

**MENORES QUE AGREDEN A SUS PADRES:
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE CRITERIOS PARA LA
CREACIÓN Y APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS ESPECÍFICOS**

Clara Gesteira Santos¹, María González-Álvarez,
Ignacio Fernández-Arias y María Paz García-Vera
*Clínica Universitaria de Psicología.
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

A pesar del incremento que el fenómeno de los menores que agreden a sus padres ha sufrido durante los últimos años, existe una escasez generalizada de tratamientos específicos para esta población y por tanto, también, de estudios sobre la eficacia de los mismos. Tras una revisión de la literatura específica y de una ampliación de la misma a los estudios sobre tratamientos de la delincuencia y de menores con problemas de conducta (empíricamente validados o no) se observan algunas deficiencias en las diferentes aproximaciones que desde la literatura científica se ha hecho al problema. Entre ellas, se señalan fundamentalmente una elevada tasa de abandonos, la falta de poder explicativo del éxito de los tratamientos, un déficit en la capacidad de los mismos para generalizar dichos resultados y mantenerlos en el tiempo, así como una falta de aplicación en contextos clínicos comunes y de individualización del tratamiento en cada caso. Un proceso de evaluación (continua y que incluya, además, seguimientos a largo plazo) y de tratamiento protocolizados, que se apliquen tanto a padres, como a hijos, que permitan su puesta en práctica por diferentes profesionales, y que sean, además, lo suficientemente flexibles como para adecuarse a las necesidades específicas de cada caso se proponen como las soluciones a las problemáticas planteadas anteriormente. El presente artículo, por tanto, pretende plantear criterios fundamentados en la literatura científica para la creación de tratamientos específicos dirigidos a estos menores que agreden a sus padres y que son cada vez más numerosos en nuestra sociedad.

PALABRAS CLAVE: *Violencia; violencia ascendente; violencia familiar; delincuencia juvenil; comportamiento agresivo, problemas de conducta; trastornos de conducta; adolescentes en tratamiento; efectividad del tratamiento, intervención familiar.*

¹*Correspondencia:* Clara Gesteira Santos. Clínica Universitaria de Psicología de la UCM. Campus de Somosaguas, 28223, Madrid.

Fecha de recepción del artículo: 1-09-2009.

Fecha de aceptación del artículo: 3-11-009.

Abstract

Despite the increase in the phenomenon of children who assault their parents in recent years, there is a general lack of attention to this and, as a result, there are very few studies on this matter. After reviewing the literature on this subject and expanding it to the studies on crime and behavioural problems amongst youth (empirically validated or not), it can be observed that there are certain deficiencies in the different approaches from the scientific literature that deal with the problem. Mainly, a high level of abandonment, a lack of explanations about the success of treatments, a deficit in the capacity to generalize the results, a lack of common application in clinical settings, and the treatment individualization in each case have been identified. An evaluation process (including continuous and further long-term monitoring) and treatment protocol, which applies to both parents and children, to enable this to be put into practice by diverse professionals, and which are also flexible enough to meet the specific needs of each case are proposed as solutions to these problems. This article, therefore, seeks to propose standards based on the scientific literature for the creation of specific therapies targeting children who assault their parents and who are increasingly common in our society.

KEY WORDS: *Violence, violence-towards-parents; family-violence; juvenile delinquency; aggressive behavior; conduct-problem; conduct-disorder; adolescents; adolescents-treatment; evidence-based treatment; family-treatment.*

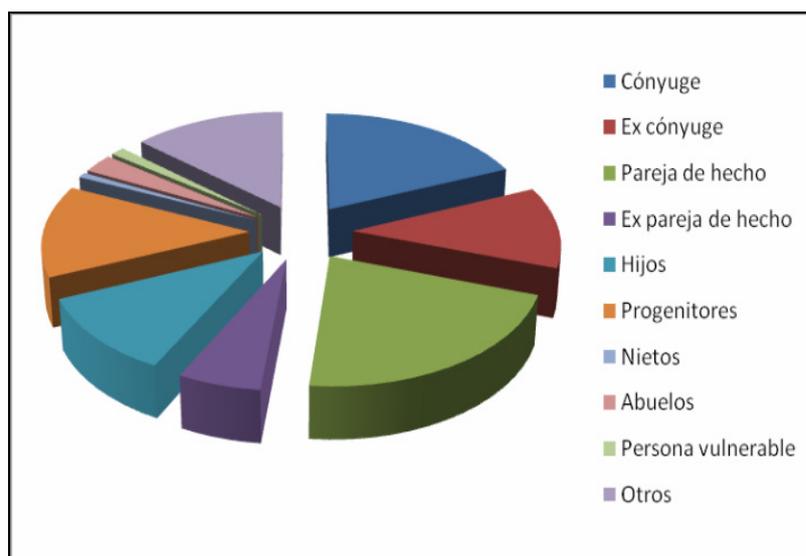
Introducción

En la sociedad actual, los episodios de violencia intrafamiliar son un fenómeno que se da cada vez con mayor frecuencia. En numerosas ocasiones el foco de atención ha recaído en el abuso de los padres hacia los hijos o bien en la violencia de género. Sin embargo, la realidad nos muestra la presencia de una nueva forma de violencia con características propias, que se ha ido diferenciando cada vez más de otros tipos de violencia: la de los hijos que agreden a sus padres física y/o psicológicamente.

De este nuevo fenómeno, dan cuenta, precisamente, los datos aportados por la *Fiscalía General del Estado*, que ya en el año 2006 comienza a registrar de manera sistemática el maltrato ascendente como parte de la categoría de violencia doméstica, diferente de la violencia de género.

Precisamente, en su Memoria de 2007, del número total de procedimientos incoados, es decir, iniciados en sus primeros trámites respecto a violencia doméstica, un 13.30% de los mismos se referían a delitos cometidos por los hijos hacia sus progenitores y un 2.75% hacia sus abuelos (*Gráfico 1*).

Gráfico 1. Datos estadísticos de violencia doméstica del 1 al 31 de diciembre de 2006 (Parentesco entre la víctima y el agresor I.).
Memoria de la Fiscalía General del Estado, año 2007



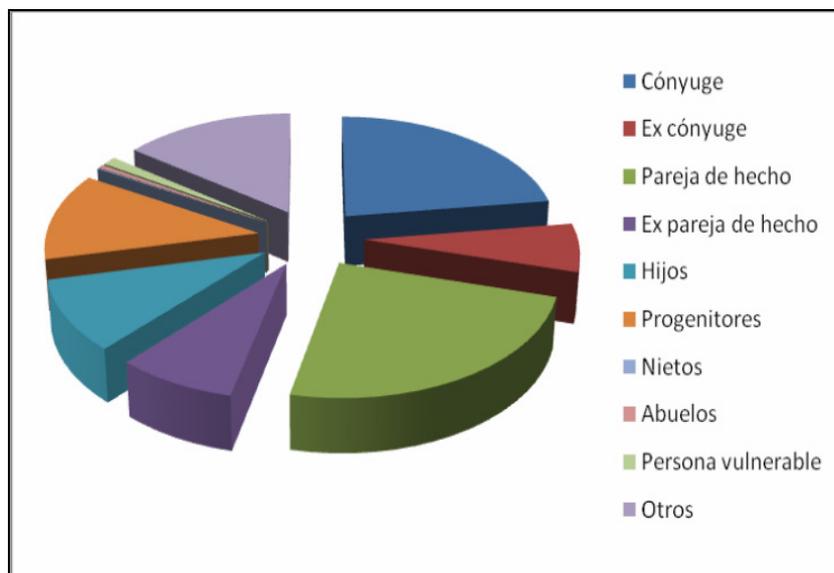
Además, respecto a las cifras específicas relativas al número de incoaciones en ese mismo periodo, ateniéndose nuevamente al parentesco entre las víctimas y el agresor, se encuentran 3.187 casos de agresiones a los progenitores y 642 hacia abuelos u otras personas ascendientes.

A pesar de que en el documento más reciente de 2008, este número disminuye (2013 procedimientos en los que las víctimas eran los progenitores y 78 referidos a otros ascendientes, como los abuelos), en términos porcentuales sigue habiendo una reducción, aunque ésta es menor (*Gráfico 2*). En concreto, el 12,21% de los procedimientos incoados en materia de violencia doméstica durante el 2007 son perpetrados por parte de los hijos hacia sus padres y un 0,47% a los abuelos.

Respecto a los datos reflejados por la *Fiscalía General del Estado*, sin embargo, hay que tener en cuenta que se trata de violencia doméstica en términos generales y que, por tanto, en cuanto a las agresiones de hijos hacia progenitores no se diferencian entre menores y mayores de edad. Además, respecto a los datos de 2006, en la Memoria de 2007 se reconocen grandes dificultades para discriminar entre violencia de género y doméstica, dadas

también ciertas deficiencias en el registro informático. Por último, hay que tener en cuenta, además, que la cifra de datos oficiales no refleja más que aquellos procesos iniciados judicialmente, lo cual podría infraestimar un grueso importante de los casos reales.

Gráfico 2. Datos estadísticos de violencia doméstica del 1 al 31 de diciembre de 2007 (Parentesco entre la víctima y el agresor I.)
Memoria de la Fiscalía General del Estado, año 2008



Tras lo expuesto y pese a que su prevalencia en nuestra sociedad es cada vez mayor, el fenómeno de la violencia ascendente está escasamente investigado en la actualidad lo cual deja numerosas dudas por contestar.

No obstante, y a pesar de que se trata de un área que hasta el momento actual no había tomado relevancia, no se puede decir que se trate de un concepto de nueva creación, ya que es posible encontrar referencias sobre el mismo en investigaciones anteriores y asociado al término *Síndrome de los progenitores maltratados*, como un subtipo de la violencia familiar (Harbin y Madden, 1979; Sears, Maccoby y Levin, 1957; citados por Walsh y Krienert, 2007).

De las escasas definiciones del fenómeno propuestas hasta la fecha, una de las más citadas es la de Cottrell, en 2001, que define la **violencia ascendente** como: *cualquier acto que realiza el menor con la intención de controlar a los*

padres y/o causarles daño psicológico, físico o financiero en ausencia de remordimiento o culpabilidad.

A falta de definiciones sobre el concepto específico, se puede acudir a otras más amplias, y aplicables a todas las formas de abuso. En este sentido, algunos autores sugieren, que *el comportamiento (de un miembro de la familia) se considera violencia si otros miembros de la familia se sienten amenazados, intimidados y controlados* (Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton, 2002)

Por otro lado, esta escasez de definiciones sobre el concepto es coherente, además, con la ausencia de evidencias científicas relacionadas con estudios descriptivos y en consecuencia, de investigaciones sobre resultados de tratamientos específicos centrados en este fenómeno.

Respecto a los primeros, los **estudios de carácter descriptivo**, se encuentran algunos datos que intentan caracterizar a la población de estudio, aunque ni siquiera éstos están exentos de contradicciones que, finalmente, dificultan el trabajo con dicha población. En lo que se refiere a la variable género, por ejemplo, existen trabajos que concluyen que tanto los adolescentes varones como las mujeres pueden participar en todas las formas de violencia hacia los padres (Agnew y Huguley, 1989; Micucci, 1995; TeamCares, 2001; citados por Bobic, 2002; Paulson, Coombs y Landsverk, 1990; citados por Walsh y Krienert, 2007; Cornell y Gelles, 1982; Cottrell, 2001; Cottrell y Monk, 2004; McCloskey y Lichter, 2003; Paterson et al., 2002). Por el contrario, existen otros datos que sugieren una mayor probabilidad de que sean los hijos varones los responsables de las agresiones hacia sus padres (Pagani, Larocque, Vitaro, y Tremblay, 2003; Perera 2006). Finalmente, otros estudios encuentran ligeras diferencias en cuanto al sexo, aunque ninguna estadísticamente significativa. Cornell y Gelles (1982), en este sentido, encontraron que los hijos abusan más que las hijas (11% frente al 7%), empleando asimismo conductas violentas más agresivas (3.4% frente a 2.8%).

Respecto a la edad de los agresores, aparecen nuevamente contradicciones. Pese a ello, y aunque existen estudios en los que se han encontrado distribuciones de la violencia entre los 4 y 14 años e incluso edades más tempranas (Nock y Kazdin, 2002; Ulman y Straus, 2003; citados por Gallagher, 2004), los resultados más consistentes parecen estar relacionados con la presencia de un número de conductas violentas mayor en la adolescencia que a edades más tempranas. No obstante, los estudios reflejan distintos rangos de edad: así, Cottrell (2001) habla de una mayor presencia de estas conductas entre los 12 y 14 años, frente al rango de 15 a 17 propuesto por otros autores (Evans y Warren-Sohlberg, 1988; Strauss, Gelles y Steinmetz, 1988; Wilson, 1996; citados por Bobic, 2002; Paulson et al., 1990; citado por Walsh y Krienert, 2007). Otras investigaciones, por su parte, amplían estos rangos de edad hasta los 24 años (Harbin y Madden, 1979; citados por Perera, 2006).

Los datos enmarcados dentro de las fronteras de nuestro país parecen también corroborar los resultados anteriormente expuestos. En un estudio realizado en el País Vasco, por ejemplo, también se encuentra que los adolescentes varones, con edades comprendidas entre los 14 y 18 años son la población más numerosa de hijos que agreden a sus padres. Se observa, además, una mayor incidencia entre los 14 y 16 años, disminuyendo ésta en el resto de edades (Ibabe, 2007)

Por último, tal y como se mencionaba con anterioridad, la carencia de estudios descriptivos de la población de menores que agreden a sus padres, tiene también como consecuencia, la falta de **estudios sobre tratamientos específicos** para dicha población y su eficacia.

Procedimiento

El objetivo del presente artículo es, hacer una revisión exhaustiva de los tratamientos destinados o, al menos, “adaptables” a la población de menores que agreden a sus padres para poder realizar así un análisis de sus características clínicas y metodológicas principales. A pesar de que la revisión bibliográfica incluyó también el manejo de libros publicados sobre el tema que nos ocupa, el grueso de la misma estuvo constituido por estudios de tipo científico, los cuales supusieron, además, una de las fuentes primarias de información para el tema que nos ocupa.

Estrategias de búsqueda para la identificación de artículos

En primer lugar, dos revisoras independientes, M. G. y C. G., realizaron la búsqueda de los artículos primarios en las siguientes bases de datos:

- PsycINFO: Es la versión en formato electrónico de la publicación *Psychological Abstracts*. Se realiza la búsqueda a través de la página web de la *Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid-BUCM* (mediante el portal *CSA*, al que está actualmente suscrita): <http://www.ucm.es/BUCM/>
- PsycARTICLES: Es una base de artículos con texto completo de las revistas publicadas por la *American Psychological Association-APA*, la *Educational Publishing Foundation*, la *Canadian Psychological Association* y *Hogrefe & Huber*. Se realiza la búsqueda a través de la página web de la *BUCM* (mediante el portal *CSA*, al que está actualmente suscrita): <http://www.ucm.es/BUCM/>

- PSICODOC: La base de datos elaborada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid en colaboración con la Biblioteca de la Facultad de Psicología de la *Universidad Complutense de Madrid-UCM*. Se realiza la búsqueda a través de la propia página web, con acceso gratuito e ilimitado desde la *BUCM*: <http://psicodoc.copmadrid.org/psicodoc.htm>

En la realización de la búsqueda, se emplearon los siguientes descriptores, según los tres niveles de búsqueda señalados con anterioridad:

- Violencia ascendente: *parent abuse, violence towards parents, adolescent violence, juvenile offenders*.
*Para el uso en PSICODOC se emplearon los siguientes términos: *violencia ascendente, padres maltratados, hijos agresores, jóvenes agresores, adolescentes agresores, violencia adolescente, violencia doméstica*.
- Delincuencia juvenil: Se empleó la combinación de un primer subgrupo de términos referentes a la población diana (*adolescent, young person, young people, youth, juveniles, adolescents, teenagers*) con un segundo subgrupo de términos referentes a la criminalidad de los mismos (*juvenile delinquency, crime, violence, offenders, delinquents, troubles, criminal, aggression, dangerous behavior, physical assault, physical attack, physical aggression, direct aggression, overt aggression, knifing, stabbing, gunshot, brutality, bludgeoning, murder, homicide*)
*Para el uso en PSICODOC se emplearon las mismas combinaciones con la traducción de los términos al castellano.
- Trastorno de conducta: *juvenile offenders, treatment conduct problems, conduct disorder, antisocial behavior, behavior disorder, aggressive behavior, child behavior disorder, social behavior disorder*.
*Para el uso en PSICODOC se emplearon los siguientes términos: *Problemas de conducta, problemas comportamiento, trastorno conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial*.
En esta búsqueda no se utilizaron filtros temporales ni de otro tipo.

De los artículos obtenidos a través de las bases de datos (fuente primaria), se obtuvieron otras referencias importantes citadas en los mismos, prestándose especial atención a las referencias hechas a los diferentes estudios de meta-análisis. Las referencias que hacía alusión a libros (fuente secundaria de información) fueron consultadas de manera presencial en la *BUCM (facultad psicología)*. El resto, fueron rastreadas en las bases de datos anteriormente mencionadas. Cuando no fueron halladas de esa manera, se utilizó la aplicación académica del buscador *Google*® (*Google Scholar*) o se acudió a la hemeroteca

de la *BUCM (facultad de psicología)*. Los artículos que no fueron encontrados, se buscaron también de manera presencial en la hemeroteca de la *BUCM*, empleando algunos libros, como el de Kazdin y Weisz (2003). Con ello, se obtuvieron otros artículos que pasaron a conformar la fuente secundaria de información.

La segunda estrategia de búsqueda consistió en la consulta de algunas guías de tratamiento eficaces, tales como las que aparecen integradas en las siguientes organizaciones:

- *Biblioteca Cochrane Plus*. Se trata de la traducción de la *Cochrane Library*, que incluye, además de otras bases de datos, la información procedente de las revisiones de la *Cochrane Collaboration*, una asociación sin ánimo de lucro para los tratamientos empíricamente validados dentro del campo de la salud. Se realiza la búsqueda a través de su propia página web y de manera gratuita en todo el territorio español, gracias a la suscripción del Ministerio de Sanidad y Política Social: <http://www.update-software.com/Clibplus/Clibplus.asp> La ya mencionada búsqueda se realiza además, empleando las siguientes áreas: la *Cochrane Database of Systematic Reviews*, el *Registro Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Controlled Trials Register)* y la *Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness*.
- *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*: Organismo sanitario, asociado a la *National Health Services*, para la promoción de la salud en el territorio de Inglaterra y Gales. Se realiza la búsqueda a través de su propia página web: <http://www.nice.org.uk/> Especialmente se analizan las secciones *Clinical Guidelines* y *Evidence-Based Publications*.
- *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*: Se trata de un organismo encargado de mejorar la calidad de los tratamientos sanitarios en el territorio americano, que dispone, además, de un servicio de traducción en castellano. Se realiza la búsqueda a través de su propia página web: <http://www.ahrq.gov/> En especial, se procede al análisis de las secciones *Evidence-Based Practice* y *Clinical Practice Guidelines*, a través de su enlace a la *National Guideline Clearinghouse* (<http://www.guideline.gov/>), un recurso público asociado a la *AHRQ* y a la *American Medical Association* y la *American Association of Health Plans*.
- *American Psychological Association (APA)*: Es la principal organización de profesionales de la psicología en los Estados Unidos. Compuesta por diversas divisiones, la que interesa al presente artículo es la *División 53*, la *Society Clinical Child and Adolescent Psychology*. Se realiza la

búsqueda a través de su propia página web: <http://www.apa.org/> En concreto, se acude al enlace a la *División 53* (<http://www.clinicalchildpsychology.org/>), en especial, atendiendo a la sección *Evidence-Based Treatment*.

Las guías de tratamiento que estuvieran de alguna manera relacionada con el tema que nos ocupa, en alguna de las tres vertientes ya mencionadas, fueron directamente revisadas como material útil para el presente trabajo. Además de guías, en las organizaciones anteriormente mencionadas, se obtuvieron listados de tratamientos eficaces para patologías también relacionadas con el tema que nos ocupa (fuente primaria de información). Cuando esto ocurrió así, se procedió a la revisión de los estudios que sustentaban la inclusión de dichas intervenciones en los listados de tratamientos empíricamente validados. Esa búsqueda se realizó en las bases de datos anteriormente mencionadas y cuando no se encontraron de esa manera, se utilizaron los mismos recursos correspondientes a la primera estrategia de búsqueda. De esta manera, se consultaron libros y artículos que, junto con los anteriores, completaron la fuente secundaria de información en la que se basa el trabajo que nos ocupa.

Las estrategias de búsqueda anteriormente descritas se llevaron a cabo entre los meses de junio y de septiembre de 2008

Descripción de los estudios

En el presente apartado se procede a un análisis de los tratamientos relacionados con el tema que nos ocupa. De un mayor a un menor nivel de especificidad se revisarán: estudios específicos sobre violencia ascendente, estudios de meta-análisis y estudios empíricamente validados sobre problemas de conducta.

a) Estudios específicos sobre violencia ascendente

Tal y como se ha descrito anteriormente, existe una escasez generalizada de evidencia científica relativa a tratamientos específicos de aquellos adolescentes que agreden a sus padres. No obstante, la revisión realizada de la literatura especializada arroja algunas particularidades al respecto. En primer lugar, los datos existentes sobre el tratamiento específico de la violencia ascendente, dejan entrever la mayor frecuencia en que estos tratamientos se realizan de manera individual, en detrimento de la aplicación grupal (Connolly y Wolf, 1995; citados por Bobic, 2002). Como únicos ejemplos de una aplicación

en grupo se encuentran intervenciones realizadas en Canadá (Cottrell, 2001) y más recientemente, en Australia (Paterson et al., 2002).

En esta sección se recogen los principales tratamientos específicos para adolescentes que agreden a sus padres, aplicados de manera individual y grupal, así como sus características fundamentales (*Tabla 1.*).

Tabla 1. Tratamientos específicos centrados en la violencia ascendente.

TRATAMIENTOS	CARACTERÍSTICAS
Jenkins (1990)	Técnicas Narrativas
Micucci (1995)	Apoyo, refuerzo, contención de conflictos y mejora de las relaciones
Sheehan (1997)	Técnicas narrativas y teoría psicoanalítica
Cottrel (2001)	Recomendaciones para el menor y los padres
Paterson et al., (2002)	Grupos de discusión y role-playing

A continuación, se describe con más detalle cada uno de ellos:

- *Jenkins (1990); citado por Bobic (2002)*

Los componentes de esta intervención son técnicas narrativas y de solución de problemas para invitar a los adolescentes a tener más responsabilidad en su comportamiento violento y favorecer el hecho de que las víctimas re-editen su vida. Como rasgo diferencial, se aborda el hecho de que los jóvenes pueden haber sufrido injusticias como motor motivacional de su conducta. Según este autor, entonces, una de las dificultades principales en el tratamiento de estos adolescentes es que rara vez reconocen su comportamiento, es decir, que ellos tengan la responsabilidad de su conducta violenta o que necesiten de un asesoramiento para el cambio. Por este motivo, empatizar con ellos, utilizando las propias experiencias difíciles de los adolescentes en terapia es uno de los puntos fundamentales de este tratamiento (Jenkins, 1990; citado por Bobic, 2002).

- *Micucci (1995)*

Este autor propone un programa de tratamiento con cuatro claves fundamentales:

- Apoyo a la patria potestad. En las familias con los adolescentes agresivos, los padres se sienten a menudo impotentes. Es esencial en estos casos que el terapeuta trate de generar en los padres más confianza en su propia competencia.
- Reparación de las relaciones. Además de apoyar el restablecimiento de la jerarquía adecuada en la familia, poniendo a los padres a cargo, el terapeuta también debe organizar las oportunidades para que las relaciones deterioradas se reparen. Este objetivo puede lograrse mediante el fomento de la discusión sobre las formas en que los miembros de la familia podrían ayudar a restaurar la confianza en sí mismos.
- Contención de los conflictos. Los conflictos a menudo se reducen cuando está presente un tercero neutral. Así, con la participación de una tercera persona, el conflicto entre dos partes puede enmarcarse dentro de límites aceptables.
- Descubrir y apoyar la competencia. En las familias con miembros violentos, todos ellos tienden a sentirse impotentes e incompetentes. Por este motivo, el trabajo del terapeuta será también el tratar de aportar competencia a los miembros de la familia.

- *Sheehan (1997)*

Este autor considera que existen una serie de principios básicos que guían su trabajo con los jóvenes y sus familias en términos generales:

- Trabajar con respeto y de manera transparente.
- No “patologizar” el funcionamiento familiar.
- Ayudar a la gente a identificar cuándo el problema está ausente.
- Trabajar los puntos fuertes y los recursos de las familias.
- Ayudar a las personas a asumir la responsabilidad de la violencia que se ha generado.

En el trabajo que plantea se utilizan herramientas de la terapia familiar narrativa y la resolución de conflictos para ayudar a las familias a encontrar soluciones a los mismos. Según este autor, donde la violencia está presente, es necesario centrar la atención en primer lugar, en esto, y específicamente sobre la seguridad de los miembros de la familia mientras que el trabajo se está realizando. Además, la terapia debe ser un lugar donde la familia se sienta libre para hablar sobre lo que ha ocurrido, sin temor a la recriminación por parte del terapeuta después de la sesión.

- *Cottrel (2001)*

Este autor propone una serie de recomendaciones de cara a la intervención:

- Los padres deben admitir el abuso y hablar de ello.
- No es conveniente centrarse únicamente en el/los problema/s del adolescente.
- El terapeuta deberá ayudar al menor a que reconozca sus conductas agresivas.
- Se introducirá a una persona no violenta en las discusiones para que ejerza de mediador.
- Los padres deben mantener una estrecha comunicación con las personas que forman parte de la vida del menor.
- En los casos graves, el internamiento temporal o emancipación del menor puede ser útil.
- Una vez que la crisis inicial ha sido regulada, los padres necesitan tiempo, espacio y apoyo para hacer frente a los efectos del abuso.
- En ocasiones, encuentran la curación centrándose menos en el adolescente y volviendo a conectar con los aspectos más positivos de su vida.

- *Paterson et al. (2002)*

Por último, el enfoque del trabajo de Australia llevado a cabo por Paterson et al., (2002) se basa en un programa de intervención grupal para madres con adolescentes violentos. El programa se aplicó a tres grupos para favorecer su comparación. La intervención con el primer grupo contó con 6 sesiones semanales de dos horas de duración. Los programas del segundo y tercer grupo se ampliaron a 7 sesiones a fin de incorporar material adicional desarrollado en respuesta a las sugerencias de los miembros del grupo. El tratamiento culminaba en una sesión de seguimiento llevada a cabo seis semanas después de la aplicación del mismo.

El programa se guía por los siguientes principios:

- Crear y mantener la seguridad en el hogar.
- La violencia no es aceptable.
- Las sanciones legales son herramientas poderosas para ayudar a las personas a tomar una posición contra la violencia.
- La violencia no debe ser banalizada o etiquetada como la ira o "mal carácter".

- Las víctimas de la violencia (en este caso las madres) prefieren un final basado en la violencia en lugar de terminar la relación.
- La violencia se produce dentro de un contexto social más amplio que tiene en cuenta cuestiones de género, poder, derechos y responsabilidad.
- Las familias pueden superar la violencia en sus vidas.
- Los jóvenes son capaces de asumir la responsabilidad de su comportamiento violento.

Por su parte, los objetivos del programa son:

- Detener la violencia.
 - Incrementar el sentimiento de bienestar en las madres.
 - Ayudar a las madres a hacer a su hijo responsable de su violencia, manteniendo la relación entre ambos.
 - Mejorar las habilidades de las madres en la escucha, la comunicación, resolución de conflictos y negociación en los mismos.
 - Proporcionar un foro para el intercambio de información sobre cuestiones jurídicas, abuso de sustancias, opciones de vivienda, grupos de apoyo, etc.
- Los temas cubiertos incluyen:

1. El derecho a la seguridad.
2. Definiciones de la violencia.
3. Las creencias de las madres acerca de las causas de la violencia.
4. Desarrollo de los adolescentes.
5. La construcción social de la crianza de los hijos.
6. Habilidades de comunicación, asertividad y resolución de conflictos.
7. Información jurídico-legal para la creación de opciones de seguridad.

La intervención se realizó en un formato grupal flexible en el que se incluyeron pequeños y grandes grupos de discusión, tratando determinados aspectos de manera didáctica y con role-playing.

Los líderes del grupo plantean cada sesión teniendo en cuenta los objetivos generales anteriormente mencionados, lo ocurrido durante la sesión anterior y los intereses expresados por los miembros del grupo. A fin de mantener una visión equilibrada de las necesidades de las madres y sus hijos, se realizaron reuniones periódicas y sesiones de discusión con otros miembros del equipo de asesoramiento.

Los resultados de este estudio indican una reducción de las conductas agresivas por parte de los menores. Sin embargo, los niveles de depresión de las

madres se mantuvieron constantes. Si bien se logró una reducción de la ansiedad y una mayor percepción de control por parte de éstas.

En ausencia de un grupo control y en vista del pequeño número de participantes, la eficacia de la intervención no puede ser empírica o estadísticamente determinada. Sin embargo, la evaluación de la experiencia de las mujeres a través de entrevista y los datos de los auto-informes sobre las medidas cuantitativas indicó que los grupos han tenido un impacto positivo en sus vidas y que había algunos cambios personales durante el curso del estudio (Paterson et al., 2002).

Tras la revisión de cada uno de los tratamientos específicos sobre el tema, se puede concluir que existen numerosos déficits en el desarrollo de cada uno de ellos. En primer lugar, es importante destacar que únicamente uno de los tratamientos (el propuesto por Paterson et al., 2002) aporta datos estadísticos, si bien el tamaño muestral del mismo impide una interpretación apropiada de los mismos. El resto de las intervenciones se basarían más bien en la aportación de ciertas recomendaciones, sin que en ningún momento aparezca reflejada la puesta en marcha y, por tanto, su eficacia.

Por otro lado, se observa, además, una ausencia significativa de manuales de tratamiento protocolizados, de modo que resulta sumamente complicado conocer las técnicas y procesos intervinientes en el cambio, impidiendo la posibilidad de medida de las variables dependientes de la intervención.

b) Estudios de meta-análisis

Dada la escasez de datos fiables sobre los tratamientos específicos examinados, es importante revisar otras vertientes de la literatura sobre el tema que permitan aproximarse a un fenómeno tan difuso como el de los adolescentes agresivos. Entre esos otros aspectos es conveniente analizar los estudios de *meta-análisis*. Éstos son los encargados de examinar los resultados de aquellos otros estudios asociados a un determinado tema. Cuando se trata de estudios sobre diferentes intervenciones, los meta-análisis tienen el fin de comprobar la significación clínica de los diferentes tratamientos de manera comparativa y mediante la medición del tamaño de su efecto.

En cuanto al tema que nos ocupa, la mayor parte de estudios de meta-análisis tiene que ver con el campo de la *delincuencia* y se han llevado a cabo siguiendo una larga trayectoria.

A este respecto, han existido diferentes movimientos teóricos, que se han sucedido a través de los años casi de manera pendular. En un primer momento, en los años 70 y principios de los 80, los resultados de los tratamientos para delincuentes fueron más bien negativos. Esta postura

“pesimista” cristalizó en la conocida sentencia “Nothing Works” (Martinson, 1974; citado por Redondo, Garrido, Pérez y Barberet, 1997), según la cual “nada funcionaba” en el tratamiento de la delincuencia.

En contrapartida, han existido otros meta-análisis que sí han encontrado resultados positivos del tratamiento de la delincuencia. En este sentido, destaca el trabajo realizado en Estados Unidos por Lipsey y Wilson, en 1998 (citados por Garrido, Anyela y Sánchez-Meca, 2006) con delincuentes crónicos, en el que se planteaban dos cuestiones fundamentales que todavía hoy están por resolver: ¿Existe evidencia sobre la capacidad de los programas de intervención para reducir las tasas de reincidencia de delincuentes graves? Y, si es así, ¿qué programas se muestran más efectivos?

Al hilo de lo anterior y en el ámbito de la delincuencia europea, estudios más recientes (Sánchez-Meca et al., 2002) también han intentado responder a esas dos preguntas. Tras una completa revisión del panorama científico asociado, la evidencia muestra que la población de delincuentes juveniles es bastante resistente a cualquier tipo de tratamiento, resultando difícil obtener magnitudes de eficacia medias o altas, sobre todo, teniendo en cuenta los índices basados en la reincidencia del delito. A pesar de ello, estos autores encontraron que los programas conductuales se muestran como los más eficaces (Lipsey, 1992; Lipsey y Wilson, 1998; citados por Sánchez-Meca et al., 2002), aunque en algunos casos no se observan diferencias en la intervención (Garret, 1985; Whitehead y Lab, 1989; citados por Sánchez-Meca et al., 2002). A su vez, dentro de los programas conductuales existe evidencia adicional que apunta a una mayor eficacia cuando se incorporan técnicas cognitivo-conductuales (Antonowicz y Ross, 1994; Izzo y Ross, 1990; citados por Sánchez-Meca et al., 2002).

Más recientemente otro estudio de este mismo equipo de autores (Garrido et al., 2006), en centros cerrados o de penitenciaría juvenil, con menores de 12 a 21 años de edad, muestra una reducción de la reincidencia del 7% en aquellos sujetos que fueron sometidos a tratamiento. Los métodos cognitivo-conductuales se señalan una vez más como los más efectivos, eso sí, tras los oportunos ajustes metodológicos.

Por otra parte, es importante reseñar que estos resultados aparecen en consonancia con otros obtenidos anteriormente en estudios sobre delincuencia juvenil (Andrews et al., 1990; Garret, 1985; Gensheimer, Mayer, Gottschalk y Davidson, 1986; citados por Garrido et al., 2006; Redondo et al., 1997; Redondo, Sánchez-Meca y Garrido, 1999, 2002), y lo hacen especialmente para los programas de tratamiento en los que ésta es grave (Lipsey, 1999; Lipsey y Wilson, 1998; citados por Garrido et al., 2006).

Además de los estudios de delincuencia, existen otros meta-análisis sobre intervenciones psicológicas en general en la infancia y adolescencia y en

especial en lo referente a los *problemas de conducta*. En este sentido, Sánchez-Meca et al. (2002), señalan que las intervenciones conductuales en la infancia y adolescencia (también para problemas relacionados con la conducta) se muestran en general claramente eficaces con tamaños del efecto que se sitúan en un nivel medio de magnitud.

En la infancia temprana también se han mostrado resultados parecidos (Sánchez-Meca et al., 2002.), aunque éstos deben ser tomados con precaución, debido a que los estudios sobre el tema son a menudo de caso único y por tanto, de menor calidad metodológica. En términos generales los tratamientos conductuales muestran una eficacia de magnitud media-alta en intervención temprana para tratar problemas de conducta.

Existen estudios que han examinado, incluso, la eficacia de diferentes técnicas en el tratamiento de los problemas de conducta. En este sentido, por ejemplo, se observa una ausencia de eficacia del entrenamiento en habilidades sociales para tratar problemas de aprendizaje y/o conducta en el aula (Forness y Kavale, 1999; citados por Sánchez-Meca et al., 2002), así como para mejorar la competencia social en niños con problemas emocionales y/o de conducta (Quinn, Kavale, Mathyr, Rutherford, yForness, 1999; citados por Sánchez-Meca et al., 2002). No obstante, también respecto a este tema existen discrepancias, pues otros autores (Rosa et al., 2002) sí observan una eficacia moderada de técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales en esta población. En su estudio estos autores encuentran una mayor eficacia en adolescentes de mayor edad frente a los más pequeños, así como una mayor mejoría en aquellos que presentan conductas agresivas, de aislamiento y problemas de comunicación con los padres. Además, el tamaño del efecto aumenta durante el seguimiento, lo que indicaría que lo aprendido en la fase de entrenamiento se generaliza a otras situaciones.

Como preludeo del siguiente apartado, es importante señalar que existen también meta-análisis sobre *tratamientos específicos de los problemas de conducta* y no sólo sobre la eficacia de grandes grupos de tratamientos o corrientes psicológicas, como se ha revisado hasta ahora. En este sentido, por ejemplo, encontramos una revisión metaanalítica sobre programas de entrenamiento a los padres organizada por el National Institute for health and Clinical Excellence (NICE, 2005), organismo de referencia para la práctica clínica actual. En ella se corrobora la eficacia del entrenamiento a padres con hijos que muestran problemas de conducta, en la medida en que este entrenamiento mejora el comportamiento de los hijos y tiene asimismo un impacto positivo en la salud mental de sus madres (las que mayoritariamente participan en el estudio), aunque, ciertamente, este impacto es modesto. No se encuentran diferencias significativas entre el tratamiento individual o grupal con

padres y tampoco existen diferencias entre el tratamiento exclusivo con padres o con padres e hijos.

También podemos encontrar meta-análisis sobre otros tratamientos específicos que se examinarán más adelante, como el relativo a la terapia multisistémica aplicada al tratamiento de menores con problemas de conducta (Curtis, Ronan y Borduin, 2004). De los pormenores de éste y otros tratamientos se dará debida cuenta en el siguiente apartado.

b) Tratamientos empíricamente validados

Tal y como ha sido puesto de manifiesto previamente, los tratamientos específicos sobre violencia ascendente son escasos y no cuentan con un respaldo científico suficiente que corrobore su eficacia en la práctica clínica.

En un nivel de especificidad menor, también se han revisado tratamientos relacionados con problemas de conducta y con la actividad delincente. Pese a la existencia de una cantidad de investigaciones relativas a los predictores y factores de riesgo asociados a esta problemática mucho más elevada, siguen siendo escasas las aproximaciones al estudio de la eficacia de los tratamientos también en este campo (Woolfenden, Williams, y Peat, 2008) habiéndose llegado a descuidar este aspecto en ciertos momentos (Borduin et al., 1995).

No obstante, acudiendo a los criterios de la Task Force (Chambless y Hollon, 1998) que pretenden servir de guía para especificar los *tratamientos empíricamente validados en psicología* y que suponen una referencia fundamental en la práctica clínica actual, se encuentran una serie de tratamientos que han obtenido científicamente resultados apropiados en esta área.

En este sentido, se puede observar un grosor de intervenciones centradas fundamentalmente en el tratamiento de menores con problemas de conducta, trastorno disocial o negativista desafiante según la clasificación de la American Psychiatric Association (APA, 2002). La mayor parte de dichos tratamientos cumplen los criterios establecidos para considerarse *tratamientos probablemente eficaces*, siendo únicamente un protocolo de intervención el que alcanza la categoría mayor de *tratamiento bien establecido*.

Con el fin de facilitar la presentación de los tratamientos anteriormente mencionados, se organizarán todos ellos entorno a dos criterios: formato de aplicación (intervenciones específicas para menores y/o padres y tratamientos familiares) y edad de los menores a quienes se dirige la intervención (de 3 a 5, de 6 a 11 y de 12 a 18 años).

En primer lugar se recogen los programas de tratamiento centrados en la **intervención específica con menores**, según los diferentes grupos de edad (Tabla 2.).

Tabla 2. Programas de tratamiento dirigidos al menor.

Preescolar (3 a 5 años)	Escolar (6 a 11 años)	Adolescentes (12 a 18)
	Entrenamiento en solución de problemas (Kazdin y Weisz, 2003)	Entrenamiento en asertividad (Huey y Rank, 1984) Entrenamiento en control de la ira (Lochman, Barry y Pardini., 2003) Terapia racional- emotiva (Block, 1978)

A continuación se detallan cada uno de los ya mencionados tratamientos:

- *Entrenamiento en solución de problemas (Kazdin y Weisz, 2003)*

El tratamiento en solución de problemas está diseñado para menores de 7 a 13 años con comportamiento disruptivo. El formato original suele constar de un período de tratamiento que oscila entre las 20 a 25 sesiones individuales con el menor (40-50 min cada una) y de un contacto ocasional con los padres.

Estas sesiones siguen protocolos ya establecidos (Kendall y Braswell, 1985; Spivack, Platt y Shure, 1976; citados por Kazdin, Siegel, y Bass, 1992), aunque se hacen modificaciones y extensiones con el fin de enfatizar aquellas situaciones más problemáticas del contexto natural del menor (Kazdin, Bass, Siegel, y Thomas, 1989). El tratamiento combina técnicas cognitivas y conductuales para dar solución a diferentes problemas y situaciones interpersonales. En general, se entrena a los menores en un procedimiento típico de solución de problemas.

De manera global, en los estudios bien controlados sobre la presente terapia, el entrenamiento en solución de problemas es significativamente superior al grupo control (Kazdin, Esveldt-Dawson., French y Unis 1987) y a una terapia alternativa (Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1987).

- *Entrenamiento en asertividad (Huey y Rank, 1984)*

Tan sólo hay un estudio sobre este tratamiento que reúne los requisitos de control necesarios para el análisis de la eficacia del tratamiento (Huey y Rank, 1984). Se trata de un estudio sobre una versión breve del tratamiento, que

se aplica en el contexto escolar y con una población de riesgo muy determinada: chicos de 8º-9ª curso escolar, seleccionados por los propios responsables del centro de estudios por su comportamiento agresivo cronificado en clase. Son en su totalidad adolescentes de procedencia afroamericana.

El tratamiento se lleva a cabo en grupo (formado por 6 personas) y tiene dos modalidades cuya única diferencia estriba en el nivel de conocimientos de los “líderes” del grupo. En un primer caso, el líder adopta la forma de un consejero, con conocimientos especializados, y en el segundo, se trata de un compañero, un “igual” al resto de participantes.

Para conocer la eficacia del tratamiento se establece una comparación con un grupo de discusión, donde no existe un entrenamiento activo en asertividad, aunque sí permanecen los dos tipos de líderes antes mencionados, así como con un grupo control.

Los resultados muestran que el entrenamiento grupal en asertividad es superior en todas sus modalidades tanto al obtenido con un grupo de debate alternativo como a la condición control, no existiendo diferencias entre dichas modalidades en cuanto a resultados (Huey y Rank., 1984).

- *Entrenamiento en control de la ira (Lochman et al., 2003).*

Se trata de una intervención cognitivo conductual para menores con comportamiento disruptivo cuyas edades comprenden desde los 11 a los 15 años y que se lleva a cabo en un formato grupal. Se realizan sesiones semanales de 40 a 50 minutos de duración en grupos de aproximadamente 6 menores.

En las sesiones, los menores participan en ejercicios basados en la teoría del procesamiento de la información social del control de la ira (Crick y Dodge, 1994; Dodge, 1986; citados por Eyberg, Nelson y Boggs, 2008).

La metodología de intervención se basa en la discusión por parte de los menores de viñetas en las que se representan encuentros con compañeros. A partir de las mismas se inicia el entrenamiento en solución de problemas para aplicar en las situaciones sociales provocadoras de ira y practicar las respuestas sociales apropiadas y auto-instrucciones en respuesta a distintas situaciones problema, primero con ensayos del comportamiento seguidos de feedback sobre la respuesta correcta.

El programa de tratamiento consta de diversas duraciones, encontrando una duración máxima de 26 a 30 sesiones de tratamiento (Lochman, Coie, Underwood y Terry, 1993) y una mínima de 15 sesiones (Robinson, Smith y Miller, 2002).

Ambos formatos de intervención han demostrado que el entrenamiento en control de la ira fue superior a la condición de control a la hora de reducir el comportamiento disruptivo (Eyberg et al., 2008).

- *Terapia racional- emotiva (Block, 1978)*

Se trata de un programa de tratamiento aplicado de manera grupal en la escuela con menores hispanos y negros de 11º y 12º grado, con alto riesgo de fracaso y comportamientos disruptivos en la escuela. La duración del programa es de 12 semanas consecutivas con sesiones de 45 minutos de duración.

El sustento teórico de la intervención se basa en la adaptación de los métodos educativos racionales- emotivos (Knaus, 1974; citado por Block, 1978).

Se pone el énfasis en la autoexaminación a través de autopreguntas. Para ello, los terapeutas toman un papel activo y directivo en la sesión, la cual se constituye a partir de la presentación de temas predeterminados empleando el role-play para ayudar a los estudiantes a interiorizar y aplicar los conceptos trabajados.

Los resultados obtenidos muestran una reducción del comportamiento disruptivo en clase tras la aplicación de la condición de terapia racional- emotiva en comparación con las condiciones de relaciones humanas (adaptación a la enseñanza de los principios psicodinámicos) y grupo control (Block, 1978).

En un segundo grupo de tratamientos pueden observarse los tratamientos probablemente eficaces centrados en la **intervención con padres y/o menores por separado** (Tabla 3.).

Tabla 3. Programas de tratamiento dirigidos a padres y/o menores

Preescolar (3 a 5 años)	Escolar (6 a 11 años)	Adolescentes (12 a 18)
Programa positivo para padres. Triple P (Sanders, 1999)		Multidimensional Treatment Foster Care (Chamberlain y Smith, 2003; citado por Eyberg et al., 2008)
Incredible Years (Webster-Stratton y Reid., 2003)		

A continuación se detallan cada uno de los tratamientos:

- *Positive Parenting Program Triple P (Sanders, 1999)*

Es un tratamiento multinivel para familias con menores de entre 2 y 7 años que presentan comportamiento disruptivo. Consta de varios formatos de intervención y su duración es variable en función del nivel aplicado.

Uno de los objetivos centrales del Triple P es el desarrollo por parte del individuo de la capacidad de autorregulación. Ésta, se conceptualiza como un proceso en el que a las personas se les enseña habilidades para cambiar su propio comportamiento y convertirse en solucionadores de problemas (Károly, 1993;

citado por Sanders, 1999). El modelo de autorregulación se basa en gran medida en la teoría cognitiva social de aprendizaje (Bandura, 1977, 1986; citado por Sanders, 1999).

Como se comentaba, se trata de un programa de tratamiento multinivel que cuenta con cinco niveles de intervención:

- *El nivel 1* incluye información dirigida a los medios de comunicación.
- *El nivel 2* es un período breve de consulta (1-2 sesiones) relacionado con la prevención y el cuidado de los niños.
- *El nivel 3* es un período breve de consulta (4 sesiones) para realizar una atención primaria, como la que se ofrece en servicios de salud infantil y familiar.
- *El nivel 4* son intervenciones intensivas (8 a 10 sesiones) de pautas de crianza para padres. Los programas pueden ser realizados en grupo, individuales, y formato de auto-ayuda. Cabe mencionar además que el entrenamiento que se realiza con los padres persigue la adquisición de 17 habilidades (ej. hablar con los niños, afecto, incrementar los comportamientos positivos de los niños, fijar límites, extinción) que persiguen aumentar los comportamientos positivos de los niños y reducir los comportamientos negativos. Dos estudios bien conducidos han encontrado que el Nivel 4 es superior a la lista de espera control para reducir el comportamiento disruptivos de niños de preescolar. (Eyberg et al., 2008).
- *El nivel 5* consiste en un programa individual para familias disfuncionales cuyos hijos tienen problemas de conducta. Está indicado cuando existen otros problemas importantes de ajuste en los padres, tales como conflictos conyugales y/o depresión. Los módulos del programa incluyen visitas a la casa para entrenar a los padres en pautas de crianza, manejo del estado de ánimo, el estrés y habilidades de apoyo, terapia cognitiva y habilidades de comunicación. El programa consta de hasta 11 sesiones de entre 60 y 90 minutos de duración.

Dos estudios bien establecidos han encontrado que el Nivel 4 fue superior a la lista de espera control para reducir el comportamiento disruptivo de niños de preescolar (Bor, Sanders y Markie-Dadds, 2002; Sanders, Markie-Dadds, Tully, y Bor, 2000; citados por Eyberg et al., 2008).

Respecto al Nivel 5, otros dos estudios bien controlados llevados a cabo por el mismo equipo investigador, encontraron que el tratamiento fue superior que el grupo de lista de espera, para reducir el comportamiento disruptivo en menores de 3 y 4 años con familias disfuncionales (Bor et al., 2002; Sanders et al., 2000; citados por Eyberg et al., 2008).

- *Incredible Years parent and child training (Webster-Stratton y Reid, 2003)*

Se trata de una serie de programas de tratamiento diseñados para reducir la conducta agresiva de los niños y aumentar su competencia social en casa y en la escuela.

Existen tres tratamientos distintos, uno para los padres, otro para los niños y otro para los profesores, cuyas características se muestran a continuación:

- *Parent training*: Es el programa original, cuenta con 13 sesiones de 2 horas de duración en formato grupal para padres de menores entre 2 y 10 años. Los grupos son de 8 a 12 padres. Durante el tratamiento, los padres ven 250 vídeos de 1 ó 2 minutos de duración que muestran el aprendizaje social y los principios del desarrollo infantil, sirviendo así de estímulo para debates centrados en la solución de problemas. El programa comienza centrándose en la interacción positiva entre padres e hijos en la cual los padres aprenden habilidades para dirigir la interacción, seguido de una focalización en técnicas de disciplina eficaces incluyendo: La vigilancia, extinción, consecuencias lógicas, órdenes, tiempo fuera. Se enseña también a los padres a cómo enseñar a sus hijos solución de problemas.
- *Child Training*: Al igual que el anterior, se trata de un programa de visionado de imágenes de 22 semanas con sesiones de 2 horas de duración y formato grupal para menores de entre 3 y 8 años. Los grupos son de aproximadamente 6 niños. El programa incluye 100 videos de situaciones conflictivas de la vida real en casa y en la escuela que modelan las habilidades sociales y de solución de problemas de los menores. Después de ver los vídeos, los niños discuten los sentimientos, generan ideas para desarrollar respuestas más efectivas y practican en role-playing escenarios alternativos.
- *School Training*: La intervención llevada a cabo con los profesores consta de 4 a 6 sesiones adicionales que normalmente se aplican después de los programas señalados anteriormente. Este programa incluye los siguientes componentes:
 - 1- Promocionar la confianza de los niños en sí mismos
 - 2- Fomentar el desarrollo de hábitos adecuados de aprendizaje
 - 3- Ocuparse del desaliento de los niños
 - 4- Conferencias padre-maestro
 - 5- Discutir los problemas con la escuela

Los resultados muestran que los tratamientos aportan mejoras significativas en comparación con el grupo control (Eyberg et al., 2008).

Los tres programas han probado su eficacia de manera individual y a través de diversas combinaciones. Tanto la intervención para padres como la de para niños, han sido consideradas como probablemente eficaces y varias combinaciones se han considerado como posiblemente eficaces (Eyberg et al., 2008):

- IY Parent Training + Child training: (Webster-Stratton y Hammond, 1997; citados por Eyberg et al., 2008)
 - IY Parent Training + Teacher training: (Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2004; citados por Eyberg et al., 2008)
 - IY Parent Training + Child training + Teacher training: (Webster-Stratton et al., 2004; citados por Eyberg et al., 2008)
 - Teacher training + Child training: (Webster-Stratton et al., 2004; citados por Eyberg et al., 2008)
- *Multidimensional Treatment Foster Care- MTFC (Chamberlain y Smith, 2003; citados por Eyberg et al., 2008)*

El MTFC se establece originalmente como una alternativa a las medidas institucionales que habitualmente suelen ponerse en marcha para jóvenes agresores de nivel severo y crónico.

El MTFC propone sustituir el internamiento de los jóvenes por su estancia con una familia de acogida durante un tiempo, habitualmente de 6-9 meses. Previo al tratamiento, los padres de acogida reciben entrenamiento (de unas 20 horas de duración) por parte de otros padres de acogida ya expertos en la materia. Este entrenamiento consiste sobre todo en el aprendizaje de pautas de crianza generales: reforzamiento de la conducta adecuada y castigo de la inadecuada, empleando en algunas ocasiones sistemas de fichas, según los cuales el comportamiento adecuado daría lugar a la ganancia de puntos y el inadecuado, a su pérdida. Estos puntos podrían canjearse después por premios elegidos por los jóvenes y durante este proceso podrán intervenir también los profesores. Además de eso, los padres de acogida disponen de la posibilidad de emplear otros métodos, como por ejemplo, la asignación de pequeñas tareas como castigo a conductas inadecuadas de los menores o la petición de su detención en los momentos en que el comportamiento inadecuado alcanza cotas mayores. Además, el contacto con otros jóvenes delincuentes está prohibido.

Aunque se intenta preservar la individualidad de cada caso, el tratamiento propiamente dicho se compondría de los siguientes puntos: Grupo de apoyo semanal para los padres de acogida, terapia individualizada semanal para los menores y terapia también semanal para la familia de origen, sobre todo, teniendo en cuenta que el objetivo final del tratamiento es que los jóvenes

vuelvan a sus casa y reciban la supervisión adecuada de sus padres. De hecho, cuando los objetivos de tratamiento van siendo cubiertos comienzan las visitas de los jóvenes a sus casas durante 1-2 horas, aumentando éstas con el avance en el tratamiento.

Además, se incluye la escolarización de los menores (contando con la colaboración de los profesores) y en ocasiones, el encuentro dos veces por semana (de 2 a 6 horas) con un especialista en modificación de conducta que prueba los límites del menor en situaciones integradas en la comunidad (en un restaurante, haciendo deporte, etc.). En el tratamiento individual, los menores trabajarían solución de problemas, control de la ira, habilidades sociales y se realizaría un plan vocacional y educacional. La duración aproximada del tratamiento es de un año.

Los terapeutas por su parte, tienen un contacto diario telefónico con las familias de acogida donde pasan un cuestionario de conductas para ver el progreso de las mismas y la adherencia al modelo de tratamiento. Además, se mantiene un control de los puntos obtenidos por los menores cada día. Existe un supervisor que coordina el funcionamiento general del tratamiento y personal que está siempre disponible por teléfono. Por último, se contempla la posibilidad de tratamiento psiquiátrico si es necesario, para cualquier miembro de la familia. En ocasiones, además, se graban las sesiones grupales o individuales de padres e hijos y se supervisan por el equipo terapéutico.

Existen dos estudios controlados con menores exclusivamente del sexo masculino o femenino, de 12 ó 13 a 17 años respectivamente cuyos resultados señalan que el MTFC muestra una reducción significativa en número de días pasados en régimen cerrado y en los informes sobre el tutor y actividad delincente. Estos resultados se mantienen también en el seguimiento, cuyo tiempo máximo es de un año (Chamberlain y Reid, 1998; Leve, Chamberlain y Reid, 2005).

Por último, pasaremos a explicitar los tratamientos aplicados en **formato familiar** (Tabla 4).

Tabla 4. Programas de tratamiento dirigidos a la familia

Preescolar (3 a 5 años)	Escolar (6 a 11 años)	Adolescentes (12 a 18)
Entrenamiento para padres (bien establecido) (Patterson, Reid, Jones y Conger, 1975)		Terapia multisistémica (Henggeler y Lee, 2003; citado por Eyberg et al., 2008)
Terapia Interacción padres-hijos (Brinkmeyer y Eyberg, 2003)		
Helping the Noncompliant child (Forehand y McMahon, 1981)		

A continuación se explicitan los tratamientos con formato familiar:

- *Helping the Noncompliant child HNC (Forehand y McMahon, 1981)*

Se trata de un programa de intervención para menores con comportamientos desobedientes de entre 3 y 8 años, cuyo formato es familiar y con una duración de 10 semanas en sesiones de entre 60 y 90 minutos en las que tanto los padres como el menor son asistidos conjuntamente por un terapeuta.

Los padres aprenden habilidades de manejo de contingencias así como modelado, role-playing y entrenamiento in vivo en la clínica o en casa, estando el menor presente en dicho entrenamiento. Además, son instruidos en habilidades para romper la interacción coercitiva que incluyen:

- el incremento del refuerzo positivo
- extinción de las conductas menos problemáticas
- proporcionar elogios ante las situaciones de obediencia
- tiempo fuera ante las situaciones de desobediencia

Se ha encontrado que el HNC es superior que la terapia familiar sistémica para reducir los comportamientos de desobediencia de los menores en la clínica y en casa (Wells y Egan, 1988).

- *Parent- Child interaction therapy PCIT (Brinkmeyer y Eyberg, 2003)*

Es un programa de tratamiento para menores con comportamientos disruptivos de entre 2 y 6 años. Consta de entre 12 y 16 sesiones semanales de una hora de duración en un formato familiar con dos fases.

Se basa en la teoría del apego y en la teoría del aprendizaje social, que incluyen numerosos autores de la terapia de interacción padres-hijos en sus estudios (Herschell, Calzada, Eyberg y McNeil, 2002)

Para cada fase del tratamiento, CDI y PDI, los padres asisten a una sesión de psicoeducación en la que el terapeuta informa sobre las habilidades de interacción que se van a entrenar y la justificación de las mismas. El modelado y el role-playing son incorporadas en estas sesiones para facilitar el aprendizaje de dichas habilidades.

Tras la sesión didáctica inicial, los padres y su hijo acuden semanalmente a sesiones de entrenamiento conjunto. Entre sesiones, se les pide a los padres que dediquen de 5 a 10 minutos para practicar las interacciones con sus hijos en casa.

Las dos fases son las siguientes:

- *CDI*: Interacción dirigida a los niños: Durante el CDI a los padres se les enseñan las habilidades *PRIDE* constituidas por aspectos como alabanza, reflexión, imitación, descripción y entusiasmo. Estas habilidades tratan de instaurarse en tasas elevadas tratando de evitar preguntas, órdenes o críticas de los padres hacia los hijos. Las situaciones que se practican en casa y en la clínica consisten en que el niño escoja un juguete con el que le gustaría jugar y los padres reciben la instrucción de guiar al niño en la interacción. Durante las sesiones de entrenamiento los padres llevan un auricular y son guiados por el terapeuta que observa la interacción por un espejo unidireccional.
- *PDI*: Interacción dirigida a los padres: Este apartado se fundamenta en la adquisición por parte de los padres de habilidades de manejo de contingencias. Los padres son instruidos mientras interactúan con sus hijos para proporcionar refuerzo positivo cuando el menor cumple las normas y aplicar el tiempo fuera cuando el menor no las cumple. Los padres son entrenados en la adquisición de estas habilidades durante la situación de juego en la que deben dar órdenes y aplicar las consecuencias contingentes (refuerzo positivo o tiempo fuera).

El programa de tratamiento PCIT completo incluye:

- Una evaluación pretratamiento del funcionamiento del menor y la familia
- CDI
- PDI
- Enseñanza de habilidades de generalización
- Evaluación postratamiento

Los estudios sobre eficacia han empleado la comparación con grupos de lista de espera (McNeil, Capage, Bahl y Blanc, 1999; Querido y Eyberg, 2001; Schumann, Foote, Eyberg, Boggs y Algina, 1998; citados por Herschell et al., 2002), modificaciones en los grupos de tratamiento (Nixon, Sweeney, Erickson y Touyz, 2001; citados por Herschell et al., 2002), abandonos de tratamiento (Edwards et al., 2002; citados por Herschell et al., 2002), y grupos control variando la severidad de los problemas de conducta (Funderburk et al., 1998; citados por Herschell et al., 2002). Cada comparación ha demostrado superioridad en relación con otra serie de condiciones control.

Es decir, el PCIT ha demostrado eficacia clínica y estadística en el estilo de interacción de los padres y los comportamientos problema de los menores en casa y en el colegio (Eisenstadt, Eyberg, McNeil, Newcomb y Funderburk, 1991; Schumann et al., 1998; citados por Herschell et al., 2002)

Además, en dos estudios bien conducidos se ha encontrado un efecto superior del programa en comparación con la lista de espera control para reducir el comportamiento disruptivo de los menores (Brinkmeyer y Eyberg, 2003).

- *Terapia Multisistémica (Henggeler y Lee, 2003; citados por Eyberg et al., 2008)*

Este tratamiento va dirigido a adolescentes de 12 a 17 años con comportamiento antisocial grave y trayectoria de delincuencia previa. Basado en el modelo de desarrollo social-ecológico de Bronfenbrenner (1979; citado por Eyberg et al., 2008), explica el origen y mantenimiento del conflicto en la confluencia de numerosos sistemas interrelacionados, tiene como principal objetivo promocionar el comportamiento proactivo de los agentes que participan en esos sistemas (fundamentalmente, el menor y su familia, aunque también los iguales, profesores, etc.).

La terapia multisistémica aparece como alternativa al internamiento del menor. Se desarrolla, por tanto, en el contexto natural en que ocurren los conflictos (en casa, en el centro escolar, etc.), con una media de duración de 3 a 5 meses.

Este tipo de tratamientos pretenden ser altamente flexibles e individualizados, es decir, atendiendo a las necesidades específicas de cada familia (establecidas mediante una exhaustiva evaluación). Por ello, son en cuanto a su forma eclécticos. Incluyen acercamientos de tipo cognitivo-conductual, terapia de conducta, entrenamiento para padres, terapia familiar e incluso intervenciones de tipo farmacológico.

En cuanto al procedimiento, existe también una supervisión por parte del terapeuta que, en persona o por teléfono, suele atender a las familias al menos una vez por semana. La máxima es que siempre exista un terapeuta disponible para apoyar a los participantes cuando éstos lo necesiten. También el terapeuta es supervisado en su manera de proceder.

Se observan estudios controlados con adolescentes que han cometido alguna infracción de tipo criminal y que han mostrado el tratamiento multisistémico como superior al grupo control y al tratamiento habitual de los servicios comunitarios (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer y Hanley, 1997; Henggeler, Melton y Smith, 1992; Scherer, Brondino, Henggeler y Hanley, 1994). Uno de ellos, además, se muestra superior a una serie de tratamientos alternativos a estos (Borduin et al., 1995)

La terapia multisistémica se considera el segundo de los tratamientos *bien establecidos* según el estudio con jóvenes pertenecientes a minorías étnicas de Huey y Polo (2008).

- *Entrenamiento en pautas de crianza para padres según el Modelo de Oregón- PMTO (Patterson et al., 1975).*

Asociado al modelo de coerción de Patterson (Patterson, 1982, 1986; Patterson, Reid y Dishon, 1992), según el cual se explican los problemas de conducta que pueden existir en una familia en base a la relación agresiva y coercitiva, es decir, de sometimiento, que se establece entre sus componentes.

El entrenamiento para padres basado en este modelo introduce como principios fundamentales los de la modificación de conducta. Se trata de sesiones individuales para padres con hijos entre 3 y 12 años y la duración es flexible, en función de las necesidades específicas de cada familia. Como ejemplo, algunos estudios hablan de 16 sesiones de tratamiento (de 1:30-2 horas) durante 6-8 meses (Kazdin et al., 1992). Otros mencionan 8 semanas de tratamiento, con 10 sesiones de una hora de duración y dos veces por semana, con control telefónico por parte de los terapeutas (Bernal, Klinnert y Schulz, 1980).

Fundamentalmente, se enseña a los padres a observar y definir el comportamiento de sus hijos, a negociar determinadas condiciones, llegando incluso a establecerse un contrato explícito entre todos ellos, así como otras técnicas de modificación de conducta tales como el reforzamiento positivo, el tiempo fuera, reforzamiento de tasas bajas o control estimular. Para todo ello, se da a los padres instrucciones didácticas y se practica cada técnica en forma de role-playing. Además, el terapeuta deberá usar el refuerzo social, modelado y tareas para casa para facilitar el aprendizaje. En algunas ocasiones se graban las sesiones para dar feedback a los participantes.

Si se juzga necesario, se incluye también al colegio para que se haga partícipe de las técnicas operantes en el contexto escolar. El niño participa en todo el proceso de manera esporádica, incluyéndosele en todas las negociaciones que se hagan.

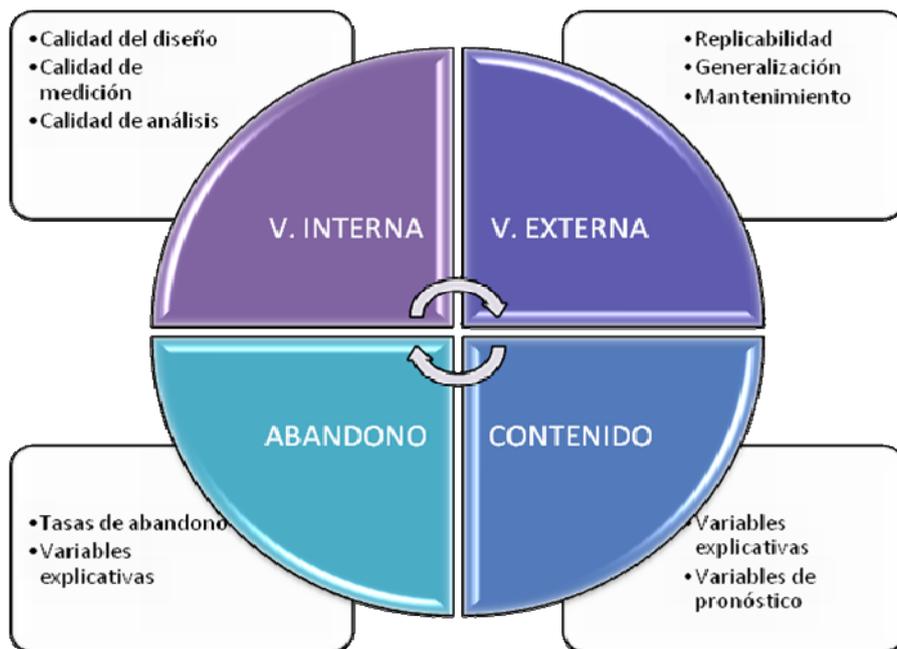
Existen, además, sesiones de revisión con los padres, para asegurarse de su adherencia a las pautas. También se supervisan las negociaciones entre padres e hijos.

Existen dos estudios bien controlados y de equipos de investigadores diferentes (Bernal et al., 1980; Patterson, Chamberlain y Reid, 1982) que muestran la superioridad de este tratamiento respecto a otros, lo que da lugar a que sea considerado el único *tratamiento bien establecido* de los revisados hasta el momento según criterios de la Task Force (Chambless y Hollon, 1998).

Discusión de los resultados

Tras la revisión de la literatura referente a los diferentes tratamientos para menores que agreden a sus padres, menores delincuentes y con problemas de conducta en general, parece existir un conjunto de deficiencias comunes a este tipo de intervenciones. En el presente texto, y con fines prácticos, se agruparán dichas problemáticas en varios bloques. Los dos primeros tienen que ver específicamente con los criterios de calidad utilizados para evaluar los estudios: validez interna/validez externa. Los dos últimos, aunque podrían definirse también en términos de validez, son especificados por su importancia respecto al tema que nos ocupa (*Gráfico 3*).

Gráfica 3. Esquema de los problemas comunes a los tratamientos revisados.



A continuación, se describe cada una de las categorías en que se agrupan los problemas:

a) Problemas relacionados con la validez interna.

Recordemos que, basándonos en los criterios para la validación de los tratamientos de la Task Force (Chambless y Hollon, 1998), a excepción del entrenamiento para padres (Patterson et al., 1975), no existen más tratamientos dentro del campo que nos ocupa que hayan sido considerados como *bien establecidos*.

Esto ocurre en la medida en que los estudios que se han publicado sobre ellos no reúnen en su totalidad los requisitos para llegar a ser considerados como tales. En este sentido, algunos de ellos carecen, por ejemplo, de un protocolo de tratamiento específico (Eyberg et al., 2008) o de comparaciones con un grupo control, con un placebo u otros tratamientos ya validados (Bernal, et al., 1980; Borduin et al., 1995; Eyberg et al., 2008; Kazdin et al., 1989;), en algunos casos, argumentándose la falta de ética que supone privar a pacientes que necesitan de intervención, del tratamiento adecuado (Kazdin et al., 1989).

Además de los criterios establecidos según la Task Force (Chambless y Hollon, 1998), existen otros criterios establecidos por autores diferentes como método para validar la eficacia de los tratamientos. En este sentido, destacan los criterios de Nathan y Gorman (2002), que dividen los tratamientos en 6 tipos, siendo el primero y el segundo los más aproximados a los tratamientos *bien establecidos y probablemente eficaces* de la Task Force (Chambless y Hollon, 1998), y por ende, los más rigurosos. Esta tipología enfatizaría, no obstante, aspectos diferentes, por lo que la equivalencia no es exacta. En este caso, serían relevantes sobre todo, el tamaño de la muestra, la utilización de diferentes medidas y el mantenimiento de los resultados en el tiempo, entre otras cosas. Respecto a estos nuevos criterios y en lo que atañe al problema que nos ocupa, no todos los tratamientos revisados alcanzarían niveles tipo 1. De hecho, solamente alcanzan criterios las siguientes terapias: terapia racional-emotiva (Block, 1978), terapia de interacción padres/hijos (Nixon, Sweeney, Erickson y Touyz, 2003; Schumann, et al., 1998; citados por Eyberg et al., 2008), la MTFC (Chamberlain y Reid, 1998; Leve et al., 2005), la terapia multisistémica (Borduin, et al., 1995; Henggeler et al., 1997; Henggeler et al., 1992; Henggeler, Pickrel y Brondino, 1999; citados por Eyberg et al., 2008), Incredible Years, (Webster-Stratton y Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001, 2004; citados por Eyberg et al., 2008). El resto, bien porque el tamaño de la muestra no es suficientemente grande bien porque no se obtienen medidas oficiales para evaluar los resultados, etc., no ostentan este nivel de eficacia (Eyberg et al., 2008).

Sin embargo, es importante señalar que, aunque estos criterios intentan ser estándares con los que examinar los diferentes estudios, ni siquiera parece existir un acuerdo completo respecto a la aplicación de los mismos. A este

respecto, por ejemplo, hay algunos estudios, como el de Huey y Polo (2008) donde se examina la aplicación de los criterios de la Task Force (Chambless y Hollon, 1998) a etnias minoritarias. Según este autor, es necesario adaptar los criterios prototípicos a estas poblaciones especiales (que en muchas ocasiones son mayoritarias en cuanto a problemas de conducta se refiere) y para ello se necesitan algunas premisas nuevas. Entre ellas, destacan las siguientes: el 75% de la población examinada ha de pertenecer a una etnia minoritaria, deben existir análisis separados que muestren superioridad estadísticamente significativa del tratamiento sobre la condición control y, además, estos análisis deben demostrar que la pertenencia a una etnia determinada no es un moderador de los resultados de tratamiento, o dicho de otra manera, el tratamiento es efectivo a pesar del efecto moderador de la pertenencia a una minoría en concreto. Asimismo, estos autores establecen también una adaptación de los criterios de Nathan y Gorman (2002) para estas poblaciones específicas, que es básicamente igual a la mencionada anteriormente.

Por otra parte, en la literatura se pone también de manifiesto, además de utilizar los criterios de eficacia, la necesidad de comparar los resultados obtenidos en los estudios con un criterio, es decir, con una medida que sirva de referencia en el análisis de datos, sobre todo, teniendo en cuenta que en algunas ocasiones, aunque los pacientes tratados mejoran, siguen sin estar dentro de un rango normal de comportamiento (Tisdell, y St. Lawrence, 1988; Yu, Harris, Solovitz y Franklin, 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1989). Según Kazdin et al. (1987), esto ocurría para la mayoría de los menores que habían participado del tratamiento de solución de problemas, en las medidas de las variables de resultado más importantes.

Existen además, otro tipo de consideraciones metodológicas respecto al procedimiento de validación de los tratamientos. Emplear medidas de evaluación de los resultados que, además de una utilidad clínica, hayan probado sobradamente su fiabilidad, se convierte también en un requisito imprescindible que no se cumple en todos los estudios (Eyberg et al., 2008).

Al hilo de lo anterior, se considera relevante también que las medidas de éxito o fracaso de tratamiento (medidas de resultado) sean válidas, lo cual no ocurre siempre así:

- En su mayoría, son medidas relacionadas directamente con los problemas de conducta. Sin embargo, aunque existe correlación negativa entre comportamiento agresivo y prosocial (a medida que disminuye el primero, suele aumentar el segundo), ésta en ocasiones es baja (Kazdin et al., 1992). Por lo tanto, aunque el menor deje de tener un comportamiento disruptivo, eso no asegura que su conducta tenga un carácter prosocial en lo sucesivo, por lo que sería también interesante

medir este aspecto en los estudios. Esto mismo es propuesto específicamente por algunos autores, con pruebas que incluyen apartados concretos al respecto, como por ejemplo, el Child Behaviour Checklist- CBCL (Achenbach, 1983; citado por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1987; Kazdin et al., 1992) o el School Behavior Checklist-SBCL (Miller, 1997; citado por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1987; Kazdin et al., 1992).

- Parece también importante establecer diferentes tipos de medidas de resultado, para examinar el contraste entre ellas. En este sentido, por ejemplo, hay estudios (Bernal, et al., 1980) que muestran discrepancias entre las medidas referidas por los padres, mucho más favorables, y las que se desprenden de la observación ajena, menos favorables al tratamiento. Esto ocurriría, según estos autores, porque los padres, que forman parte del problema y de su solución, buscarían reducir la disonancia que les confiere el estar implicados y por eso, sus referencias sobre la mejoría serían mayores. Las medidas de observación también son señaladas como relevantes en otros estudios (Borduin et al., 1995) y de hecho, se utilizan en un gran número de ellos, aunque sea de manera indirecta.
- Habitualmente, las medidas de estos estudios son oficiales, por ser éstas más objetivas. Sin embargo, se ha comprobado que los informes oficiales infraestiman el volumen o la seriedad de la actividad delincente (Chamberlain y Reid, 1998; Leve, et al., 2005), sobre todo para los delincentes más crónicos (DiJulio, 1995; citado por Chamberlain y Reid, 1998) y los más violentos (Henggeler, Melton, Smith, Foster y Hanley, 1993; Huizinga y Elliott, 1987; Mulvey, Arthur, y Reppucci, 1990; citados por Scherer et al., 1994). Según otros autores, solamente una parte de la actividad criminal es detectada por la policía y de ésta únicamente una fracción tiene un informe asociado; además, también ponen de manifiesto la gran variedad existente entre comisarías y distritos a la hora de considerar los crímenes más relevantes (Elliot y Voss, 1974; citados por Chamberlain y Reid, 1998). Los investigadores están de acuerdo en concluir que comparado con las tasas de arresto, los autoinformes capturan mejor la naturaleza actual, incidencia y frecuencia de la ofensa juvenil (Blumstein y Cohen, 1979; Capaldi y Patterson, 1996; Elliot y Voss, 1974; Erickson y Empeny, 1963; Gold 1963; citados por Chamberlain y Reid, 1998)
- En muchas ocasiones, las medidas son únicamente relativas al propio sujeto. Sin embargo, parece fundamental el medir también otras variables relacionadas con el problema, como por ejemplo, las relativas al funcionamiento familiar, pues para muchos autores no queda claro

que las mejoras en el comportamiento del menor se correspondan con las medidas de funcionamiento de sus progenitores (Kazdin et al., 1989). En este sentido, algunos tratamientos parecen tener un efecto específico sobre las familias más que sobre los individuos en sí. Por ejemplo, el entrenamiento en pautas de crianza para padres ocasionalmente mejora el funcionamiento de éstos de manera general en sus vidas (Eyberg y Robinson, 1982; Forehand, Wells y Griest, 1980; Patterson y Fleischman, 1979; citados por Kazdin et al., 1989). También se ha observado que la combinación de entrenamiento en solución de problemas con entrenamiento específico para padres mejora mucho más que otro tipo de intervenciones el funcionamiento familiar y no tanto el individual (Kazdin et al., 1992).

- Otros organismos de relevancia internacional, como la NICE (2005) señalan, además, que no existe relación entre las medidas de comportamiento utilizadas habitualmente en estudios sobre tratamientos de problemas de conducta (cuestionarios como el CBCL - Achenbach, 1983-), y las que se refieren a la calidad de vida o utilidad.
- Por otra parte, los autores de metaanálisis señalan que el tamaño del efecto, en cuanto a media de las diferentes medidas de los distintos estudios no supone una buena aproximación a los datos reales, pues existe gran variación entre los diseños de dichos estudios (Garrido et al., 2006).

b) Problemas relacionados con la validez externa

La literatura pone de manifiesto que, además de eficaces, los tratamientos han de ser útiles, aplicables en el contexto clínico real. En este sentido, sin embargo, parece existir una falta de replicabilidad de los estudios (Eyberg et al., 2008), en tanto en cuanto no siempre resulta fácil recrear las condiciones en que los diferentes tratamientos son puestos a prueba en un contexto natural, siendo el resultado en muchas ocasiones, pobre (Tisdell, y St. Lawrence, 1988; Yu et al., 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1987). Por ejemplo, en un estudio de Chamberlain y Reid, 1998, se pone de manifiesto que las habilidades cognitivas desarrolladas durante las sesiones de tratamiento no parecían aplicarse en los problemas de la vida diaria y que esta separación entre los problemas del día a día y el trabajo en terapia limitaría los resultados de la misma. En la misma línea, otros autores, ratifican que los contextos naturales donde ocurre el problema han sido a menudo olvidados por los estudios de tratamiento (Weisz, Weiss, y Donenberg, 1992, citados por Scherer et al., 1994) y que la eficacia de los tratamientos ha sido siempre tenida en cuenta en función de medidas de evaluación “de laboratorio” , en lugar de en

base a medidas referidas a los problemas y la actuación en casa y en el colegio o instituto (Grescham, 1985; Kazdin et al., 1987a; Tisdelle y St. Lawrence, 1986; citados por Kazdin et al., 1989).

Por otro lado, parece no existir tampoco capacidad de generalización de los tratamientos, debido, por ejemplo, a una escasez en la representatividad de la muestra. En este sentido, se señala la necesidad de incluir en los estudios una mayor diversidad de grupos étnicos (Chamberlain y Reid, 1998; Eyberg et al., 2008; Leve et al., 2005; Scherer et al., 1994;). Tal y como se mencionó con anterioridad, existen estudios que pretenden analizar el problema de conducta de los menores teniendo en cuenta solamente poblaciones minoritarias (Huey y Polo, 2008). Aplicando los criterios de la Task Force (Chambless y Hollon, 1998) a estas poblaciones, se encontraron resultados diferentes a los ya mencionados en el apartado anterior. Así, si solamente se tuvieran en cuenta estas poblaciones minoritarias, habría que reconocer como tratamientos probablemente eficaces la terapia multisistémica (Henggeler Clingempeel, Brondino y Pickrel, 2002; citados por Huey y Polo, 2008; Borduin et al., 1995; Henggeler et al., 1997; Henggeler et al., 1992) y el entrenamiento en el control de la ira (Lochman, Curry, Dane y Ellis, 2001; citados por Huey y Polo, 2008; Lochman y Wells, 2003, 2004; citados por Huey y Polo, 2008; Lochman et al., 1993) para los jóvenes afro-americanos, así como la terapia breve estratégica familiar (BSFT) (Santisteban et al., 2003; Szapocznik et al., 1989; citados por Huey y Polo, 2008), un tratamiento en familia en el que se reencuadran los límites y se reestructuran las interacciones problemáticas entre los miembros de la familia, para jóvenes hispanos. Además, existen otros tratamientos probablemente eficaces que cumplen todos los criterios para ser considerados bien establecidos excepto la réplica por otros investigadores (cuentan con un solo ensayo). Entre ellos tenemos: la terapia racional-emotiva (Block, 1978), para población negra e hispana, terapia de juego para niños en centros (Garza y Bratton, 2005; citados por Huey y Polo, 2008), aplicado a jóvenes mexicanos, entrenamiento en reatribución (Hudley y Graham, 1993; citados por Huey y Polo, 2008) para jóvenes afroamericanos y finalmente, grupo de entrenamiento en el control de la ira (Snyder, Kymissis y Kessler, 1999; citados por Huey y Polo, 2008), predominantemente destinado a afroamericanos, latinos, y otros grupos étnicos.

Respecto a la escasa representatividad de la muestra, otros autores plantean como una de las críticas a los tratamientos cognitivo-conductuales para menores con problemas de conducta agresiva el que la mayor parte de los estudios se hayan centrado en pacientes voluntarios de diferentes centros escolares, con niveles medios en cuanto a la conducta problemática, en lugar de niños referidos clínicamente por su comportamiento antisocial (Grescham, 1985;

Kazdin et al., 1987a; Tisdelle y St. Lawrence, 1986; citados por Kazdin et al., 1989).

Por otro lado, algunos otros estudios también muestran una falta de intervención en el contexto familiar, algo que parece ser fundamental. En este sentido, se señala, por ejemplo, la necesidad de incluir en la evaluación aspectos más específicos de los padres, como por ejemplo, su grado de malestar psicológico, pues éste parece influir en gran medida en las condiciones de tratamiento (Bernal et al., 1980). Complementando esta afirmación, otros autores señalan que las familias de los delincuentes crónicos presentan malestar y a menudo se encuentran desmoralizadas, derrotadas y angustiadas (Chamberlain y Reid, 1998). Según Kazdin et al. (1987a) el 62,2% de las madres y el 50% de los padres de sus pacientes con problemas de conducta cumplían criterios para una diagnóstico por causas psicológicas actuales. El 78,4% de las madres y el 66,7% de los padres, además, habían cumplido criterios en el pasado, siendo los diagnósticos más comunes los de depresión mayor, para las madres y abuso de sustancias para los padres.

Existen además, otros factores familiares que han sido asociados al comportamiento violento y que deberán ser tenidos en cuenta durante el tratamiento: pobres lazos afectivos entre padres e hijos, escasa monitorización y supervisión por parte de los padres, falta de disciplina, existencia de conflicto familiar y discordancia, desvío en comportamiento y actitud por parte de los padres, etc. (Fagan y Wexler, 1987; Henggeler, 1989; Loeber y Dishion, 1983; Lounsbury, 1987; Patterson y Stouthamer-Loeber, 1984; citados por Scherer et al., 1994; Patterson, 1982, 1986). Las familias más angustiadas y con más problemas muestran un peor ajuste en el seguimiento (Wahler, 1980; Webster-Stratton, 1989; citados por Chamberlain y Reid, 1998) y está comprobado que la patología familiar y determinados problemas socio-económicos pueden invalidar un proceso de tratamiento, como, por ejemplo, el entrenamiento para padres (Dumas y Wahler, 1983; citados por Kazdin, et al., 1987)

Por otra parte, también se indica en la literatura que los delincuentes crónicos, mejoran gracias a las distintas intervenciones; sin embargo, sus padres parecen tener unos recursos muy disminuidos para potenciar esta mejora, por lo que, una vez en el contexto familiar, se dificulta la generalización de los resultados (Chamberlain y Reid, 1998). Estos autores señalan que el tratamiento intensivo focalizado en la familia puede reducir la actividad criminal de los jóvenes cuya delincuencia no ha sido desarrollada hasta el punto de que haya sido requerido un internamiento fuera de casa.

También existen en los estudios metaanalíticos especificaciones sobre los formatos más adecuados de tratamiento en estas situaciones. Según Sánchez-Meca et al., 2002, la evidencia metaanalítica permite concluir que la terapia familiar, en general, y la basada en el modelo conductual en particular, presenta

unas estimaciones de eficacia de magnitud media-alta. También otros metaanálisis abogan por esta preferencia s (Hazelrigg, Cooper y Botduin, 1987; Shadish, 1992; citados por Sánchez-Meca et al., 2002), aunque el tamaño del efecto no es el mismo según la terapia específica familiar. Así, Shadish, en 1992 (citado por Sánchez-Meca et al., 2002) encuentra tamaños del efecto no significativos en terapia sistémica y humanista, aunque sí encuentra eficacia desde el modelo conductual.

En algunos metaanálisis específicos, como el llevado a cabo por Curtis et al., en 2004 sobre tratamientos multisistémicos, se encuentran efectos más duraderos en las medidas de relaciones familiares que en medidas individuales o de las relaciones con iguales. Esta medida es consistente con el énfasis que la terapia multisistémica pone en las intervenciones familiares. Según esta perspectiva, la mejora en las relaciones familiares predice el decremento en los problemas individuales, así como en la filiación con otros delinquentes (Huey, Henggeler, Brondino, y Pickrel, 2000; Mann, Borduin, Henggeler, y Blaske, 1990; citados por Curtis et al., 2004)

Otro aspecto fundamental en cuanto a la utilidad de los tratamientos sería la existencia de trastornos comórbidos en relación a los problemas de conducta. Los sistemas de clasificación diagnóstica más utilizados en la actualidad (DSM y CIE) consideran la existencia de un continuo en cuanto a la intensidad, severidad, frecuencia y cronicidad de los trastornos del comportamiento perturbador, que va desde la normalidad hasta los comportamientos disociales. En este sentido, hacen una distinción entre cuatro trastornos que se caracterizan por la presencia de comportamientos disruptivos o perturbadores, que de menor a mayor gravedad se ordenarían en: problemas paterno-filiales (si el objeto de atención clínica es el menor), comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia, trastorno negativista desafiante y trastorno disocial (APA, 2002). No obstante, dicho sistema de clasificación también contempla otra serie de trastornos que podrían cursar con conductas agresivas, como serían los trastornos depresivos o el déficit de atención con hiperactividad entre otros, mostrando por tanto la importancia de la presencia o no de trastornos comórbidos en la explicación de la aparición de dichas conductas.

Otros autores han hecho hincapié en esta comorbilidad con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1987; Kazdin et al., 1992; NICE, 2007), depresión (Kazdin et al., 1987, Kazdin et al., 1992, NICE, 2007), abuso de drogas (Kazdin et al., 1992; NICE, 2007), dificultades en el aprendizaje como la dislexia (NICE, 2007) y menos frecuentemente con psicosis y autismo (NICE, 2007). Además, en la revisión hecha por la NICE (2005) de los programas de pautas de crianza a padres, se establece que, aunque en dicha revisión no se profundiza en estudios específicos con población TDAH, tampoco se excluyen estudios con

comorbilidades mayores del 50%, lo cual quiere decir que se contemplan estudios en los más de la mitad de los participantes presentan una sintomatología relativa a problemas de conducta y a TDAH solapada.

De manera resumida, cabe decir, entonces, que, aunque en esta revisión sólo se han considerado aquellos estudios en los que la conducta disruptiva es el problema primario, otros secundarios, como los ya citados, que aparecen de manera concomitante, pueden influir en el tratamiento, por lo que es necesario tenerlos en cuenta.

Por último, para que las diferentes intervenciones sean verdaderamente útiles, los resultados han de poder mantenerse en el tiempo. Los estudios sobre jóvenes agresores a menudo han fallado en sus resultados a largo plazo (Bank, Marlowe, Reid, Patterson y Weinrott, 1991; Guerra y Slaby, 1990; Weisz, Walter, Weiss, Fernandez y Mikow, 1990; citados por Borduin et al., 1995; Tisdell, y St. Lawrence, 1988; Yu et al., 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1987). Hay autores que señalan que incluso los resultados más favorables con aquellos jóvenes cuyo comportamiento antisocial es más leve, han sido empañados por la falta de éxito en el contexto comunitario (Weisz et al., 1992; citados por Borduin et al., 1995). Por eso, parece imprescindible realizar seguimientos a largo plazo (Borduin et al., 1995). Sin embargo, en algunos estudios ni siquiera hay evidencia de resultados tras este largo plazo (Grescham, 1985; Kazdin, et al., 1987a; Tisdelle y St. Lawrence, 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Huey y Rank, 1984) y otros, muestran un tiempo insuficiente, de un año o dos como máximo (Eyberg et al., 2008; Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1992; Mytton, Diguisseppi, Gough, Taylor y Logan, 2006;). Hay algunos estudios que señalan hasta 4 años de seguimiento (Curtis et al., 2004) en terapia multisistémica.

c) Problemas relacionados con el contenido

Además de conocer si un tratamiento funciona o no eficazmente y si es útil al contexto, es importante saber también el principio activo de la intervención, el porqué de su éxito. En general, la mayor parte de tratamientos revisados no explican las variables de proceso que llevan a la mejora de los pacientes (Bernal et al., 1980; Kazdin et al., 1989; Kazdin, et al., 1987; Scherer et al., 1994). Algunos autores señalan como variables moderadoras el ajuste marital, la depresión materna, el abuso de sustancias por parte de los padres y la comorbilidad (Beauchaine, Webster-Stratton y Reid, 2005). También parece que el estilo educativo de los padres autoritario podría ser una variable mediadora y predictora del resultado de tratamiento (Beauchaine et al., 2005). Otros autores, hablan de habilidades de manejo y asociación con iguales con comportamiento desviado como variables relevantes (Eddy y Chamberlain, 2000). Pagan y

Wexler (1987; citados por Henggeler et al., 1992) encontraron también una relación entre asociación con iguales con comportamiento desviado como principal predictor de la actividad criminal; la falta de integración en la escuela contribuía también a la aparición de conducta violenta. Por último, hay otros autores que señalan el proceso de maduración como explicación a la mejora del comportamiento en estos menores (Bernal et al., 1980) y el elevado nivel de ira como principal incrementador de la respuesta agresiva (Huey y Rank, 1984)

No obstante, las explicaciones mencionadas anteriormente son de carácter parcial y puede decirse que, en general, no existen estudios controlados de las variables explicativas de los tratamientos (Chamberlain y Reid, 1998; Eyberg et al., 2008; Kazdin et al., 1992; Mytton et al., 2006;).

Por otro lado, tampoco se señalan en los estudios variables predictoras de pronóstico. Habitualmente, en la literatura se asume un mejor pronóstico para una intervención temprana. Sin embargo, hay otros estudios que señalan la falta de investigaciones en las que se examine sistemáticamente la contribución de la edad a los resultados (Kazdin et al., 1992).

Hay algunos estudios, no obstante que sí han intentado dar respuesta a esta incógnita. Desde el metaanálisis, por ejemplo, se ha encontrado una relación negativa entre la edad y la tasa de reincidencia, lo cual supone unos mejores resultados con los delincuentes adolescentes y jóvenes que con los adultos (Sánchez-Meca et al., 2002).

También desde este mismo campo se han dado diversas explicaciones de pronóstico. Algunos autores abogan a favor de lo que se conoce como el “principio de riesgo” (Andrews et al., 1990; citados por Garrido et al., 2006), según el cual los tratamientos son más eficaces para los jóvenes que tienen un alto riesgo que para aquéllos cuyo riesgo es menor, todo ello en contraposición a la postura tradicional de que los jóvenes con una conducta delictiva mayor tienen más difícil su recuperación.

Otros autores han obtenido resultados concordantes con este “principio del riesgo”. Redondo et al., (1997), por ejemplo, observan en primer lugar que, en términos de tipología criminal, las intervenciones más efectivas son aquellas aplicadas a ofensas contra las personas. En segundo lugar, Redondo et al., (1999) encuentran, efectivamente, que los mejores resultados son obtenidos para los jóvenes más violentos (aunque no sexualmente violentos). Sin embargo, a este respecto no existe unanimidad entre los diferentes autores.

Conocer los procesos que se van desarrollando a lo largo de las diferentes terapias, nos daría una respuesta a la pregunta de qué tratamientos funcionan para qué pacientes y bajo qué condiciones. A este respecto, algunos autores consideran que determinados pacientes son particularmente influidos por determinados tipos de tratamiento, dada la naturaleza de su problema u otras

características individuales o familiares (Lochman, Lampron, Burch y Curry, 1985; citados por Kazdin, et al., 1989).

d) Problemas relacionados con el abandono del tratamiento

Por último parecen existir dificultades clínicas especiales en el trabajo con menores que tienen problemas de conducta (Kazdin et al., 1992). Tras la revisión de la literatura, parece que una de estas dificultades específicas es la alta tasa de abandonos. Redondo et al., en su revisión de 1999, señalan un 23,01% de mortalidad experimental media en los grupos tratados. Parecido porcentaje, un 22%, encuentra Kazdin et al., (1992) y Borduin et al. (1995), indica un 21,5% de abandonos durante el tratamiento junto a un 12% de bajas, que aunque completan la evaluación pre tratamiento, no comienzan con la intervención.

De manera general, además, en estudios sobre terapia infantil se encuentra un abandono del 45-65% (Pekarik y Stephenson 1988; citados por Kazdin et al., 1992).

A pesar de su importancia, en ocasiones, este aspecto aparece descuidado en los estudios. Organizaciones como la NICE (2005) da cuenta de ello considerando que se da, o bien de una falta de análisis de los abandonos en los estudios sobre el entrenamiento a padres con hijos con problemas de conducta, o bien que la existencia de análisis del abandono sean poco sensibles y/o deficientemente controlados.

Como posible explicación a este abandono, no obstante, hay algunos autores que relacionan lo demandante que pueda ser un tratamiento con una mayor tasa de abandono (Kazdin et al., 1992). Estos mismos autores apuntan como variables importantes la disposición o motivación de las familias y de los terapeutas hacia al tratamiento, o las disfunciones de los padres y la adversidad familiar. Otros autores, además, consideran que la población a tratar es difícil de “enganchar” a las diferentes terapias (Henggeler, 1989; citado por Scherer et al., 1994)

Por todo ello, la satisfacción del “consumidor” del tratamiento parece un componente fundamental de la evaluación durante el mismo (Plante, Couchman y Diaz, 1995; Seligman, 1995; citados por Brestan, Jacobs, Rayfield, y Eyberg, 1999). Las medidas de satisfacción se han considerado las más subjetivas de las medidas de eficacia del tratamiento (Eyberg, 1993; citado por Brestan et al., 1999), aunque no por ello despreciables. De hecho, se ha visto que existen correlaciones positivas moderadas entre la satisfacción con el tratamiento y medidas generales de satisfacción con la vida tras la intervención (Levois, Nguyen y Attkisson, 1981; citados por Brestan et al., 1999) y entre la satisfacción con el tratamiento y la confianza en los demás. (Distefano, Pryer, y Garrison, 1981; citados por Brestan et al., 1999)

Para medir esta satisfacción con el tratamiento, algunos autores proponen medidas de evaluación durante el mismo, como la de la eficacia percibida de cada sesión (Bernal et al., 1980) o incluso pruebas específicas, tanto para hijos (Huey y Rank, 1984; Kazdin, et al., 1989; Kazdin, et al., 1987) como para padres (Kazdin, et al., 1989) y terapeutas (Kazdin, et al., 1989; Kazdin, et al., 1987) que evalúan la aceptación que los pacientes hacen del tratamiento. Según Kazdin et al. (1987) las evaluaciones que hacían los menores de la aceptación del tratamiento correlacionaron negativamente con las tasas de comportamiento disruptivo señaladas por los padres y positivamente con el comportamiento prosocial después del tratamiento. Las evaluaciones de los terapeutas de la mejora al final de la terapia tuvieron una correlación negativa con las tasas de comportamiento perturbador que observaron los profesores en el centro de estudios después del tratamiento y en el seguimiento a un año. Todo ello sugiere que ambas evaluaciones, la del menor y terapeuta, pueden predecir la actuación subsecuente al tratamiento. Sin embargo, el rango de correlaciones en el caso de los menores se encontraba en un rango bajo-medio (Kazdin et al., 1987).

A modo de cierre es fundamental, señalar, además de los problemas descritos hasta el momento, una crítica general a los estudios basados en la eficacia, estudios como los que se han revisado para el presente trabajo. En este sentido, algunos autores señalan que las conclusiones a las que se llega con revisiones como las de la Task Force son prematuras ya que hacen referencia a tratamientos “efectivos” más que a tratamientos “validados” (Garfield, 1996; citado por Labrador, 2004).

Además, Garfield en el 1996 (citado por Labrador, 2004), muestra otra serie de críticas que también han surgido en relación a este Informe:

Por un lado se critica el hecho de que el Informe contemple, únicamente, aquellas terapias que tienen manuales de tratamiento específicos, lo que suele suceder sólo en el caso de las intervenciones conductuales.

Otro elemento importante, es que la selección de los tratamientos, se basa en que éstos fuesen tratamientos “concretos” para trastornos “específicos”, y añaden que esta medida obvia toda la investigación y práctica clínica previa a 1980, ya que no es hasta la aparición del DSM-III (APA, 1975), cuando se asumen categorías diagnósticas concretas.

Por otro lado, existe una gran cantidad de críticas en torno a la variabilidad. Así, este autor considera que, pese a que todos los terapeutas apliquen el mismo programa de tratamiento, éstos tienen niveles de eficacia distintos.

También hace referencia a la variabilidad de los pacientes, considerando que, no es posible encontrar las mismas características en todos los individuos

que presentan el mismo trastorno, por lo que no todos requerirán el mismo tratamiento.

Por último, existen autores que defienden la importancia de los “factores comunes” a todas las formas de psicoterapia, más que la “especificidad terapéutica” (Garfield, 1995; Silverman, 1996; citados por Labrador, 2004). De hecho, algunos autores señalan el contexto interpersonal como un posible factor común que debería ser estudiado en lo sucesivo (Silverman, 1996; citado por Labrador, 2004).

Conclusiones

El tema que nos ocupa en el presente texto, es decir, el del tratamiento de menores que agreden a sus padres es, como hemos visto, un elemento sumamente complejo y adolece de algunas carencias. La primera de ellas, es, precisamente, la falta de tratamientos específicos y rigurosos sobre un tema que es de creciente interés en la sociedad actual. En este sentido, la creación de protocolos de tratamiento específicos al respecto, y el análisis riguroso de los resultados de los mismos parece hoy por hoy, una tarea de vital importancia.

Para poder dar forma a tratamientos de este tipo, no obstante, es importante revisar la literatura que existe al respecto, aunque ésta, como puede comprobarse a la luz de los datos presentados hasta ahora, no es todo lo amplia y rigurosa que cabría desear. En este sentido, una revisión exhaustiva sobre el tema hace patente la necesidad de que los tratamientos sean lo más eficaces posible, lo cual, no es solamente lo deseable, sino que supone una obligación dentro del marco deontológico de las ciencias de la salud. Para ello, deberán suplirse algunas de las carencias que ya han sido referidas con anterioridad. Por ejemplo, es fundamental rebajar la tasa de abandonos tan elevada que presentan estos tratamientos (Borduin et al., 1995; Kazdin et al., 1992; Redondo et al., 1999) y que, tal y como hemos visto, parece estar relacionada con un desgaste de los pacientes sometidos a terapia (Kazdin et al., 1992). Por eso, muchos autores incluyen en los tratamientos mediciones de la satisfacción con el tratamiento, tanto de los menores, como de los padres y terapeutas (Brestan, et al., 1999; Kazdin, et al., 1989; Kazdin et al., 1987) Además, la propuesta de una intervención motivacional específica podría ser el instrumento idóneo en este sentido. Por ello, parece necesaria la inclusión de componentes que aumenten la motivación, asistencia y adhesión (Nock, 2003). De hecho, en determinados estudios se ha comenzado a incluir este componente esencial, encontrado resultados superiores que los tratamientos que prescinden del mismo (Thomas y Zimmer-Gembeck, 2007).

Al hilo de lo anterior, para mejorar la eficacia de los tratamientos será fundamental examinar las variables de proceso que explican el éxito o fracaso de las intervenciones. Una estrategia válida para realizar dicho proceso podría tener que ver con una evaluación continua del estado de evolución en que se encuentran los pacientes, empleando los instrumentos más válidos y fiables que se hayan encontrado, siendo mejor emplear una variedad de medidas con diferentes puntos de vista (Sherer et al., 1994). Además, Bernal et al., (1980) hablan de la evaluación continua por parte del terapeuta de cada sesión, con la que se podría saber exactamente qué componente activo del tratamiento está provocando cambios en cada momento. De esta manera se permitiría la identificación de los predictores, mediadores y moderadores (Eyberg et al., 2008), y logrando pues, subsanar la ausencia de estudios controlados sobre las variables explicativas de los tratamientos (Chamberlain y Reid, 1998; Eyberg et al., 2008; Kazdin et al., 1992; Mytton et al., 2006).

Por otro lado, además de la eficacia es importante tener en cuenta la utilidad del tratamiento. Para poder generalizar los éxitos a la práctica clínica habitual, intervenir con todos los agentes responsables del problema (intervención con la familia) se convierte en sumamente relevante. En este sentido, cabe destacar que el enfoque cognitivo-conductual cuenta con evidencias que favorecen dicha generalización. Tal y como se ha comentado anteriormente, la evidencia metaanalítica permite concluir que la terapia familiar, en general y la basada en el modelo conductual, en particular, presenta unas estimaciones de eficacia de magnitud media-alta (Sánchez-Meca et al., 2002), además, la mejora en las relaciones familiares predicen el decremento en los problemas individuales (Huey et al., 2000; Mann et al., 1990; citados por Curtis et al., 2004), lo cual pone de manifiesto la importancia de la intervención en esta línea.

Otro aspecto de especial relevancia en el caso que nos ocupa, y que fortalece la necesidad de intervención a nivel familiar, lo constituye el olvido generalizado en la literatura de los contextos naturales donde ocurre el problema (Weisz et al., 1992; citados por Scherer et al., 1994), en este sentido, nuevamente la intervención familiar constituye un eje fundamental de cara a favorecer la generalización de los resultados.

Por otra parte, con el fin de aplicar lo aprendido en la clínica al contexto natural, sería necesario también adaptar el protocolo a las características de diversos centros sanitarios. Por ello, es fundamental contemplar la intervención empleando diferentes modalidades de tratamiento (individual/grupal) y posibilitando que sea aplicable por diferentes profesionales de la salud, con el fin de cumplir con el objetivo de favorecer la replicación de las investigaciones y el estudio de los efectos de los programas fuera de las condiciones de laboratorio (Eyberg et al., 2008). El hecho de que exista un manual protocolizado y una

garantía de cumplimiento convierte al tratamiento en replicable por cualquier profesional, siempre y cuando haya una formación previa y un seguimiento continuo de adherencia a los principios básicos de tratamiento, promoviendo así, la aplicación coherente de los programas (NICE, 2007).

Además, para que la generalización sea más fácil, algunos autores proponen la tarea para casa como el mecanismo más eficaz para trasladar lo trabajado en sesión al contexto natural (Fenichel, 1941; Goldfied, 1980; Haley, 1963; Kelly, 1955; Shelton, 1979; citados por Chamberlain y Reid, 1998; Kazdin, et al., 1989; Kazdin et al., 1987)

Pero no solamente es necesario adaptarse al entorno donde se va a desarrollar el programa de tratamiento, sino también individualizar el mismo teniendo en cuenta las características idiosincrásicas de cada paciente. Parece fundamental, entonces, favorecer el proceso de individualización de la intervenciones, facilitando además la creación de un enfoque flexible (Frick, 2001). Una evaluación pormenorizada de las variables relevantes, ayudará a poner un peso específico mayor en los principales déficits y fortalezas de cada sujeto (Henggeler et al., 1992). Además, la contemplación dentro del propio protocolo de diferentes alternativas en la intervención, parece ser fundamental también en esta línea.

Otro aspecto relevante, de cara a favorecer esta individualización y flexibilidad, lo constituye el hecho de poder examinar la presencia de trastornos comórbidos (NICE, 2005), así como la inclusión de intervenciones específicas para ello (Chamberlain y Reid, 1998). En este sentido, la elaboración de una correcta evaluación pormenorizada, en la línea de lo comentado anteriormente, así como el hecho de contemplar posibles vías de actuación ante dichos problemas, podría favorecer aún más la individualización y flexibilidad ya mencionadas.

La utilidad del tratamiento será también mayor o menor dependiendo del mantenimiento de los resultados en el tiempo. Para ello, la evaluación antes mencionada deberá ser, además, extensible en el tiempo, promovándose la inclusión de medidas amplias que favorezcan los seguimientos a largo plazo (Borduin et al., 1995; NICE, 2005, 2007).

Cumplidos estos requisitos, la labor del profesional de la psicología debe ser la de puesta en práctica y validación del tratamiento. Para ello, será fundamental respetar los criterios metodológicos propuestos por la Task Force (Chambless y Hollon, 1998) (asignación aleatoria, comparación con grupo control, existencia de un criterio comparativo, emplear medidas fiables y replicables, etc.).

Un segundo paso después de la creación de nuevos tratamientos sería su validación empírica (según los criterios establecidos hasta ahora) y, por supuesto, la realización de revisiones sobre los estudios a los que esa validación

diera lugar. Al hilo de lo anterior, es importante reseñar algunas de las limitaciones de la presente revisión teórica. La principal de todas ellas es la referida a la amplitud de criterios de inclusión de los artículos y por lo tanto, a la heterogeneidad de los mismos que imposibilita la comparación sistemática esperable en un trabajo de estas características. Para futuras investigaciones, cuando el panorama de tratamientos sea más alentador, será necesario acotar más los criterios, hacer un análisis comparativo de los estudios más sistemáticos e, incluso, si fuera posible, cuantitativo. Un estudio de metaanálisis, en ese sentido, sería lo idóneo para cumplir estas expectativas

Por último, y en conexión con la idea desarrollada previamente, para seguir perfeccionando los tratamientos que nos ocupan, sería imprescindible realizar labores de difusión del conocimiento adquirido en el ámbito de investigación, que dieran a conocer las principales fallas y líneas de investigación a seguir. Éste sería sin duda el paso necesario para cerrar el ciclo descrito hasta ahora y por tanto, para avanzar en los tratamientos de los menores que agreden a sus padres.

En la *Tabla 5* se muestran las principales conclusiones a las que se ha llegado en el presente texto, necesarias para el avance en los tratamientos que nos ocupan.

Confiamos en que el presente artículo contribuya a un incremento en la investigación al respecto, así como en su difusión y aplicación en el ámbito clínico, lo cual constituye el objetivo final de todo tratamiento de tipo sanitario.

Tabla 5. Indicaciones para el avance en los tratamientos de menores que agreden a sus padres

1. CREACIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS		
	PROBLEMAS	PROPUESTAS
EFICACIA	Alta tasa de abandonos	Intervención motivacional
	Falta de poder explicativo del cambio.	Evaluación continua de posibles variables de proceso.
EFECTIVIDAD	Falta de Generalización	Tratamiento en familia
	Falta de aplicación en contextos clínicos comunes	Protocolo de tratamiento (aplicable por distintos profesionales después de formación) Inclusión en protocolo de formato individual/grupal

	Falta de individualización de tratamiento.	Protocolo de evaluación Módulos específicos en protocolo.
	Falta de mantenimiento en el tiempo de resultados	Seguimientos a largo plazo

2. VALIDACIÓN (Criterios Task Force) y revisión sistematizada del “nuevo panorama” (realización de meta-análisis)

3. DIFUSIÓN: Conectar teoría y práctica

Referencias

- Achenbach, T. M. (1983). *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile*. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry.
- American Psychiatric Association (1975). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th. Ed.)*. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association-APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S.A.
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C. y Reid, M. J. Mediators, moderators and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: a latent growth curve analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, 371-388.
- Bernal, M. E., Klinnert, M. D. y Schulz, L. A. (1980). Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 677-691.
- Bobic, N. (2002) *Adolescent violence towards parents: Myths and realities*. Recuperado el 17 de enero de 2008 en: <http://www.rosemountgs.org.au/adolescent/documents/AFCAConference-October2002.pdf>
- Block, J. (1978). Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving, disruptive high school students. *Journal of Counselling Psychology*, 25, 61-65.
- Borduin, C. Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. y Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578.
- Brestan, E., Jacobs Y. R. Rayfield, A. D. Eyberg, S. M. (1999). A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Behaviour Therapy*, 30, 17-30.
- Brinkmeyer, M.Y. y Eyberg, S.M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. . In A.E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidenced-based*

- psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204-223). New York: Guilford.
- Chamberlain, P. y Reid, J.B. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 624-633.
- Chambless, D y Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cornell, C.P., y Gelles, R.J. (1982). Adolescent to parent violence. *Urban and Social Change Review*, 15, 8-14.
- Cottrell, B. (2001). *Parent abuse: The abuse of parents by their teenage children*. Recuperado el 25 de junio de 2008 en: <http://www.canadiancrc.com>
- Cottrell, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, 25, 1072-1095.
- Curtis, N. M., Ronan, K. R. y Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Eddy, J. M. y Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 857-863.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M. y Boggs, S.R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behaviour. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- Fiscalía General del Estado (2007). *Memoria 2007*. Recuperado el 26 de octubre de 2008 en: http://www.fiscal.es/cs/Satellite?cid=1242051781467&language=es&pagename=PFiscal%2FPage%2FFGE_buscadorArchivoDocument
- Fiscalía General del Estado (2008). *Memoria 2008*. Recuperado el 26 de octubre de 2008 en: http://www.fiscal.es/cs/Satellite?cid=1240560251763&language=es&pagename=PFiscal%2FPage%2FFGE_buscadorArchivoDocument
- Forehand, R. y McMahon, R.J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford.
- Frick, P.J. (2001). In review. Effective Interventions for Children and Adolescents With Conduct Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 597-608.
- Gallagher, E. (2004). Youth who victimise their parents. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25, 94-105
- Garrido, V., Anyela, L. y Sánchez-Meca, J. (2006). What works for serious juvenile offenders? A systematic review. *Psicothema* 2006. 18, 611-619.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. y Hanley, J. H., (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B. y 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.

- Herschell, A., Calzada, E., Eyberg, S.M. y McNeil, C.B. (2002). Parent-Child Interaction Therapy: New Directions in Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 9-16.
- Huey, S. J. y Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 37, 262-301.
- Huey, W.C. y Rank, R.C. (1984). Effects of counselor and peer-led group assertive training on black-adolescent aggression. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 95-98.
- Ibabe, I. (2007). *Perfil de los hijos adolescentes que agreden a sus padres*. Vitoria-Gasteiz: Gizarte Psikologia eta Portaera Zientzien Metodologia Saila
- Kazdin, A.E., Bass, D., Siegel, T., y Thomas, C. (1989). Cognitive-behavioural therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522-535.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H. y Unis, A. S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 76-85.
- Kazdin, A.E., Siegel, T.C. y Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- Kazdin, A.E. y Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.
- Labrador, F.J. (2004). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Leve, L. D., Chamberlain, P. y Reid, J. B. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: Effects on delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1181-1185.
- Lochman, J.E., Barry, T.D. y Pardini, D.A. (2003). Anger control training for aggressive youth. En A.E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.
- Lochman, J.E., Coie, J.D., Underwood, M.K. y Terry, R (1993). Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1053-1058.
- McCloskey, L.A. y Lichter, E.L. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of International Violence*, 18, 390-412.
- Micucci, J.A. (1995). Adolescents who assault their parents: A family systems approach to treatment. *Psychotherapy*, 32, 154-161.
- Mytton, J., Diguseppi, C., Gough, D., Taylor, R., Logan, S. (2006), *Programas escolares de prevención secundaria de la violencia*. Recuperado el 10 de septiembre de 2008 en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004606/frame.html>
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Eds.). (2002). *A guide to treatments that work* (2ª ed.). New York: Oxford University Press.

- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Parent-Training programmes in the management of conduct disorder: A report from the NICE Decision Support Unit and the ScHARR Technology Assessment Group*. Recuperado el 17 de Julio de 2008 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Parent-Training/Education programmes in the management of children with conduct disorders*. Recuperado el 17 de julio de 2008 en: <http://www.guidance.nice.org.uk>
- Nock, M.K. (2003). Progress Review of the Psychosocial Treatment of Child Conduct Problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 1-28.
- Pagani, L., Larocque, D., Vitaro, F. y Tremblay, R.E. (2003). Verbal and physical abuse toward mothers: The role of family configuration, environment, and coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 215- 222.
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A. y Cotton, S. (2002) Adolescent violence towards parents: Maintaining family connections when the going gets tough. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23, 90–100.
- Patterson G. R. (1982). *Coercitive family process*. Oregon: Castalia.
- Patterson, G. R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, 41, 432-444.
- Patterson, G.R., Chamberlain, P. y Reid, J.B. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishon, T. J. (1992). *Antisocial Boys*. Eugen, Oregon: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R. y Conger, R. E. (1975). *A social learning approach to family intervention: Families with aggressive children (Vol.1)*. Eugene, OR: Castalia.
- Perera, H. (2006). Parent battering and the psychiatric and family correlates in children and adolescents. *Sri Lanka Journal of Child Health*, 35, 128-32.
- Redondo, S., Garrido, V. and Sánchez-Meca, J. (1997). What works in correctional rehabilitation in Europe: a meta-analytic review. En S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez and R. Barberet (eds.): *Advances in psychology and law: International contributions* (pp. 499-523). Berlín: DeGruyter.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J. y Garrido, V. (1999). Tratamiento de los delincuentes y reincidencia: Una evaluación de la efectividad de los programas aplicados en Europa. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11-37.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J. y Garrido, V. (2002). Crime treatment in Europe: a final view of the century and future perspectives. En McGuire, J. (ed): *Offender rehabilitations and treatment: effective programs and policies to reduce re-offending*. Sussex, England: Wiley.
- Robinson, T., Smith, S.W. y Miller, M. (2002). Effect of a cognitive-behavioral intervention on responses to anger by middle school students with chronic behavior problems. *Behavioral Disorders*, 27, 256-271.
- Rosa, A. I., Inglés C. J., Olivares, J., Espada, J. P., Sánchez-Meca, J. y Méndez, X. (2002). Eficacia del entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes: de menos a más. *Psicología Conductual*, 10, 543-561.

- Sánchez-Meca, J., Méndez, X., Olivares, J., Espada, J., P., C. J., Inglés y Rosa, A., I. (2002). Tratamiento psicológico en la infancia y la adolescencia: una revisión de su eficacia desde el metaanálisis. *Psicología Conductual*, 10, 451-479.
- Sanders, M. R. (1999). Triple p-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behaviour and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Scherer, D. G., Brondino, M. J., Henggeler, S. W., Melton, G. B. y Hanley, J. H. (1994). Multisystemic family preservation therapy: Preliminary findings from a study of rural and minority serious adolescent offenders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 198-206.
- Sheehan, M. (1997). Adolescent violence - strategies, outcomes and dilemmas in working with young people and their families. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18, 80-91
- Thomas, R. y Zimmer-Gembeck, M.J. (2007) Behavioral Outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P—Positive Parenting Program: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35,475–495.
- Walsh, J. y Krienert, J. (2007). Child-parent violence: An empirical analysis of offender, victim, and event characteristics in a national sample of reported incidents. *Journal of Family Violence*, 22, 563-574.
- Webster-Stratton, C. y Reid, M. (2003). The incredible Years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. En A.E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* (pp- 224-240). New York: Guilford.
- Wells, K.C. y Egan, J. (1988). Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 138-146.
- Woolfenden, S. R., Williams, K. y Peat, J. (2008). *Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años*. Recuperado el 30 de junio de 2008. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003015/frame.html>