	11,2	,42	21	53,8	-	-	21	53,8	-	-	0	1	,82
	Mejor	15	37,5	-	-	19	48,7	-	-	-11,2		18	46,2	-	-	18	46,2	-	-	0		
Tto Farmacol.	SÍ	13	32,5	-	-	22	55	-	-	-22,5	,06	14	35,9	-	-	21	53,8	-	-	-17,9	,14	,92
	NO	27	67,5	-	-	18	45	-	-	22,5		25	64,1	-	-	18	46,2	-	-	17,9		
Tt° médico urgente	SÍ	6	15	-	-	6	15	-	-	0	1	6	15,4	-	-	2	5,1	-	-	10,3	,29	,15
	NO	34	85	-	-	34	85	-	-	0		33	84,6	-	-	37	94,9	-	-	-10,3		
Tt° psiqui urgente	SÍ	6	15	-	-	8	20	-	-	-5	,73	11	28,2	-	-	3	7,7	-	-	20,5	,01	,11
	NO	34	85	-	-	32	80	-	-	5		28	71,8	-	-	36	92,3	-	-	-20,5		
Ingreso médico	SÍ	2	5	-	-	4	10	-	-	-5	,63	1	2,6	-	-	1	2,6	-	-	0	1	,18
	NO	38	95	-	-	36	90	-	-	5		38	97,4	-	-	38	97,4	-	-	0		
Ingreso psiqui.	SÍ	1	2,5	-	-	1	2,5	-	-	0	1	0	0	-	-	0	0	-	-	0		,32
	NO	39	97,5	-	-	39	97,5	-	-	0		39	100	-	-	39	100	-	-	0	-	
Nota media		40	-	4,3	2	40	-	4,5	1,6	-,8	,45	39	-	4,7	1,8	39	-	5,3	1,8	-2,3	,02	,02
Agresividad		40	-	6,1	3,2	40	-	6,7	3,4	-,5	<,01	39	-	6,5	3,6	39	-	5,4	2,7	1	,03	,3
C.delictiva		40	-	2,5	2	40	-	2,2	1,8	-,6	,27	39	-	2,1	2,3	39	-	1,8	2,3	-,6	,55	,10
B. atención		40	-	2,2	1,9	40	-	2,2	1,8	-,03	,88	39	-	2,2	1,7	39	-	1,9	1,5	-,8	,4	,59
S.externalizante		40	-	11,1	6,3	40	-	11,7	7,4	-,6	,59	39	-	10,5	6	39	-	9,1	5,1	1,4	,14	,08
Depresión		40	-	5,5	4,4	40	-	4,4	4,6	-1,6	,11	39	-	4,4	4	38	-	2,9	3,2	-3,7	<,01	,19
Somatización		40	-	2,3	1,8	40	-	2,6	2,1	-,49	,62	39	-	2,6	2,1	39	-	2,1	1,8	-1,5	,14	,3
Aislamiento		40	-	3,6	2	40	-	3,6	2,1	-,03	,91	39	-	2,4	1,7	39	-	2,5	1,7	-,1	,69	,18
Ansiedad		40	-	3,6	1,8	40	-	3,7	2	-,4	,7	39	-	3,5	2	39	-	2,8	1,6	-2,1	,04	,06
S. internalizante		40	-	14,3	6,9	40	-	14,2	8,3	,1	,92	39	-	12,3	7,2	39	-	10	6	2,4	,04	,14
S. Neutro		40	-	1,9	2,3	40	-	2,2	2,7	-,8	,45	39	-	1,7	2,1	38	-	,8	1,4	-2,8	<,01	<,01
C. Problema		40	-	53	20,7	40	-	57,5	29,2	-,5	,6	39	-	49,9	16,9	39	-	41,1	16,7	-2,9	<,01	,01
C. Social deseable		40	-	20,8	5,5	40	-	22,4	3,2	-1	,29	39	-	21,4	3,7	39	-	21,7	4	-,1	,89	,43
Sinceridad		40	-	8,1	2,8	40	-	8,3	2,8	-1	,31	39	-	7,9	2,9	39	-	7,7	2,5	-,7	,47	,24

5.4.2. Comparación general de resultados entre ambos grupos de intervención.

Al trancurso de 6 meses de tratamiento, tanto en grupo experimental como en grupo control, no se encontraron diferencias significativas en sintomatología conductual o emocional tras efecto comparativo de cada tratamiento a lo largo del tiempo, lo cual indicaría que ambos tratamientos pudieran ocasionar el mismo efecto (Tabla 34).

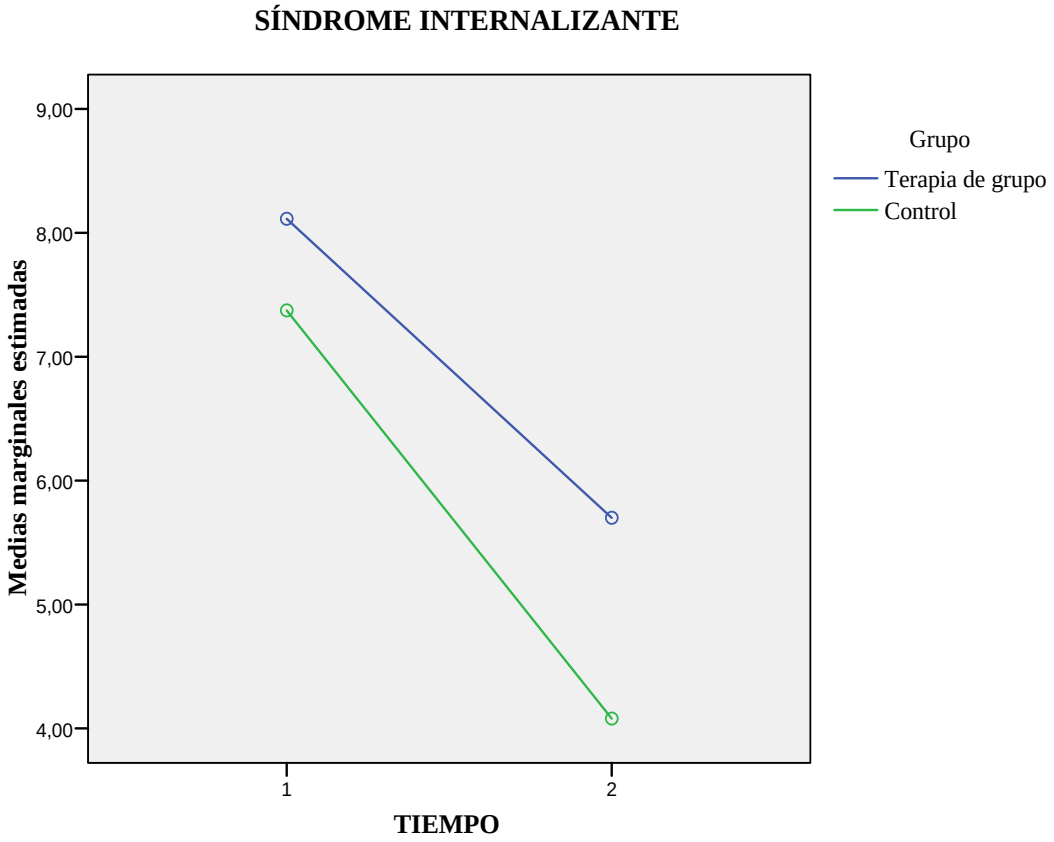
En ambos grupos de tratamiento (experimental y control) hay una reducción progresiva de los síntomas constituyentes de patología de expresión externalizada, pero en grupo experimental la reducción de puntuaciones medias de factor externalizante resultó más progresiva a lo largo del tiempo, no tan abrupta como en grupo control (Figura 8).

FIGURA 8. Puntuaciones en síndrome externalizado tras la intervención.



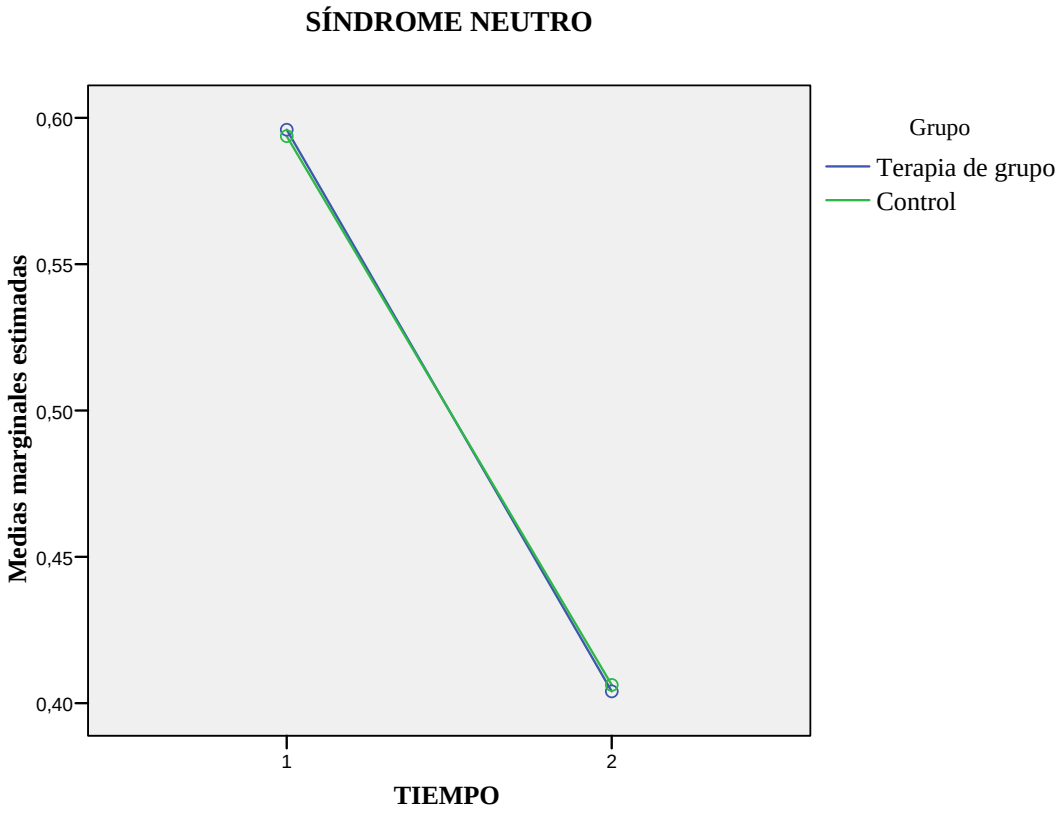
La misma tendencia se observa en la expresión de conducta internalizada, siendo la reducción de puntuaciones medias de esta conducta de forma algo más progresiva en el tiempo en grupo experimental que en grupo control (Figura 9).

FIGURA 9. Puntuaciones en síndrome internalizante tras la intervención.



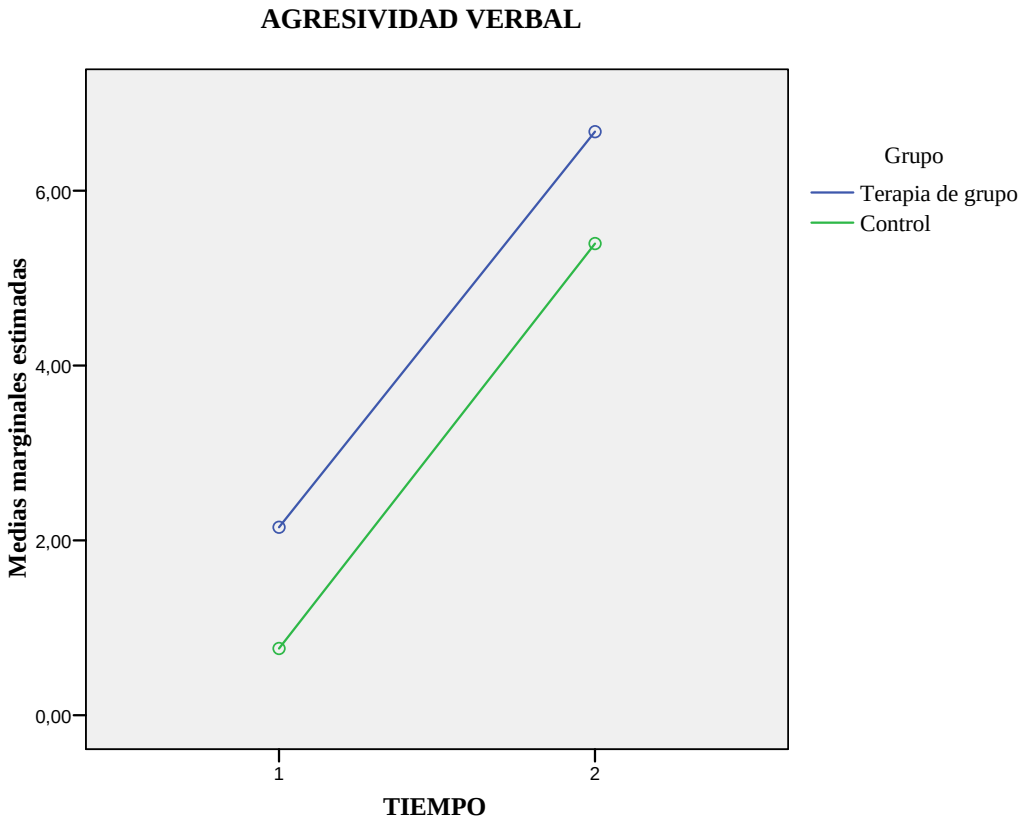
Sin embargo, las variaciones obtenidas tras 6 meses en escala de problemas de pensamiento fueron similares en ambos grupos de tratamiento (Figura 10).

FIGURA 10. Puntuaciones en síndrome neutro tras la intervención.



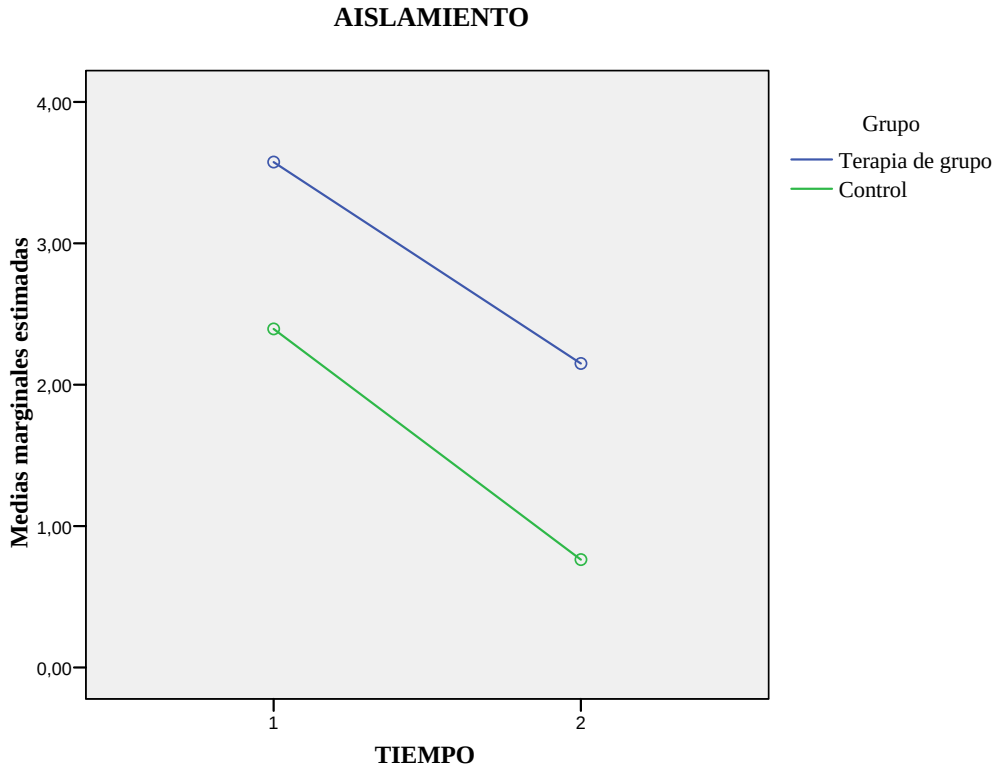
Al comprobar el efecto de ambos tipos de tratamiento a los largo de los 6 meses, en el gráfico obtenido en escala de agresividad verbal, se observa una tendencia al cambio similar para ambos tipos de tratamiento (Figura 11), aunque hay una mayor expresividad de este síntoma en la intervención grupal.

FIGURA 11. Puntuaciones en agresividad verbal tras la intervención.



En el gráfico de escala de aislamiento se observó la misma tendencia a disminuir puntuaciones iniciales tras 6 meses de tratamiento con ambos grupos (Figura 12), aunque también se observa una mayor expresión en intervención de grupo.

Figura 12. Puntuaciones en aislamiento tras la intervención.



De este modo, tras 6 meses de intervención, se puede decir que los resultados son consistentes en relación a que las puntuaciones medias de conducta problema en adolescentes asigandos a TGM presentan una modificación similar a la de los adolescentes asignados a TAU. Esto se refleja en la similar variación experimentada en síndromes externalizante, internalizante y neutro, así como en aislamiento y en agresividad verbal, tras 6 meses de intervención.

Puesto que los valores obtenidos de forma global en escalas de conducta problema de los adolescentes que participaron en TGM fueron similares a las de los adolescentes que participaron en TAU, se acepta la 7ª hipótesis (con riesgo alfa de 0,05).

5.4.3. Competencia social, uso de recursos sanitarios y conducta problemática de adolescentes en función del sexo.

Respecto a las variables indicadoras de competencia social en los chicos (número de amistades íntimas, número de actividades con amistades a la semana y autopercepción de la relación del adolescente con los amigos, con los hermanos, con los padres y consigo mismo) no se obtuvieron cambios significativos tras 6 meses de cada intervención, ni hubo diferencias en el resultado final entre ambas intervenciones. Sin embargo, en adolescentes incluidos en grupo control, hubo en tiempo basal mayor porcentaje de chicos que percibían la relación con los padres mejor que en otros chicos/as de su edad y con diferencia significativa respecto a grupo experimental, diferencia que se mantuvo a los 6 meses de intervención y también de forma significativa (p=,04). Respecto a la utilización de recursos sanitarios, los chicos incluidos en grupo experimental aumentaron el uso de tratamientos farmacológicos tras 6 meses de intervención, cambio que resultó significativo (p=,04). Sin embargo al comparar estos resultados con los obtenidos en adolescentes incluidos en grupo control en segunda encuesta no se obtuvieron diferencias significativas.

Por otro lado, puesto que ningún chico llegó a tener ingreso psiquiátrico en ninguno de los momentos de las intervenciones llevadas a cabo, no se pudieron realizar pruebas de contraste para esta variable.

Al evaluar los resultados de escalas utilizadas para medir conducta problema en adolescentes y los cambios obtenidos en puntuaciones medias de las mismas tras 6 meses de tratamiento para ambos tipos de intervención, así como las diferencias entre ambas intervenciones respecto a estos resultados (Tabla 32), se obtuvo que:

-Para los chicos adolescentes incluidos en grupo experimental no fueron significativos los cambios obtenidos en problemática conductual tras 6 meses de tratamiento respecto a tiempo basal. En cambio, respecto a problemática emocional sí hubo una reducción significativa de puntuaciones medias en la variable depresión respecto a puntuaciones medias obtenidas en tiempo basal (p=,05). En el resto de las variables de síndrome de banda estrecha y síndromes de banda ancha no se obtuvieron cambios significativos en los chicos tras 6 meses de la intervención. Tampoco hubo cambios significativos en variables tales como nota media o sinceridad. En cambio, en conducta socialmente deseable hubo un incremento significativo de puntuaciones medias tras 6 meses de intervención al compararlas con las puntuaciones medias de tiempo basal (p=,02).

-Para los chicos adolescentes incluidos en grupo control tampoco se obtuvieron cambios significativos en variables definitorias de problemática conductual. En cambio, se obtuvieron cambios significativos en la variable depresión tras 6 meses de intervención (p=,001), al igual que una reducción significativa de puntuaciones medias en conducta problema y en algunos síndromes de banda ancha, como en síndrome de conducta internalizada, así como en síndrome neutro o problemas de pensamiento (p=,05). Asimismo hubo un aumento de puntuación en nota media respecto a tiempo basal en los chicos incluidos en TAU (p=,02).

-La diferencias en resultados obtenidos para cada intervención fueron significativas en: nota media (p=,02), con mayor puntuación en grupo control que en grupo experimental; ansiedad (p=,05), síndrome de conducta internalizada (p=,02) y síndrome neutro (p=,01), con menor puntuación en grupo control que en grupo experimental (aunque en momento basal dichas puntuaciones eran también bastante inferiores en grupo control que en grupo experimental); conducta socialmente deseable (p=,04), con mayor puntuación en grupo experimental que en grupo control (sin embargo, en tiempo basal, la puntuación media de grupo control para esta variable se situaba por encima de grupo experimental). Por otro lado, hubo una tendencia a que los adolescentes de grupo experimental se autopercibieran con mayor agresividad verbal (p=,07), aislamiento(p=,06), conducta delictiva (p=,07), conducta problema (p=,07) y sinceridad (p=,06) al compararlos con los adolescentes incluidos en grupo control, lo que también ocurría en tiempo basal, pero sin alcanzar nivel de significación.

En este apartado se acepta la hipótesis 9ª de trabajo (con riesgo alfa de 0,05) que afirma que los valores en autopercepción de competencia social fueron similares en chicos participantes en TGM respecto a los mismos valores de los chicos participantes en TAU. Igualmente se acepta la hipótesis 11ª (con riesgo alfa de ,05), ya que los valores en la utilización de recursos sanitarios es similar para chicos que participan en TGM que para chicos que participan en TAU.

Tabla 32. Variaciones en competencia social, uso de recursos sanitarios, calificaciones y conducta problemática en los chicos (P*: valor de contraste entre grupos).

Variable		Grupo experimental										Grupo control										
		Encuesta 1				Encuesta 2				Dife-rencia	P value	Encuesta 1				Encuesta 2				Diferencia	P value	P*
		N	%	µ	DE	N	%	µ	DE			N	%	µ	DE	N	%	µ	DE			
Amistades íntimas	(1-)	5	19,2	-	-	3	11,5	-	-	7,7	,63	5	19,2	-	-	3	11,5	-	-	7,7	,69	1
	(2+)	21	80,8	-	-	23	88,5	-	-	-7,7		21	80,8	-	-	23	88,5	-	-	-7,7		
Actividad amistades	(2-)	9	34,6	-	-	6	23,1	-	-	11,5	,51	12	46,2	-	-	7	26,9	-	-	19,3	,18	,52
	(3+)	17	65,4	-	-	20	76,9	-	-	-11,5		14	53,8	-	-	19	73,1	-	-	-19,3		
Relación hermanos	Peor/	14	63,6	-	-	17	77,3	-	-	-13,7	,45	13	59,1	-	-	13	59,1	-	-	0	1	,2
	Mejor	8	36,4	-	-	5	22,7	-	-	13,7		9	40,9	-	-	9	40,9	-	-	0		
Relación amigos	Peor/	12	46,2	-	-	10	38,5	-	-	7,7	,75	16	61,5	-	-	9	34,6	-	-	26,9	,12	,77
	Mejor	14	53,8	-	-	16	61,5	-	-	-7,7		10	38,5	-	-	17	65,4	-	-	-26,9		
Relación padres	Peor/	11	42,3	-	-	12	48	-	-	-5,7	,75	19	73,1	-	-	12	46,2	-	-	26,9	,04	,9
	Mejor	15	57,7	-	-	13	52	-	-	5,7		7	26,9	-	-	14	53,8	-	-	-26,9		
Valerse sí mismo	Peor/	16	61,5	-	-	12	48	-	-	13,5	,55	13	50	-	-	12	46,2	-	-	3,8	1	,9
	Mejor	10	38,5	-	-	13	52	-	-	-13,5		13	50	-	-	14	53,8	-	-	-3,8		
Tº farmacol.	SÍ	7	26,9	-	-	15	57,7	-	-	-30,8	,04	10	38,5	-	-	16	61,5	-	-	-23	,15	,78
	NO	19	73,1	-	-	11	42,3	-	-	30,8		16	61,5	-	-	10	38,5	-	-	23		
Tº médico urgente	SÍ	3	11,5	-	-	3	11,5	-	-	0	1	5	19,2	-	-	2	7,7	-	-	11,5	,45	,64
	NO	23	88,5	-	-	23	88,5	-	-	0		21	80,8	-	-	24	92,3	-	-	-83,5		
Tº psiqui urgente	SÍ	1	3,8	-	-	3	11,5	-	-	-7,7	,63	8	30,8	-	-	2	7,7	-	-	23,1	,03	,64
	NO	25	96,2	-	-	23	88,5	-	-	7,7		18	69,2	-	-	24	92,3	-	-	-23,1		
Ingreso médico	SÍ	2	7,7	-	-	4	15,4	-	-	-7,7	,63	1	3,8	-	-	1	3,8	-	-	0	1	,16
	NO	24	92,3	-	-	22	84,6	-	-	7,7		25	96,2	-	-	25	96,2	-	-	0		
Ingreso Psiqui.	SI	0	0	-	-	0	0	-	-	0	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	-	-
	NO	26	100	-	-	26	100	-	-	0		26	100	-	-	26	100	-	-	100		
Nota media		26	-	4,1	2	26	-	4,6	1,7	-1,6	,12	26	-	4,5	2	26	-	5,7	1,5	-3	,02	,02
Agresividad		26	-	6,1	3,5	26	-	6,4	3,3	-,4	,57	26	-	5,5	3,5	26	-	4,9	2,6	,6	,32	,07
C.delictiva		26	-	2,7	3,2	26	-	2,8	2,9	-,2	,88	26	-	2,2	2,7	26	-	1,6	2,2	-1	,34	,07
B. atención		26	-	2,6	1,9	26	-	2,08	1,5	-1,5	,13	26	-	2,2	1,9	26	-	2,1	1,5	,1	,92	,99
S.externalizante		26	-	11,1	6,9	26	-	11,3	6,4	-,1	,92	26	-	9,9	6,6	26	-	8,6	4,9	1,4	,28	1,68
Depresión		26	-	4,6	4,2	26	-	2,9	3	-2	,05	26	-	3,2	3,1	26	-	1,8	2	-3,2	,001	,25
Somatización		26	-	2,1	1,8	26	-	2,2	1,7	-,1	,93	26	-	2	1,8	26	-	1,8	1,5	-,5	,61	,4
Aislamiento		26	-	3,4	1,9	26	-	3,2	2	,2	,53	26	-	2,1	1,8	26	-	2,2	1,8	-,1	,81	,06
Ansiedad		26	-	3,7	1,9	26	-	3,7	1,6	-,2	,85	26	-	3,4	2,1	26	-	2,8	1,6	-1,5	,13	,05
S. internalizante		26	-	13,4	6,9	26	-	11,8	5,3	1,7	,22	26	-	10,1	5,8	26	-	8,2	4,9	1,9	,05	,02
S. Neutro		26	-	2,1	2,3	26	-	1,6	1,8	-1	,3	26	-	1,4	2	26	-	,6	1,1	-1,9	,05	,01
C. Problema		26	-	49,9	19,7	26	-	48,4	18,5	-,7	,47	26	-	46,5	13,8	26	-	38	13,9	-1,9	,05	,07
C. Social deseable		26	-	20,9	6	26	-	23,7	2,6	-2,3	,02	26	-	21	4,1	26	-	21,1	4,4	-,7	,47	,04
Sinceridad		26	-	8,1	2,8	26	-	8,6	2,5	-1,6	,11	26	-	7,4	3,1	26	-	7,5	2,6	-,1	,92	,06

Al evaluar los cambios obtenidos en las chicas en las varibles definitorias de competencia social, mencionadas anteriormente, se obtuvo una mayor proporción de chicas incluidas en grupo control que percibían mejor relación con sus amistades que en tiempo basal, pero las diferencias no fueron significativas al respecto (p=,07). No se obtuvieron cambios significativos, para ninguno de los dos tipos de intervención, en resto de variables de competencia social ni en utilización de recursos sanitarios al realizar comparación con valores de tiempo basal. Las diferencias en resultados de segunda encuesta tampoco fueron significativas al comparar ambos tipos de intervención.

Al evaluar los resultados de escalas utilizadas para medir conducta problema en adolescentes y los cambios obtenidos en puntuaciones medias de las mismas tras 6 meses de tratamiento para ambos tipos de intervención, así como las diferencias entre ambas intervenciones respecto a estos resultados (Tabla 33), se obtuvo que:

-No hubo cambios significativos en puntuaciones medias de chicas en variables correspondientes a problemática conductual o emocional tras 6 meses de la TGM al comparar con resultados de tiempo basal.

-Se obtuvo una reducción significativa de puntuaciones medias de agresividad (p=,01), síndrome de conducta internalizada (p=,04), síndrome neutro (p=,04) y conducta problema (p=,02) en chicas tras 6 meses de intervención con TAU, al comparar estos resultados con los obtenidos en tiempo basal. Además, hubo una tendencia a disminuir puntuaciones medias de variables depresión (p=,06) y quejas somáticas (p=,07) en este grupo de intervención tras 6 meses.

-Al comparar resultados finales entre ambos grupos, se obtuvo una tendencia a que las adolescentes incluidas en grupo experimental puntuaran más en aislamiento (p=,09) y en conducta problema (p=,06) que en grupo control (cabe destacar que las puntuaciones medias en tiempo basal eran mayores en grupo experimental que en grupo control para ambas variables y que, además, en ambos grupos de intervención la tendencia era a que aumentaran puntuaciones medias de aislamiento al cabo de 6 meses). También hubo una tendencia a que las chicas en grupo experimental puntuaran menos que las chicas incluidas en grupo control en conducta socialmente deseable.

Con estos resultados se acepta la hipótesis 10ª (con riesgo alfa de 0,05), ya que los valores en autopercepción de competencia social fueron similares en chicas de ambas modalidades de intevención. Además se acepta la hipótesis 12ª (con riesgo alfa de ,05) por no obtener diferencias significativas en valores obtenidos en utilización de recursos sanitarios para las chicas que participaron en TGM respecto a chicas particpantes enTAU.

Tabla 33. Variaciones en competencia social, uso de recursos sanitarios, calificaciones y problemática conductual y emocional en las chicas (P*: valor de contraste entre grupos).

Variable		Grupo experimental										Grupo control										
		Encuesta 1				Encuesta 2				Dife - rencia	P value	Encuesta 1				Encuesta 2				Dife - rencia	P value	P*
		N	%	µ	DE	N	%	µ	DE			N	%	µ	DE	N	%	µ	DE			
Amistades íntimas	(1-)	3	21,4	-	-	5	35,7	-	-	-14,3	,63	4	30,8	-	-	8	61,5	-	-	-30,7	,22	,18
	(2+)	11	78,6	-	-	9	64,3	-	-	14,3		9	69,2	-	-	5	38,5	-	-	30,7		
Actividad amistades	(2-)	6	42,9	-	-	8	57,1	-	-	14,2	,63	3	23,1	-	-	4	30,8	-	-	-7,7	1	,17
	(3+)	8	57,1	-	-	6	42,9	-	-	14,2		10	76,9	-	-	9	69,2	-	-	7,7		
Relación hermanos	Peor/=	8	72,7	-	-	9	81,8	-	-	-9,1	1	8	72,7	-	-	7	63,6	-	-	9,1	1	,34
	Mejor	3	27,3	-	-	2	18,2	-	-	9,1		3	27,3	-	-	4	36,4	-	-	-9,1		
Relación amigos	Peor/=	6	42,9	-	-	6	42,9	-	-	0	1	11	84,6	-	-	5	38,5	-	-	46,1	,07	,82
	Mejor	8	57,1	-	-	8	57,1	-	-	0		2	15,4	-	-	8	61,5	-	-	-46		
Relación padres	Peor/=	10	71,4	-	-	11	78,6	-	-	-7,2	1	8	61,5	-	-	9	69,2	-	-	-7,7	1	,58
	Mejor	4	28,6	-	-	3	21,4	-	-	7,2		5	38,5	-	-	4	30,8	-	-	7,7		
Valerse sí mismo	Peor/=	9	64,3	-	-	8	57,1	-	-	7,2	1	8	61,5	-	-	9	69,2	-	-	-7,7	1	,52
	Mejor	5	35,7	-	-	6	42,9	-	-	-7,2		5	38,5	-	-	4	30,8	-	-	7,7		
Tº farmac	SÍ	6	42,9	-	-	7	50	-	-	-7,1	1	4	30,8	-	-	5	38,5	-	-	-7,7	1	,55
	NO	8	57,1	-	-	7	50	-	-	7,1		9	69,2	-	-	8	61,5	-	-	7,7		
Tº médico urgente	SÍ	3	21,4	-	-	3	21,4	-	-	0	1	1	7,7	-	-	0	0	-	-	7,7	-	,08
	NO	11	78,6	-	-	11	78,6	-	-	0		12	92,3	-	-	13	100	-	-	-7,7		
Ttºpsiqui urgente	SÍ	5	35,7	-	-	5	35,7	-	-	0	1	3	23,1	-	-	1	7,7	-	-	15,4	,5	,08
	NO	9	64,3	-	-	9	64,3	-	-	0		10	76,9	-	-	12	92,3	-	-	-15,4		
Ingreso psiquiátric	SÍ	1	0	-	-	1	7,1	-	-	-7,1	1	0	0	-	-	0	0	-	-	0	-	,33
	NO	13	100	-	-	13	92,3	-	-	7,7		13	100	-	-	13	100	-	-	0		
Nota media		14	-	4,6	2	14	-	4,1	1,5	-1,4	,17	13	-	5,1	1,3	13	-	4,6	2,2	-,6	,57	,52
Agresividad		14	-	6,3	2,6	14	-	7,1	3,7	-,9	,4	13	-	8,4	3,2	13	-	6,5	2,8	1,9	,01	,64
C.delictiva		14	-	2,1	2,5	14	-	2,9	4	-,8	,41	13	-	1,7	1,3	13	-	2,1	2,7	-,2	,84	,73
B. atención		14	-	2,2	2	14	-	2,4	2,3	-,1	,94	13	-	2,2	1,3	13	-	1,5	1,6	-1,5	,15	,33
S.externalizante		14	-	11	5,5	14	-	12,5	9,1	-,4	,5	13	-	11,6	4,5	13	-	10,2	5,5	1,5	,27	,43
Depresión		14	-	7,2	4,7	14	-	7,1	5,7	0	1	13	-	6,4	4,6	13	-	4,9	4,2	-1,9	,06	,34
Somatización		14	-	2,5	1,8	14	-	3,2	2,6	-1,4	,16	13	-	3,5	2,3	13	-	2,7	2,1	-1,8	,07	,49
Aislamiento		14	-	3,9	2	14	-	4,3	2,2	-1,5	,54	13	-	2,9	1,5	13	-	3	1,5	-,15	,75	,09
Ansiedad		14	-	3,5	2	14	-	3,8	2,6	-,8	,44	13	-	3,7	1,6	13	-	2,9	1,8	-1,5	,13	,55
S. internalizante		14	-	15,9	6,9	14	-	18,4	10,9	-2,5	,38	13	-	16,5	7,9	13	-	13,4	6,5	3	,04	,17
S. Neutro		14	-	1	1,9	14	-	3,2	3,7	-2	,05	13	-	2	2,3	13	-	1,2	1,9	-2,1	,04	,11
C. Problema		14	-	58,8	22,1	14	-	70,9	36,9	-1,4	,17	13	-	57,1	20,8	13	-	46,8	20,3	-2,3	,02	,09
C. Social deseable		14	-	20,4	4,6	14	-	20,1	3,2	-1,1	,29	13	-	21,9	3,1	13	-	22,8	3,2	-1	,33	,06
Sinceridad		14	-	7,7	3	14	-	7,8	3,3	-,2	,84	13	-	8,9	2,2	13	-	8,2	2,6	-1,3	,21	,79

Al comparar las puntuaciones obtenidas en escalas de problemática conductual y emocional entre chicos y chicas a los 6 meses de tratamiento, se obtiene que en el grupo de adolescentes incluidos en grupo experimental, hay diferencias significativas en las variables depresión (p=,03), conducta problema (p=,03) y conducta socialmente deseable (p=,001), obteniendo los chicos menor puntuación en depresión y conducta problema que las chicas y una puntuación de conducta social deseable por encima de las chicas (Tabla 34).

Tabla 34. Diferencias según el sexo en conducta problemática de grupo experimental tras la intervención.

Variables	Grupo	N	Media	DE	P
AGRESIVIDAD	Varones	26	6,42	3,28	,53
	Mujeres	14	7,14	3,66	
C. DELICTIVA	Varones	26	2,79	2,86	,69
	Mujeres	14	2,93	3,95	
B. ATENCIÓN	Varones	26	2,08	1,5	,97
	Mujeres	14	2,43	2,34	
S. EXTERNALIZANTE	Varones	26	10,9	6,7	,95
	Mujeres	14	11,02	5,47	
DEPRESIÓN	Varones	26	2,88	3,03	,03
	Mujeres	14	7,07	5,7	
SOMATIZACIÓN	Varones	26	2,19	1,7	,22
	Mujeres	14	3,21	2,55	
AISLAMIENTO	Varones	26	3,19	1,96	,11
	Mujeres	14	4,29	2,16	
ANSIEDAD	Varones	26	3,68	1,63	,87
	Mujeres	14	3,79	2,64	
S. INTERNALIZANTE	Varones	26	13,62	6,75	,32
	Mujeres	14	15,87	6,86	
S. NEUTRO	Varones	26	1,58	1,75	,28
	Mujeres	14	3,21	3,7	
C. PROBLEMA	Varones	26	48,37	18,47	,03
	Mujeres	14	70,92	36,88	
C. SOCIAL DESEABLE	Varones	26	23,72	2,64	<,01
	Mujeres	14	20,08	3,17	
SINCERIDAD	Varones	26	8,58	2,48	,69
	Mujeres	14	7,79	3,33	
NOTA MEDIA	Varones	26	4,63	1,7	,27
	Mujeres	14	4,11	1,46	

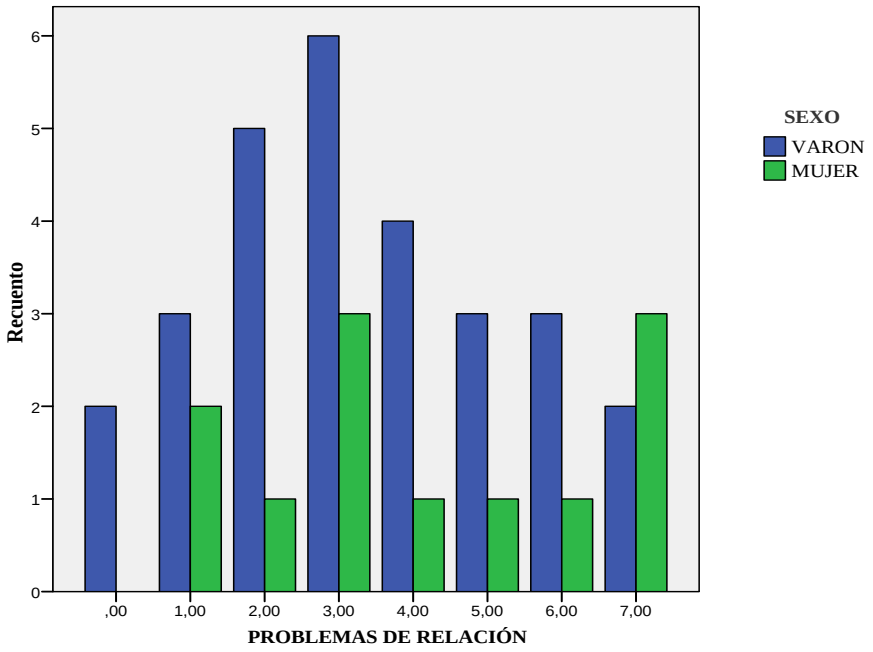
Al realizar el mismo procedimiento de comparación de puntuaciones medias entre chicos y chicas de grupo control a los 6 meses de tratamiento, se obtuvo también que la puntuación en variable depresión era menor en chicos que en chicas de forma significativa (p=,03), así como en síndrome de conducta internalizada (p=,01). Además se obtuvo tendencia a que las puntuaciones medias en agresividad verbal fueran menores también en los chicos (Tabla 35).

Tabla 35. Diferencias según el sexo en conducta problemática de grupo control tras la intervención.

Variables	Grupo	N	Media	DE	P
AGRESIVIDAD	Varones	26	4,88	2,57	,07
	Mujeres	13	6,54	2,82	
C. DELICTIVA	Varones	26	1,62	2,21	,67
	Mujeres	13	2,07	2,66	
B. ATENCIÓN	Varones	26	2,08	1,47	,32
	Mujeres	13	1,54	1,56	
S. EXTERNALIZANTE	Varones	26	9,94	6,61	,41
	Mujeres	13	11,63	4,46	
DEPRESIÓN	Varones	26	1,8	1,96	,03
	Mujeres	13	4,85	4,24	
SOMATIZACIÓN	Varones	26	1,77	1,48	,22
	Mujeres	13	2,69	2,14	
AISLAMIENTO	Varones	26	2,19	1,79	,17
	Mujeres	13	3	1,47	
ANSIEDAD	Varones	26	2,77	1,58	,8
	Mujeres	13	2,85	1,82	
S. INTERNALIZANTE	Varones	26	10,12	5,72	,01
	Mujeres	13	16,47	7,9	
S. NEUTRO	Varones	26	,58	1,1	,43
	Mujeres	13	1,17	1,89	
C. PROBLEMA	Varones	26	38	13,86	,13
	Mujeres	13	46,82	20,18	
C. SOCIAL DESEABLE	Varones	26	21,12	4,37	,27
	Mujeres	13	22,77	3,17	
SINCERIDAD	Varones	26	7,46	2,55	,17
	Mujeres	13	8,23	2,55	
NOTA MEDIA	Varones	26	5,65	1,5	,11
	Mujeres	13	4,56	2,16	

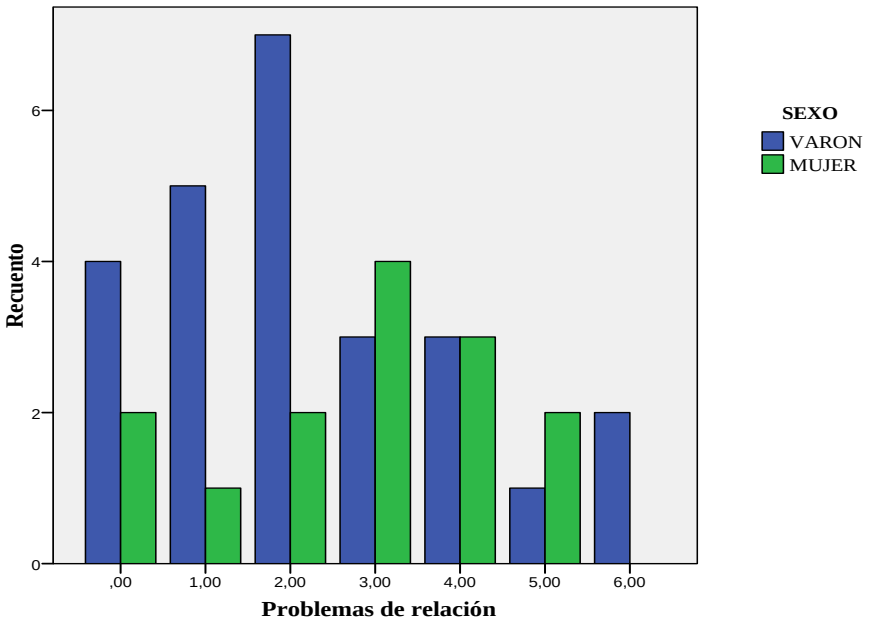
Tras realizar análisis comparativos respecto a distribución de puntuaciones medias en chicos y chicas para la escala de aislamiento incluidos en grupo experimental, se observaron cambios en la distribución de dichas puntuaciones al compararla con la distribución obtenida en tiempo basal, siendo mayor la proporción de chicas que obtiene puntuaciones elevadas en esta escala al cabo de 6 meses (Figura 13). Asimismo fue similar la distribución de estas puntuaciones medias al realizar comparación por sexo (p=,77).

FIGURA 13. Distribución de puntuaciones medias de aislamiento en función del sexo en grupo experimental tras la intervención.



Del mismo modo, los adolescentes incluidos en grupo control (Figura 14) no manifestaban diferencias significativas en la distribución de puntuaciones medias de aislamiento en función del sexo a los 6 meses de tratamiento (p=,43).

FIGURA 14. Distribución de puntuaciones medias de aislamiento en función del sexo en grupo control tras la intervención.



Con estos resultados diferenciales en función del sexo se rechaza la hipótesis 13ª (con riesgo alfa de 0,05), puesto que los valores en puntuaciones medias de conductas problema no fueron similares en todas las escalas en chicos y en chicas cuando recibieron TGM o TAU. Así se obtuvieron diferencias por sexo en escala de conducta social deseable, depresión y conducta problema (con incremento significativo de puntuación media en autopercepción de conducta social deseable y reducción en escala de depresiónen los chicos; en cambio, incrementó la autopercepción de conducta problema en las chicas) cuando los adolescentes participaron en

TGM. Para TAU hubo un predominio mantenido en las chicas de la problemática emocional incialmente registrada en tiempo basal.

Se podría decir que los chicos incluidos en TAU fueron menos internalizantes que los chicos de TGM tras 6 meses de intervención y que las chicas de TAU fueron menos externalizantes que las chicas de TGM en el período mencionado.

En definitiva, se rechaza la hipótesis general (con riesgo alfa de 0,05) que presupone que las puntuaciones medias en escalas de problemas de conducta no varían tras 6 meses de TGM y aceptar la hipótesis alternativa que afirma que puede ser que no haya cambios tras esta intervención y que en caso de que esto ocurriera, sería por azar, puesto que se aceptan las 4 hipótesis relacionadas con los cambios en las diversas escalas que definen la conducta problemática de los adolescentes de la muestra (hipótesis 5ª,6ª, 7ª y 13ª).

5.4.4. Participación de los padres en el estudio.

Al analizar las diferencias entre grupo experimental y grupo control a los 6 meses de tratamiento, se obtuvo una tendencia mayor en la participación de los padres adoptivos que fueron incluidos en grupo experimental (p=,08), con 7 padres en este caso, frente a los 2 padres que participaron de los adolescentes incluidos en grupo control (Tabla 36), aunque al respecto, la muestra es escasa para establecer diferencias claras entre ambos grupos. En cuanto a la participación de padres biológicos en ambos tipos de intervención no se encontraron diferencias significativas.

TABLA 36. Padres participantes tras la intervención.

VARIABLES		Total (N=175)		Grupo Control (N=84)		Grupo Experimental (N=91)		P value
		N	%	N	%	N	%	
Padres biológicos (N=79)	SÍ	24	30,4	14	35,9	10	25	,21
	NO	55	69,6	25	64,1	30	75	
Madres biológicas (N=79)	SÍ	70	88,6	35	89,7	35	87,5	,52
	NO	9	11,4	4	10,3	5	12,5	
Padres adoptivos (N=10)	SÍ	9	90	2	66,7	7	100	,08
	NO	1	10	1	33,3	0	0	
Madres adoptivas (N=7)	SÍ	5	71,4	2	66,7	3	75	,51
	NO	2	28,6	1	33,3	1	25	

5.4.5. Evaluación en padres y madres de actitudes hacia la crianza tras la intervención.

Tras 6 meses de tratamiento no se encontraron variaciones significativas en actitudes hacia la crianza de los padres para ninguno de los grupos, por lo que se puede decir que el modelo que consideran adecuado en la crianza permanece estable tras 6 meses (Tabla 37). No obstante, para los padres de los adolescentes incluidos en TAU hubo una tendencia a que las puntuaciones en disciplina resultaran mayores que las de los padres de TGM.

TABLA 37. Actitudes de los padres hacia la crianza tras la intervención (P*: valor de contraste entre grupos).

Actitudes	Grupo experimental						Grupo control						P*
	Encuesta 1		Encuesta 2		Dife-rencia	P value	Encuesta 1		Encuesta 2		Dife-rencia	P value	
	µ	DE	µ	DE			µ	DE	µ	DE			
APOYO	21	4,8	22,3	3,5	-1,3	,18	22,8	2,7	21,1	1,9	1,7	,11	,75
SATISFACCIÓN	30	2,7	28,7	2,8	1,3	,33	27,5	4,6	27,9	3,6	-0,4	,85	,32
COMPROMISO	30,3	1,3	29,8	1,3	0,5	,64	29	4,2	29,6	2,96	-0,6	,65	,58
COMUNICACIÓN	18,5	4,9	17	2,5	1,5	,38	19	4,4	17,3	2,69	1,8	,12	,65
DISCIPLINA	27	4,7	28	5,2	-1	,61	28,7	,00	35	5,66	-6,3	,36	,08
AUTONOMÍA	25,6	4,8	25,6	2,3	0,0	1	23,7	3,3	24,8	3,42	-1,1	,38	,32
DISTRIBUC. ROL	22,6	6,4	22,8	3,3	-0,2	,94	23,9	4,3	23,1	4,19	-0,8	,82	,91
DESEAB. SOCIAL	14,6	2,9	14,8	1,5	-0,2	,88	14,1	2,6	14.3	2,18	-0,2	,84	,79

Las actitudes hacia la crianza de las madres también se mantuvieron estables tras 6 meses de tratamiento, en ambos grupos, aunque con puntuaciones incrementadas respecto a tiempo basal para la mayoría de escalas y sin diferencias significativas en ambos tipos de intervención (Tabla 38). Sin embargo, las madres incluidas en grupo control incrementen de forma significativa algo más de un punto las puntuaciones medias obtenidas en autonomía (p=,01), disciplina (p=,04) y distribución del rol (p=,03) respecto a las obtenidas en tiempo basal. Por otro lado, se encontraron menores puntuaciones en comunicación al compararlas con las obtenidas en tiempo basal, tanto en grupo experimental (p=,05), como en grupo control (p=,08).

TABLA 38. Actitudes de las madres hacia la crianza tras la intervención (P*: valor de contraste entre grupos).

Actitudes	Grupo experimental						Grupo control						P*
	Encuesta 1		Encuesta 2		Dife-rencia	P value	Encuesta 1		Encuesta 2		Dife-rencia	P value	
	µ	DE	µ	DE			µ	DE	µ	DE			
APOYO	19,9	3,8	20,1	3,3	-0,18	,77	19,6	3,9	20,3	3,5	-0,73	,28	,94
SATISFACCIÓN	26,8	3,9	27,9	3,5	-1	,12	27,5	4,2	28,5	3,5	-0,96	,10	,8
COMPROMISO	29,1	3,8	30,3	4	-1,14	,16	27,5	4,6	28,5	5,2	-0,96	,32	,48
COMUNICACIÓN	16,7	3,3	15,5	3,8	1,22	,05	15,7	3,9	14,9	3,4	0,84	,08	,78
DISCIPLINA	25,3	5,9	26,5	6,1	-1,29	,25	25	6,1	26,8	6,1	-1,82	,04	,42
AUTONOMÍA	23	4,1	23,2	4	-0,19	,75	22,3	4,4	24,1	4,2	-1,75	,01	,47
DISTRIBUC. ROL	23	4,3	23,2	3,4	0,39	,7	22,4	5	23,9	3,7	-1,52	,03	,93
DESEAB. SOCIAL	13,8	3,4	14	2,8	-0,24	,71	13,5	3	13,5	2,5	0	1	,47

Por lo general, los resultados son consistentes con la hipótesis 8ª (con riesgo alfa de 0,05) respecto a la similitud en puntuaciones medias de actitudes hacia la crianza de los padres de los adolescentes tras participar en TGM y TAU.

No obstante, conviene señalar la tendencia a que las puntuaciones en escala de disciplina en los padres de los adolescentes que fueron asignados a TAU se diferenciaran de las de los padres asignados a TGM a los 6 meses de intervención.

Para el caso de las madres de los adolescentes asignados a TGM, sin embargo, los cambios en actitudes hacia la crianza fueron diferentes a los que experimentaron las madres de los adolescentes asignados a TAU, en cuyo caso hubo un incremento significativo de puntuaciones en disciplina, autonomía y distribución del rol.

De forma global no se encontraron diferencias significativas en puntuaciones medias finales de actitudes hacia la crianza entre las madres de los adolescentes de ambos grupos de intervención, por lo que también se acepta hipótesis relacionada con similitud de puntuaciones obtenidas tras participar en ambos tipos de intervención.

5.5. POSICIONAMIENTO FRENTE AL SUFRIMIENTO Y METACOGNICIÓN

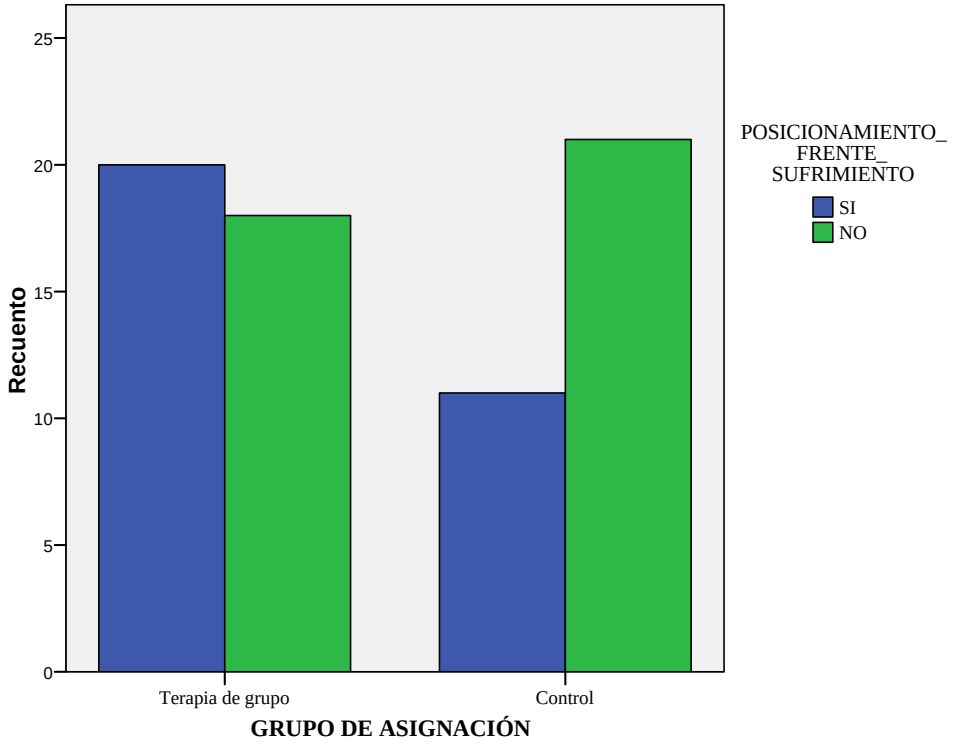
A los 38 adolescentes de grupo experimental y a los 32 de grupo control que mantuvieron seguimiento tras un año de intervención se les hizo contestar nuevo cuestionario con dos preguntas, una relacionada con posicionamiento frente al sufrimiento, en la que el adolescente pudiese sentirse responsable de lo que le ocurría, y otra en relación a la atribución de causalidad de la situación actual a expereincias vividas en el pasado (metacognición). Se observa una tendencia más autorreflexiva en adolescentes de grupo experimental, siendo mayor el número de adolescentes de este grupo y de forma significativa al compararlo con el número de adolescentes de grupo control que son capaces de responder afirmativamente (p=,03) a la pregunta relacionada con la metacognición (Tabla 39).

TABLA 39. Posicionamiento frente al sufrimiento y metacognición tras la intervención.

VARIABLES		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL		P value
		N	%	N	%	
POSICIONAMIENTO FRENTE AL SUFRIMIENTO	SI	20	52,6	11	34,4	,15
	NO	18	47,4	21	65,6	
METACOGNICIÓN	SI	31	81,6	18	56,3	,03
	NO	7	18,4	14	43,8	

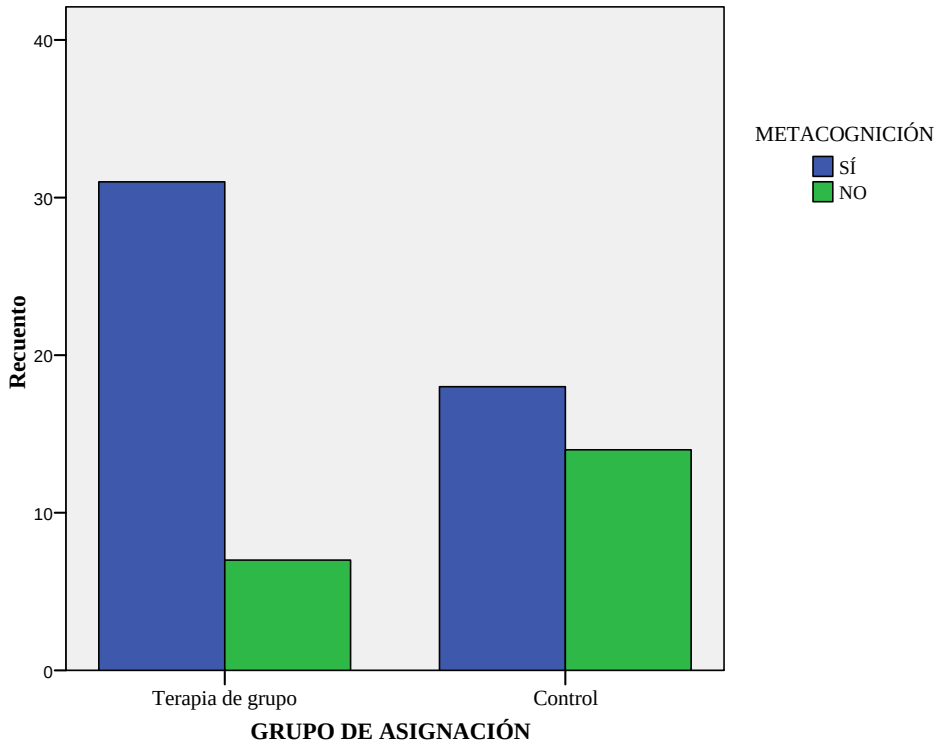
Se observó una mayor autorresponsabilización, relacionada con sentimiento de necesidad de solicitar ayuda profesional frente a sus conductas actuales en los adolescentes que fueron incluidos en grupo experimental (Figura 15).

FIGURA 15. Posicionamiento frente a sufrimiento en ambos grupos de intervención.



Se obtuvo mejor precepción de causalidad respecto a experiencias pasadas vividas en adolescentes incluidos en grupo experimental al establecer comparación dicha percepción en adolescentes incluidos en grupo control (Figura 16).

FIGURA 16. Metacognición en ambos grupos de intervención.



6.- DISCUSIÓN

La presente investigación ha pretendido cuantificar la utilidad de una de las más novedosas intervenciones terapéuticas grupales que abogan por un modelo multifamiliar con el fin de incidir en factores directamente relacionados con la problemática emocional y conductual emergente en la etapa adolescente. Además existe un escaso cuerpo de evidencia científica en la demostración de la eficacia y efectividad de un modelo de terapia de grupo que utilice enfoques diversos o un modelo integrativo, como el propuesto, al compararlo con otros tratamientos que cuentan con un amplio "apoyo empírico", tales como aquéllos que intervienen desde un enfoque cognitivo-conductual. Por tanto, este trabajo tiene como finalidad demostrar la validez de un modelo terapéutico que ofrezca una respuesta alternativa frente a otros modelos de eficacia y efectividad demostrada en el abordaje de la problemática del adolescente. Puesto que son varios los factores causales de dicha problemática, abordarla desde diferentes perspectivas, podría aportar nuevas alternativas de resolución sobre las que ya se establecen desde tratamientos habitualmente utilizados a nivel institucional. Se ha señalado que la importancia de este modelo radica en que es de fácil implementación en cualquier ámbito, basado en un trabajo colaborativo multi e interprofesional, ya que invita a su participación a profesionales que, desde otras instituciones también intervienen con los adolescentes y sus familias, permitiendo la reflexión conjunta de soluciones. Desde esta perspectiva han resultado útiles otras intervenciones con formato grupal multifamiliar utilizando equipo reflexivo (Marcos Sierra et al., 2010) o modelos de terapia interfamiliar (Sempere Pérez, 2015). Además la participación de varias familias y varios profesionales del entorno próximo de las mismas, ha conferido al grupo un carácter comunitario o de "minisociedad" que facilita una comprensión más holística del problema que cada familia plantea y, por tanto, una respuesta más adaptada al entorno natural del adolescente.

De este modo, el modelo de TGM propuesto aporta el marco ideal para que todos los miembros de la familia puedan construir un espacio común que permita un diálogo compartido y centrado simultáneamente en las necesidades individuales y colectivas, con objeto de afrontar de la mejor manera posible los cambios que irrumpen en el momento de inicio de la etapa adolescente. De este modo se irá favoreciendo el crecimiento y desarrollo, tanto para toda la familia en general, como para cada uno de sus miembros, proporcionando una oportunidad de cambio que rompa con el funcionamiento previo en la interrelación (Stenger, 2014).

6.1. Características de la muestra clínica de adolescentes participantes en el estudio.

En este trabajo se ha visto que, tras realizar comparación de la muestra de adolescentes participante en este estudio con otras muestras de población general, los resultados obtenidos señalan que las puntuaciones medias de las escalas empleadas para valorar la problemática de los adolescentes no son similares a la población general. Incluso al comparar esta muestra clínica con algunas muestras de población general, aquélla se sitúa en niveles más favorables. De este modo, las puntuaciones medias obtenidas por la muestra clínica de adolescentes en tiempo basal, tanto en síndromes de banda estrecha como en síndromes de banda ancha, destacan de forma global, por ser inferiores a las obtenidas por otras muestras de población general. Por tanto, se puede decir que la muestra clínica de adolescentes, utilizada en este estudio, presenta menor afectación psicopatológica que los adolescentes de población general de Asturias y Barcelona, aunque mayor que los adolescentes de Castellón. Esta relación entre las puntuaciones de las diversas escalas del YSR y la psicotaología se explica a partir de las correspondencias diagnósticas establecidas con los síndromes centrales o de segundo orden, de acuerdo con las taxonomías oficiales al uso, como son CIE-10, DSM-IV-TR o recientemente DSM-V (Kasius, Ferdinan, Van de Berg, & Verhulst, 1997; Lemos et al., 2002). Por tanto, se rechazaría la hipótesis que plantea similitud en puntuaciones de escalas de conducta problema entre la muestra de adolescentes de este estudio y otras muestras de población general.

Respecto a los aspectos de expresión internalizada de la psicopatología de la muestra clínica de adolescentes estudiada, destacan las elevadas puntuaciones medias obtenidas en aislamiento, por encima de las puntuaciones obtenidas para esta escala en la mayoría de adolescentes de población general, a excepción de los adolescentes de población asturiana que, en el caso de las chicas, casi duplicaron las puntuaciones medias en aislamiento de las adolescentes de la muestra empleada en este estudio. Estas diferencias pueden estar relacionadas con el distinto rango de edad y de nivel educativo de las muestras utilizadas en la comparación establecida.

Con estos resultados se podría afirmar que los adolescentes que consultaron en un dispositivo ambulatorio de salud mental no tenían en todos los casos mayor riesgo de presentar conductas constitutivas de psicopatología conductual internalizada o externalizada que quienes no consultaran en tal dispositivo.

En cambio, al realizar también esta comparación entre los padres de la muestra de este estudio con los de otra muestra de población general, se obtuvo que, según las puntuaciones medias resultantes, las condiciones fueron, en este caso, menos ventajosas para los padres de la

muestra de este estudio, siendo más bajas las puntuaciones obtenidas por éstos (Raya, Pino, & Herruzo, 2009b; Raya, Pino, & Herruzo, 2012). En líneas generales, se podría decir que los valores y actitudes de crianza de los padres de población general eran más sociales y las de los padres de la muestra de estudio, más personales, y con mayor tendencia al estilo autoritario (Roa et al., 2002), por lo que se rechazaría la hipótesis respecto a la similitud entre padres de las muestras de estudio y de población general en puntuaciones de actitudes hacia la crianza.

Con respecto a las madres, al establecer comparación con otra muestra de población general española, destacaron las bajas puntuaciones de la muestra de estudio para todas las escalas de actitudes (Raya et al., 2012; Roa & Del Barrio, 2001). Estos resultados plantean que las familias y, en este caso las madres, viven de forma crítica el inicio de la etapa adolescente del hijo, partiendo de los propios padres la demanda de atención en un dispositivo ambulario de salud mental (en este caso el CSMIJ del área IX de la Región de Murcia). De este modo, quien habitualmente acompañaba al adolescente a consulta era la madre, manteniéndose el padre al margen del problema, lo que denotaba una baja implicación en el proceso de cambio, en la búsqueda de una mejor adaptación a un nuevo estadío en en el ciclo vital familiar. Al respecto varios estudios señalan diferente papel entre el padre y la madre en la dinámica familiar, ya que éstos tienden a emplear menos tiempo al cuidado de los hijos y distribuyen ese tiempo de forma diferente (Belsky, 1984). Por otro lado, algunos estudios señalan que el conflicto marital o la presencia de tensión entre esposos redunda en una renuncia por parte del padre a una menor implicación con los hijos y especialmente en la etapa adolescente (Pleck & Pleck, 1977) . Esto apoya el planteamiento de un alto grado de conficto marital en las madres que venían solas a terapia sin compañía de sus esposos (Buehler & Gerard, 2002), lo cual se fue confirmando en sucesivas sesiones. Pero la menor implicación del padre en la terapia del hijo adolescente también podría estar relacionado con la asunción del rol de género diferenciado en la pareja parental y en el desempeño de la crianza (De Luccie, 1995).

Por tanto, cabría establecer que, para la población de estudio, la etapa adolescente ocasiona una disrupción importante en las familias, con en una mayor dificultad de adaptación de los padres a los cambios propios de esta nueva etapa y, por tanto, una situación de crisis en el ciclo vital que, de no resolverse de forma adecuada, podría abocar a la persona más vulnerable a un proceso patológico, en este caso, el hijo (Jeammet, 2002; Mascaró Masri, 2007). Por otro lado, también se ha propuesto el inicio de la pubertad como un momento de crisis para los padres, por los cambios corporales que en ellos también se hacen evidentes, siendo contrapuestos a los que se desarrollan en sus hijos, en aspecto y capacidad físicos, pero, también en algunos casos, en lo cognitivo (Koremblit de Vinacur, 2014).

Además las puntuaciones más bajas de las madres en todas las escalas con respecto a los padres indicaban cierta tendencia de las madres a ejercer un modelo de crianza más autoritario. De este modo se rechaza otra hipótesis de trabajo respecto a actitudes hacia la crianza similares en padres y madres de la muestra de estudio. Estas diferencias encontradas entre padres y madres, sin embargo, no fueron tan acusadas en otros estudios (Raya, Pino, & Herruzo, 2009), ya que partimos de una muestra en la que los adolescentes denuncian una situación de crisis, la cual, a menudo, tiene como causa y consecuencia una disfunción familiar, manifestada en discrepancia de estilo educativo en la pareja parental (Buehler et al., 2002; Pleck et al., 1977).

Así este proceso de crisis que acontece en la etapa adolescente parece ser peor llevado por las madres con respecto a sus cónyuges en el momento en que consultan en el dispositivo ambulatorio de salud mental, manifestando mayores dificultades que los padres para llevar a cabo una crianza adecuada . Esto podría deberse a que, como se ha evidenciado en otros trabajos, para las mujeres el estrés de alta intensidad está asociado con mayor frecuencia a problemas familiares, mientras que, para los hombres, la principal fuente de estrés son los problemas laborales y para ellos la familia no supone tanto estrés como para sus mujeres(Matud et al., 2002). Sin embargo, se dispone de pocos trabajos en los que se han comparado puntuaciones entre padres y madres, ya que la mayoría de los estudios que han tratado de describir la influencia del estilo de crianza parental sobre los hijos se han basado en la información sobre de la madre (Winsler et al., 2005). En un trabajo reciente que relaciona los estilos parentales con los trastornos de conducta en la infancia no se hallaron diferencias llamativas en estilos de crianza de padres y madres, aunque también en este estudio la participación de los padres fue inferior a la de las madres. Sí menciona altas puntuaciones en comunicación y compromiso en las madres y, en cambio, en los padres las más altas puntuaciones se obtuvieron en apoyo y distribución del rol (Raya Trenas, 2008).

En este apartado descriptivo de la muestra clínica estudiada, hay que señalar la veracidad de los resultados obtenidos, ya que, aunque se han extraído de cuestionarios autoaplicados, tanto en el caso de los adolescentes como en el de sus padres o tutores, los resultados de escalas de sinceridad y de deseabilidad social respectivamente, han sido favorables en comparación con resultados de población general.

Por otro lado, se ha observado que en el área IX de salud de la Región de Murcia hay diversidad respecto a las características sociodemográficas de los adolescentes atendidos a nivel ambulatorio. Se ha de destacar como características típicas del adolescente que consulta por primera vez entre 2013 y primer cuatrimestre de 2014, las de ser un varón de 13 años y 6 meses de edad, primogénito, con una media de dos hermanos, y que convive con ambos progenitores, con domicilio en Cieza. Además, con mayor probabilidad, se sitúa en primer curso de Educación

Secundaria Obligatoria, manteniendo calificaciones de un nivel medio en los últimos 4 años, en cual se mantiene en el momento actual (50,4%), siendo el nivel de estudios de los padres con mayor frecuencia básico (55,7% de los padres y 56,1% de las madres), seguidos de los que carecen de estudios (23% de padres y 22,8 % de madres) o tienen nivel medio (13,1% de los padres y 11,4% de las madres). Finalmente, los padres que tenían estudios superiores eran los menos frecuentes (8,2% de padres y 9,8% de madres), en cuyo caso las madres superaban levemente a los padres.

Las muestras de adolescentes en grupo experimental y grupo control fueron homogéneas en tiempo basal. Así, la competencia social de la mayoría de los adolescentes atendidos en el período mencionado indica varias amistades íntimas (más de tres) con quienes solían realizar más de tres actividades por semana. Además la mayoría no percibía diferencias ni en la relación con sus padres o hermanos, ni en la capacidad de valerse por sí mismo con respecto a otros chicos/as de la misma edad.

6.2. Cambios clínicos obtenidos por los adolescentes en ambos tipos de intervención.

Tras los 6 meses de recibir ambas modalidades terapéuticas, aumentó la proporción de adolescentes que percibían tener más de tres amistades íntimas con quienes realizaban más de tres actividades por semana, aunque la diferencia no fue significativa con respecto a proporciones de tiempo basal. Sin embargo, los adolescentes percibieron mejor relación con los amigos que otros chicos/as de la misma edad para ambos tipos de intervención. Respecto a este resultado no se ha encontrado ningún otro estudio similar a este que lo reprodujera. En nuestro caso, además hubo mayor proporción de adolescentes incluidos en TGM que se autopercibieron con mejor capacidad para valerse por sí mismos/as que otros chicos/as de la misma edad. En cambio, la proporción de adolescentes incluidos en TAU para esta variable se mantuvo estable a los 6 meses de intervención, siendo inferior que la obtenida para los adolescentes de TGM, aunque la diferencia entre ambos grupos no fue significativa.

Hay que señalar que el punto de partida en todas las variables de competencia social fue más desfavorable para los adolescentes incluidos en grupo experimental y aún así hubo una diferencia mayor que en grupo control para algunas variables (como en percepción de la capacidad de valerse por sí mismo) tras 6 meses de intervención, aunque, como se comentó anteriormente las diferencias finales entre ambas intervenciones no fueron significativas. Este resultado discrepa de otro estudio en el que se encontró que la autoeficacia mejora más en quienes parten de un nivel superior de autoeficacia previo (Arancibia Asturizaga & Peres Arenas,

2007; Raya Trenas, 2008). Otro ensayo clínico abierto de 2010 que evaluó los resultados de un tipo de intervención grupal multifamiliar demostró mejor competencia social en menores tras dicha intervención, aunque se vio que este estudio carecía de grupo control y tampoco tuvo en cuenta los cambios en los padres (Kiser et al., 2010). No obstante, en nuestro estudio se aceptaría la hipótesis respecto a autopercepción de valores de competencia social similar para los adolescentes de ambos tipos de intervención.

En cuanto a la utilización de recursos sanitarios señalados, no se consiguieron cambios significativos, salvo un aumento de adolescentes medicados tras 6 meses de seguimiento, de forma similar para ambos grupos, aunque no alcanzaron niveles de significación. Esto es lógico, porque se partía de adolescentes que, en su mayoría, consultaban por primera vez en un dispositivo ambulatorio de salud mental y, muchos de ellos, manifestaban situación clínica susceptible de responder bien a tratamiento farmacológico (síntomas de hiperactividad y déficit de atención, hiperfagia, trastornos del control de impulsos, trastornos afectivos, etc.). Por otro lado, la menor proporción en urgencias psiquiátricas para los adolescentes incluidos en TAU se podría explicar por la menor frecuencia de atenciones médicas que reciben en comparación con adolescentes incluidos en TGM, ya que, a menudo, tras las sesiones había un espacio para realizar cambios farmacológicos a quien lo precisara y esto se computaba en el sistema informático como atención psiquiátrica urgente. Aunque este incremento de atenciones psiquiátricas, por otra parte, podría suponer una mejora en la adherencia terapéutica de estos adolescentes, como se ha evidenciado en otros trabajos sobre intervenciones con familias (Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez Vidal, & Hervis, 2006; Szapocznik et al., 1998; Becoña & Cortés, 2008), demostrarlo no era objeto del presente estudio.

Sin embargo, cuando se compararon las diversas proporciones finales de adolescentes que utilizaban los distintos recursos sanitarios registrados las diferencias entre ambos no fueron significativas, confirmándose otra de las hipótesis de trabajo.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en escalas de conducta problema, tras 6 meses de intervención individual y grupal, hubo una tendencia al cambio para la mayoría de los adolescentes. Por tanto, se rechaza la hipótesis general de trabajo que afirma que la TGM no produce cambios en escalas de conducta problema, demostrándose, por tanto, su efectividad. Sin embargo, se observó que, aunque ambos tipos de terapia (individual y grupal multifamiliar) consiguieron reducir la patología de expresión externalizada e internalizada del adolescente, traducida en patología de conductual y emocional respectivamente, se observa cómo el cambio producido en la muestra clínica estudiada es más progresivo a lo largo del tiempo cuando se emplea TGM, apreciándose que esta terapia proporciona más tiempo para que el adolescente elabore su propio proceso, lo que ocurre menos cuando se emplea terapia individual, en la cual el

síntoma se eliminaría en un período de tiempo más corto. Esto conduciría a aceptar la hipótesis secundaria referida a que TGM se asocia a una modificación de puntuaciones de escalas de conducta problemática similar a TAU. Estos hallazgos también coinciden con otros trabajos en los que la terapia de grupo multifamiliar aportó beneficio añadido al tratamiento habitual tanto patrón de conducta externalizada, aunque con diferencias discretas en este caso (Bertuzzi et al., 2011; Raya Trenas, 2008; Sempere Pérez, 2015), como en otros trabajos en los que se ha visto eficaz en el abordaje de patrón de conducta internalizada (Compas et al., 2010; Sempere Pérez, 2015).

Pero, de forma global, para los adolescentes asignados a TGM, tras 6 meses de intervención, sólo se observaron cambios significativos en puntuaciones de agresividad verbal, la cual incrementó en puntuaciones medias en dicho período. Al respecto, cabe destacar la conceptualización de los contextos grupales multifamiliares como espacios contenedores y que facilitan la expresión de tensión en las relaciones interpersonales en grado máximo sin que ningún componente del grupo se sienta amenazado (Ayerra Balduz et al., 2003; García Badaracco, 1989). Este aspecto, que también define a la TGM, facilita, por tanto, un alto grado de expresión de agresividad verbal, caracterizada por mayor tendencia a discutir, a persistir en unos ideales, a levantar la voz cuando uno habla, en actitud de autoafirmación, y a manifestar un carácter fuerte, ya que el encuadre ampliado de la TGM posibilita "el sostén múltiple y la proyección de los miedos, violencia y toda la complejidad de una trama que podría haberse constituido para paliar el sufrimiento de situaciones críticas vividas, en muchas ocasiones, en generaciones anteriores a los participantes actuales" (Stenger, 2014). Además García Badaracco planteaba que la facilitación de la violencia verbal en el contexto grupal multifamiliar permitía manejar la agresividad evitando el pasaje al acto al contar con un contexto de mayor seguridad en el cual las personas participantes en el grupo se atrevieron a expresarse con más facilidad (García Baracco, 2005).

Por otro lado, se ha afirmado que durante la etapa adolescente, a nivel cognitivo se origina un movimiento defensivo de denegación o rechazo de irrupción sexual, pudiendo generar también trastornos del pensamiento. Un nuevo cuerpo da paso a un nuevo tipo de pensamiento, que repercutirá, a su vez en una nueva inserción social (Koremblit de Vinacur, 2014), lo cual también se ve facilitado por el contexto grupal, viéndose en los adolescentes incluidos en TGM puntuaciones más elevadas de problemas de pensamiento y con diferencias significativas respecto a TAU.

Aparte hubo una tendencia a que las puntuaciones en escala de conducta internalizante se dieferenciaran entre ambas intervenciones, de tal manera que los adolescentes incluidos en TGM tendían a incrementar puntuaciones en algunas subescalas del patrón conductual internalizante,

como en ansiedad, mientras que los adolescentes particpantes en TAU las disminuyeron. Aparte hubo un descenso significativo en puntuaciones de escala de depresión para adolescentes participantes en TAU, mientras que este descenso no ocurrió en adolescentes participantes en TGM. Esta menor reducción en puntuaciones de internalización a lo largo del tiempo podría explicarse desde el incremento autorreflexivo y de autorresponsabilización que finalmente experimentan los adolescentes participantes en TGM. En esta línea hay trabajos que relacionan la internalización con la introspección en la adolescencia (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves, & Costello, 2002). Otro trabajo demuestra el incremento de capacidad introspectiva en adolescentes que recibieron terapia de grupo multifamiliar y tras un año de dicha intervención (Hollensen et al., 2013). Sin embargo, no se obtuvieron diferencias significativas entre TGM y TAU respecto a puntuaciones finalmente alcanzadas en escala de patrón de conducta internalizada.

Así, tras analizar todos estos cambios mencionados en escalas diversas de la problemática adolescente, cabría afirmar que la mejor solución para la problemática conductual y emocional emergente en la adolescencia, tal y como propuso Winnicott, es el paso del tiempo, la maduración. Para alcanzar este objetivo el proceso adolescente ha de ser favorecido por el entorno, un entorno comprensivo, capaz de reconocer aspectos inefectivos del desarrollo de la propia adolescencia y que, de esta manera pueda mirar sin resentimiento a quienes son capaces de tener su "fase de desaliento malhumorado". Este entorno facilitador del desarrollo del proceso adolescente se ha visto que también lo propicia la TGM (Winnicott, 1993).

En cambio, el adolescente que recibe TAU acepta mejor la norma que le viene dada del exterior, con mayor apego a la realidad externa, lo cual se aproxima más al pensamiento psicosomático (Marty,1995).

6. 3. Registros de abandono en la terapia de grupo multifamiliar.

Como se ha mencionado anteriormente, tras el proceso terapéutico desarrollado durante 6 meses, se registraron variaciones con nivel de significación en manifestación de conducta internalizada, con una tendencia a que las puntuaciones de ansiedad fóbica en TGM fueran superiores a las obtenidas en TAU, por ser la ansiedad un síntoma característico de las fases iniciales del proceso grupal, más novedoso por disponer de un encuadre abierto y diferente a otros tratamientos habitualmente utilizados en dispositivos ambulatorios de salud mental. En este caso cabe destacar lo que Winnicott decía respecto a los adolescentes de menor edad, quienes se constituyen "como un conglomerado de individuos aislados que intentan constituir un grupo

partiendo de preocupaciones e intereses recíprocos (mediante adopción de ideas, ideales, modos de vestir y estilos de vida mutuos)", pero esta agrupación, como propone este autor, podría ser "reactiva a la amenaza que perciben de su entorno, sin una dinámica interna, lo que haría que el grupo cesara al desaparecer la situación de amenaza inicial", (Winnicott, 1984), procedente de sus familias. Esta afirmación podría explicar los frecuentes abandonos que se observaron en estas fases iniciales de formación del grupo, sobre todo en aquellos que hacen una huida a partir de la percepción de mejoría sintomática.

Pero, quizá con más frecuencia que en los adolescentes, este "impulso de huida" se observó en los padres, quienes reconocieron ansiedad ante la situación crítica de algunas familias y frente a la aparatosa manifestación de clínica conductual y emocional del adolescente (a modo de agresividad física contra objetos o personas en el propio domicilio, gestos autolíticos ante situaciones vividas como abandónicas para el adolescente por figuras parentales primarias, etc.). Esto resultó determinante para que, en los cuestionarios de abandono, los padres registraran a menudo el temor que manifestaban a que sus hijos imitaran algunas conductas más disruptivas que presentaban otros adolescentes en el grupo multifamiliar, lo cual podría explicarse desde la relación más igualitaria que suponían otros adolescentes para sus hijos y a la mayor aceptación de este tipo de relación como referencia por el menor enjuiciamiento y autoridad ejercidos que en el caso de una relación con un adulto (Piehler, 2011). Sin embargo, en estos casos en que el padre obstruía la reincorporación al grupo, el adolescente, por lo general, continuaba con tratamiento en modalidad individual. Del mismo modo, otras familias abandonaban el grupo multifamiliar cuando los padres percibían a su hijo adolescente en mejores condiciones que al resto de adolescentes constituyentes del grupo, por lo que, de alguna manera, acababan reconociendo su propia dificultad de adaptación al proceso de cambio propio de la adolescencia. Pero, ante estas y otras razones menores, diversos autores han descrito la elevada frecuencia de abandonos en fases iniciales de la formación de un grupo (Bennis & Shepard, 1979; Bion & Rioch, 1943; López-Yarto, 2002), lo que también se ha relacionado con la angustia resultante de sentimientos de invalidez frente al grupo, dudas acerca de la propia identidad (con elevada angustia ante el temor a la pérdida de la misma en una situación grupal) o de la capacidad de contención de cada uno, lo que deriva de un estado más depresivo. Como proponía el Dr. Sunyer, este primer estadío grupal genera "situaciones en las que uno pierde los puntos de referencia, y ante los que se necesita mucha entereza de ánimo para poder ayudar a convertir la tendencia a huir en la de acudir y echar un cable" (Sunyer, 2008c). También menciona el elemento regresivo, propuesto por Nitsun, que actuaría como una respuesta ante una amenaza de cambio a una situación inicial más fácilmente controlable. Esta respuesta regresiva determinaría algunas reacciones en el grupo, tales como rechazo a participar en un tratamiento con otras personas,

descalificaciones de los hechos que se querían compartir o actitudes violentas contra el tratamiento o contra el conductor del grupo (Nitsun, 1996; Sunyer, 2008c). De hecho, de entre los adolescentes participantes en TGM se contabilizaron siete adolescentes que renunciaron a continuar tras la primera sesión. Estos adolescentes constituirían los pacientes de actitudes resistentes, a los que Nitsun recomienda no hacer partícipes de entrada en un grupo de terapia (Nitsun, 1996). Sin embargo, también eran frecuentes los abandonos en un estadío inicial del tratamiento en su modalidad individual, y más en este caso que en el caso de pacientes asignados a TGM antes de iniciar el tratamiento. Muchos de los adolescentes que abandonaron tratamiento individual o grupal de forma precoz, iniciaron el proceso de atención en dispositivo de salud mental ambulatorio presionados por sus padres e incluso en otras muchas ocasiones eran las familias quienes habían sido presionadas por los Servicios Sociales Municipales ante la distorsión que las conductas de aquéllos producían en su entorno social y escolar próximo. Esto haría pensar en una escasa motivación para el cambio desde un momento inicial tanto en los padres como en los adolescentes, lo que redundaría en un pobre compromiso para mantener cualquier tipo de tratamiento. Ante esto, varios autores proponían realizar sesiones previas a nivel individual con el adolescente y su familia para trabajar el compromiso que iba a llevar a cabo con el grupo multifamiliar, lo cual se ha visto en varios trabajos que favorece la adherencia a esta modalidad de terapia (Asen et al., 2006). Aparte en otro estudio experimental relativamente reciente, en el que se utilizó intervención grupal multifamiliar para adolescentes con conductas predelictivas, se documentó también gran cantidad de abandonos sobre la muestra inicial (Quinn et al., 2004).

En la muestra de estudio se observó que la mayoría de las familias de los adolescentes que consultaban a nivel ambulatorio eran de clase media-baja y, en un medio eminentemente rural como es el área IX de salud, la dedicación fundamental es la agricultura. Por tal motivo, se comprobó que, en el tiempo en que venía siendo atendida la población infanto-juvenil en esta área, de forma reiterativa, en épocas de temporada alta para la agricultura, como son primavera y verano, eran más frecuentes los abandonos de tratamiento por motivos laborales de los padres. Todos estos motivos determinaron que, tras 6 meses de tratamiento, la población de estudio se redujera de forma considerable. Pero estos abandonos por razones académicas o laborales de los participantes en el tratamiento grupal, en un momento dado, también podrían considerarse progresos por los adolescentes y sus padres en el seno del grupo y, por tanto, el logro de una mayor autonomía en su desempeño cotidiano, lo que legitimaría la finalización del proceso terapéutico. Por tanto, para estos casos no cabría interpretar los abandonos como resistencias por sistema (Ayerra, 2001).

6.4. Cambios clínicos documentados por padres y madres en ambos tipos de intervención.

Para registrar los cambios en actitudes hacia la crianza en los padres, se utilizó como instrumento de medida el PCRI-M, un cuestionario en el que los padres reflejan sus creencias respecto a lo que sería un modelo de crianza adecuada y que, por tanto, no muestra la práctica real de crianza llevada a cabo por ellos, como lo afirman algunos autores (Solís-Cámara Reséndiz & Díaz Romero, 2007). Así los resultados obtenidos en los padres de la muestra de adolescentes del estudio podrían interpretarse considerando que el modelo de crianza establecido por los padres es más adecuado para llevar a cabo la crianza de los hijos que el modelo marcado por las madres, es decir, el ideal de padre se ajustaría a un modelo de crianza más efectivo que el ideal de madre. No obstante, destacó la precaria participación inicial de los padres en el tratamiento en comparación con las madres. En este aspecto, la TGM parece haberse posicionado con ventaja respecto a la TAU, ya que, al cabo de 6 meses, obtuvo un incremento significativo en la participación de padres adoptivos y padrastros. Estas diferencias podrían ser explicables por los antecedentes familiares de estos padres y/o los fuertes deseos de tener un hijo, dadas las dificultades biológicas de la pareja para tenerlo (Arvelo, 2002). No obstante, los resultados al respecto deberían ser tomados con cautela al ser tan reducida la muestra de padres adoptivos y padrastros, ya que no sería factible arribar a conclusiones precisas.

En etapa de resultados previos, hubo homogeneidad en escalas de actitudes, ya fueran padres o madres susceptibles de recibir TAU o de recibir TGM. Se observó que los padres y madres de la muestra de estudio obtenían puntuaciones medias en actitudes hacia la crianza de sus hijos adolescentes compatibles con un elevado nivel de exigencia hacia los mismos en el cumplimiento de las normas, sobre todo en el caso de los padres.

En relación a la comparación de actitudes hacia la crianza entre padres y madres en tiempo basal, como se ha mencionado en un apartado anterior, se observaron en las madres puntuaciones medias más bajas que en el caso de los padres para todas las escalas, con diferencias significativas en la mayoría. Estos resultados, en general, informan de un modelo de crianza menos efectivo. Además se obtuvo una tendencia a que la satisfacción con la crianza y el nivel de compromiso de las madres fuera menor que en los padres. Las madres además aún percibían menos apoyo que sus maridos en la crianza de los hijos, con importante nivel de significación respecto a las demás escalas de actitudes hacia la crianza. Así que, el menor apoyo percibido por las madres de los adolescentes participantes en el estudio, podría estar relacionado con estilo de crianza menos eficaz, como se ha demostrado en otros estudios (Jiménez-Barbero et al., 2014; Matud et al., 2002; Meneses, Feldman, & Chacon, 1999), y esta escasez de apoyo

social percibido por las madres, a menudo deviene del escaso apoyo de la propia pareja parental (Matud et al., 2002; Meneses et al., 1999; Piehler, 2011; Solís-Cámara Reséndiz et al., 2007), lo que se ha demostrado en este estudio por la escasa participación del padre.

Por otro lado, las madres obtuvieron puntuaciones más bajas que los padres en distribución del rol en función del género, por lo que ambos tenían diferenciadas las tareas de crianza, lo que podría estar relacionado con una menor asunción por los padres del cuidado de los hijos (De Luccie, 1995).

Sin embargo, tras 6 meses de tratamiento, se observó mayor incremento de puntuaciones en las madres que en los padres (sobre todo en escalas de distribución del rol, autonomía y disciplina), lo que implicaría una mejora en estilo de crianza de las madres hacia sus hijos adolescentes. En cambio, no mejoraron, e incluso disminuyeron las puntuaciones de otras escalas como comunicación (indicaría que las madres de ambas intervenciones, con el tiempo van percibiendo una comunicación menos efectiva con sus hijos), lo cual podría explicarse ante baja autopercepción de las propias aptitudes de crianza (Solís-Cámara Reséndiz et al., 2007), aunque estos cambios no alcanzaron niveles de significación.

En general, los cambios registrados en las madres en mayor número de escalas de actitudes que los padres, podría explicarse por la mayor participación que han tenido las madres en los tratamientos de los hijos en comparación con los padres. No obstante, al realizar contraste de medias en padres y madres de adolescentes incluidos en tratamiento individual versus grupal multifamiliar, las diferencias en puntuaciones obtenidas en segunda encuesta tampoco resultaron significativas, por lo que ambos tratamientos fueron igual de eficaces respecto a los cambios que producen en las creencias de los padres/madres de lo que sería un modelo de crianza adecuado para sus hijos, confirmándose, por tanto, una de las hipótesis de trabajo que afirma que dichos cambios son similares en padres/madres de adolescentes participantes en TGM y en TAU. Sin embargo, se obtuvo una tendencia a diferenciar puntuaciones en disciplina para los padres de los adolescentes incluidos en grupo control respecto a los padres incluidos en TGM. Además en padres incluidos en grupo control hubo un discreto incremento de puntuaciones en autonomía, pero sin encontrar incremento de puntuaciones en satisfacción, apoyo, compromiso o comunicación, lo cual hablaría de un estilo más tradicional en estos padres, es decir, más disciplinario y desimplicado, según apuntan otros trabajos (Solís-Cámara Reséndiz et al., 2007).

De forma general, los resultados de este trabajo evidencian la afirmación de Koremblit respecto a que "la adolescencia pone a prueba la capacidad de transformación de los padres" (Koremblit de Vinacur, 2014). Además apoyan el concepto de adolescencia que propone Nasio, la cual se constituye como una "neurosis sana", pasajera y que se disuelve por sí misma con la condición de que los padres acierten a atravesar la tempestad, sin banalizar los problemas ni

dramatizarlos (Nasio, 2011). Por tanto, al tratar a un adolescente conviene no descuidar a los padres, ya que, en la mayoría de los casos, transitan por este proceso con gran dificultad de comprender lo que ocurre.

6.5. Relación entre padres y adolescentes de cambios obtenidos en ambos tipos de intervención.

Tras 6 meses de intervención terapéutica llamó la atención la baja puntuación obtenida en escala de comunicación para todos los casos de padres y madres de la muestra clínica, siendo menor la puntuación obtenida en esta escala en comparación con el resto, aunque no adquirió valor de significación. No obstante, ante la escasa efectividad percibida en comunicación por padres y madres con sus hijos e hijas adolescentes se podría dar una explicación a partir de los planteamientos de Ricardo Rodulfo (2012) respecto a los cambios advenidos en estas dos últimas décadas, cambios tecnológicos, en el tratamiento de la información, en la forma de comunicarnos, que a veces son difíciles de procesar y que dan paso a la que él llama una era "del vértigo", del descentramiento, afirmando que "los chicos de hoy ¨saben¨ reírse de esos vetustos motivos, como "saben" desde pequeños de teclados, ratones y dividir su atención en Windows (Rodulfo, 2012). Pero ante los discretos cambios en puntuaciones medias de actitudes hacia la crianza de los padres, se puede señalar otra afirmación de este mismo autor, tal como que "…ahora junto al niño o al adolescente encontramos un adulto que se pone en duda que se siente inseguro de su papel con respecto a muchas cuestiones relativas a la crianza que a veces tiene una posición sobre cuestiones de género bastante desmarcada de la tradicional" (Rodulfo, 2012) .

Con todo esto cabe señalar el cambio de paradigma operado en los últimos años respecto a la configuración de las relaciones familiares y que tiene que ver con la caída de la autoridad paterna, dando paso al Complejo de Telémaco que, en la actualidad, impera sobre el Complejo de Edipo (ya el adolescente no ansía matar a su padre para yacer con su madre, sino que espera a que el padre "débil" se arme de corage y vuelva a la "polis", es decir, al núcleo familiar, para imponer orden y ley). La abulia, la depresión, la búsqueda ciega de la satisfacción, la tolerancia frente al delito como vía de enriquecimiento y el desprestigio del esfuerzo y del trabajo, como se está viendo en nuestros adolescentes, forman parte de esas consecuencias (Recalcati, 2014).

Por otro lado, estudios recientes con adolescentes señalan que la comunicación con los hijos, es una variable central para la prevención de problemas de comportamiento (Rodrigo et al., 2004; Villar et al., 2003) y que el espacio que se abre al padre en un contexto grupal

multifamiliar junto a otros miembros de la propia familia o de otras familias, compartiendo problemas y apoyando diversas soluciones, mejorarían sus patrones de comunicación con sus hijos (Becoña et al., 2008; Schaefer, 2008). Este espacio, a menudo es abierto por la madre, quien ya no asume que el hijo sea exclusivamente suyo y, al igual que éste, busca al padre para resolver este "caos familiar", desde unas puntuaciones reducidas en diferenciación del rol en las madres participantes en TGM, a diferencia que las madres de participantes en TAU. Sin embargo, como se vio en el transcurso de las sesiones, el padre no siempre escuchó este reclamo.

Así los adolescentes de este estudio parecen denunciar el quiebre que perciben en la función paterna a través de las manifestaciones conductuales y emocionales mencionadas, en relación con el período de descubrimiento personal fundamental que caracteriza a la adolescencia, constituyendo esta forma de expresión externalizada e internalizada, un problema concerniente al hecho de exitir y al establecimiento de una identidad. Toda esta expresión resultó facilitada por el entorno constituido en el grupo multifamiliar, permitiendo que fuera el propio adolescente quien se hiciera con sus herramientas a lo largo del tiempo para superar todas estas vicisitudes, ya que, siguiendo aún a Winnicott, la única cura real para la adolescencia es la maduración (Winnicott, 1993). Toda intervención encaminada a acelerar este proceso, tal y como plantea este autor, se arriesgaría a forzarlo y destruirlo a modo de una manipulación torpe. La afirmación de que cada adolescente esté en vías de convertirse en un adulto responsable, que se interese y se preocupe por la sociedad, frecuentemente es puesta en duda por el adulto, quien fácilmente se irrita, se impacienta y se exaspera, bloqueando que este proceso avance en el hijo, lo cual evidenciaría una forma de manifestación de interdependencia patógena en la relación padre-hijo (García Badaracco, 2000; Stenger, 2014). Esta actitud se haría más notoria, tras 6 meses de tratamiento, en adolescentes asignados a TAU, cuyos padres (con una tendencia a aumentar puntuaciones de disciplina) y madres (con cambios significativos en puntuaciones de disciplina y autonomía) manifestarían un estilo más autoritario que los padres de los adolescentes asignados a TGM. Este estilo más punitivo en padres participantes en TAU, junto a una autonomía prematura en el adolescente, se asocia a mayor riesgo de conductas problemáticas futuras (Conell et al., 2007). Además Milmanie plantea que los extremos en puede incurrir un padre (autoritarismo vs permisividad) generarán siempre posiciones sintomáticas respecto a la ley. En el caso de los adolescentes participantes en TAU esto se demuestra en la asunción rígida de normas (Milmanie, 1995).

Pero esta tendencia autoritaria de los padres podría reflejar el miedo a perder la diferenciación de rol generacional, la primera sacudida de la que hablaba Rodulfo, refiriéndose a las "jerarquías estremecidas", fenómeno por el cual, según describe este autor, la familia se ha quedado sin sus lugares constituidos "de siempre", entre otras cosas porque el adolescente tiende

a no respetar la idea de centro sagrado intocable, rodeado de pares opositivos que dan instrucciones para todas las cosas acerca de cómo comportarse adecuadamente (Rodulfo, 2012). Esta amenaza a perder el rol generacional se daría más fácilmente en un entorno en que los padres carecen de la referencia de otros padres con quienes puedan identificarse y que les puedan ayudar a entender el significado real del proceso de transformaciones continuas que se da en la adolescencia. Estos padres, corren el riesgo de entrar en una trampa de rivalidad con su hijo ante la dificultad de aceptación de los cambios propios de esta etapa, alterando el proceso de identidad del adolescente al establecer una relación más fraternal que paternal con el hijo sin ejercerse el corte en la díada madre-hijo. Serían los llamados por Kancyper "padres-cuchara" que ni pinchan ni cortan, incapaces de instituir la función paterna y acceso del adolescente al proceso de confrontación generacional (Kancyper, 1997 en Koremblit de Vinacur, 2014). En cambio, en el grupo multifamiliar, la coparticipación con otros padres, parece propiciar un ambiente más seguro para el desempeño del rol parental, sin necesidad de reafirmar esta función desde una actitud más autoritaria (Stenger, 2014), y lo que, además podría explicar los cambios que se dan a favor de actitudes parentales de mayor implicación, mayor flexibilidad y mayor satisfacción respecto a la crianza de los hijos adolescentes, es decir, una tendencia a un estilo menos disciplinario. Así se confirma una situación de relación padres-hijos en la que se ha pasado de un límite infranqueable a una situación de ambigüedad. Entendida así, esta relación parental se ha vuelto riquísima, aunque también más difícil y a construir en "un entre padres e hijos", más que algo ya dado que va heredándose de generación en generación, un modo de vivir más democrático, difícil y complejo, que la linealidad de la simplificación autoritaria. "Este giro toma a veces y de manera temporaria la forma de una inversión, cuando constatamos por ejemplo que los adultos se visten mirando en dirección a los adolescentes más que éstos hacia aquéllos" (Rodulfo, 2012)

Por otro lado, el mayor posicionamiento en un estilo más autoritario, observado también en las madres de los adolescentes que recibieron tratamiento en formato individual, se podría traducir en un esfuerzo por someter a sus hijos a la norma que ellas no se cuestionan ni dejan que otros lo hagan, mostrándose menos sensibles a las necesidades del hijo, forjando en el adolescente un "self falso" complaciente que acepta las exigencias ambientales (Winnicott, 2002). Así podría establecerse una relación entre un incremento de puntuaciones en disciplina y autonomía de las madres y una reducción de conductas externalizantes en adolescentes participantes en TAU, relación que ha sido demostrada en otros trabajos recientes (Raya et al., 2012). Sin embargo, las puntuaciones en comunicación continuaron muy bajas en ambas intervenciones, lo que podría mantener el riesgo de problemática conductual (Solís-Cámara Reséndiz et al., 2007).

Con estos resultados en puntuaciones obtenidas en escalas de PCRI, se podría afirmar que el grupo multifamiliar permitiría a los padres tolerar la incertidumbre respecto a si acabarían consiguiendo que los hijos se adaptaran de forma favorable al ideal familiar, a las normas que el grupo social les impone, a diferencia de los padres de los adolescentes que recibieron tratamiento individual, quienes pugnaban por asignar un rol de adulto más inmediato, impidiendo que el adolescente conquistara una identidad real, un "sí-mismo" verdadero, optando, en su lugar, por soluciones falsas en la búsqueda de un reconocimiento por su aceptación de la norma. Así el adolescente que recibe tratamiento individual empieza a sentirse más inseguro de la realidad de su protesta, encontrándose precozmente adaptado al mundo social (obtiene calificaciones escolares más altas, tiene aprentemente más éxito en la sociedad y no tiene nada que reivindicar, extinguiéndose sus manifestaciones de conducta externalizantes). Por el contrario, el adolescente que se encuentra reforzado por otros adolescentes coparticipantes en el grupo, está más pendiente de lo que sucede en el entorno, susceptible de responder a una sociedad o grupo de adultos que tratan de aplacar su protesta mediante diversos sistemas de disciplina. Ya no es el adolescente que se encuentra bajo el "mando de un general", sino el adolescente frente a un grupo de adultos cuyos ideales y cuyas formas de sometimiento quedan puestas en duda e incluso son cuestionadas por los miembros adultos del grupo. Y es que "lo real y lo auténtico se impone en el grupo multifamiliar movilizando a todos sus miembros" (Ayerra Balduz et al., 2003). Así un chico o chica que provoque un acto antisocial haría que otros se sientieran inducidos a unírsele en la búsqueda de la verdad, proporcionando una estructura temporaria al grupo (Winnicott, 1984). Esto mismo ocurrió con tentativas de suicidio, estados depresivos severos y otras situaciones extremas que contribuyeron a que los adolescentes miembros del grupo pudieran sentirse reales. Se daría paso así a una posición más reflexiva, más internalizada y más sincera, lo cual no se hizo tan evidente en el adolescente que recibió tratamiento individual. De otro modo, el adolescente incluido en el grupo multifamiliar tiende a asustarse del efecto que es capaz de provocar en el entorno a partir de los cambios que se operan en su mundo interno. Apareció así la introspección, la introversión y el despliegue de fantasías ante estos efectos que provocaron en otros. Esto dio paso a un despliegue creativo en el adolescente en tanto en cuanto ideaó nuevas fórmulas de actuación para provocar otras formas de respuesta en los otros miembros del grupo y de la propia familia, propiciando así una mejor adaptación del entorno a él y no a la inversa. Así empieza a tomar más conciencia de sí mismo y del estado interno de los otros. Ya se formula hipótesis de causalidad ante determinados fenómenos vividos anteriormente y situaciones actuales. Podría decirse que el adolescente que participa en el grupo multifamiliar se siente legitimado para expresar mediante diversas manifestaciones conductuales o emocionales el duelo por los cambios que acontecen en la etapa adolescente (pérdida de su identidad infantil, pérdida

de los padres de la infancia y las gratificaciones que de ellos y del entorno social obtenía, etc.) y esto podría contribuir a la aceptación de una progresiva autonomía que le permitiera ir labrándose una nueva identidad en un proceso de ensayo y error. En cambio, el adolescente que recibe terapia individual parece más resignado y en esa búsqueda complaciente del reconocimiento de los padres, con tendencia a negar el cambio propio de esta etapa, se resiste a reafirmarse como individuo en oposición al grupo familiar primario. Al respecto, la TGM proporcionaría la "terceridad" necesaria para retablecer la relación de interdepencia vinculante entre padre-hijo, madre-hijo o padre-madre, consiguiendo de esta manera salvar el atrapamiento en que se ven abocados los componenetes de una trama simbiótica y paralizante (Rotenberg & Stenger, 2012). Esto es así por el encuadre ampliado de esta modalidad terapéutica, es decir, la presencia de varias familias permite evidenciar la trama completa de interdependencias atrapantes y así tener la oportunidad de que cada familia pueda ver reflejado su propio funcionamiento a este nivel en el que tiene otra familia, dándose cuenta de lo paralizante que es esta forma de relación. Esto no sería posible en un tratamiento de carácter individual (Stenger, 2014).

Por otro lado, el despliegue de fantasía mencionado parecería menos accesible para los adolescentes que recibieron tratamiento individual (con reducción significativa de puntuaciones medias de factor neutro o problemas de pensamiento tras 6 meses de tratamiento), más sometidos a la norma y a una realidad externa más encorsetada, en una organización basada en la cortesía y la buena educación, "no dice las cosas con franqueza y sinceridad" (obtienen puntuaciones más bajas en sinceridad, aunque no alcanzan niveles de significación) y tiende a desarrollar el problema personal con un intelecto más afinado, adquiriendo un éxito académico que oculta su angustia real (Winnicott, 2002) que, llegado a un punto, podría dar lugar a reacciones destructivas inesperadas en un momento ulterior, lo cual constituye una aproximación al pensamiento psicosomático. Un adolescente incluido en este formato terapéutico individual que se afana por la búsqueda continuada de reconocimiento por otro (reconocimiento de su propia existencia), capaz de renunciar a sus propios intereses e ideales por someterse a los intereses e ideales que vienen del mundo adulto, confunde su identidad con la del mundo que le rodea, ya no sabe discernir los propios deseos de los deseos del otro, adquiere un autoconcepto falso de sí mismo (falso self), dando lugar, de este modo, a un escamoteo del proceso natural adolescente, el cual puede quedar retrasado e incompleto (Winnicott, 1984). Por tanto, se demuestra que la TGM precipita un cambio interno más real, ya que facilitaría el paso del adolescente desde un posicionamiento más reflexivo, un mayor contacto consigo mismo, hacia el encuentro con el otro desde esta posición de reconocimiento de crisis, consiguiendo integrar aspectos internos y externos en el entramado relacional. Este adolescente va a ser capaz de identificarse con sus

progenitores, con grupos más amplios y con la sociedad, "sin sentirse amenazado de muerte, sin temor a desaparecer como individuo", de este modo, a través de procesos más naturales va a ir adquiriendo una organización del yo adaptada al ambiente (lo que se manifiesta en las mayores puntuaciones obtenidas en escala de conducta socialmente deseable tras 6 meses de TGM y de forma significativa), gracias a la adaptación suficientemente buena de la madre (representada en la matriz grupal) a las necesidades vivas del adolescente, que llegará a soluciones de transacción (Winnicott, 2002; Foulkes, 2005). Es definitiva, este adolescente va a ser capaz de adquirir de forma progresiva un proceso de individualización, siendo capaz de conjugar las necesidades y deseos personales con las posibilidades reales que provienen de vivir en sociedad, con una adquisición progresiva de responsabilidades de sus propios actos, asumiendo los niveles de libertad que él mismo se atribuye (Sunyer, 2008b; Winnicott, 2002).

6.6. Diferencias de cambios clínicos en función del sexo para ambos tipos de intervención.

En cuanto a las diferencias en función del sexo se observó una tendencia a que las chicas fueran de mayor edad que los chicos (p=,06). También, en relación a los aspectos académicos, se obtuvieron diferencias significativas entre chicos y chicas en la nota media de la última evaluación (p=,01) en el tiempo basal, superando en un punto la nota media obtenida por las chicas con respecto a los chicos. Algunos estudios señalan que, ante la deprivación de la función paterna, los procesos de identificación se ven afectados, sobre todo en los chicos adolescentes, ante la ausencia del modelo masculino dentro del hogar y por razones de género. Así, con los estudios en los Estados Unidos reseñados por Fagan (1994) que señalan una asociación entre la ausencia del padre y la presencia de problemas escolares como retraso escolar, dificultades en la lecto-escritura y repitencia (Fagan, 1994). Esta diferencia de género en los aspectos académicos ha resultado significativa en la población de estudio, como se ha señalado, siendo las chicas quienes inicialmente se presentaron con mejores calificaciones en los últimos 4 años.

Por otro lado, llama la atención que tras los 6 meses de tratamiento, las mejores calificaciones que inicialmente obtuvieron se invirtieron a favor de los chicos, siendo la nota media de las chicas de insuficiente en los últimos 3 meses para ambos tipos de intervención. Mientras, los chicos obtuvieron media de aprobado en el último trimestre, siendo el cambio operado significativo en adolescentes incluidos en TAU (p=,02). Esto tendría sentido, puesto que se han relacionado mejoras en rendimiento académico con reducción de puntuaciones en escalas de patrón conductual externalizado, lo que tiene correspondencias diagnóticas con trastorno por

déficit de atención e hiperactividad, trastornos del control de impulsos y otros trastornos de conducta relacionados con bajo rendimiento escolar (Lozano González & García Cueto, 2000; Lemos et al., 2002).

Dadas las diferencias obtenidas en escalas de conductas problemáticas entre chicos y chicas, se rechaza otra de las hipótesis de trabajo. Inicialmente las diferencias de género registradas en escalas de conducta problema se caracterizaron por mayores puntuaciones en los chicos en patrón conductual externalizado (Garaigordobil et al., 2004; Garaigordobil, 2005; Maestre et al., 2009). A su vez, las chicas puntuaron más en patrón conductual de expresión internalizada, siendo inferiores estas puntuaciones en los chicos (Pérez García et al., 2012; Raya et al., 2012). Pero también manifiestan de forma más predominante trastorno de conducta mixto, como determinaron otros autores (Zahn- Waxler et al., 2008). De este modo, para escalas de aislamiento, depresión y somatización, las puntuaciones obtenidas fueron superiores en chicas que en chicos de forma significativa, pero también en algunas subescalas constitutivas de patrón de conducta externalizado, como en agresividad verbal, con diferencia significativa respecto a puntuaciones de los chicos, por lo cual se reproducen resultados de otros estudios que demuestran correlación entre conductas externalizantes (como agresividad dirigida hacia otros) y conductas de tipo internalizante (aislamiento en relación al rechazo percibido por las conductas heteroagresivas y consiguiente menoscabo de autoestima, derivando ansiedad fóbica), lo que se traduce en déficit de habilidades sociales (Contini et al., 2012).

Por otro lado, la subescala de tipo externo en la cual puntuaron más los chicos en tiempo basal fue la de conducta delictiva, lo cual coincide con los resultados de otro trabajo (Lozano González et al., 2000). Sin embargo, tras 6 meses de intervención no se obtuvieron diferencias en función del sexo en escala de patrón general de conducta externalizada.

Además, se observó que, aunque para la mayoría de subescalas de internalización las chicas puntuaban por encima de los chicos, en tiempo basal, en algunas de éstas, como ocurría en la subescala de aislamiento o problemas de relación (que implica mayor timidez y reserva, desconfianza y preferencia a estar solo), había mayor proporción de chicos en valores extremos de esta escala, siendo para el resto de subescalas de psicopatología de expresión internalizada similar la distribución de puntuaciones en chicos y chicas. Esto coincidió los resultados de otros estudios en los que se comprobó que esto era así porque los chicos presentaron mayor porcentaje de puntuaciones subclínicas, aunque no significativas. En cambio, las puntuaciones elevadas de las chicas en patología de expresión internalizada tampoco se tradujo forzosamente en trastornos, sino que determinaba un riesgo elevado de desadaptación social (Zanini & Forns, 2004; García & Orellana, 2008). De esta manera, se puede decir que las adolescentes que recibieron TAU, con menores puntuaciones en estas subescalas de internalización, al cabo de 6 meses de tratamiento

(p=,05), acabaron con mayor adaptación social que las que participaron en TGM, con menos reducción de puntuaciones en síndrome internalizante y más reivindicativas con las normas sociales. Además para ambos tipos de intervención se observaron cambios en la distribución de puntuaciones medias en subescala de aislamiento, eliminándose las diferencias iniciales en función del sexo (mayor proporción de chicos en obtención de puntuaciones medias elevadas).

Aparte, tras 6 meses de tratamiento, no se evidenciaron diferencias entre chicos y chicas de forma global en problemática conductual o emocional, sin encontrar valores de significación en dicha comparación para ninguno de los síndromes de banda ancha del YSR en TGM. Esto también podría traducirse en una reducción de conductas evitativas en los chicos al cabo de 6 meses de tratamiento (Seiffge-Krenke, 2000). Así se observa que la diferencia entre sexos fue mayor tras participar en TAU, al comparar los resultados obtenidos por sexo en escalas de conducta problema tras participar en TGM. Cabe pensar que este resultado también prodría relacionarse con incremento de puntuaciones en escala de diferenciación del rol en la crianza de los hijos para las madres de los adolescentes asignados a TAU. Por otro lado, los chicos que recibieron TAU redujeron de forma más acusada que las chicas las puntuaciones medias de conductas externas, lo que, como se ha comentado anteriormente, podría establecer una relación causal con la mejoría en rendimiento académico.

Pese a que no había diferencias significativas entre grupos de chicas adolescentes asignadas a cada intervención en tiempo basal, las puntuaciones medias en algunas subescalas de conducta internalizada (como en aislamiento y depresión) y en el síndrome internalizado fueron mayores en chicas asignadas a TGM, lo que se fue manteniendo tras 6 meses de intervención, ya que las diferencias de puntuaciones fueron muy parecidas en cada tipo de intervención, no obteniendo niveles de significación al comparar ambos tipos de intervención en chicas, contrastando, por tanto, otra de las hipótesis formuladas. No obstante, dadas las puntuaciones obtenidas en síndromes de expresión externalizada en chicas participantes en TGM, se podría decir que este contexto permite que una chica se autoafirme en un entorno donde no ha sido aceptada como tal porque no cumplía los ideales impuestos por las figuras parentales primarias, sintiéndose legitimada para robar lo que no le ha sido dado, para destrozar objetos propios y ajenos, es decir, destruir el mundo interno de relaciones objetales con la finalidad de transformarlo y, a su vez, poder reconstruir otra realidad externa. Asimimismo, en un espacio de discusión, en el que podían levantar la voz en actitud de autoafirmación, contribuyendo a que las chicas persistan en unos ideales, siendo, a su vez, conscientes de sus dificultades en el entorno familiar, la expresión interna y externa de conducta en las chicas alcanzó niveles de significación al compararla con los chicos. Toda esta problemática conductual generada se podría traducir en un intento de destruir la historia propia para reconstruir otra diferente a partir de un cambio de

narrativa, lo cual, además, podría explicar la mayor expresión de conducta problema en chicas tras 6 meses de TGM.

Con la excepción de los aspectos académicos, en general, las características diferenciales entre chicos y chicas a los 6 meses de tratamiento, se mantuvieron estables respecto a las que presentaron en tiempo basal, siendo mayores las puntuaciones medias obtenidas por las chicas, con respecto a los chicos, en la mayoría de escalas. Sin embargo, hubo una tendencia (p=,07) a obtener puntuación media más baja para conducta problema en chicos que recibieron TAU, tras 6 meses de intervención. De este modo, se puede afirmar que TAU en chicos contribuye a disminuir puntuaciones en total de conducta problema, aunque no tanto a incrementar conductas deseables. En cambio, TGM en chicos contribuye a incrementar conductas deseables (p=,02) y no tiene tanto efecto en reducción de síntomas constitutivos de conducta problema, ya que, esta intervención tiende a ir más allá de la simple eliminación del síntoma, el cual puede resultar funcional en un momento dado hasta que el adolescente incorpore un "cambio psíquico verdadero", a través de la consecución de un mayor insight a raíz de la exploración de los elementos conflictivos que aparecen en la relación con los otros y que posibilite la adquisición de nuevos recursos para enfrentar la vida (Sempere Pérez, 2012; Stenger, 2014; Villar et al., 2003).

En definitiva, puesto que los valores en puntuaciones medias de conductas problema no fueron similares en todas las escalas en chicos y en chicas cuando recibieron TGM o TAU, se rechaza otra hipótesis de trabajo que sostiene que no habría diferencias por sexos. Con respecto a los valores de competencia social o utilización de recursos sanitarios, por el contrario, no se obtuvieron diferencias significativas en función del tipo de intervención que recibieran los chicos o las chicas, por lo que se contrastaría la hipótesis de trabajo que hace referencia a estas similitudes en ambos sexos. Esto reproduce los resultados de otro trabajo en el cual no hubo diferencias en competencia social en función del sexo en un contexto social medio, lo cual coincide con la muestra del presente estudio (Trianes Torres, Cardelle-Ellawar, Blanca Mena, & Muñoz Sánchez, 2003). Igualmente en nuestro caso las diferencias en competencia social en función del sexo serían tan sutiles, que se necesitarían estudios más exhaustivos para distinguirlas, o bien introducir otras variables relacionadas. Por otro lado, otros trabajos con respecto al uso de recursos sanitarios mencionados en el presente estudio, sí demuestran diferencias en función del sexo, como ocurre en una reciente tesis doctoral en la que se vio mayor consumo de fármacos en mujeres respecto a los hombres (Rosagro Escámez, 2013). En cambio, otro trabajo reproduce similitud de uso de recursos sanitarios entre hombres y mujeres (Aguado et al., 2012).

6.7. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

En la evaluación de resultados de este trabajo los dos aspectos básicos a tener en cuenta han sido, por un lado, determinar lo que se entiende por resultado y, por otro, cómo medirlo. En cuanto al primero, se han tenido en cuenta las variaciones experimentadas en puntuaciones de escalas, relacionadas con problemática conductual o emocional, tras un tiempo de intervención. Pero también se han considerado las variaciones en actitudes de los padres hacia la crianza, con el fin de evaluar lo que aportaría al respecto un formato de grupo multifamiliar en relación a otras intervenciones habitualmente utilizadas en un dispositivo ambulatorio de salud mental. Frente al modo de medir un resultado, existe un gran disenso (Marcos Sierra et al., 2010; Fernández Hermida & Secades, 2001) en el método y los instrumentos de medida. En este estudio, la utilización de cuestionarios autoinformados podrían introducir algunos errores en relación a respuestas condicionadas por la deseabilidad social, tanto en los adolescentes, como en los padres; o bien, la existencia de limitaciones culturales podrían haber influido en la dificultad para comprender algunas preguntas de los cuestionarios, incidiendo además en los ítems que quedaron sin contestar, sobre todo en cuestionarios iniciales. Esta limitación podría ser subsanada mediante el empleo de diferentes fuentes de información. No obstante, sería conveniente tener en cuenta estos aspectos en posteriores estudios que utilicen escalas similares, con el fin de llevar a cabo un control cuidadoso de respuestas a fin de asegurar que, tanto los padres, como los adolescentes comprendieran el sentido de las frases. En este sentido, Martínez Pampliega y Rivero conceden importancia a utilizar instrumentos de medida con buen respaldo conceptual y con apoyo empírico para que los datos puedan intercambiarse dentro de la comunidad científica (Martínez-Pampliega & Rivero, 2009).

Otra importante limitación de este estudio fue el difícil acceso a una muestra más amplia que permitiera obtener resultados más concluyentes respecto a los beneficios que aporta la TGM. Aunque se invirtió bastante tiempo en el reclutamiento de la muestra por realizarse el estudio sobre casos incidentes, sería conveniente poder ampliar el número de casos en posteriores estudios prolongando dicho tiempo hasta obtener una muestra más cuantiosa. Además, hay que tener en cuanta que la participación de los adolescentes en el estudio y la continuidad en los tratamientos llevados a cabo estaba condicionada en última instancia por los padres, al ser los participantes en el estudio menores de edad. Esto limitaba especialmente la decisión del adolescente cuando éste sí aceptaba participar en el estudio, en cambio, cuando éste no aceptaba se tenía más en consideración su decisión. También cabría esperar el *"Efecto Hawthorne"*, puesto

que todos los participantes en ambos grupos de intervención sabían que iban a ser estudiados. No obstante, transcurridos 6 meses a muchos de ellos hubo que recordarles su participación en el estudio.

Por otro lado, ha resultado arriesgado, para la conformación del grupo multifamiliar en su estadío inicial, la asignación aleatoria de adolescentes al mismo, ya que muchos de ellos, de características resistentes y narcisistas, con considerables dificultades respecto a las relaciones de poder, no fueron capaces de tolerar la fase inicial de dependencia en la que aún el conductor se hacía muy presente para el grupo. En otros casos, los propios padres no hacían fácil el acceso del adolescente al grupo por posibles ansiedades más esquizoparanoides respecto a otros componentes del grupo o rivalidades con el equipo terapéutico. Quizá, si los componenetes del grupo hubiesen seguido un proceso de selección más minucioso, se hubiesen podido evitar gran número de pérdidas o abandonos, pero esto también habría alterado las condiciones básicas para constituir un estudio de efectividad. Se comprobó que algunos casos que abandonaron el grupo se reincorporaron tras los 6 primeros meses de tratamiento y después de haber recibido unas sesiones de tratamiento individual, como proponen varios autores (Koremblit de Vinacur, 2014; Sunyer, 2008b; Asen et al., 2006), lo cual podría haber permitido la reconstrucción estructural del paciente para tolerar mejor la angustia de la primera fase de constitución del grupo. Además al cabo del año la muestra restante fue muy reducida, por lo que, en posteriores estudios convendría tener en cuenta los factores de abandono para reducirlo, en la medida de lo posible, ya que en otros estudios con formatos grupales multifamiliares de intervención demuestran buenos resultados en aspectos comunicacionales y reducción del estigma al cabo del año (Van Noppen, 1997).

Aquellos casos asignados a TGM que no iniciaron este tipo de intervención o no completaron el tiempo establecido para analizar resultados podrían ser tenidos en cuenta en posteriores trabajos que incluyeran análisis por intención de tratar.

Aunque se ha hecho hincapié en las actitudes de crianza de los hijos adolescentes, no se ha establecido relación entre la psicopatología parental y la conducta de los hijos, lo cual sería interesante considerar para líneas futuras de investigación, ya que hay estudios que relacionan la enfermedad mental de padres y madres con los problemas de conducta, encontrándose una asociación de psicopatología del padre con conductas externalizantes y una asociación de los problemas mentales de la madre con conductas internalizantes (Yárnoz, 2006). Además sería interesante determinar en qué medida la TGM es efectiva en la modificación de la psicopatología parental, así como medir en los padres la utilización de recursos sanitarios durante el proceso terapéutico grupal multifamiliar.

Por otro lado, cabría registrar la calidad de las relaciones en la pareja conyugal de los padres, ya que varios estudios relacionan la violencia entre los padres con numerosos problemas de conducta externalizantes e internalizantes en los hijos (Gámez-Guadix et al., 2012). Como diversos autores postulan, también se observó que las separaciones de las parejas y, específicamente, el abandono del padre, se asoció a mayores problemas emocionales, cognoscitivos y del lenguaje en los hijos varones (Arvelo, 2002; Sullerot, 1993; Borcouis, 1997; Levy-Shiff, 1982; Borcouis, 1997; Borcouis, 1997), aunque tendrían que desarrolarse otros estudios que pudieran establecer esta relación de causalidad de forma objetiva.

Además se ha mencionado la precaria participación inicial de los padres en comparación con las madres, lo que podría relacionarse en muchos de los casos con alteración de la función paterna. Así diversos autores (Arvelo, 2001; Lewis & Lamb, 2003; Villarraga, 1999) sostienen, a partir de sus investigaciones, que la ausencia física o afectiva del padre o presencia precaria o conflictiva está asociada a diferentes problemas biopsicosociales en los niños, adolescentes y adultos jóvenes. Aunque es verdad que un niño puede desarrollarse con una madre sola o un padre sólo, como apoyan varias investigaciones, la pérdida de una relación comprometida va a tener serias repercusiones en el desarrollo emocional, educativo y social del hijo (Priett, 2000). Sería interesante desarrollar posteriores líneas de investigación que demostraran el beneficio de una mayor presencia del padre en la vida de los hijos, traducida en una reducción de patología conductual y emocional. Al respecto el grupo multifamiliar podría tener efectos beneficiosos al convocar a los padres a las sesiones de TGM, pero, además, en varias ocasiones se podría decir que los terapeutas conductores van desempeñando bien una función paterna ausente en la familia, siguiendo el postulado de García Badaracco que plantea que "cuando la inclusión de la familia real se hace muy difícil, la Comunidad puede funcionar hasta cierto punto como una familia sustituta transicional" (García Badaracco, 1989). Para demostrar esto convendría ampliar este mismo estudio durante más tiempo y realizar un registro de los cambios de los adolescentes en aquellas áreas que demuestran que el grupo multifamiliar está cubriendo las carencias del grupo familiar primario. En este punto sería interesante realizar otras investigaciones sobre procesos de cambio mediante el material de grabaciones realizadas en sucesivas sesiones de terapia de grupo multifamiliar y así poder analizar la interacción entre el adolescente, la familia y los terapeutas participantes.

También se podría determinar, en posteriores trabajos, la relación entre determinadas actitudes parentales y la problemática conductual y emocional en la adolescencia, ya que algunos autores demuestran que algunas conductas incluidas en las subescalas del YSR, sobre todo las correspondientes al factor externalizante, son más frecuentes ante estilos parentales autoritarios y permisivos, siendo la combinación de puntuaciones altas en autonomía de la madre junto con

puntuaciones bajas en satisfacción con la crianza y compromiso del padre y disciplina de ambos progenitores, las que aumentan el riesgo de agresividad y de forma significativa, según trabajos recientes de Raya y Pino (Raya, Herruzo, & Pino, 2008; Raya et al., 2009a), lo que podría coincidir con los resultados obtenidos en los padres y las madres de esta muestra clínica, sobre todo en el momento inicial de la terapia. También sería interesante establecer en posteriores trabajos el efecto que el grupo multifamiliar ejerce sobre los padres, por un lado, y sobre las madres, por otro.

Además se podría establecer un perfil del adolescente candidato a participar en TGM para poder obtener así mayor beneficio en la resolución de su problemática y ofrecerle la intervención terapéutica más adecuada en función de sus características (sexo, características sociodemográficas, intensidad de síntomas conductuales o emocionales, etc.).

Por otro lado, reproducir este estudio para demostraría la veracidad de resultados respecto a la efectividad y/o eficacia de la TGM. Esto también se conseguiría realizando estudios comparativos con otros tipos de tratamientos grupales.

Finalmente, convendría realizar estudios de coste-efectividad que pudieran demostrar la rentabilidad de TGM frente a otros tratamientos habitualmente utilizados o terapia individual, así como demostrar que un tratamiento como la TGM, que permite establecer un contacto más frecuente y estrecho con el paciente, puede mejorar la adherencia al tratamiento llevado a cabo a nivel ambulatorio. Asimismo, habría que seleccionar bien a los pacientes que reciben exclusivamente intervenciones terapéuticas sin otros tratamientos añadidos (psicofarmacológicos u otros alternativos), para discernir qué cambios en los adolescentes, durante el transcurso del proceso terapéutico, se deben directamente al mismo.

7.- CONCLUSIONES

1) La terapia, tanto en formato individual como grupal multifamiliar con o sin tratamiento psicofarmacológico combinado, resulta efectiva en la reducción de problemática conductual y/o emocional del adolescente. Ambas formas de tratamiento consiguen una reducción de puntuaciones medias en escalas de problemática conductual y emocional, obtenidas por adolescentes de 12-15 años que consultan en dispositivo ambulatorio de salud mental.

2) Aunque el tratamiento habitual consigue reducir antes la sintomática conductual y emocional al encontrar menores puntuaciones en factores externalizante e internalizante en el adolescente a corto o medio plazo, la TGM podría ser más eficaz a largo plazo, ya que permite al adolescente desarrollar recursos propios en su medio y modificar las dinámicas de relaciones familiares, sobre todo con sus cuidadores primarios, que inicialmente parecían intervenir como factores precipitantes y/o mantenedores de la problemática inicial.

3) Aunque se demuestran los beneficios de ambos formatos terapéuticos, los cambios inducidos en uno u otro son diferentes: con TAU parece que la adaptación va direccionada desde el entorno al individuo, mientras que con TGM es a la inversa, desde el individuo hacia el entorno, lo que a largo plazo puede resultar más beneficioso en la medida en que el adolescente va sintiéndose seguro con la identidad que adquiere al margen de las ataduras familiares y sociales. Además al sentirse perteneciente al grupo social, de forma progresiva el adolescente también va aceptando a los demás y respetando las normas sociales por las que el grupo se rige. De la misma manera, el espacio grupal supone un marco de confianza que permite a los padres ejercer una mejor contención de su hijo adolescente.

4) Este estudio sugiere que cada modalidad terapéutica proporciona diferente identidad al adolescente. De tal manera, que el adolescente que recibe TAU acepta mejor la norma que le viene dada del exterior, con mayor apego a la realidad externa, lo cual se aproxima más al pensamiento psicosomático, con consiguiente riesgo de desarrollo futuro de psicopatología. Por otro lado, el adolescente que recibe TGM es más reivindicativo y auténtico, acepta peor la norma dada por quien se presupone incuestionable, propiciando la crisis y el posterior cambio en su entorno próximo. La TGM puede proporcionar al adolescente un mayor contacto consigo mismo, lo que puede hacerlo más proclive al encuentro con sus semejantes.

5) La expresión de psicopatología externalizada e internalizada es diferente en chicos y en chicas de la muestra de estudio en tiempo basal.

6) TGM consigue disminuir la problemática conductual y emocional en los chicos e incrementar la conducta socialmente deseable más en ellos que en ellas, mientras que TAU tiene mayor efecto en reducción de conducta problemática, sobre todo en chicos, con leve incremento de conducta socialmente deseable a favor de las chicas, por lo que las variaciones en problemática conductual y emocional en chicos y chicas no son similares en TGM y TAU.

7) Ambos tipos de intervención definidos en el estudio consiguen leves y similares modificaciones en actitudes hacia la crianza en los padres de los adolescentes tras 6 meses de seguimiento. No obstante, hay un incremento en puntuaciones de disciplina y autonomía, con escasos cambios en la comunicación en los padres y madres de adolescente que reciben TAU, lo cual se traduce en un estilo más autoritario.

8) No se han obtenido diferencias significativas ni en la autopercepción de competencia social, ni en el uso de recursos sanitarios tras 6 meses de tratamiento respecto a tiempo basal, ni entre TGM y TAU, ni entre chicos y chicas.

9) En definitiva, los resultados del estudio muestran variaciones significativas en escalas de síndromes de banda estrecha (agresividad verbal, depresión), en síndrome neutro y en conducta socialmente deseable sugiriendo, por tanto, que la "Terapia de grupo Multifamiliar" modifica las puntuaciones en escalas de conducta problema de adolescentes de 12 a 15 años.

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, J., Forns, M., Amador, J., & Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema, 12*, 49-54.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopatology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin, 85,* 1275-1301. doi:10.103/F0033-2909.85.6.1275

Aguado, A., Rodríguez, D., Flor, F., Sicras, A., Ruiz, A., & Prados-Torres, A. (2012). Distribución del gasto sanitario en atención primaria según edad y sexo: un análisis retrospectivo. *Atención Primaria, 44,* 145-152.

Alonso, J. & Roman, J. M. (2003). *Educación familiar y autoconcepto en los niños pequeños*. Madrid: Pirámide.

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (1ª ed.) Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (5ª ed.) Editorial Médica Panamericana.

Andersen, T. (1995). Reflecting processes: acts of informing and forming. In S.Friedman (Ed.), *The reflective team in action: collaborative practice in family therapy.* (pp. 11-37). Nueva York: Guilford Press.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language,and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.

Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. J. (2002). Depresion scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *Journal Child and Psychology Psychiatry, 43,* 1063.

Arancibia Asturizaga, G. & Peres Arenas, X. (2007). Programa de autoeficacia en habilidades sociales para adolescentes. *AJAYU, 5,* 133-155.

Ardelt, M. & Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers: Close social relationship and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence, 22,* 310-349.

Arvelo, L. (2001). Masculinidad y función paterna. *Otras Miradas, 1,* 43-52.

Arvelo, L. (2002). Adolescencia y Función Paterna: reflexiones a partir del estudio de casos psicoclinicos. *Fermentum.Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 12,* 13-45.

Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy, 24,* 3-16.

Asen, E. & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy, 28,* 58-72.

Aunola, K. & Nurmi, J. (2006). The role of parenting styles in children´s problem behavior. *Child Development, 76,* 1144-1159.

Ávila Espada, A. & García de la Hoz, A. (1994). *Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental*. Madrid: Quipú ediciones.

Ayerra Balduz, J. M. & López Atienza, J. L. (2003). El grupo multifamiliar: un espacio sociomental. Avances en Salud Mental Relacional [On-line]. Available: http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/989.pdf

Ayerra, J. M. (2001). La psicoterapia en la institución pública. psiquiatria.com , 23-45. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2001.

Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. (1ª ed.) (vols. 8). Minnesota: University of Minnesota Press.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Oxford, England: Prentice-Hall.

Bandura, A., Barbarelli, C., Caprara, V., & Pastorelli, C. (1996). Mechanism of Moral disengagement in the exercise of agency. *Journal of Personality and Social Psychology, 2,* 364-374.

Barber, B. K. (2001). Political violence, social integration and youth functioning: Palestinian youth from the intifada. *Journal of community psychology, 29,* 259-280.

Barkley, R. A., Edwards, G. H., & Robin, A. L. (1999). *Defiant Teens. A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention.* New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smalish, L., & Fletcher, K. (2004). Young and adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied disciplines, 45,* 195-211.

Barrera, J. R., Biglan, A., Taylor, T. K., Gunn, B. K., Smolkowski, K., Black, C. et al. (2002). Early elementary school intervention to reduce conduct problems: A Randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children. *Prevention Science, 3,* 83-94.

Bassarath L. (2001). Conduct Disorder: A Biopsychosocial Review. *Can J Psychiatry, 46,* 609-616.

Bassarath, L. (2001). Conduct Disorder: A Biopsychosocial Review. *Can J Psychiatry, 46,* 609-616.

Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2007). *Vida líquida*. Buenos Aires: Paidós.

Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. D. (1996). Relation of threatened egoism to violence and aggression: The dark side of high esteem. *Psychological Review, 103,* 5-33.

Baumrind, D. (1996). The Discipline Controversy Revisited. *Family Relations, 45,* 405-414.

Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R. et al. (2012). Preventing progression to first episode psychosis in early initial prodromal states. *BJP, 200,* 22-29. doi:10.1192/bjp.bp.109.066357

Becoña, E. & Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Behr, H. & Hearst, L. (2005). *Group Analytic Psichotherapy. A meeting of minds*. Londres: Whurr Publishers.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development, 55,* 83-96.

Bennis, W. & Shepard, H. A. (1979). Una teoría sobre el desarrollo de los grupos. In M.Kissen (Ed.), *Dinámica de grupo y psicoanálisis de grupo* (pp. 415-457). México: Limusa.

Berge, J. M., Arikian, A., Doherty, W. J., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Healthful Eating and Physical Activity in the Home Environment: Results from Multifamily Focus Groups. *Journal of Nutrition Education & Behavior, 44,* 123-131.

Bertuzzi, M., Castro, L., Sazie, M. J., & Araneda, V. (2011). Una intervención Multifamiliar Grupal para el tratamiento del déficit atencional: adaptación, aplicación y evaluación de un programa para el tratamiento familiar grupal de niños con déficit atencional, Unique Minds Program, en el contexto sociocultural chileno. *De Familias y Terapias, 20,* 61-69.

Beutler, L. (2000). David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet. *Am Psychol., 55,* 997-1007.

Bion, W. R. & Rioch, M. J. (1943). Intra-group Tension in Therapy: Their Study as the Task of the Group. In K.R.McKenzie (Ed.), *Classics in Group Psychotherapy* (1992 ed., pp. 25-30). Nueva York: Guildford Press.

Bishop, P., Cliverd, A., Cooklin, A., & Hunt, U. (2002). Mental health matters: a multi-family framework for mental health intervention. *Journal of Family Therapy, 24,* 31-45.

Borcouis, V. (1997). Modalidad de la presencia de los padres en el desarrollo social del niño de edad preescolar. *Revista Enface, 50,* 389-399.

Borduin, C. M. (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38,* 242-249.

Borduin, C. M. & Schaeffer, C. M. (2009). A Randomized Clinical Trial of Multisystemic Therapy With JuvenileSexual Offenders: Effects on Youth Social Ecology and Criminal Activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77,* 26-37. doi:10.1037/a0013035

Bosaki, S. (2014). Psychological Pragmatics in Preadolescents: Sociomoral Understanding, Self-Woth, and the School Behavior. *Journal of Youth and Adolescence, 32,* 155.

Bowen, M. (1978). *La terapia familiar en la práctica clínica.* (vols. 2) Bilbao: Biblioteca de psicología Descleé de Brower.

Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., & Szatmori, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional desafiant disorder. *Eur Chid Adolesc Psychiatry, 16,* 484-494.

Breitborde, N. J., Moreno, F. A., Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B. et al. (2011). Multifamily Group Psychoeducation and Cognitive Remediation for First-Episode Psychosis: A Randomized Controlled Trial. *BMC Psychiatry, 11,* 1-7. doi:10.1186/1471-244X-11-9

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., & Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry, 51,* 1132-1140. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x.

Brody, H. G., Kogan, S., Chen, Y., & McBride, V. (2008). Long-Term Effects of the Strong African American Families Program on Youths' Conduct Problems. *J Adolesc Health, 43,* 474-481.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brunk, M., Henggeler, S. W., & Whelan, J. P. (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 311-318.

Buehler, C., Benson, M. J., & Gerard, J. M. (2006). Interparental hostility and early adolescent problem behavior: The mediating role of specific aspects of parenting. *Journal of Research on Adolescence, 16,* 265-292.

Buehler, C. & Gerard, J. M. (2002). Marital conflict, ineffective parenting and children´s and adolescents maladjustement. *Journal of Marriage and the Family, 64,* 78-92.

Butler, S., Baruch, G., Hickley, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of MST and statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the american Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 50,* 1220-1235.

Byrd, A. L., Loeber, R., & Pardini, D. A. (2012). Understanding desisting and persisting forms of delinquency: the unique contributions of disruptive behavior disorders and interpersonal callousness. *J Child Psychol Psychiatry, 53,* 371-380. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02504.x.

Calvo, A., González, R., & Martorell, M. C. (2001). Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y Aprendizaje, 24,* 95-111.

Capafons, A. & Silva, F. (1998). *CACIA, Manual del Cuestionario de auto-control Infantil y Adolescente*. Madrid: TEA Ediciones.

Carrasco, M. A. & Del Barrio, V. (2003). Self-Efficacy and Anger Expression and Coping in Spanish Children. In *Temas sobre la niñez* (pp. 78). Perú, Lima.

Carrasco, M. A., Del Barrio, V., & Rodriguez, J. F. (2001). Autoeficacia y agresividad en población infantil adolescente. In *Simposio sobre Psicología Infantil*, Granada.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W. et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science, 297,* 851-854.

Cassano, R. (1989). Multi-family group therapy in social work practice- Part 1. *Social Work with Groups, 12,* 3-14.

Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In Hawkins J.D. (Ed.), *Delincuency and crime. Current theories.* (pp. 149-197). New York: Cambridge University Press.

Cauce, A. M., Cruz, R., Corona, M., & Conger, R. (2011). The Face of the Future: Risk and Resilience in Minority Youth. *Nebr Symp Motiv, 57,* 32.

Centro Regional de Estadística de Murcia (2014). Padrón municipal de habitantes. INE. Padrón municipal de habitantes. [On-line]. Available: http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_datosBasicos/sec164.html

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist, 51,* 3-16.

Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol, 66,* 7-18.

Chambless, D. L. & Ollendick , T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annu.Rev.Psychol., 52,* 685-716. doi:0066-4308/01/0201-0685

Colli Alonso, M. & Lorenzo, M. (2004a). Psicoterapia de grupo: revisión histórica. Rev.Hosp.Psiquiátrico de la Habana [On-line]. Available: www.bvs.sld.cu/revistas/hph/hph_1_04/hph09104.htm

Compas, B. E., Champion, J. E., Forehand, R., Cole, D. A., Reeslund, K. L., Fear, J. et al. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-Month Outcomes of a Family Group Cognitive-Behavioral Preventive Intervention With Families of Depressed Parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology © 2010 American Psychological Association, 78*. doi: 10.1037/a0020459

Compton, K., Snyder, J., Bank, L., & Shortt, J. W. (2003). The contribution of parents and siblings to antisocial and depressive behavior in adolescent: A double jeopardy coercion mode. *Development and Psychopathology, 15,* 163-182.

Connell, C. M., Bergeron, N., Katz, K. H., Saunders, L., & Tebes, J. K. (2007). Re-referral to Child Protective Services: The influence of child, family, and case characteristics on risk status. *Child Abuse & Neglect, 31,* 573-588.

Connor, D. F., Ford, J. D., Albert, D. B., & Doerfler, L. A. (2007). Conduct disorder subtype and comorbidity. *Ann Clin Psychiatry, 19,* 161-168.

Connor, D. F., Steingard, R. J., Anderson, J. J., & Melloni, R. H. (2003). Gender Differences in Reactive and Proactive Aggression. *Child Psychiatryand Human Development, 33,* 279-294.

Conseur, A., Rivara, F. P., Barnowski, R., & Emmanuel, I. (1997). Maternal and perinatal risk factors for later delinquency. *Pediatrics, 99,* 785-790.

Conti-Ramsden, G., Mok, P. L. H., Pickles, A., & Durkin, K. (2013). Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. *Research in Developmental Disabilities, 34,* 4161-4169.

Contini, E. N., Imach, S. C., Coronel, C. P., & Mejail, S. (2012). Agresividad y retraimiento en adolescentes. *Ciencias Psicológicas, 6,* 17-28.

Cooklin, A. (2004). *Being Seen and Heard: The Needs of Children of Parents With Mental Illness*. Exeter: RC Psych Publications.

Cooklin, A., Bishop, P., Francis, D., Leonard, F., & Asen, E. (2012). *The Kidstime Workshops; A Multifamily Social Intervention for the Effects of Parental Mental Illness: Manual*. Londres: CAMHS Publications.

Cooklin, A. & Njoku, C. (2009). When a parent has a mental illness (DVD and internet film). Londres, Royal College of Psychiatrists.

Costa, L. F. (2011). Participation of families in a multifamily group of sexual offender adolescents: Shame and confidence. *Psicologia Clínica, 23,* 185-201.

Craig, G. (1997). *Desarrollo humano*. (3ª ed.) México: Prentice Hall-Hispanoamericana.

Crosnoe, R., Glasgow, K., & Dornbusch, S. M. (2002). Protective functions of family relationships and school factors on the deviant behavior of adolescent boys and girls. Reducing the impact of risky friendships. *Youth & Society, 33,* 515-544.

Da Silva Jaeger, M. A., Seminotti, N., & Garcia Falceto, O. (2011). Multifamily group therapy for patients diagnosed with eating disorders. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul, 33,* 20-27.

Dagmar Holmgren, G., Víctor Lermanda, S., Clara Cortés, V., Isabel Cárdenas, M., Karen Aguirre, A., & . (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Rev Chil Neuro-Psiquiat, 43,* 275-286.

Dare, C. & Eisler, I. (2000). A Multi-family Group Day Treatment Programme for Adolescent Eating Disorder. *European Eating Disorders Review, 8,* 4-18.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin, 113,* 487-496.

Davey, M., Gulish, L., Askew, J., Godette, K., & Childs, N. (2005). Adolescents coping with mom's breast cancer: developing family intervention programs. *J Marital Fam Ther, 31,* 247-258.

De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Shifflet, H., Iyengar, S., Beers, S., Hall, J. et al. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Journal Biological Psychiatry, 52,* 1066-1078.

De Brito, S. A., Mechelli, A., Wilke, M., Laurens, K. R., Jones, A. P., Barker, G. J. et al. (2009). Size matters: Increased grey matter in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *Brain, 132,* 843-852. doi:10.1093/brain/awp011

De la Peña Fernández, M. E. (2010). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y protección.* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

De la Peña-Olvera, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Publica Mex, 45,* 124-131.

De Luccie, M. F. (1995). Mothers as gatekeepers: A model of maternal mediators of father involvement. *The Journal of Genetic Psychology*, 115-131.

De Maré, P. (1988). La historia del Grupo Grande y sus fenómenos en relación a la psicoterapia de grupo analítica. *Grup d´Analisi Barcelona*, 1-32.

Del Barrio, M. V. (2004). El joven violento. In J.Sanmartin (Ed.), *El laberinto de la violencia.* (pp. 251-256). Barcelona: Ariel.

Del Barrio, V., Mestre, V., & Carrasco, M. A. (2003). Relaciones entre empatía y agresividad. In *Evaluación de problemas del comportamiento social en adolescentes*. Ponencia presentada en XXIX Congreso Interamericano de Psicología: Evaluación de problemas del comportamiento social en adolescentes. Lima, Perú.

Dishion, T. J., Andrews, D. W., & Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence: relationship characteristics, quality, and interactional process. *Child Development, 66,* 139-151.

Dodge, K. A. & Coie, J. D. (1987). Social-Information Processing Factors in Reactive and Proactive Aggression in Children's Peer Groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 1146-1158.

Dodge, K. A. & Crick, N. R. (1990). Social information-processing bases of agressive behavior in children. *Personality and Social Psychology Bulletin, 16,* 8-22.

Donellan, M. B., Ge, X., & Wenk, E. (2002). Personality characteristics of juvenile offenders: Diffeences in the CPI by age at first arrest and frecuency of offending. *Personality andIndividual Differences, 5,* 727-740.

Dowell, K. A. & Ogles, B. M. (2010). The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39,* 151-162. doi:10.1080/15374410903532585

Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J. et al. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technol Assess, 9,* 1-233.

Durgli, M., Larsson, B., Fossum, S., & Morch, W. (2010). Five to six year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *J Child Psychol Psichiatry, 51,* 559-566.

Durkheim, E. (2012). *Educación como socialización*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

Egeland, B., Yates, T., Appleyard, K., & Van Dulmen, M. (2002). The long-term consequences of maltreatment in the early years: a developmental pathway model to antisocial behavior. *Children´s services social policy, research y practice, 5,* 249-260.

Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38,* 852-860.

Eisemberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B., Karbon, M., Smith, M., & et al. (1996). The relations of childrens Dispositional Empathy-Related Responding to their Emotionality Regulation, and Social functioning. *Developmental Psychology, 32,* 195-209.

Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Reiser, M., Cumberland, A., Shepard, S. A. et al. (2004). The relations of effortful control and impulsivity to children´s resiliency and adjustment. *Child Development, 75,* 25-46. doi:10.1111/j.1467-8624.2004.00652.x

Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. M., & Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48,* 552-560. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01726.x

Eliot, A. O. (1990). Group coleadership: a new role for parents of adolescents with anorexia and bulimia nervosa. *Int J Group Psychother., 40,* 339-351.

Elliot, D. S. (1994). Serious violent offenders: onset, developmental course, and termination. *Criminology, 32,* 1-21.

Ellis, D. A., Frey, M. A., Naar- King, S., Templing, T., Conningham, P. B., & Cakan, N. (2005). Use of Multisystemic Therapy to improve regimen adherence among adolescents with

type 1 diabtes in chronic poor metabolic control: a ramdomized control trial. *Diabtes Care, 28,* 1604-1610.

Ellis, D. A., Naar-King, S., Frey, M. A., Templing, T., Rowland, M., & Greger, N. (2004). Use of Multisystemic Therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in poor metabolic control: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11,* 315-324.

Elustondo Ferre, I. (2010). Revisión histórica sobre la psicoterapia de grupos en España. *Teoría y práctica grupoanalítica, 1,* 1-22.

Engle, B. & Macgowan, M. J. (2009). A critical review of adolescent substance abuse group treatments. *J Evid Based Soc Work, 6,* 217-243.

Escudero, C. (2013). Las relaciones sentimentales en la adolescencia. *Revista electrónica de información para padres de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 6*.

Escudero, C. & García-Vilianova, E. (1997). Grupos de psicoterapia con niños y adolescentes. In E.Gamo Medina & E. Gómez (Eds.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública* (pp. 107-119). Madrid: A.E.N.P.

Eysenck, S. B. & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports, 43,* 1247-1255.

Fabian, J. M. (2001). Adult criminal behavior and morality: Analysis of moral reasoning in offenders and nonoffenders. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 61,* 3360.

Fagan, P. (1994). Los sin padre. *Diario El Nacional,* p. A5.

Faraone, S. V. (2006). TDHA y trastornos por consumo de drogas. *Revista de Toxicomanías, 48,* 15-19.

Fariña, F., Vázquez, M. J., Mohamed, L., & Novo, M. (2010). *Conducta antisocial y psicopatología: estudio de la evolución natural y del riesgo de desviación en una muestra de menores.* Trabajo presentado en el 10º Congreso virtual de Psiquiatría "Interpsiquis 2". recuperado el 21 de noviembre de 2010 de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_ general_y_otras_areas/urgencias_psiq/suicidio/39696/

Farrington, D. P. (1986). Age and crime. In M.Tonry & M. Morris (Eds.), *Crime and justice* (pp. 187-219). Chicago: University of Chicago Press.

Farrington, D. P. (1989). Early predictors of adolescent aggressions and adult violence. *Violence and victims, 4 (2),* 79-100.

Farrington, D. P. & Loeber, R. (2000). Some benefits of dichotomization in psychiatric and criminological research. *Crim Behav Ment Health, 10,* 100-122.

Fergusson, D. M., Wanner, B., Vitaro, F., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. (2003). Deviant peer affiliations and depression: Confounding or causation?. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*.

Fernández Hermida, J. R. & Secades, R. (2001). *Evaluación del Programa Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Fernández Liria, A. & Rodríguez Vega, B. (2002). *Intervención en crisis*. Madrid: Síntesis.

Fernandez Rivas, A., Gonzalez Torres, M. A., Abeijon Merchan, J. A., Bravo Albizu, B., Fernandez de Legaria Larranaga, J. A., Guadilla Fernandez, M. L. et al. (2010). *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los problemas de conducta en la adolescencia*. (1ª ed.) San Sebastián: Osteba.

Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., & Levín, M. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología, 21,* 72.

Foley, D. L., Eaves, L. J., Wormley, B., Silberg, J. L., Maes, H. H., Kuhn, J. et al. (2004). Childhood Adversity, Monoamine Oxidase A Genotype, and Risk for Conduct Disorder. *Arch Gen Psychiatry., 61,* 738-744. doi:10.1001/archpsyc.61.7.738.

Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 2. Suicidatily, criminality and social dysfunction in adulthood. *British Journal of Psychiatry, 179,* 218-223.

Foshee, V. & Bauman, K. E. (1992). Parental and peer characteristics as modifiers of the bond-behavior relationship: an elaboration of control theory. *Journal of Health and Social Behavior, 33,* 66-76.

Foulkes, S. H. (2005). *Introducción a la psicoterapia grupoanalítica*. Barcelona: Cegaop Press.

Freedman, J. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities.* Gene Combs.

Freud, S. (2003a). Psicología de las masas y análisis del "yo". In L.López-Ballesteros & J. Numhauser Tognola (Eds.), *Obras Completas de Sigmund Freud* (pp. 2563-2610). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (2003b). Totem y tabú. In L.López-Ballesteros & J. Numhauser Tognola (Eds.), *Obras Completas de Sigmund Freud.* (pp. 1745-1850). Madrid: Biblioteca Nueva.

Frías, M., Corral, V., López, A., Díaz, S., & Peña, E. (2001). Predictores familiares y conductuales de la problemática escolar en alumnos de secundaria y preparatoria. *Revista de Psicología de la PUCP, 19,* 237-256.

Frick, P. J. & Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clin.Child Fam.Psychol.Rev., 2,* 149-168.

Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S., & Gavazzi, S. M. (2003). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *J Marital Fam Ther, 29,* 491-504.

Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S., & Gavazzi, S. M. (2014). Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 4,* 254-262.

Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., & Young, M. E. (2009). Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry, 66,* 1013-1021.

Fuentes, M. J., Apodaka, P., Etxebarría, I., Ledesma, A. R., López, F., & Ortiz, M. J. (1993). Empatía, role-taking y concepto de ser humano como factores asociados a la conducta prosocialaltruista. *Infancia y Aprendizaje, 61,* 73-87.

Gámez-Guadix, M. & Calvete, E. (2012). Violencia filioparental y su asociación con la exposición a la violencia marital y la agresión de padres a hijos. *Psicothema, 24,* 277-283.

Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial en la adolescencia:correlatos socio-emocionales, predictores y diferencia de género. *Psicología Conductual, 13,* 197-215.

Garaigordobil, M., Álvarez, Z., & Carralero, V. (2004). Conducta antisocial en niños de 10 a 12 años: factores de personalidad asociados y variables predictoras. *Análisis y Modificación de conducta, 130,* 241-271.

García Badaracco, J. E. (1989). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar.* Madrid: Tecnipublicaciones.

García Badaracco, J. E. (1999). El grupo multifamiliar en el contexto de la psicoterapia en general: V Jornadas del I.E.P.P.M. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática, 18,* 23-36.

García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo.* Buenos Aires: Paidós.

García Badaracco, J. E. (2005). El psicoanálisis multifamiliar, para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana. *Revista de Psicoanálisis, 64,* 919-936.

García Badaracco, J. E. (2011). Virtualdad sana. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática, 31,* 61-68.

García, J. & Orellana, M. C. (2008). Variables psicológicas moduladoras de la autodefinción del perfil en procesos de acoso escolar: el papel del género y el curriculum escolar. *European Journal of Education and Psychology, 1,* 41-55.

García, P. & Magaz, L. (1998). *Escala Magallanes de adaptación*. Madrid: Albor COHS.

Garrido, M. & Espina, A. (2001). *Terapia familiar: aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Gergen, K. (1994). *Realities and relationships. Soundings in social construction.* Cambridge: Harvar University Press.

Girón García, S. S., Martínez Delgado, J. M., & González Sáiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos, 4,* 161-170.

Gladstein, G. (1983). Understanding empathy: Integrating counselling, developmental and social psychology perspectives. *Journal of counselling psychology, 30,* 467-482.

Glaser, D., Prior, V., & Lynch, M. A. (2001). *Emotional abuse and emotional neglect: antecedents, operational definitions and consequences.* New York: British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect.

Glisson, C., Schoenwald, S. K., Hemmelgarn, A., Green, P., Dukes, D., Armstrong, K. S. et al. (2010). Randomized trial of MST and ARC in a two-level EBT implementation strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78,* 537-550.

Goleman, D. (1995). *Emotional inteligence*. New York: Bantam.

Gómez Esteban, R. (1997). Una perspectiva histórica de la psicoterapia de grupo. In Asociación Española de Neuropsiquiatría (Ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*

(pp. 9-38). Barcelona: Paidós.

Gómez Fraguela, J. A., Luengo Martín, M. A., Romero Triñanes, E., VillarTorres, P., & Sobral Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and HealthPsychology, 6,* 581-597.

Goodnight, J. A., Lahey, B. B., Van Hulle, C. A., Rodgers, J. L., Rathouz, P. J., Waldman, I. D. et al. (2012). A Quasi-Experimental Analysis of the Influence of Neighborhood Disadvantage on Child and Adolescent Conduct Problems. *J Abnorm Psychol, 121,* 95-108. doi:10.1037/a0025078

Gordon, J. M. (2003). The long-term effects of divorce and remarriage. *Dissertation Abstracts International, 63*(10), 4902B. (UMI No. 3068634)

Grimm, K. & Mackowiak, K. (2006). KES--training for parents of children with conduct behaviour problems. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr., 55,* 363-383.

Guimón, J. (2007). *Manual de terapias de grupo. Tipos, modelos y programas.* (2ª ed.) Madrid: Biblioteca Nueva.

Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. The voices in treatment meeting: A dialogical analysis of ther treatment meeting conversation in family-sentred psychiatric treatment process in regard to team activity. *Jyväskilä Studies in Education, Psycholgy and Social Research, 130,* 119-126.

Hage, S., Van Meijel, B., Fluttert, F., & Berden, G. F. (2009). Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: what are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 16,* 661-669. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01454.x

Haim, A. (1970). *Les suicides d'adolescents.* Paris: Bibliothèque Scientifique.

Haley, J. (1976). *Problem solving therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Harrison, T. (2000). *Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield Experiments*. Londres: JKP.

Hautmann, C., Hanish, C., Mayer, I., Plück, J., & Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behavior (PEP) in children with symptoms of attention-deficit/hiperactivity disorder and opositional defiant disorder generalization to the real world. *J Neurol Transm, 115,* 363-370.

Hengeller, S. W. (1999). Multisystemic therapy: an overview of clinical procedures, outcomes and policy implications. *Child psychology and psychiatry review, 4,* 2-10. doi:10.1111/1475-3588.00243

Hengeller, S. W. (2012). Multysistemic therapy: clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Intervention, 21,* 181-193.

Hengeller, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., & Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74,* 42-54.

Hengeller, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwlad, S. K., & Haley, J. H. (1993). Family preservation using multysistemic treatment: Long-term fllow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies, 2,* 283-293.

Hengeller, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., & Urey, J. M. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behaviour and family interactions. *Developmental Psychology, 22,* 132-141.

Hengeller, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, Sheidow, A. J., Ward, D. M., Randall, J. et al. (2003). One-year follow-up multsystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youth in psychiatric crisis. *Journal of the american Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52,* 542-551.

Hengeller, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., Ward, D., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B. et al. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the american Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 1331-1339.

Henggeler, S. W. (1997). *Treating Serious Anti-Social Behavior in Youth: The MST Approach*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Henggeler, S. W., Borduin C.M.., Melton G.B., Mann, B. J., Smith L., Hall, J. A. et al. (1991). Effects of multisystemic therapy on drug use and abuse in serious juvenile offenders: A progress report from two outcome studies. *Family Dynamics of Addiction Quarterly, 1,* 40-51.

Henggeler, S. W. & Borduin, C. M. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders and their families. In I.M.Schwartz & P. AuClaire (Eds.), *Home-based services for troubled children* (pp. 113-130). Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.

Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., Schoenwald, S. K., & Brondino, M. J. (1996). Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *Journal of Adolescence, 19,* 47-61.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 953-961.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin C.M., Rowland M.D., & Cunningham P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J., & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatments to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31,* 155-167.

Herrero, O., Ordoñez, F., Salas, A., & Colom, R. (2002). Adolescencia y comportamiento antisocial. *Psicothema, 14,* 340-343.

Hersh, K. & Borum, R. (1998). Command hallucinations, compliance and risk assessment. *Journal ofthe American Acedemy of Psychiatry and Law, 26,* 353-359.

Hidalgo Vicario, M. I. (2006). *Introducción. Factores de riesgo y protección.* Sesión plenaria presentada en X Congreso de SEPEAP, Granada.

Himmelstein, J. (2003). Serotonin and aggression in children with attention deficit/Hyperactivity disorder: A prospective follow-up study. *Dissertation Abstract International, 63,* 4372B.

Hoffman, M. L. (1984). The relantionship of psycholgy to delinquency: a comprehensive approach. *Adolescence, 19,* 55-61.

Hoffman, M. L. (1990). Empathy and Justice Motivation. *Motivation and Emotion, 14,* 151-172.

Hollesen, A., Clausen, L., & Rokkedal, K. (2013). Multiple family therapy for adolescents with anorexia nervosa: a pilot study of eating disorder symptoms and interpersonal functioning. *Journal of Family Therapy, 35,* 53-67. doi:10.1111/1467-6127.12000

Holma, J. & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy, 19,* 463-477.

Huang, B., White, H. R., Kosterman, R., Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (2001). Developmental Associations between Alcohol and interpersonal aggression during Adolescence. *Journal ofResearch in Crime and Delinquency, 38,* 64-83.

Huesmann, R. (1988). An information processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior, 14,* 13-24.

Huesmann, R. & Eron, L. (1989). Individual differences and the trait of aggression. *European Journalof Personality, 3,* 95-106.

Huesmann, R., Eron, L., Czilli, E., & Maxwell, C. (1996). Evaluating the role of normative beliefs as mediators and moderators in the prevention of aggression. In *XII World Meeting of ISRA*. 25-30 August, Strasbourg, France.

Inglés, C. I., Benavides, G., Redondo, R., García-Fernández, J. M., Ruiz-Esteban, C., Estévez, C. et al. (2009). Conducta prosocial y rendimiento académico en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *Anales de Psicología, 25,* 93-101.

Ito, Y., Teicher, M. H., Glod, C. A., Harper, D., Magnus, E., & Gelbard, H. A. (1993). Increased prevalence of electro physiological abnormalities in children with psychosocial, physical,sexual abuse. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences., 5,* 401-408.

Jang, S. J. & Johnson, B. R. (2003). Strain, negative emotions and deviant coping among African Americans: A test of general strain theory. *Journal of Quantitative Criminology, 19,* 79-105.

Jauregui Lobera, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria, 2,* 158-198.

Javaloyes-Sanchís, M. A. & Redondo Romero, A. M. (2005). Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros trastornos del

comportamiento. *Curso de formación continuada en psiquiatría infantil.Pediatr Integral., 6,* 27-37.

Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 33,* 59-91.

Jeammet, P. (2011). Innovaciones en clínica y psicopatología de la adolescencia. *Psicopatol.salud ment., 17,* 47-53.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12,* 597-605.

Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Esteban, B., & Waschgler, K. (2014). Influence of attitudes, impulsivity, and parental styles in adolescents' externalizing behavior . *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105314523303

Jung, C. G. (2003). *Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*. Madrid: Trotta Editorial.

Kaes, R. (1995). *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo.* Buenos Aires: Amorrortu.

Kancyper, L. (1997). *La confrontación generacional*. Buenos Aires: Paidós.

Kaplan, H. B. (1984). *Patterns of juvenile delinquency*. Beverly Hills: Sage.

Karande, S. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder--a review for family physicians. *Indian J Med Sci, 59,* 546-555.

Kasius, M. C., Ferdinan, R. V., Van de Berg, H., & Verhulst, F. C. (1997). Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied disciplines, 38,* 625-632.

Kaufman, E. (1999). Family therapy: other drugs. In M.Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (Second ed., pp. 389-400). Washington, D. C.: The American Psychiatric Press.

Kaufman, E. & Kaufman, P. (1977). Multiple Family Therapy: a new direction in the treatment of drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 4,* 467-478.

Kazdin, A. E. & Buela-Casal, G. (2002). *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia.* Madrid: Pirámide.

Kendler, K., Prescott, C., Myers, J., & Neale, M. (2003). The structure of of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry, 60,* 929-937.

Kernberg, P., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents.* New York: Basic Books.

King, R. A. (2007). Adolescence. In Martin A. & Volkmar F.R. (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook.* (4ª ed., pp. 279-291). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.

Kiser, L. J., Donohue, A., Hodgkinson, S., Medoff, D., & Black, M. (2010). Strengthening Family Coping Resources: The Feasibility of a Multifamily Group Intervention for Families Exposed to Trauma. *J Trauma Stress, 23,* 802-806. doi:10.1002/jts.20587

Kitzman-Ulrich, H., Hampson, R., Wilson, D. K., Presnell, K., Brown, A., & O'Boyle, M. (2009). An Adolescent Weight-Loss Program Integrating Family Variables Reduces Energy Intake. *J Consult Clin Psychol, 77 (3),* 463-473. doi:10.1037/a0014527

Klapman, J. W. (1959). *Group Psychotherapy. Theory annd Practice.* Nueva York: Grune and Straton.

Klingberg, S. & Buchkremer, G. (2001). Follow-up-studies: importance, methology, organization. *Psychotherapie, 6 (2),* 211-217.

Koremblit de Vinacur, N. (2014). Parentalidad en la adolescencia. In E.Rotenberg (Ed.), (pp. 239-244). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Krueger, R. F. & Tackett, J. L. (2003). Personality and psycopathology: working toward the bigger pictures. *Journal of Personality Disorders, 17,* 109-128.

Kumpfer, K. L., Whiteside, H. O., & Greene, J. A. (2010). Effectiveness Outcomes of Four Age Versions of the Strengthening Families Program in Statewide Field Sites. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 14*, 211-229. doi:DOI: 10.1037/a0020602

La Roche, M. J., Koinis-Mitchell, D., & Gualdron, L. (2006). A culturally competent asthma management intervention: a randomized controlled pilot study. *Ann Allergy Asthma Immunol, 96,* 80-85.

Laird, R., Pettit, G., Doge, K., & Bates, J. (2003). Change in parents' monitoring knowledge: links with parenting, relationship quality, adolescent beliefs and antisocial behavior. *Social Development, 12*, 401-419.

Langbein, L. & Bess, R. (2002). Sports in school: source of amity or antipathy? *Social Sciencec Quarterly, 83*, 436-454.

Laqueur, H. (1972). Mechanims of Change in multiple family therapy. In C.Sager & H. Kaplan (Eds.), *Progress in group and family therapy* (pp. 58-87). New York: Brunner Mazel.

Laqueur, H. P., Laburt, H. A., & Morong, E. (1974). Terapia familiar múltiple: nuevos desarrollos. In e.Haley J (Ed.), *Tratamiento de la familia.* (pp. 70-81). Barcelona.

Lazartiguez, A. (2000). La Familia eb Francia. In Mérida: Universidad de los Andes.

Lee, T. (2008). Family Integrated Transitions (FIT): Reducing Juvenile Justice Recidivism in a Cost-Effective Manner. In *55º Congreso Anual de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Chicago.

Lemmens, G., Eisler, I., Dierick, P., Lietaer, G., & Demyttenaere, K. (2009). Therapeutic factors in a systemic multi-family group treatment for major depression: patients' and partners' perspectives. *Journal of Family Therapy, 31,* 250-269. doi:10.1111/joft.2009.31.issue-3

Lemmens, G., Eisler, I., Migerode, L., Heireman, M., & Demyttenaere, K. (2013). Family discussion group therapy for major depression: a brief systemic multi-family group intervention for hospitalized patients and their family members. *Journal of Family Therapy, 29,* 49-68. doi:10.1111/j.1467-6427.2007.00369.x

Lemos Giráldez S., Vallejo Seco G., & Sandoval Mena M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-report (YSR). *Psicothema 14(4),* 816-822.

Lemos S., Fidalgo A.M., Calvo P., & Menéndez P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema 4(1),* 21-48.

Lemos, S., Fidalgo, A. M., Calvo, P., & Menéndez, P. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report. *Psicothema, 14,* 21-48.

Leung, K. & Ylau, S. (1989). Effects of self-concept and perceived disapproval of delinquent behavior in school children. *Journal of Youth and Adolescence, 18,* -345.

Levy-Shiff, R. (1982). The effect of father absence on young children in mother-headed families. *Child Development, 53,* 1400-1405.

Lewis, C. & Lamb, M. E. (2003). Father´s influences on children development: the evidence from two-parent families. *European Journal of Psychology of Education, 23,* 211-228.

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse., 27,* 651-688.

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof , G. A., Ungaro, R., & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing Multidimensional Family Therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 36,* 49-63.

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E. et al. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22,* 13.

Littell, J. H., Popa, M., & Forsythe, B. (2007). Terapia multisistémica para los problemas sociales,emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años (Revisión Cochrane traducida). In *La Biblioteca Cochrane Plus* (2 ed.), Oxford: Update Software Ltd.

Little, J. H., Popa, M., & Forsythe, B. (2008). Terapia multisistémica para los problemas sociales, emocionales y de conducta de niños y adolescentes entre 10 y 17 años. *Salud Pública Mex, 45,* 124-131.

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, B. A. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years. *Journal of th e American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 1468-1484.

Loeber, R. & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Developmental and Psychopathology, 12,* 737-762.

López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., & López, J. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años mediante el CBCL. *Anales de Psicología, 26*, 325-334.

López-Yarto, L. (2002). Terapia de grupo o terapia en grupo. *Aperturas psicoanalíticas*.

Lozano González, L. & García Cueto, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema, 12*, 340-343.

Lund, J. & Merrell, J. (2002). Social and anti social behavior of children with learning and behavioral disorders: Construct validity of the Horne and Community Social Behavior Scales. *Journal of Psychoeducational Assessment, 19*, 112-122.

Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). Disorganized attachment: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J.Cassidy & P.R.Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* (2nd ed., pp. 666-697). New York: Guilford.

Maestre, E., Moya, J., Edo, S., Mezquita, L., Ruipérez, M. A., & Villa, H. (2009). Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños. Ponencia presentada en Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume I, Castellón.

Maguin E., Hawkins J.D., Catalano R.F., Hill K., Abbott R., & Herrenkohl T. (1995). Risk factors measured at three ages for violence at age 17-18. Paper presented at the American Society of Criminology, Boston.

Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children´s adjustment: Contributions of development timing and subtype. *Development and Psychopathology, 13*, 759-782.

Marcos Sierra, J. A. (2010). *Evaluación de la eficacia de un programa de psicoterapia multifamiliar con equipo reflexivo en adictos a opiáceos en tratamiento con metadona.* (Tesis doctoral) . Universidad de Sevilla. Sevilla.

Mardomingo Sanz, M. J. & Soutullo Esperón, C. (2009). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente.* Madrid: Editorial Panamericana.

Marmorstein, N. & Iacono, W. G. (2003). Major depression and conduct disorder in a twin sample: Gender, functioning, and risk for the future psychopathology. *Journal of the american Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 225-233.

Marsh, H. W., Parada, R. H., Yeung, A. S., & Healey, J. (2001). Agressivve school troublmakers and victims: A Longitudinal model examining the pivotal role of self-concept. *Journal of Educational Psychology, 93,* 411-419.

Martínez Azumendi, O. (1989). El concepto de matriz grupal. *R.A.E.N., 9,* 232-252.

Martínez-Pampliega, A. & Rivero, N. (2009). Instrumentos de evaluación familiar desde el modelo circumplejo. *Cuadernos de terapia familiar, 72-73,* 129-142.

Martorell, M. C., González, R., Ordóñez, A., & Gómez, O. (2011). Estudio confirmatorio del cuestionario de conducta antisocial (CCA) y su relación con variables de personalidad y conducta antisocial. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP), 1,* 97-114.

Marty, P. (1995). *El orden psicosomatico. Los movimientos individuales de vida y muerte*. Valencia: Promolibro.

Marvel, F., Rowe, C. L., Colon-Perez, L., DiClemente, R. J., & Liddle, H. A. (2009). Multidimensional family therapy HIV/STD risk-reduction intervention: an integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders. *Fam Process, 48,* 69-84.

Mascaró Masri, N. (2006). Constitución de un Grupo Multifamiliar en una Institución Publica. *Avances en Salud Mental Relacional, 5,* 1-6.

Mascaró Masri, N. (2007). Crisis y contención: el grupo multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional, 6,* 1-9.

Mascaró Masri, N. (2011). La transferencia. Nuevas perspectivas en la clínica del grupo de psicoanálisis multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional, 10,* 1-7.

Mason, W. A. & Windle, M. (2002). Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: a longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 11,* 63-76.

Masterson, J. F. (1984). *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. New York: Brunner/Mazel Publishers.

Mathias, C. W., Stanford, M. S., Marsh, D. M., Frick, P. L., Moeller, F. G., Swann, A. C. et al. (2007). Characterizing aggressive behavior with the Impulsive/Premeditated Aggression Scale among adolescents with conduct disorder. *Psychiatry Research, 151,* 231-242.

Matud, M. P., Bethencourt, J. M., Anduez, P., Marrero, R. J., Caballeira, M., & López, M. (2002). Diferencias de género en estrés crónico. *Avances en Psicología Clínica Americana, 20,* 79-91.

Mazet, P. & Houzel, D. (1981). La adolescencia y sus trastornos. In Mazet P. & Houzel D. (Eds.), *Psiquitría del niño y del adolescente.* (pp. 243-270). Barcelona: Editorial Médica y Técnica, SA.

McCabe, K. M., Lucchini, S. E., Hough, R. L., & Yeh, M. (2005). The Relation Between Violencen Exposure and Conduct Problems Among Adolescents: A Prospective Study . *Am JOrthopsychiatry, 75*, 575-584.

McCown, W. & DeSimone, P. A. (1993). Impulses, impulsivity, and impulsive behaviors:A historical review of a contemporary issue. In W.McCown, J. L. Johnson, & Shure M.B. (Eds.), *The impulsive client. Theory, research, and treatment.* (pp. 1-10). Washington: American Psychological Association.

McFarlane, W. R. (1983). Multiple family groups in schizofrenia. In W.T.McFarlane (Ed.), *Family therapy in schizofrenia* (pp. 141-172). Nueva York: Guildfors Press.

McFarlane, W. R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process, 34*, 127-144.

McFarlane, W. R. & Lynch, S. (2012). Family psychoeducation in clinical high risk and first-episode psychosis. *Adolescent Psychiatry, 2*, 182-194.

McGuire, J. & Priestley, P. (1995). Reviewing "what works": past, present and future. In J.McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending* (pp. 3-34). Chichester: Wiley.

McKenney, A. & Dattilo, J. (2001). Effects of an intervention within a sport context on the prosocial behavior and antisocial behavior of adolescents with disruptive behavior disorders. *Therapeutic Recreation Journal, 35*, 123-140.

McKenzie, K. R. (1990). *Time-limited Group Psychotherapy*. New York: Editorial American Psychiatric Press.

McRoberts, C., Bulingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative eficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics, 2,* 101-107.

Mehl, A., Tomanová, J., Kubena, A., & Papezová, H. (2013). Adapting multi-family therapy to families who care for a loved one with an eating disorder in the Czech Republic combined with a follow-up pilot study of efficacy. *Journal of Family Therapy, 35,* 82-101. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00579.x

Mendenhall, A. N., Fristad, M. A., & Early, T. J. (2009). Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: Effects of multifamily psychoeducation groups (MFPGs). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77 (3),* 463-473. doi:10.1037/a0014527

Meneses, R., Feldman, L., & Chacon, G. (1999). Estrés, apoyo social y salud en la mujer con roles múltiples. *Interamerican Journal of Psychology, 33,* 109-132.

Mestre, V., Samper, P., & Frías, M. D. (2002). Procesos cognitivos predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema, 2,* 227-232.

Milmaniene, J. E. (1995). *El goce y la ley*. Buenos Aires: Paidós.

Milner, J. S. & Crouch, J. L. (1999). Child physical abuse: Theory and research. In Hampton R.L. (Ed.), *Family violence: Prevention and treatment* (pp. 33-65). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mitchell, S. J., Lewin, A., Horn, I. B., Rasmussen, A., Sanders-Phillips, K., Valentine, D. et al. (2009). Violence exposure and association between young african american mother´s discipline and child problem behavior. *Academic Pediatrics, 9,* 157-163. doi:10.1016/j.acap.2009.02.003

Moffitt, T. E. (1987). Parental mental disorder and offspring criminal behavior: an adoption study. *Psychiatry, 50,* 346-360.

Moreno, J. L. (1987). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de cultura económica.

Mundt, C. & Backenstrass, M. (2001). Prospects in psychotherapy research. *Nervenarzt, 72,* 11-19.

Muñoz García, J. J., Navas Collado, E., & Graña Gómez, J. L. (2005). Factores psicológicos de riesgo y protección para la conducta antisocial en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría, 33,* 366-373.

Muñoz, J. (2004). Factores de riesgo y protección de la conducta antisocial en adolescentes. *Revista Psiq.Fac Med Barna, 31,* 21-27.

Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., & Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes.* Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Naar-King, S., Ellis, D., Koldomin, K., Cunningham, P., Jen, K. L. C., Saelens, B. et al. (2009). A randomized pilot study of multisystemic therapy targeting obesity in African-American adolescents. *Journal of Adolescent Health, 45,* 417-419.

Nasio, J. D. (2011). *¿Cómo actuar con un adolescente difícil? Consejos.* Buenos Aires: Paidós.

Nitsun, M. (1996). *The Antigroup*. Londres: Routledge.

Odgen, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health, 9,* 77-83.

Oetting, E. R., Donnermeyer, J. F., & Deffenbacher, J. L. (1998). Primary socialization theory. The influence of the community on drug use and deviance. III. *Substance Use and Misuse, 33,* 1629-1665.

Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: Suatainability of therapy effectiveness two years after intake. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 11,* 142-149.

ÓMoore, M. & Kikham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bulling behavior. *Aggressive-Behavior, 27,* 269-283.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10: Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. Editorial Médica Panamericana: Madrid.

O´Shea, M. D. & Phelps, R. (1985). Multiple family therapy: current status and critical appraisal. *Family Process, 24,* 555-582.

Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica, 29,* 85-95.

Paré, D. A. (1995). Of families and other cultures: the shifting paradigm of family therapy. *Family Process, 34,* 1-19. doi:10.1111/j.1545-5300.1995.00001.x

Parry, A. (1991). A universe of stories. *Family Process, 30,* 37-54.

Pastor, Y., Balaguer, I., & García Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: Un modelo exploratorio. *Psicothema, 18,* 18-24.

Patterson, G. R. (1982). *Coercitive family process*. Eugene, OR: Castalia Press.

Pentz, T. R. (1994). Developmental considerations in the inpatient treatment of adolescents. In Ghuman H.S. & Sarles R.M. (Eds.), *Handbook of Adolescent Inpatient Psychiatric Treatment.* (pp. 203-223). New York: Brunner/Mazel Publishers.

Pérez García, M. & Jiménez Barbero, J. A. (2012). *Influencia del género en el desarrollo de trastornos de conducta: Los estilos parentales*. (1ª ed.) Madrid: Editorial Académica Española.

Pevalin, D., Wade, T. J., & Brannigan, A. (2003). Precursors, consequences and implications for stability and change in preadolescent antisocial behaviors. *Prevention Science, 4,* 123-136.

Pfeiffer, C. (1998). Juvenile Crime and Violence in Europe. *Crime and Justice - A Review of Research, 23*.

Pfeiffer, C. (2014). Violencia juvenil: concepto, tipos e incidencia. In Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Piaget, J. (1958). *The Growth of Logical Thinking*. New York: Basic Books.

Piehler, T. F. (2011). Peer Influence. In B.B.Brown & M.J.Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 249-259). Oxford: Elseiver.

Pines, M. (1998). The self as a group, the group as a self. In Harwood I.H. & Pines M. (Eds.), *Self experiences in group. Intersubjective and self psychological pathways to human understanding.* (pp. 141-155). Londres: Jessica Kingsley.

Pleck, E. H. & Pleck, J. H. (1977). Fatherhood ideals in the United States: Historical dimensions. In *The role of the father in child development,* ed. M. Lamb. New York: Wiley.

Polier, G. G., Herpertz-Dahlmann, B., Matthias, K., Konrad, K., & Vloet, T. D. (2010). Associations between trait anxiety and psychopathological characteristics of children at high risk for severe antisocial development. *Atten Defic Hyperact Disord, 2,* 185-193.

Portuondo, J. L. (1972). *Psicoterapia de grupo*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Póstel, J. & Quétel, C. (1987). *Historia de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.

Priett, K. (2000). *Fatherneed: Why father care is as essential as mother care to your child*. Nueva York: The Free Press.

Puig, I. J. (1998). Los recursos yoicos en el Psicoanálisis Multifamiliar. In *Simposium Anual de Asociación Psicoanalítica Argentina*.

Quinn, W. H. & Van Dyke, D. (2004). A Multiple Family Group Intervention for first-time juvenile offenders: comparison with probation and dropouts on recivism. *Journal of Comunnity Psychology, 32,* 177-200.

Quinsey, V. L., Book, A., & Lalumiere, M. L. (2001). A Factor analysis of traits related to individual differences in antisocial behavior. *Criminal Justice Behavior, 28,* 33-42.

Ramos Vicente, Y. & González Seijo, J. C. (2007). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. *BOL PEDIATR 2007, 47,* 116-124.

Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav., 32,* 146-157.

Raya Trenas, A. F. (2008). *Estudio sobre los estilos educativos parentales y su relación con los trastornos de conducta en la infancia.* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba. Córdoba.

Raya, A. F., Herruzo, J., & Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema, 20,* 691-696.

Raya, A. F., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology, 2,* 211-222.

Raya, A. F., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2012). La interacción entre padres e hijos y su relación con los problemas de conducta externalizantes. *Análisis y Modificación de conducta, 38,* 59-69.

Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Barcelona: Anagrama.

Reedtz, C., Handegard, B., & Morch, W. (2011). Promoving positive parenting practices in primary pare: outcomes and mechanisms of change in a randomized controlled trial risk reduction trial. *Scand J Psychol, 52,* 131-137.

Regnerus, M. D. (2001). *Adolescent socialization and avoiding trouble: A perspective on religious influences* (tesis doctoral). University of North Carolina, Chapel Hill.

Rhodes, P., Fennessey, K., Dickens, K., Whatson, L., Wilson, A., & Donelly, M. (2014). Transforming practice in developmental disability services through systemic and dialogical practice. *Journal od Systemic Therapies, 33,* 1-16.

Ribakoviene, V. (2002). Externalizing and internalizing problems of adolescent suicide attempters. *Medicina (Kaunas), 38,* 398-404.

Roa, L. & Del Barrio, M. V. (2002). Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa, 8,* 37-51.

Roa, L. & Del Barrio, V. (2001). Adaptación del cuestionario de crianza parental (PCRI-M) a pobleción española. *Revista Latinoamericana de Psicología, 33,* 329-341.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. et al. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema, 16,* 203-210.

Rodulfo, R. (2012). *Padres e hijos*. Buenos Aires: Paidos.

Romero, E., Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A., & Otero, J. M. (1998). *Familia, iguales y conducta antisocial: Examen de un modelo interaccional.* Comunicación presentada en el congreso Crimes Ibéricos. Braga, Potugal.

Romero, E., Luengo, M. A., & Otero, J. M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes. *Revista de Psicología Social, 19,* 149-159.

Romero, E., Luengo, M. A., & Otero, J. M. (1998). A longitudinal approach to the relationship between self-esteem and antisocial behaviour. In J.Bermúdez, B. De Raad, J. de Vries, A. M. Pérez, A. Sánchez, & J. L. Van Heck (Eds.), *Personality Psychology in Europe*. Tilburg, Holanda: Tilburg University Press.

Rosagro Escámez, F. (2013). *Consumo de psicofármacos. Prevalencia y factores asociados al consumo en una población de gemelos de la Región de Murcia.* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Murcia.

Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R., & Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol., 36,* 79-84.

Rotenberg, E. & Stenger, E. (2012). La "Consulta Terapéutica" en el contexto de la Escuela de Padres Multifamiliar. In Buenos Aires.

Rowe, C. (2010). Multidimensional family therapy: addresing co-ocurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family based-treatment. *J Child Psychol Psichiatry, 19,* 563-576.

Ruiz, P., Lozano, E., & Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría, 10,* 157-162.

Rutan, J. S. & Stone, W. N. (2001). *Psychodinamic Group Psychotherapy*. Londres: Guildfor Press.

Rutter, M., Giller , H., & Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.

Sanabria, A. M. & Uribe Rodríguez, A. F. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Perspectiva Psicológica, 6,* 257-274.

Sánchez, M. C. & Cantón, E. (2001). La práctica de actividad fisico-deportiva de riesgo como herramienta preventiva de conductas desajustadas psicosocialmente. *Revista de Psicología del Deporte, 10,* 225-236.

Sanders, M. R. & Turner, K. M. (2005). Reflections on the Challenges of Effective Dissemination of Behavioural Family Intervention: Our Experience with the Triple P - Positive Parenting Program. *Child and Adolescent Mental Health, 10,* 158-169. doi:10.1111/j.1475-3588.2005.00367.x

Sandler, I. N., Ayers, T. I., Wolchik, S. A., Tein, J., Kwok, O., Haine, R. A. et al. (2003). The Family Breavement Program: Efficacy Evaluation of a Theory-Based Prevention Program for Parentally Bereaved Children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 587-600. doi:DOI: 10.1037/0022-006X.71.3.587

Sasot-Llevadot, J., Ibáñez-Bordas, R. M., Soto-López, A., Montañés-Rad, F., Gastaminza-Pérez, J. A., Cantó-Díez, T. et al. (2015). Consenso del GEITDAH sobre los trastornos de conducta en niños y adolescentes. *Rev Neurol, 61,* 167-182.

Satin, W., La Greca, A. M., Zigo, M. A., & Skiler, J. S. (1989). Diabetes in adolescence: effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. *J.Pediatr.Psychol., 14,* 259-275.

Sawyer, A. M. & Borduin, C. M. (2011). Effects of MST through midlife: A 21.9-year follow up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79,* 643-652.

Schaefer G. (2008). Multiple Family Group Therapy in a Drug and Alcohol Rehabilitation Centre. *ANZJFT, 29,* 17-24.

Schaeffer, C. M. & Borduin, C. M. (2005). A long-term follow up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenle offenders. *Journal of consulting and clincal psychology, 73,* 445-453.

Scheidlinger, S. (1996). Historia de la terapia de grupo. In H.I.Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Schmeck, K. & Poutska, F. (2001). Temperament and disruptive behavior disorders. *Psychopatology, 34,* 163.

Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., & Thömke, V. (2005). Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences and results. *Journal of Family Therapy, 27,* 132-141. doi:10.1111/j.1467-6427.2005.00304.x

Schroeder, C. S. & Gordon, B. N. (1991). *Assessment and treatment of childhood problems: a clinician´s guide.* Nueva York: Guilford.

Schweizer, K. (2002). Does Impulsivity Influence Performance in Reasoning? *Personality andIndividuals Differences, 33,* 1031-1043.

Scott, S., Sylva, K., Dooland, M., Price, J., Jacobs, B., & Crook, C. e. a. (2010). Randomized controlled trials of parents group of child antisocial behavior targetign multiple risk factors: the Spokes proyect. *J Child Psychol Psychiatry, 51,* 48-57.

Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescensymptomatology. *Journal of Adolescence, 23,* 675-691.

Seikkula, J. (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or Way of Life? *The Australian and New Zeland Journal of Family Therapy, 32,* 179-193.

Seikkula, J., Alarake, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in firs-episode psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psycholgy, 14,* 247-266.

Seikkula, J., Alarake, B., & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: A comaprison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology, 14,* 267-284.

Seikkula, J., Alarake, B., Aaltonen, J., Holma, J., & Rasinkangas, A. (2003a). Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenic patients. *Ethical Human Sciences and Services, 5,* 163-182.

Seikkula, J. & Laitila, A. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy, 38,* 667-687.

Seikkula, J. & Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Procces, 42,* 403-418.

Seikkula, J. & Trimble, D. (2005). Healing elements of Therapeutic Conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process, 44,* 461-475.

Sempere Pérez, J. (2005). El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes. *Psicopatol.salud ment, 5,* 93-100.

Sempere Pérez, J. (2012). Nexos del modelo de psicoanálisis multifamiliar con otros enfoques terapéuticos. Consideraciones acerca de una nueva epistemología. *Teoría y práctica grupoanalítica, 2*, 11-20.

Sempere Pérez, J., Fuenzalida Muñoz, C., Pérez Medrano, A., Mesa Pérez, A., Jadraque, R., Ruvira Ruvira, B. et al. (2012). Análisis del modelo de terapia grupal multifamiliar aplicado en instituciones del sureste español. *Teoría y práctica grupoanalítica, 2,* 109-122.

Sempere Pérez, J. & Fuenzalida, C. (2013). Terapia interfamiliar: de la "terapia de familia" a la "terapia entre familias". Análisis y difusión del modelo terapéutico. *Psicoterapia y Psicodrama, 1,* 88-105.

Sempere Pérez, J., Rodado Martínez, M. J., & Fuenzalida Muñoz, C. (2011). La reorganización de un área de salud mental infanto-juvenil en torno a la terapia grupal. *Teoría y práctica grupoanalítica, 1,* 256-276.

Sempere Pérez, J., Rodado Martínez, M. J., & Fuenzalida Muñoz, C. (2012). Un modelo de atención ambulatoria a niños con trastornos mentales graves y sus familias. Experiencia grupal. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente,* 73-80.

Sempere Pérez, J. (2015). *Terapia Interfamiliar: análisis y descripción de la aplicación de un nuevo modelo de terapia multifamiliar* (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Murcia.

Serbin, L. A. & Karp, J. (2004). The integrational transfer of psychosocial risk: Mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psycology, 55,* 333-363.

Sezov, D. D. (2002). *The contribution of empathy to harmony in interpersonal relationship.* Section B, Dissertations Abstract International.

Shek, D. & Tang, V. (2003). Violent behavior in Chinese adolescents with an economic disadvantage. Psycological family and inerpersonal correlates. *International Journal of AdolescentsMedicine and Healts, 15,* 219-233.

Shotter, J. (1993). *Conversational realities. Constructing life through language*. Londres: Sage.

Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry, 8,* 118-127.

Simons, K. J., Paternite, C. E., & Shore, C. (2001). Quality of Parent/Adolescent Attachment and Aggression in Young Adolescent. *Journal of Early Adolescence, 21,* 182-203.

Slavson, S. R. (1976). *Tratado de Psicoterapia Grupal Analítica*. Buenos Aires: Paidós.

Smith, C. & Thornberry, T. P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology, 33,* 181-192.

Smith, D. K. (2002). *Gender differences in behavior change during treatment with chronically delinquent youths.* University of Oregon, EE.UU.

Sobral, J., Romero, E., Luengo, A., & Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: Amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema, 4,* 661-670.

Solís-Cámara Reséndiz, P. & Díaz Romero, M. (2007). Relaciones entre creencias y prácticas de crianza de padres con niños pequeños. *Anales de Psicología, 23,* 177-184.

Solomon, D. A., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Kelley, J., & Miller, I. W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disord, 10 (7),* 798-805. doi:10.1111/j.1399-5618.2008.00624.x.

Stagoll, B. (1993). Aspects of family therapy. *Current Opinion in Psychiatry, 6,* 343-347.

Stambaugh, L. F., Mustillo, S. A., Burns, B. J., Stephens, R. L., Baxter, B., Edwards, D. et al. (2007). Outcomes from wraparound and multisystemic therapy in center for mental health services system-of-care demonstration site. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15,* 143-155.

Steffenhagen, R. A. (1980). Self-esteem theory of drug abuse. In D.J.Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives.* Rockville Maryland: National Institue on Drug Abuse.

Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families, Systems, & Health., 16,* 55-70.

Stenger, E. M. (2014). Las interdependencias entre padres e hijos. Sus manifestaciones clínicas en el contexto multifamiliar. In E.Rotenberg (Ed.), *Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos.* (pp. 109-116). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Stern, S., Doolan, M., Staples, E., Smuthkler, G., & Eisler, I. (1999). Dusruption and reconstruction: narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process, 38,* 353-369.

Stronski, S. M., Ireland, M., Michaud, P. A., Narring, F., & Resnick, M. D. (2000). Protective correlates of stages in adolescent substance use: a swiss national study. *Journal of Adolescent Health, 26,* 420-427.

Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). Hostility and withdrawal in marital conflict: Effects on parental emotional unavailability and inconsistent discipline. *Journal of Family Psychology, 20,* 227-238.

Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, Dirección General de Asistencia Sanitaria, & Servicio Murciano de Salud. (6-3-2015). Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013. Extraído el 6 de marzo de 2015, de http://www.e-drogas.es/documents/10156/a6afb1bd-e611-424c-b0b8-3c4ea77408ca

Sullerot, E. (1993). *El nuevo padre*. Barcelona: B Ediciones.

Sundell, K., Hansson, K., Lofholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., & Kadesjo, C. (2008). The transportability of MST to Sweden: short-term results from a randomized trial of condu

Sunyer, J. M. (2008a). Aspectos históricos de la psicoterapia grupal. In *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* (pp. 91-107). Madrid: Biblioteca Nueva.

Sunyer, J. M. (2008b). Factores terapéuticos y psicoterapéuticos. In *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* (pp. 109-126). Madrid: Biblioteca Nueva.

Sunyer, J. M. (2008c). La función verbalizante I. Aprendiendo de los pacientes. Fase inicial del grupo. In *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* (pp. 349-428). Madrid: Biblioteca Nueva.

Sunyer, J. M. (2008d). *Psicoterapia grupoananlítica. La co-construcción de un conductor de grupos.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Sutela, M. (2012). Visiting Open Dialogue: "What is it, what it looks like and how it is experienced". *The Australian and New Zeland Journal of Family Therapy, 33,* 283-284. doi:10.1017/aft.2012.45

Swenson, C. C., Schaeffer, C., Hengeller, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24,* 497-507.

Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Pérez Vidal, A., & Hervis, O. E. (2006). Outpatient drug abuse treatment for Hispanics adolescents. *Drug and Alcohol Dependence, 84,* 54-63.

Szapocznik, J., Pérez Vidal, A., Brickman, A. L., Foote, F. H., Santiesteban, E., Hervis, O. et al. (1998). Engaging adolescents drug abuse and their families intreatment: a strategic structural systems approach. *J Consult Clin Psycho, 156,* 552-557.

Teicher, M. (2004). Maltrato infantil, desarrollo cerebral y violencia juvenil. In Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Teicher, M. H., Dumont, N. L., & Ito, Y. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological psychiatry, 56,* 80-85.

Thornberry, T. P. (2004). Delincuentes juveniles: características y consecuencias. In Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Thorup, A., Peterson, L., Jeppesen, P., Øhlenschlæger, J., Christensen, T., Krarup, G. et al. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis-results from the Danish OPUS trial. *Schizophr Res, 79,* 95-105.

Timmons-Mitchel, J., Bender, M. B., Kishna, M. A., & Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35,* 227-236.

Tinoco Ponciano, E. L., Tavares Cavalcanti, M., & Féres-Carneiro, T. (2010). Observando os grupos multifamiliares em uma instituição psiquiátrica. *Rev Psiq Clín*. *37(2),* 43-47.

Toch, H. (1992). *Violent men. An inquiry into the psychology of violence.* Washington: American Psychological Association.

Torrubia, R. (2004). El delincuente. In J.Sanmartin (coord.) (Ed.), *El laberinto de la violencia* (pp. 267-281). Barcelona: Ariel.

Tremblay, R. E. (2001). The development of the physical aggression during childhood and the predictions of later dangerousness. In G.Pinard & L. Pagani (Eds.), *Clinical Assessment of Dangerousness: Empirical Contributions*. New York: Cambridge University Press.

Trianes Torres, M. V., Cardelle-Ellawar, M., Blanca Mena, M. J., & Muñoz Sánchez, A. M. (2003). Contexto social, género y competencia social autoevaluada en alumnos andaluces de 11-12 años. *Revista electrónica de investigación psicoeducativa y psicopedagógica, 2*.

Uliaszek, A. A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K., & Maslar, M. (2014). A Pilot Intervention of Multifamily Dialectical Behavior Group Therapy in a Treatment-Seeking Adolescent Population: Effects on Teens and Their Family Members. *Family Journal, 22,* 206-215.

Ulland, D., Andersen, A. J. W., Larsen, I. B., & Seikkula, J. (2014). Generating Dialogical Practices in Mental Health: experiences from southern norway, 1998-2008. *Adm Policy Ment Health, 41,* 410-419. doi:10.1007/s10488-013-0479-3

Valdez, C. R., Mills, C., Barrueco, S., Leis, J., & Riley, A. (2011). A pilot study of family-focused intervention for children and families affected by maternal depression. *Journal of Family Therapy, 33,* 3-19.

Valdez, C. R., Padilla, B., Moore, S., & Magaña, S. (2013). Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of Fortalezas Familiares intervention for Latino families facing maternal depression. *Fam Process, 52,* 394-410. doi:10.1111/famp.12033

Van Noppen, B., Steketee, G., Mc Corkle, B. H., and Pato, M. (1997). Group and ultifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *Journal of anxiety disorder, 11,* 431-446.

Velázquez, H. A., Cabrera, F. P., Chaine, S. M., Caso-López, A. C., & Torres N.B. (2002). Risk and proactive factors for aggressive behavior, and its generalizatio in a sample of Mexican school children. *Salud Mental, 25,* 27-40.

Vermeiren, R., Deboutte, D., Ruchkin, V., & Schwab-Stone, M. (2002). Antisocial Behavior and Mental Health: Findings from three communities. *European Child and Adolescent Psychiatry, 11,* 168-175.

Villanueva Suárez, C., Baro Santamarta, C., & González de la Higuera Monterroso, E. (1998). Tres años con adolescentes en un servicio de salud mental comunitario. In E.Gamo Medina (Ed.), *Terapias e intervenciones grupales* (pp. 427-433). Madrid: A.E.N.P.

Villar, P., Luengo, M. A., Gómez Fraguela, J. A., & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema. *Psychothema, 15,* 581-588.

Villarraga, L. (1999). *Presencia y pertenencia paterna en la familia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, División de Investigación.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Moreno San Pedro, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología, 16,* 139-146.

Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. (5ª ed.) Barcelona: Paidós.

Voloshinov, V. (1996). *Marxism and the philosophy of language*. (6ª ed.) Massachusttes: Harvard University Press.

Wattie, M. (1994). Multiple family group therapy. *Journal of Child and Youth Care, 9,* 31-38.

Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science, 244,* 160-166.

Widom, C. S. & Maxfiel, M. G. (1996). A prospective examination of risk for violence among abused and neglected children. In Ferris C.F. & Grisso T. (Eds.), *Understanding aggressive behavior in children* (pp. 224-237). Annals New York Academy of Sciences.

Williams, J. H. (1994). *Understanding substance use, delinquency involvement, and juvenile justice system involvement among African-American and European-American adolescents.* Unpublished dissertation. University of Washington, Seattle.

Winnicott, D. W. (1984). *Deprivación y delincuencia*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.

Winnicott, D. W. (2002). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso (1960). In Ediciones Paidós Ibérica (Ed.), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Barcelona.

Wolfe, D. A., Scott, K., Wekerle, C., & Pittman, A. (2001). Child maltreatment: Risk and adjustement problem and dating violence in adolescence. *Journal of the american Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40,* 282-289.

Woolfenden, S. R., Williams, K., & Peat, J. K. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Arch Dis Child, 86,* 251-256.

Worthen, M. F. (2000). *The role of empathy in adolescents friendship.* (Dissertation). University of Dallas. Texas.

Wysocki, T., Harris, M. A., Buckloh, L. M., Mertlich, D., Lochrie, A. S., Mauras, N. et al. (2007). Randomized trial of behavioral family systems therapy for diabetes: maintenance of effects on diabetes outcomes in adolescents. *Diabetes Care, 30,* 555-560.

Yárnoz Yaben, S. ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes (2006). *Anales de Psicología, 22(2),* 175-185.

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol, 4,* 275-303.

Zanini, D. S. & Forns, M. (2004). Coping y psicopatología: comparación entre adolescentes de muestra general y subclínica. *psiquiatria.com, 8 (2).* Extraído el 13 de septiembre de 2015, de http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/310/295/

Zhang, Q., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1997a). Developmental trends of delinquency attitudes and delinquency: replication and synthesis across time and samples. *Journal of Quantitative Criminology, 13,* 181-216.

Zhang, Q., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1997b). Developmental trends of delinquency attitudes and delinquency: replication and synthesis across time and samples. *Journal of Quantitative Criminology, 13,* 181-216.

Zimet, D. M. & Jacob, T. (2001). Influences of marital conflict on child adjustment: Review of theory and research. *Clinical and Child and Family Psychology Review, 4,* 319-335.

Zimmerman, J. L. & Dickerson, V. C. (1996). *If problems talked: Narrative Therapy in action.* New York: Guilford Press.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal.* Erlbaum: Hillsdale, N. J.

ANEXO 1

ANEXO 1. PUBLICACIONES REALIZADAS EN RELACIÓN A ESTE ESTUDIO

-Comunicación en VII Congreso Nacional FAECAP, titulada "Terapia Grupal Multifamiliar: experiencia de un equipo de salud mental infanto-juvenil". Murcia, 2011.

-Comunicación en 56º Congreso de AEPNYA, titulada "La terapia grupal multifamiliar a través de un equipo de salud mental infanto-juvenil". Alicante, 2011.

-Conferencia en XIII Congreso Virtual de Psiquiatria.com, titulada "Terapia grupal multifamiliar y terapia multisistémica para adolescentes con trastorno del comportamiento perturbador", 2012.

-Taller en XII Jornadas Almerienses de Salud Mental, titulado "Intervenciones con grupos multifamiliares". Almería, 2013.

-Conferencia en XV Congreso Virtual de Psiquiatria.com, titulada "Aproximación a la eficacia del grupo multifamiliar en la problemática conductual de la adolescencia", 2014.

-Conferencia en I Jornadas de Buenas Prácticas Clínicas en Salud Mental, titulada "Terapia Grupal Multifamiliar en la problemática conductual adolescente". Murcia, 2014.

-Conferencia en XVI Congreso Virtual de Psiquiatria.com, titulada "Conducta externalizada en adolescentes: comparación entre población general y una muestra clínica", 2015.

-Conferencia en XVI Congreso Virtual de Psiquiatria.com, titulada "Influencia del género en la problemática conductual de adolescentes en un centro de salud mental infanto-juvenil.

-Capítulo de libro de I Jornadas de Buenas Prácticas Clínicas en Salud Mental del Servivio Murciano de Salud, titulado "Abordaje grupal multifamiliar de la problemática conductual adolescente en un centro de salud mental", 2015.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE MURCIA

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

CÓDIGO ☐

El cuestionario que te presentamos a continuación está diseñado para poder conocer datos sobre **la convivencia con tus compañeros de clase y tu grupo familiar.** Te rogamos, por tanto, que para colaborar con nosotros leas atentamente cada pregunta y **respondas a todas las preguntas** siguiendo las instrucciones.

Este cuestionario es **anónimo**, es decir, no te solicitamos que te identifiques personalmente. Por ello, te pedimos la mayor **sinceridad** para que los datos obtenidos sean útiles.

GRACIAS POR TU ATENCIÓN E INTERÉS

CUESTIONARIO 1

DATOS PREVIOS A RELLENAR **Fecha de hoy:**

Fecha de nacimiento (día/mes/año):

……

5. Curso:……

6. Nota media del último trimestre:

7. Sexo:
a. Chico ☐
b. Chica ☐

8. Número total de hermanos:……

¿Qué puesto ocupas entre ellos?:…..

9. ¿Cómo han sido tus calificaciones académicas en los últimos 4 años?
a. Altas ☐
b. Medias ☐
c. Bajas ☐

10. Nivel de estudios de mi padre:
a. Sin estudios. ☐
b. Con estudios básicos. ☐
c. Medios (bachiller). ☐
d. Superiores (universitarios). ☐

11. Nivel de estudios de mi madre:
a. Sin estudios. ☐
b. Con estudios básicos. ☐
c. Medios (bachiller). ☐
d. Superiores (universitarios). ☐

12. ¿Con quién vives?
a. Vivo con mi padre y con mi madre ☐
b. Vivo con mi madre ☐
c. Vivo con mi padre ☐
d. No vivo con mis padres ☐

13. En los últimos 6 meses, ¿has tenido que ser atendido de forma urgente por Psiquiatría o has solicitado tú o tus padres adelanto de la cita prevista con tu psiquiatra o tu psicólogo?
a. Sí ☐
b. No ☐

14. En los últimos 6 meses, ¿has tenido que ser atendido de forma urgente por algún médico no especialista en Psiquiatría?
a. Sí ☐
b. No ☐

15. En los últimos 6 meses, ¿has tenido algún ingreso hospitalario psiquiátrico?
a. Si ☐
b. No ☐

16. En los últimos 6 meses, ¿has tenido algún ingreso hospitalario no psiquiátrico?

a. Sí ☐
b. No ☐

17. En los últimos 6 meses, ¿te ha indicado tu médico o psiquiatra algún tratamiento farmacológico?

a. Sí ☐
b. No ☐

18. ¿Cuántos amigos íntimos tienes aproximadamente?
Ninguno ☐ 1☐ 2 ó 3 ☐ 4 ó más ☐

19. ¿Cuántas veces a la semana realizas actividades con ellos?
Menos de 1 ☐ 1 ó 2 ☐ 3 ó más ☐

Comparándote con los de tu edad, ¿qué tal eres en la relación con?
20. Hermanos: Peor☐ Igual ☐ Mejor ☐
21. Amigos/as: Peor☐ Igual ☐ Mejor ☐
22. Padres: Peor☐ Igual ☐ Mejor ☐
23. Valerte por ti mismo:
Peor☐ Igual☐ Mejor☐

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

CUESTIONARIO 2 **Fecha de hoy:** **CÓDIGO**

A continuación se enumeran diversas frases que describen lo que a ti te pasa ahora o en los últimos 4 meses.

Por favor, rodea con un círculo el MV si lo que dice es *muy verdadero*, o te ocurre *frecuentemente*; el AV si la frase es *algo verdadera* o te sucede *a veces*; y el N si *no es cierta*.

Utiliza para ello la siguiente escala:

N= No es verdad
AV= Algo verdadero o verdad a medias
MV= Muy verdadero o frecuentemente es verdad

Por favor, **contesta a todas las preguntas.**

24.	Me comporto como si tuviera menos edad de la que tengo.	N	AV	MV
25.	Padezco alguna alergia (descríbela):	N	AV	MV
26.	Discuto mucho.	N	AV	MV
27.	Tengo asma.	N	AV	MV
28.	Me comporto como las personas del otro sexo.	N	AV	MV
29.	Me gustan los animales.	N	AV	MV
30.	Suelo fanfarronear.	N	AV	MV
31.	Tengo problemas para concentrarme o mantener la atención.	N	AV	MV
32.	No puedo apartar la mente de ciertos pensamientos (pon ejemplos):	N	AV	MV
33.	Tengo dificultad para mantenerme sentado/a.	N	AV	MV
34.	Dependo demasiado de las personas mayores.	N	AV	MV
35.	Me siento solo/a.	N	AV	MV
36.	Me siento confuso/a o incapaz de comprender las cosas.	N	AV	MV
37.	Lloro mucho.	N	AV	MV
38.	Soy bastante honrado.	N	AV	MV
39.	Soy tacaño/a con los demás.	N	AV	MV
40.	A menudo "sueño despierto" (es decir, me entrego a fantasías)	N	AV	MV
41.	Deliberadamente he tratado de hacerme daño a mi mismo o suicidarme	N	AV	MV
42.	Trato de llamar mucho la atención.	N	AV	MV
43.	Destrozo mis cosas.	N	AV	MV
44.	Destrozo las cosas de los demás.	N	AV	MV
45.	Desobedezco a mis padres.	N	AV	MV
46.	Desobedezco en el colegio.	N	AV	MV
47.	Soy mal comedor/a.	N	AV	MV
48.	No me relaciono con los demás.	N	AV	MV
49.	No me siento culpable cuando hago algo que está mal.	N	AV	MV
50.	Siento celos de los demás.	N	AV	MV
51.	Estoy dispuesto/a a ayudar a los demás cuando lo necesitan.	N	AV	MV
52.	Le tengo miedo a algunos animales, situaciones o lugares distintos del colegio/instituto (pon ejemplos):	N	AV	MV
53.	Tengo miedo de ir al colegio/instituto.	N	AV	MV
54.	Tengo miedo de pensar o hacer algo malo.	N	AV	MV
55.	Pienso que tengo que ser perfecto/a.	N	AV	MV
56.	Pienso que nadie me quiere.	N	AV	MV
57.	Creo que los demás quieren fastidiarme o que vienen por mí.	N	AV	MV
58.	Pienso que no valgo para nada o que soy inferior.	N	AV	MV

59.	Con frecuencia me hago daño sin querer.	N	AV	MV
60.	Me meto en muchas peleas.	N	AV	MV
61.	Me toman mucho el pelo.	N	AV	MV
62.	Suelo andar con chicos/as que se meten en problemas.	N	AV	MV
63.	Oigo cosas que ninguna otra persona parece oír (pon ejemplos):	N	AV	MV
64.	Actúo sin pararme a pensar.	N	AV	MV
65.	Me gusta estar solo/a.	N	AV	MV
66.	Miento o engaño.	N	AV	MV
67.	Me muerdo las uñas.	N	AV	MV
68.	Soy nervioso/a.	N	AV	MV
69.	Tengo tics o movimientos nerviosos en algunas partes de mi cuerpo (pon ejemplos):	N	AV	MV
70.	Tengo pesadillas.	N	AV	MV
71.	No les gusto a los demás.	N	AV	MV
72.	Puedo hacer algunas cosas mejor que la mayoría.	N	AV	MV
73.	Soy demasiado miedoso/a o ansioso/a.	N	AV	MV
74.	Siento vértigo.	N	AV	MV
75.	Siento demasiada culpabilidad.	N	AV	MV
76.	Como demasiado.	N	AV	MV
77.	Me siento muy cansado/a o agotado/a.	N	AV	MV
78.	Tengo excesivo peso.	N	AV	MV
	Tengo problemas físicos sin una causa médica conocida:			
79.	a. Dolores o achaques.	N	AV	MV
80.	b. Dolores de cabeza.	N	AV	MV
81.	c. Náuseas y mareos.	N	AV	MV
82.	d. Problemas con la vista (descríbelos):	N	AV	MV
83.	e. Sarpullidos o erupciones en la piel.	N	AV	MV
84.	f. Dolores o calambres en el estómago.	N	AV	MV
85.	g. Vómitos.	N	AV	MV
86.	h. Otros (descríbelos):	N	AV	MV
87.	Ataco físicamente a la gente.	N	AV	MV
88.	Me picoteo o pellizco la piel u otras partes del cuerpo (por ejemplo):	N	AV	MV
89.	Puedo ser bastante simpático/a.	N	AV	MV
90.	Me gusta intentar cosas nuevas.	N	AV	MV
91.	Mi rendimiento escolar es flojo.	N	AV	MV
92.	Soy algo torpe o coordino mal los movimientos.	N	AV	MV
93.	Me gustaría más estar con chicos/as mayores que con los de mi edad.	N	AV	MV
94.	Me gustaría más estar con chicos/as más pequeños que con los de mi edad.	N	AV	MV
95.	Me niego a hablar.	N	AV	MV
96.	Repito constantemente algunas acciones (descríbelas):	N	AV	MV
97.	Me escapé de casa.	N	AV	MV
98.	Grito mucho.	N	AV	MV
99.	Soy reservado/a me guardo las cosas para mí mismo/a.	N	AV	MV
100.	Veo cosas que nadie más parece ser capaz de ver (descríbelas):	N	AV	MV
101.	Soy inseguro/a o fácilmente me siento desconcertado/a.	N	AV	MV
102.	Provoco incendios.	N	AV	MV
103.	Puedo trabajar bien con mis manos.	N	AV	MV
104.	Suelo presumir o darme importancia.	N	AV	MV

105.	Soy tímido/a.	N	AV	MV
106.	Duermo menos que la mayoría.	N	AV	MV
107.	Duermo más que la mayoría durante el día o por la noche.	N	AV	MV
108.	Tengo buena imaginación.	N	AV	MV
109.	Tengo algún problema de lenguaje (descríbelo):	N	AV	MV
110.	Sé defender mis derechos.	N	AV	MV
111.	Robo cosas en mi casa.	N	AV	MV
112.	Robo en otros lugares fuera de mi casa.	N	AV	MV
113.	Almaceno cosas que no necesito (pon ejemplos):	N	AV	MV
114.	Hago cosas que a otros les pueden parecer extrañas (descríbelas):	N	AV	MV
115.	Tengo pensamientos que otros creerían que son extraños (descríbelos):	N	AV	MV
116.	Soy terco/a.	N	AV	MV
117.	Mi humor o estado de ánimo cambia repentinamente.	N	AV	MV
118.	Me gusta estar en compañía de otras personas.	N	AV	MV
119.	Soy desconfiado/a.	N	AV	MV
120.	Hago juramentos o utilizo un lenguaje sucio.	N	AV	MV
121.	Pienso en suicidarme.	N	AV	MV
122.	Me gusta hacer reír a los demás.	N	AV	MV
123.	Hablo demasiado.	N	AV	MV
124.	Molesto mucho a los demás.	N	AV	MV
125.	Tengo un carácter fuerte.	N	AV	MV
126.	Pienso demasiado en el sexo.	N	AV	MV
127.	Amenazo con hacer daño a la gente.	N	AV	MV
128.	Me gusta ayudar siempre a los demás.	N	AV	MV
129.	Me obsesiono demasiado con estar limpio/a y bien cuidado/a.	N	AV	MV
130.	Tengo problemas para dormir. Subraya un tipo de problema (el más frecuente): me cuesta coger el sueño, me despierto muchas veces después de coger el sueño, me despierto antes de tiempo y no me vuelvo a dormir.	N	AV	MV
131.	Falto a clase o dejo de acudir al colegio.	N	AV	MV
132.	No tengo mucha energía.	N	AV	MV
133.	Me siento desgraciado/a, triste o deprimido/a.	N	AV	MV
134.	Cuando hablo, grito más que los demás o impongo mi opinión levantando la voz.	N	AV	MV
135.	Consumo alcohol, tabaco o drogas no prescritas por el médico (descríbelas):	N	AV	MV
136.	Procuro ser amable con los demás.	N	AV	MV
137.	Disfruto cuando alguien cuenta un buen chiste.	N	AV	MV
138.	Me tomo la vida con calma.	N	AV	MV
139.	Procuro ayudar a la gente cuando puedo.	N	AV	MV
140.	Me gustaría pertenecer al otro sexo.	N	AV	MV
141.	Evito mezclarme con los demás.	N	AV	MV
142.	Me preocupo mucho.	N	AV	MV

CUESTIONARIO 3 **Fecha de hoy:** **CÓDIGO** ☐

Por favor, rodea con un círculo la casilla "SI" o "NO", según se ajuste a **tu forma de ser o de pensar**. **No hay respuestas correctas o incorrectas, ni preguntas con trampa**. Responde con cierta **rapidez** y no pienses demasiado el significado exacto.

Por favor, **contesta a todas las preguntas**.

		A	B
143.	A veces soy brusco/a o bruto/a con los demás.	SI	NO
144.	Llego puntual a todos los sitios.	SI	NO
145.	Me gusta todo tipo de comida.	SI	NO
146.	A veces desobedezco a mis padres.	SI	NO
147.	Recojo los papeles que otros tiran al suelo.	SI	NO
148.	A veces digo "mentirijillas" a mis compañeros.	SI	NO
149.	Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas.	SI	NO
150.	Hago inmediatamente lo que me piden.	SI	NO
151.	Todas las personas me caen bien.	SI	NO
152.	Alguna vez he hecho "oídos sordos" o me he "hecho el sordo" cuando me llamaban.	SI	NO
153.	Comparto todas mis cosas con los demás.	SI	NO
154.	Me es difícil acabar mi trabajo si me disgusta.	SI	NO
155.	Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpas.	SI	NO
156.	A veces "fardo" o "me flipo" delante de mis compañeros.	SI	NO

157. SOBRE TU SINCERIDAD: Hay muchos motivos por los cuales algunas personas no desean ser totalmente sinceras. Teniendo en cuenta todas tus respuestas, ¿cómo calificarías tu sinceridad?

a. Totalmente sincera ☐
b. Más bien sincera ☐
c. No muy sincera ☐
d. He mentido mucho ☐

UNIVERSIDAD DE MURCIA

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

CÓDIGO ☐

CUESTIONARIO 4 **PARA LA MADRE** **Fecha de hoy:**

Las frases que presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lea cada frase con atención y decida cuál es la mejor que define lo que usted siente**.** Si está **muy de acuerdo,** rodee con un círculo las iniciales **MDA** de la pregunta que corresponda**, DA** si está de acuerdo**, ED** si está en desacuerdo y **ETD** si está en total desacuerdo.

Utiliza para ello la siguiente escala:

MDA= Muy De Acuerdo (*sí*)
DA= De Acuerdo *(sí a veces)*
ED= En Desacuerdo (*no a veces*)
ETD= En Total Desacuerdo (*no*)

(1)236.	Cuando mi hijo/a está molesto por algo, generalmente me lo dice.	MDA	DA	ED	ETD
(2)237.	Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(3)238.	Estoy tan satisfecha de mis hijos como otros padres.	MDA	DA	ED	ETD
(4)239.	Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(5)240.	Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(6)241.	Cuando toca criar al hijo me siento sola.	MDA	DA	ED	ETD
(7)242.	Mis sentimientos acerca de la maternidad cambian de día en día.	MDA	DA	ED	ETD
(8)243.	Los padres deben proteger a sus hijos de aquellas cosas que les pueden hacer infelices.	MDA	DA	ED	ETD
(9)244.	Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué.	MDA	DA	ED	ETD
(10)245.	Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños/as.	MDA	DA	ED	ETD
(11)246.	Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir cómo se siente.	MDA	DA	ED	ETD
(12)247.	Me preocupa mucho el dinero.	MDA	DA	ED	ETD
(13)248.	Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(14)249.	La maternidad es una cosa natural en mí.	MDA	DA	ED	ETD
(15)250.	Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar rabietas.	MDA	DA	ED	ETD
(16)251.	Quiero a mi hijo/a tal como es.	MDA	DA	ED	ETD
(17)252.	Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida.	MDA	DA	ED	ETD
(18)253.	Mi hijo/a nunca tiene celos.	MDA	DA	ED	ETD
(19)254.	A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(20)255.	Mi hijo/a me cuenta cosas de él/ella y de los amigos.	MDA	DA	ED	ETD
(21)256.	Desearía poder poner límites a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(22)257.	Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones.	MDA	DA	ED	ETD
(23)258.	Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin niños, me volveré loca.	MDA	DA	ED	ETD
(24)259.	Me arrepiento de haber tenido hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(25)260.	A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren.	MDA	DA	ED	ETD
(26)261.	Mi hijo/a pierde el control muchas veces.	MDA	DA	ED	ETD
(27)262.	El ser madre no me satisface tanto como pensaba.	MDA	DA	ED	ETD
(28)263.	Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel.	MDA	DA	ED	ETD
(29)264.	Ahora tengo una vida muy estresada.	MDA	DA	ED	ETD
(30)265.	Nunca me preocupo por mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(31)266.	Me gustaría que mi hijo/a no me interrumpiera cuando hablo con otros.	MDA	DA	ED	ETD
(32)267.	Los padres deberían dar a sus hijos todo lo que ellos no tuvieron.	MDA	DA	ED	ETD
(33)268.	Como madre, normalmente, me siento bien.	MDA	DA	ED	ETD
(34)269.	Algunas veces me siento agobiada por mis responsabilidades de madre.	MDA	DA	ED	ETD

(35)270.	Me siento muy cerca de mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(36)271.	Me siento satisfecha con la vida que llevo actualmente.	MDA	DA	ED	ETD
(37)272.	Nunca he tenido problemas con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(38)273.	No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca.	MDA	DA	ED	ETD
(39)274.	Mi hijo/a puede estar seguro de que yo lo/a escucho.	MDA	DA	ED	ETD
(40)275.	A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(41)276.	Me preocupo por los deportes y otras actividades de mi hijo/a	MDA	DA	ED	ETD
(42)277.	Mi esposo y yo compartimos las tareas domésticas.	MDA	DA	ED	ETD
(43)278.	Nunca me he sentido molesta por lo que mi hijo/a dice o hace.	MDA	DA	ED	ETD
(44)279.	Mi hijo/a sabe qué cosas pueden enfadarme.	MDA	DA	ED	ETD
(45)280.	Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(46)281.	Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo cuenta.	MDA	DA	ED	ETD
(47)282.	Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer.	MDA	DA	ED	ETD
(48)283.	Ser madre es una de las cosas más importantes de mi vida.	MDA	DA	ED	ETD
(49)284.	Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños.	MDA	DA	ED	ETD
(50)285.	Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas.	MDA	DA	ED	ETD
(51)286.	Mi hijo/a me oculta sus secretos.	MDA	DA	ED	ETD
(52)287.	Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(53)288.	Creo que conozco bien a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(54)289.	Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(55)290.	Me pregunto si hice bien en tener hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(56)291.	Debería hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(57)292.	Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro.	MDA	DA	ED	ETD
(58)293.	Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(59)294.	Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a.	MDA	DA	ED	ETD
(60)295.	Mis hijos sólo hablan conmigo cuando quieren algo.	MDA	DA	ED	ETD
(61)296.	La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(62)297.	Es mejor razonar con los niños que decirles lo que deben hacer.	MDA	DA	ED	ETD
(63)298.	Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(64)299.	Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo.	MDA	DA	ED	ETD
(65)300.	Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como el ser una buena madre.	MDA	DA	ED	ETD
(66)301.	A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle, pero nunca lo hago.	MDA	DA	ED	ETD
(67)302.	Si volviese a empezar, probablemente no tendría hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(68)303.	Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños.	MDA	DA	ED	ETD
(69)304.	Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad.	MDA	DA	ED	ETD
(70)305.	Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado/a.	MDA	DA	ED	ETD
(71)306.	Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño.	MDA	DA	ED	ETD
(72)307.	Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(73)308.	Los niños menores de 4 años son muy pequeños para estar en la guardería.	MDA	DA	ED	ETD
(74)309.	Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre.	MDA	DA	ED	ETD
(75)310.	Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso.	MDA	DA	ED	ETD
(76)311.	Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(77)312.	No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda.	MDA	DA	ED	ETD
(78)313.	Para el niño es mejor una madre que se dedique a él por completo.	MDA	DA	ED	ETD

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

CUESTIONARIO 4 **PARA EL PADRE** **Fecha de hoy:** **CÓDIGO** ☐

Las frases que presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lea cada frase con atención y decida cuál es la mejor que define lo que usted siente**.** Si está **muy de acuerdo,** rodee con un círculo las iniciales **MDA** de la pregunta que corresponda**, DA** si está de acuerdo**, ED** si está en desacuerdo y **ETD** si está en total desacuerdo.

Utiliza para ello la siguiente escala:

MDA= Muy De Acuerdo *(sí)*
DA= De Acuerdo *(sí a veces)*
ED= En Desacuerdo *(no a veces)*
ETD= En Total Desacuerdo *(no)*

(1)158.	Cuando mi hijo/a está molesto/ por algo, generalmente me lo dice.	MDA	DA	ED	ETD
(2)159.	Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(3)160.	Estoy tan satisfecho de mis hijos como otros padres.	MDA	DA	ED	ETD
(4)161.	Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(5)162.	Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(6)163.	Cuando toca criar al hijo me siento solo.	MDA	DA	ED	ETD
(7)164.	Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día.	MDA	DA	ED	ETD
(8)165.	Los padres deben proteger a sus hijos de aquellas cosas que les pueden hacer infelices.	MDA	DA	ED	ETD
(9)166.	Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué.	MDA	DA	ED	ETD
(10)167.	Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños/as.	MDA	DA	ED	ETD
(11)168.	Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir cómo se siente.	MDA	DA	ED	ETD
(12)169.	Me preocupa mucho el dinero.	MDA	DA	ED	ETD
(13)170.	Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(14)171.	La paternidad es una cosa natural en mí.	MDA	DA	ED	ETD
(15)172.	Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar rabietas.	MDA	DA	ED	ETD
(16)173.	Quiero a mi hijo/a tal como es.	MDA	DA	ED	ETD
(17)174.	Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida.	MDA	DA	ED	ETD
(18)175.	Mi hijo/a nunca tiene celos.	MDA	DA	ED	ETD
(19)176.	A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(20)177.	Mi hijo/a me cuenta cosas de él/ella y de los amigos.	MDA	DA	ED	ETD
(21)178.	Desearía poder poner límites a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(22)179.	Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones.	MDA	DA	ED	ETD
(23)180.	Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin niños, me volveré loco.	MDA	DA	ED	ETD
(24)181.	Me arrepiento de haber tenido hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(25)182.	A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren.	MDA	DA	ED	ETD
(26)183.	Mi hijo/a pierde el control muchas veces.	MDA	DA	ED	ETD
(27)184.	El ser padre no me satisface tanto como pensaba.	MDA	DA	ED	ETD
(28)185.	Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel.	MDA	DA	ED	ETD
(29)186.	Ahora tengo una vida muy estresada.	MDA	DA	ED	ETD
(30)187.	Nunca me preocupo por mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(31)188.	Me gustaría que mi hijo/a no me interrumpiera cuando hablo con otros.	MDA	DA	ED	ETD
(32)189.	Los padres deberían dar a sus hijos todo lo que ellos no tuvieron.	MDA	DA	ED	ETD
(33)190.	Como padre, normalmente, me siento bien.	MDA	DA	ED	ETD
(34)191.	Algunas veces me siento agobiado por mis responsabilidades de padre.	MDA	DA	ED	ETD
(35)192.	Me siento muy cerca de mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD

(36)193.	Me siento satisfecho con la vida que llevo actualmente.	MDA	DA	ED	ETD
(37)194.	Nunca he tenido problemas con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(38)195.	No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca.	MDA	DA	ED	ETD
(39)196.	Mi hijo/a puede estar seguro de que yo lo/a escucho.	MDA	DA	ED	ETD
(40)197.	A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(41)198.	Me preocupo por los deportes y otras actividades de mi hijo/a	MDA	DA	ED	ETD
(42)199.	Mi esposo/a y yo compartimos las tareas domésticas.	MDA	DA	ED	ETD
(43)200.	Nunca me he sentido molesto/a por lo que mi hijo/a dice o hace.	MDA	DA	ED	ETD
(44)201.	Mi hijo/a sabe qué cosas pueden enfadarme.	MDA	DA	ED	ETD
(45)202.	Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(46)203.	Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo cuenta.	MDA	DA	ED	ETD
(47)204.	Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer.	MDA	DA	ED	ETD
(48)205.	Ser padre/madre es una de las cosas más importantes de mi vida.	MDA	DA	ED	ETD
(49)206.	Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños.	MDA	DA	ED	ETD
(50)207.	Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas.	MDA	DA	ED	ETD
(51)208.	Mi hijo/a me oculta sus secretos.	MDA	DA	ED	ETD
(52)209.	Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(53)210.	Creo que conozco bien a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(54)211.	Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(55)212.	Me pregunto si hice bien en tener hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(56)213.	Debería hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(57)214.	Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro.	MDA	DA	ED	ETD
(58)215.	Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(59)216.	Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a.	MDA	DA	ED	ETD
(60)217.	Mis hijos sólo hablan conmigo cuando quieren algo.	MDA	DA	ED	ETD
(61)218.	La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(62)219.	Es mejor razonar con los niños que decirles lo que deben hacer.	MDA	DA	ED	ETD
(63)220.	Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(64)221.	Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo.	MDA	DA	ED	ETD
(65)222.	Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como el ser una buena madre.	MDA	DA	ED	ETD
(66)223.	A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle, pero nunca lo hago.	MDA	DA	ED	ETD
(67)224.	Si volviese a empezar, probablemente no tendría hijos.	MDA	DA	ED	ETD
(68)225.	Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños.	MDA	DA	ED	ETD
(69)226.	Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad.	MDA	DA	ED	ETD
(70)227.	Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado/a.	MDA	DA	ED	ETD
(71)228.	Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño.	MDA	DA	ED	ETD
(72)229.	Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo.	MDA	DA	ED	ETD
(73)230.	Los niños menores de 4 años son muy pequeños para estar en la guardería.	MDA	DA	ED	ETD
(74)231.	Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre.	MDA	DA	ED	ETD
(75)232.	Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso.	MDA	DA	ED	ETD
(76)233.	Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a.	MDA	DA	ED	ETD
(77)234.	No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda.	MDA	DA	ED	ETD
(78)235.	Para el niño es mejor una madre que se dedique a él por completo.	MDA	DA	ED	ETD

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

CÓDIGO [ ]

CUESTIONARIO 5 **PARA EL ADOLESCENTE** **Fecha de hoy:**

Una vez cumplimentados los últimos cuestionarios de este estudio, te planteamos que reflexiones ahora sobre el estado que presentabas antes de haber recibido el tratamiento en este Centro de Salud Mental y reflejes tus conclusiones en las siguientes preguntas.

1. **Posicionamiento frente al sufrimiento:** ¿En alguna ocasión has sentido la necesidad de ayuda psiquiátrica/psicológica antes de haberla recibido?

2. **Metacognición:** ¿Crees que tu conducta ha estado dependiendo de lo que has vivido en tu pasado?

CÓDIGO ☐

CUESTIONARIO DE ABANDONO

Nombre del menor _____
Fecha_____
Centro de Salud Mental de _____

Con el fin de mejorar la atención que prestamos a nuestros pacientes, le agradeceríamos mucho que contestara a esta encuesta y la enviara al centro en el sobre que le incluimos o la dejara en recepción.

1. **¿Cuáles fueron los motivos por los que dejaron de venir al grupo?**
a. Porque mi hijo/a mejoró mucho con la medicación.
b. Porque mi hijo/a mejoró después de varias sesiones de grupo
c. Porque mi hijo/a empeoró después de varias sesiones
d. Porque no quiero o no puedo faltar al trabajo
e. Porque no quiero que mi hijo/a falte tanto a clase
f. Por problemas de tiempo (diferentes del trabajo fuera del domicilio)
g. Por un problema inesperado que nos ha hecho imposible asistir (hospitalización o enfermedad de un familiar, cambio de domicilio, …)
h. Porque no me gusta hablar de cosas mías o de mi familia delante de otras personas
i. Porque no me parecía interesante esta terapia
j. Por problemas con algunos miembros del grupo
k. Por problemas con los terapeutas
l. Porque creo que esta terapia no va resolver nuestros problemas ni los de nuestro hijo
m. Otros (descríbalos con sus palabras):

2. Si no hubiera sido por estos problemas, ¿habría continuado en el grupo? SI NO

3. En general, las sesiones a las que ha asistido, le han ayudado: SI NO
¿Por qué?

4. ¿Cómo valora el estado clínico/comportamiento actual de su hijo?
-Mucho peor.
-Peor.
-Igual.
-Mejor.
-Mucho mejor.

5. Tratamientos recibidos:
-Psiquiátrico.
-Psicológico.
-Ingresos previos: sí/ no Psiquiatría. Otros.

6. Mantendrá tratamiento:
-Psiquiátrico.
-Psicológico.
-Otros.