

**PROGRAMA DE ADOLESCENTES QUE AGREDEN A SUS
PADRES (P. A. P.): UNA PROPUESTA ESPECÍFICA PARA
EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE CONDUCTA
EN EL ÁMBITO FAMILIAR**

María González-Álvarez¹, Clara Gesteira Santos,
Ignacio Fernández-Arias y María Paz García-Vera
*Clínica Universitaria de Psicología.
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

Partiendo de la revisión realizada por este mismo grupo de trabajo sobre los tratamientos específicos para menores que agreden a sus padres, los estudios de metaanálisis sobre delincuencia juvenil y las intervenciones diseñadas para la población de menores con problemas de conducta, se hace patente la discrepancia existente entre el aumento del fenómeno de la violencia ascendente en nuestra sociedad y la escasez de estudios controlados sobre tratamientos específicos al respecto. Resultando, además, que dichos estudios adolecen de problemas metodológicos y de generalización de los resultados a los contextos naturales, todo lo cual redundaría en su incapacidad para apoyar empíricamente los tratamientos psicológicos a los que se refieren, se retoman las soluciones ya planteadas en la anterior revisión bibliográfica, proponiendo, además, como respuesta integradora, el Programa para Adolescentes que Agreden a sus Padres (P.A.P.), un protocolo riguroso de tratamiento, con estructura multicomponente e intervenciones multimodales, que incluye el trabajo a nivel familiar y se sustenta en los principios básicos de individualización y motivación de los pacientes. El PAP se muestra, entonces, como una opción de tratamiento específico y válido en el campo de la violencia ascendente.

PALABRAS CLAVE: *Violencia; violencia-ascendente; violencia-intrafamiliar; delincuencia-juvenil; comportamiento-agresivo, problema-conducta; trastorno-conducta; adolescentes; menores; tratamiento-adolescentes, intervención-familiar; apoyo-empírico; tratamientos-basados-evidencia.*

Abstract

Starting with this working group's review of specific treatments for children who assault their parents, the meta-analysis of studies on juvenile delinquency

¹ *Correspondencia:* M^a González-Álvarez. 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: 3-11-2009.

and interventions designed for the population of children with behavior problems, we observe the discrepancy between the increase in the phenomenon of child-to-parent violence in our society and the lack of controlled studies of specific treatments. It also appears that these studies suffer from methodological problems and problems to generalize the results to natural settings. This leads to their inability to provide empirical support to the psychological treatments to which they refer. We therefore reinstitute solutions already proposed in the previous literature review, also proposing an integrative response, the Program for Teenagers who have Assaulted their Parents (PAP), a rigorous protocol of treatment and interventions with a multi-modal structure. It includes working at the family level and is based on the basic principles of individualization and motivation of patients. The PAP is revealed as a specific treatment option and is valid in the field of child-to-parent violence.

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

Introducción

El fenómeno de la violencia ascendente cobra, día a día, más relevancia en nuestro contexto social. A pesar de que en numerosas ocasiones el foco de atención ha recaído en otras formas de violencia intrafamiliar, parece ser, que los casos de menores que agreden a sus padres son cada vez más frecuentes.

La toma de conciencia acerca de este fenómeno es muy reciente en nuestro país resultando complicado obtener datos oficiales de prevalencia de este tipo de violencia en las familias españolas. Los datos aportados por la *Fiscalía General del Estado* en su Memoria del 2008 muestran la importancia del fenómeno. Según dicho informe, el número de incoaciones en el 2007, ateniéndose al parentesco entre las víctimas y el agresor, se encuentran 2.013 casos de agresiones a los progenitores y 78 hacia abuelos u otras personas ascendientes, lo que en términos porcentuales supone que el 12,21% de los procedimientos incoados en materia de violencia doméstica durante el 2007 se refieren a agresiones perpetradas por parte de los hijos hacia sus padres y un 0,47% a los abuelos. Todo ello, da debida cuenta de la relevancia que el fenómeno está tomando en nuestra sociedad, haciéndose además referencia explícita en dicho documento, del incremento que este fenómeno está sufriendo en los últimos años. Hay que tener en cuenta además, que esa cifra suele reflejar únicamente los casos extremos que requieren de intervención judicial, no representando, por tanto, la mayoría de los casos reales.

No obstante, pese a la apariencia novedosa del fenómeno, podríamos decir que no se trata de un concepto de nueva creación, pudiéndose encontrar referencias al respecto cuatro décadas atrás, aludiendo al *síndrome de los progenitores maltratados* (Harbin y Madden, 1979; Sears, Maccoby y Levin, 1957; citados por Walsh y Krienert, 2007).

Sin embargo, a pesar del incremento del número de casos y de las alusiones anteriores al concepto general de violencia ascendente, parece que la investigación en este campo no ha evolucionado en paralelo, siendo complicado, aún hoy día, encontrar literatura científica relacionada y observándose, además, que los pocos estudios de los que se dispone son en su mayoría antiguos en el tiempo, de unos 10 a 30 años de antigüedad (Cottrell y Monk, 2004), con muestras pequeñas de población clínica (Charles, 1986; Jackson 2003; Nock y Kazdin, 2002; citados por Walsh y Krienert, 2007; Gallagher, 2004; McCloskey y Lichter 2003) y se contradicen mutuamente, lo que finalmente, dificulta la posibilidad de extraer conclusiones coincidentes sobre el tema (Walsh y Krienert, 2007).

No obstante, si se amplía la búsqueda y se realiza una revisión pormenorizada de la literatura sobre el fenómeno y sobre los tratamientos específicos de la violencia ascendente, así como de aquellas intervenciones que han demostrado eficacia en los problemas de conducta, comportamiento antisocial y/o delincuencia, pueden encontrarse una serie de factores en común, así como ciertas limitaciones en los diversos tratamientos, que podrían servir de guía a la hora de elaborar un programa de intervención destinado a abordar de manera específica esta problemática. En el presente artículo se muestra un breve resumen de las conclusiones extraídas tras la revisión realizada en el este campo (Gesteira, González-Álvarez, Fernández-Arias y García-Vera, 2008), con el fin de proponer un programa de tratamiento específico que subsane las limitaciones encontradas.

Procedimiento

El presente artículo está basado en la revisión teórica realizada por el mismo equipo de investigación (Gesteira *et al.*, 2009). Dicha revisión se llevó a cabo en distintos niveles de búsqueda. En el primero de ellos, se identificaron las citas de diversos autores de referencia en el ámbito de la violencia ascendente (e.g., Cottrel, 2001; Paterson, Luntz y Perlesz, 2002). Además, se emplearon también las bases de datos PsycINFO, PsycARTICLES y PSICODOC para la obtención de datos relativos a los tratamientos específicos empleados en el fenómeno. En este proceso se utilizaron como descriptores los siguientes

términos: *parent abuse, violence towards parents, adolescent violence, juvenile offenders, etc.*, no proponiendo limitación temporal alguna en la búsqueda.

En el segundo nivel de búsqueda, ésta se amplió, tratando de identificar datos relativos a tratamientos centrados en problemas de conducta, trastorno disocial, trastorno negativista-desafiante y/o delincuencia, en adolescentes. Para ello, se trató de encontrar estudios sobre la eficacia de tratamientos centrados en estos fenómenos y estudios metaanalíticos. Con este fin, nuevamente se emplearon las bases de datos citadas anteriormente, empleando, entre otros, los siguientes descriptores: *juvenile offenders, treatment conduct problems, metaanálisis adolescencia*. Además, se consultaron también guías como la del *National institute for health and clinical excellence* (NICE), con el fin de conocer las recomendaciones clínicas generales e investigaciones principales realizadas en el marco del tratamiento de menores con problemas de conducta. Tras encontrar los artículos, se procedió a una revisión de los abstracts con el fin de identificar aquellos que requerían la revisión del texto completo. Nuevamente, no se propuso limitación temporal alguna en la búsqueda.

Por último, el proceso de rastreo finalizó con el examen de los artículos centrados en los tratamientos catalogados como “bien establecidos” o “probablemente eficaces” en el campo de la conducta disruptiva y/o violenta en la infancia y adolescencia. Siguiendo los criterios establecidos por Chambless y Hollon (1998) se procedió a la búsqueda de los tratamientos específicos empleando nuevamente las bases de datos ya citadas y la consulta de libros como el de Kazdin (2003) para el acceso a determinados artículos, no disponibles vía electrónica. Los descriptores empleados en esta ocasión fueron en términos generales: *Evidenced-based psychotherapies*; y posteriormente la búsqueda concreta de aquellos tratamientos considerados como “probablemente eficaces”, como por ejemplo: *Helping de noncompliant, anger control, incredible years, etc.*

Revisión de Tratamientos

Ya que se trata de un área de investigación novedosa, en la actualidad existen pocos tratamientos específicos que pretendan incidir en el fenómeno de la violencia ascendente. No obstante, es posible encontrar ciertas referencias (Tabla 1).

Tabla 1. Tratamientos específicos centrados en la violencia ascendente.

TRATAMIENTOS	CARACTERÍSTICAS
Jenkins (1990); citado por Bobic, (2002).	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

Tras la revisión de cada uno de los tratamientos específicos sobre el tema (Gesteira et al., 2009), se pueden extraer una serie de conclusiones.

En primer lugar, es importante destacar la ausencia de datos sobre la eficacia de dichos tratamientos. A excepción de la propuesta de Paterson *et al.*, (2002), el resto omite cualquier dato relativo a dicho punto. Por su parte, este autor, que sí aporta datos estadísticos, los fundamenta sobre un tamaño muestral que impide extraer conclusiones sólidas acerca de la eficacia del tratamiento. 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 e implementación de las mismas y, por tanto, su eficacia.

Por otro lado, se observa, además, una ausencia significativa de manuales de tratamiento protocolizados o de explicaciones detalladas de la metodología empleada para la intervención, por lo que conocer las técnicas y procesos intervinientes, resulta sumamente complicado. Además, la ausencia de instrumentos de evaluación destinados a medir las variables dependientes de los diversos tratamientos, impide la posibilidad de estudiar los efectos de dichas intervenciones de manera cuantitativa, dificultando la interpretación de los resultados y efectos de los tratamientos.

A pesar de todo ello, ampliando la búsqueda, es posible encontrar intervenciones dirigidas a los trastornos de conducta, trastorno disocial, negativista-desafinate y delincuencia en menores, muy relacionados en numerosas ocasiones con esta problemática.

No obstante y pese a la existencia de una elevada cantidad de investigaciones relativas a los predictores y factores de riesgo asociados a los trastornos de conducta y la delincuencia, es escasa la que se refiere a la eficacia de las intervenciones específicas (Woolfenden, Williams, y Peat, 2008)

habiéndose llegado a descuidar este aspecto en ciertos momentos (Borduin, 1995).

Los resultados de dos estudios metaanalíticos de un equipo de investigación español muestran que la población de delincuentes juveniles es bastante resistente a cualquier tipo de tratamiento (Sánchez-Meca et al., 2002), con reducciones de la reincidencia entorno al 7% en menores de 12 a 21 años en régimen de internamiento (Garrido, Anyela y Sánchez-Meca, 2006). En estos estudios los programas conductuales son los que arrojan mejores resultados (Lipsey, 1992; Lipsey et al., 1998; citados por Sánchez-Meca et al., 2002), destacando los que añaden técnicas cognitivas (Antonowicz y Ross, 1994; Izzo y Ross, 1990; citados por Sánchez-Meca et al., 2002; Garrido et al., 2006). Todo ello, además, de manera concordante con otros estudios sobre delincuencia juvenil previos (Andrews et al., 1990; Garret, 1985; Gensheimer, Mayer, Gottschalk y Davidson, 1986; citados por Garrido et al., 2006; Redondo y Sánchez-Meca, 1997; Redondo, Sánchez-Meca y Garrido, 1999, 2002), especialmente para los programas de tratamiento en los que la conducta delictiva es grave (Lipsey et al., 1998; Lipsey, 1999; citados por Garrido et al., 2006).

Otros metaanálisis más inespecíficos mostrarían 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 (Sánchez-Meca et al., 2002).

Por otro lado, acudiendo a los criterios de la Task Force (Chambless y Hollon 1998), se encuentran una serie de tratamientos que han obtenido científicamente resultados apropiados, precisamente, para el tratamiento de problemas de conducta.

En este sentido, es posible encontrar un *grosso* 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 (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 estos tratamientos, se organizan 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). Dichos tratamientos se presentan en las siguientes tablas (Tablas 2, 3 y 4).

Como ya se señaló en la revisión anterior, todos ellos cumplen con los criterios metodológicos propuesto por la Task Force (Chambless y Hollon 1998), para ser considerados como *tratamientos probablemente eficaces*, a excepción del programa propuesto por Patterson *et al.*, (1975), que cumple los criterios

para ser considerado como un *tratamiento bien establecido*. No obstante, y pese a la rigurosidad que presentan estos estudios, no están exentos de limitaciones, todas ellas se presentan a continuación de manera resumida.

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)

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) Incredible Years (Webster-Stratton y Reid., 2003)		Multidimensional Treatment Foster Care (Chamberlain y Smith, 2003)

Tabla 4. Programas de tratamiento dirigidos a familias

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 Interacción padres-hijos (Brinkmeyer y Eyberg, 2003) Helping the Noncompliant child (Forehand y McMahon, 1981)		Terapia multisistémica (Henggeler y Lee, 2003; citado por Eyberg, Nelson y Boggs, 2008)

Limitaciones de los tratamientos

Tal y como aparece en la revisión de Gesteira et al., de 2008, existe una serie de problemas de los que adolecen los tratamientos analizados. En primer lugar y respecto a la calidad de los estudios, es importante señalar que muchos de ellos carecen de los criterios de rigor metodológico necesarios para apoyar empíricamente los tratamientos (Chamless et al., 1998). De esta manera, es ostensible en gran parte de estas investigaciones, la falta de comparaciones entre la condición experimental y un grupo control, un placebo o la aplicación de otro tratamiento *bien establecido* (Bernal, Klinnert y Schulz, 1980; Borduin et al., 1995; Kazdin, Bass, Siegel y Thomas, 1989; Eyberg et al., 2008).

También es relevante en este sentido, la escasez de protocolos de tratamiento (Eyberg et al., 2008) o el uso de medidas de resultado poco fiables (Eyberg et al., 2008) y escasamente válidas. En lo que refiere a este último aspecto, por ejemplo, algunas de las medidas infraestiman los resultados en la población de referencia (Chamberlain y Reid, 1998; Leve, Chamberlain y Reid, 2005), otras, aparecen centradas únicamente en la conducta problemática del menor, sin prestar atención a su comportamiento prosocial (Kazdin, Siegel y Bass, 1992) y todas ellas, en general, obvian las comparaciones con la población normal (Tisdell, y St. Lawrence, 1988; Yu, Harris, Solovitz y Franklin, 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1989).

Además de eso, también queda patente en la revisión la dificultad de estos estudios para definir correctamente la población a tratar, de manera que no parecen existir criterios comunes de inclusión/exclusión. Por un lado, entonces, se incluyen pacientes con muy diferentes diagnósticos comórbidos, aunque estos sean juzgados como causas secundarias de los problemas de conducta (Kazdin et al., 1992). Como ejemplo, en la revisión llevada a cabo por la NICE (2005) de los programas de pautas de crianza a padres, los estudios que se analizan se centran en muestras en las que más de la mitad de los participantes presentan problemas asociados al trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, con la contaminación que de ello pueda derivarse.

Respecto a los criterios de inclusión, es importante señalar también cómo muchos de los estudios analizados incluyen muestras de pacientes subclínicas y no aquellas remitidas por los servicios sanitarios, que son, presumiblemente, aquellas a quienes se dirigen, en último término, los tratamientos objeto de estudio (Grescham, 1985; Kazdin, Esveldt-Dawson, French, y Unis, 1987a; Tisdelle y St. Lawrence 1986; citados por Kazdin et al., 1989).

En lo que se refiere a los criterios de exclusión, el déficit más importante tiene que ver con el descarte en la mayor parte de los estudios de minorías étnicas, que en muchas ocasiones, además, configuran una parte representativa

de la población con problemas de conducta (Chamberlain y Reid, 1998; Eyberg et al., 2008; Huey y Polo, 2008; Leve et al., 2005; Scherer, Brondino, Henggeler, Melton, y Hanley, 1994).

Por otro lado, un gran número de los tratamientos no contemplan las intervenciones con las familias, que, sin embargo, parecen jugar un papel importante en el transcurso de los tratamientos (Bernal et al., 1980; Wahler, 1980; Webster-Stratton, 1989; citados por Chamberlain y Reid, 1998; Dumas y Wahler, 1983; citados por Kazdin, Esveldt-Dawson, French y Unis, 1987) y cuya exclusión podría obstaculizar la generalización de los resultados de los tratamientos a los contextos naturales (Chamberlain y Reid, 1998). Asociado a ello y, 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.

Por todo ello, los estudios objeto de análisis parecen difícilmente replicables (Eyberg et al., 2008), con resultados pobres en los contextos naturales (Tisdell y St. Lawrence, 1988; Yu *et al.*, 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1987), y escasas comprobaciones del efecto del tratamiento a largo plazo (Grescham, 1985; Kazdin, et al., 1987a; Tisdelle y St. Lawrence, 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Huey y Rank, 1984), que, en todo caso, no se realizan más allá de un año después del fin de tratamiento (Eyberg et al., 2008; Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1992; Mytton, Diguiseppi, Gough, Taylor y Logan, 2006).

Relacionado con la generalización de los tratamientos, es fundamental señalar la incapacidad de estos estudios para analizar de manera controlada las variables de proceso que funcionan durante las intervenciones, como otra de sus principales carencias (Bernal et al., 1980; Chamberlain y Reid, 1998; Eyberg et al., 2008; Kazdin, et al., 1987; Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1992; Mytton et al., 2006; Scherer et al., 1994), lo cual impide conocer, finalmente, qué tratamientos funcionan mejor para qué pacientes y bajo qué circunstancias, es decir, individualizar los tratamientos, para optimizar sus resultados.

Relacionado con ello, con las posibles características concretas de los tratamientos para menores con problemas de conducta, es fundamental señalar el fenómeno de abandono como prototípico de estas intervenciones. Las tasas de abandono en estos tratamientos parecen situarse entorno al 20% (Borduin et al., 1995; Kazdin et al., 1992; Redondo et al., 1999). Organizaciones como la NICE (2005) señalan que los análisis del abandono de los estudios revisados en este campo son escasos, poco sensibles y deficientemente controlados. No obstante, existen algunas investigaciones que presuponen una falta de motivación y de satisfacción de los pacientes como variable mediadora en los resultados de los tratamientos (Plante, Couchman y Diaz, 1995; Seligman, 1995; citados por Brestan, Jacobs, Rayfield, y Eyberg, 1999), por lo que algunos otros estudios se

esfuerzan por incluir en sus tratamientos medidas de satisfacción que los pacientes tienen para con la intervención y que se aplican a lo largo de toda la intervención, incluyéndose también en estas medidas, también, al propio terapeuta (Bernal et al., 1980; Huey y Rank, 1984; Kazdin et al., 1987; Kazdin, et al., 1989).

Propuesta de un programa de intervención específico: Programa de tratamiento para Adolescentes que agreden a sus Padres (P.A.P.)

Tras el breve resumen de las limitaciones encontradas después la amplia revisión de los tratamientos centrados en problemas de conducta, comportamiento disocial y/o delincuencia, se pretende proponer un programa de intervención que trate de subsanar los problemas encontrados hasta ahora. El programa de tratamiento que se presenta en este texto se propone como una posible solución a dichos problemas. Este protocolo se compone de un tratamiento estándar que puede complementarse con una serie de módulos específicos. Además, cabe destacar la inclusión dentro del programa, de un protocolo de evaluación pre, inter y post tratamiento.

Todo ello aparece descrito a continuación:

- El protocolo de evaluación se compone de 2 sesiones tanto para padres como para hijos, con una sesión extra para los primeros de presentación y consentimiento explícito de su participación en el programa de tratamiento. La evaluación incluye una entrevista semi-estructurada elaborada *ad hoc* y la aplicación de una serie de cuestionarios relacionados con variables que se han mostrado relevantes en la literatura, cuya fiabilidad, además, ha quedado sobradamente probada. La evaluación se realiza también durante la aplicación de los diversos módulos de tratamiento con el fin de medir las variables proceso, así como al finalizar el mismo, contemplándose en el programa seguimientos amplios, superiores a un año.
- El tratamiento estándar incluye la intervención con los adolescentes, con los padres y con el conjunto de la familia. El *tratamiento de los adolescentes* incluye 16 sesiones de una hora de duración a lo largo de aproximadamente 5 meses. Este tratamiento está dirigido al desarrollo de recursos psicológicos (habilidades sociales, conductas de autocontrol, empatía, etc.) que permitan al adolescente afrontar las situaciones cotidianas de una manera más adaptativa, manejar su ira y agresividad, y resolver sus problemas interpersonales, de forma que, en última instancia, aprenda un estilo de vida que no contemple la violencia como respuesta adaptativa, generando así una nueva identidad basada en el rechazo de la violencia. Otra parte fundamental

del programa, que mantiene un enfoque integral, es la *intervención con los padres*. A lo largo de 9 sesiones de una hora (2 meses aproximadamente), los padres aprenden herramientas para la gestión de situaciones conflictivas y habilidades para mejorar la comunicación y el manejo de contingencias. Finalmente, *la intervención con la familia* da la oportunidad a sus miembros, durante 6 sesiones de dos horas de duración, aproximadamente, a lo largo de 2 meses, de practicar conjuntamente todo lo aprendido en el manejo de las situaciones conflictivas cotidianas y de favorecer el mantenimiento de los cambios logrados a lo largo del proceso, fortaleciendo, además, la comunicación entre todos los miembros de la familia.

El programa estándar puede adoptar tanto un formato individual como grupal, dependiendo de las características específicas de la población a tratar.

- Los módulos específicos de tratamiento constituyen un último elemento del proceso de intervención. Estos *módulos* se han concebido dentro del programa de tratamiento para dar respuesta a aquellas necesidades específicas de cada familia, de modo que no tienen por qué ser aplicados como tratamiento estándar, sino únicamente cuando sea preciso. Así, cuando el terapeuta lo considere necesario, está previsto incluir un módulo específico de intervención que responda a los problemas planteados por los pacientes. La literatura revisada y la práctica clínica ponen de manifiesto una serie de necesidades relativamente frecuentes que han llevado a la inclusión en este programa de tratamiento de módulos que den respuesta a esas exigencias. En este sentido, encontramos módulos centrados en el manejo de la negativa por parte del menor a acudir a terapia, la presencia de ideación suicida o la posible presencia de trastornos comórbidos como el TDAH o el consumo de alcohol y/ drogas, entre otros.

Después de numerosos trabajos previos durante la fase piloto del programa, el plan de tratamiento definitivamente elaborado para menores con comportamientos agresivos hacia sus padres ha quedado detallado en tres manuales de tratamiento: I. *Manual de Tratamiento para los menores*, II. *Manual de Tratamiento para los padres*, y III. *Manual de tratamiento familiar (padres e hijos)*. En cada uno de ellos se detallan los objetivos, contenidos y actividades de todas las sesiones de tratamiento con los adolescentes, con los padres, y en familia.

En la Tabla 5 se presenta un breve resumen de los objetivos y técnicas aplicados en el programa de *Tratamiento con Menores*.

Tabla 5. Programa de tratamiento para menores que agreden a sus padres:
Tratamiento del menor.

Módulo 1: “Empezar con buen pie”
Sesión 1: <ul style="list-style-type: none">- Favorecer y fomentar la motivación al cambio a través de entrevista motivacional
Módulo 2: “Comprender la violencia y su porqué”
Sesiones 2 y 3: <ul style="list-style-type: none">- Comprender el concepto de violencia y su funcionalidad a través de psicoeducación
Módulo 3: “Aprender a pensar sin violencia”
Sesiones 4,5 y 6: <ul style="list-style-type: none">- Modificar los pensamientos y creencias que justifican la violencia a través de reestructuración cognitiva
Módulo 4: “Emociones que nos acercan o nos alejan de la violencia”
Sesiones 7, 8 y 9: <ul style="list-style-type: none">- Mejorar el manejo emocional mediante psicoeducación sobre emociones- Mejorar el autocontrol del menor a través de la técnica del semáforo- Mejorar la respuesta empática del menor mediante role-playing e inversión de roles
Módulo 5: “Una nueva forma de relacionarse con los demás”
Sesiones 10, 11, 12 y 13: <ul style="list-style-type: none">- Mejorar las habilidades sociales del menor mediante role-playing, feedback y modelado- Mejorar las habilidades de solución de problemas del menor mediante el entrenamiento en la técnica de solución de problemas (TSP)
Módulo 6: “Una nueva historia que contar”
Sesiones 14, 15 y 16: <ul style="list-style-type: none">- Favorecer el mantenimiento de los cambios mediante la prevención de recaídas- Favorecer el fortalecimiento de la nueva identidad adquirida por el menor mediante técnicas narrativas

El *programa de tratamiento con los menores* tiene como objetivo fundamental el de generar una nueva identidad al margen de la violencia. Para ello, se plantea un trabajo inicial a nivel motivacional con el objetivo de reducir el problema de la elevada tasa de abandonos presente en esta población.

A continuación, el proceso terapéutico avanza haciendo un especial hincapié en el *grosso* de creencias y pensamientos que justifican la violencia y que por tanto, favorecen el mantenimiento de la conducta agresiva.

Otro elemento importante lo conforma el desarrollo de estrategias centradas en el manejo emocional. Para ello, se realiza un trabajo centrado en la adquisición y/o incremento de la respuesta empática del menor así como en el desarrollo de habilidades adaptativas de autocontrol.

Un cuarto nivel de intervención tiene que ver con el desarrollo de conductas alternativas a la violencia, mostrando por ello interés en la mejora de habilidades de comunicación y solución de problemas que permitan al menor gestionar los conflictos de manera apropiada.

Por último, y como en cualquier proceso terapéutico, se introduce un módulo destinado a la prevención de recaídas con el objetivo de mantener los logros adquiridos tras el proceso terapéutico y tratando de evitar así el problema del mantenimiento de los logros en espacios temporales amplios.

De manera complementaria, se presenta en la Tabla 6 un breve resumen *Tratamiento para padres*.

Tabla 6. Programa de tratamiento para menores que agreden a sus padres:
Tratamiento de los padres.

Módulo 1: “Dando los primeros pasos”
Sesión 1:
<ul style="list-style-type: none">- Favorecer y fomentar la motivación al cambio- Comprender el concepto de violencia y su funcionalidad a través de psicoeducación
Módulo 2: “La importancia de lo que se nos pasa por la cabeza”
Sesiones 2 y 3:
<ul style="list-style-type: none">- Modificar los pensamientos y creencias que justifican la violencia (reestructuración cognitiva)
Módulo 3: “Las emociones y su relación con la violencia”
Sesiones 4 y 5:
<ul style="list-style-type: none">- Mejorar el manejo emocional mediante psicoeducación sobre emociones- Mejorar el autocontrol de los padres a través de la técnica del semáforo- Mejorar la respuesta empática mediante role-playing e inversión de roles
Módulo 4: “Encontrando alternativas y poniéndolas en práctica”
Sesiones 6, 7 y 8:
<ul style="list-style-type: none">- Mejorar el manejo de contingencias de los padres mediante técnicas operantes

-
- Mejorar las habilidades sociales mediante role-playing, feedback y modelado
 - Mejorar las habilidades de solución de problemas mediante el entrenamiento en la TSP.
-

Módulo 5: “Una nueva historia que contar”

Sesiones 9:

- Favorecer el fortalecimiento de la nueva identidad adquirida por el menor y las habilidades aprendidas por los padres mediante técnicas narrativas
-

El *programa de tratamiento para padres* muestra una gran similitud con el protocolo de menores. Lo que se pretende es desarrollar en los padres las mismas habilidades que posteriormente exigirán al menor, de manera que éstos muestren un modelo de comportamiento adaptativo que favorezca tal fin.

La única diferencia destacable entre ambos manuales es la inclusión en este último de pautas para el manejo de contingencias por parte de los padres con el objetivo de favorecer un manejo adaptativo de las conductas agresivas de los menores.

Por último sólo queda mencionar las características del *Tratamiento para familias*. En la Tabla 7 se muestra de manera resumida el mismo.

Tabla 7. Programa de tratamiento para menores que agreden a sus padres:
Tratamiento de familia.

Módulo 1: “Me gustaría decirte que...”

Sesión 1:

- Proseguir con el fortalecimiento de la nueva identidad adquirida por el menor y las habilidades aprendidas por los padres mediante técnicas narrativas en familia
-

Módulo 2: “Poniendo a prueba lo aprendido”

Sesiones 2, 3 y 4:

- Fortalecer las estrategias trabajadas a lo largo de todo el proceso terapéutico mediante la práctica conjunta de las mismas a través del juego
-

Módulo 3: “Detectando mis situaciones de riesgo”

Sesiones 5 y 6:

- Favorecer el mantenimiento de los cambios mediante la prevención de recaídas
-

El *programa de tratamiento para familias* tiene como objetivo fundamental poner en práctica en sesión y bajo el control del terapeuta, todas aquellas habilidades aprendidas a lo largo del proceso terapéutico. El profesional planteará diversas situaciones conflictivas con el objetivo de moldear las estrategias puestas en marcha por cada miembro de la familia. Se trata de plantear situaciones generadoras de conflicto aumentando progresivamente la implicación emocional de la familia en las mismas.

Un último objetivo de este programa será realizar un trabajo conjunto de prevención de recaídas con el objetivo de favorecer el mantenimiento de los logros.

Conclusiones

Como se ha podido observar, el fenómeno de la violencia ascendente es un campo que, hoy en día, sigue presentando numerosas dudas y carencias en cuanto a su conceptualización y abordaje terapéutico. Una de las principales carencias presentes en este ámbito, como se ha comentado anteriormente, sería la escasez de propuestas de intervención rigurosas. Como se ha observado, existen ciertas aproximaciones terapéuticas, carentes de datos interpretativos en cuanto a su eficacia y/o efectividad (Jenkins, 1990; citado por Bobic, 2002; Cottrel, 2001; Micucci, 1995; Paterson et al., 2002; Sheehan, 1997). Por ello, se convierte en una tarea de vital importancia la creación de protocolos de tratamiento específicos, que pretendan incidir y modificar los componentes relevantes en este tipo de comportamientos. El programa PAP presentado en este artículo, pretende cubrir esta primera carencia, teniendo en cuenta las limitaciones que otras intervenciones en este campo han tenido en el pasado.

Una de esas limitaciones, observadas a lo largo de toda la revisión teórica realizada, es la ausencia o escasez de medidas fiables y escasamente validadas (Eyberg et al., 2008), centradas únicamente en la conducta problema, dejando de lado las medidas referidas a la conducta prosocial (Kazdin et al., 1992) y obviando, a su vez, comparaciones con la población normal (Tisdell y St. Lawrence, 1988; Yu et al., 1986; citados por Kazdin et al., 1989; Kazdin et al., 1989). Como se ha comentado en el apartado anterior, el presente protocolo de tratamiento, pretende subsanar todos estos errores pasados en cuanto a la evaluación, empleando para ello una batería de instrumentos fiables y validados, que incluyen a su vez medidas tanto de la conducta problema (topografía de la conducta, pensamientos y creencias asociadas a la ira y hostilidad, respuesta empática del menor, pautas de crianza y afecto emitidas por los progenitores, entre otras) como de la conducta prosocial del menor, administradas todas ellas

en dos sesiones de evaluación pretratamiento llevadas a cabo tanto con el menor como con los padres, por separado.

Otro aspecto tenido en cuenta a lo largo de la evaluación, a través de entrevistas elaboradas *ad hoc* y de instrumentos de medida, es la presencia de trastornos comórbidos que puedan interferir en la conducta del menor y/o dificultar la interpretación de los resultados obtenidos. Para ello, además de dichos instrumentos de evaluación, se contempla en el protocolo PAP una serie de *módulos específicos*, dirigidos fundamentalmente a evaluar y/o incidir, siempre que sea posible, en diversas problemáticas que pudieran surgir o interferir en el problema y, si no es posible, derivar el caso a los recursos pertinentes con el fin de cumplir una doble función. Ésta sería, desde el punto de vista deontológico, la de proporcionar a los pacientes aquel tratamiento que sea más eficaz para su caso, y, desde el punto de vista científico, no incluir en los análisis de datos posteriores, casos que no cumplen los criterios de inclusión propuestos para este proyecto. El uso de módulos específicos serviría además, para individualizar el protocolo de tratamiento, de manera que se adecúe a las necesidades específicas de estas familias.

Centrándonos en estos criterios, cabe destacar además, la inclusión en el presente proyecto de muestras clínicas, derivadas de diversos servicios a la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Continuando con el proceso de evaluación, cabe destacar además, que el presente programa contempla la realización de evaluaciones inter tratamiento con el objetivo de evaluar y analizar las variables proceso que permitan explicar el éxito o fracaso de la intervención. Se trata, por tanto, de la realización de una evaluación continua de la evolución de los casos, empleando nuevamente instrumentos válidos y fiables que permitan obtener una variedad considerable de medidas (Sherer et al., 1994). De esta manera, entonces, podrá saberse qué variables van modificándose en diferentes momentos del tratamiento y con qué intensidad.

Al hilo de lo anterior, otra cuestión de vital importancia es la realización de medidas post tratamiento con el fin de conocer el efecto que el presente programa PAP pueda tener en los pacientes. Para ello, se contempla una evaluación nuevamente amplia, en la que se evalúan todas las variables tenidas en cuenta en el proceso de pre tratamiento y en el desarrollo del programa de intervención. Siguiendo esta línea, se muestra también muy relevante el hecho de realizar una evaluación del mantenimiento de los potenciales cambios que hayan podido darse tras la intervención. Para ello, en el presente programa, se contempla además, una evaluación extensible en el tiempo, considerando la necesidad de realización de seguimientos prolongados, superiores a un año de duración, con el objetivo de conocer los efectos del tratamiento a largo plazo tal

y tal y como recomiendan numerosos autores y guías de interés (Borduin et al., 1995; NICE, 2005, 2007).

Por último, en lo relativo a la evaluación, se considera como aspecto fundamental el hecho de, en la medida de lo posible, adaptarse al contexto individual de cada paciente así como a las características idiosincráticas del mismo. Para ello, es necesario facilitar la individualización de las intervenciones, promoviendo a su vez, la creación de enfoques flexibles (Frick, 2001). Por ello, una evaluación promenorizada como la propuesta hasta ahora, ayudará a considerar e incidir de manera concreta en los principales déficits de cada sujeto (Henggeler, Melton y Smith, 1992), complementando la individualización a la que se hacía referencia respecto a los *módulos específicos*.

Por otro lado, centrándonos en el tratamiento, además de esta inclusión del contexto individual de cada sujeto, se vuelve necesario adaptar el contenido de los protocolos de tratamiento a las características de los diversos centros sanitarios, con el fin de favorecer la aplicación de los mismos por diversos profesionales en diferentes contextos. Para ello, es necesaria la creación de protocolos detallados de tratamientos que incluyan a su vez, diversas modalidades de aplicación (individual/grupal, diversos grupos de edad), todo lo cual es tenido también en cuenta por el presente programa de tratamiento, que cuenta con un manual pormenorizado del desarrollo del tratamiento para promover la aplicación de los protocolos de manera coherente, tal y como es recomendado por la literatura al respecto (NICE, 2007). Todo ello, además, con la intención de facilitar las posibles replicaciones futuras de los estudios sobre el presente tratamiento.

Por otro lado, es necesario también tener en cuenta la necesidad de generalización de los éxitos en la práctica clínica, para lo cual se vuelve relevante la opción de intervenir con todos los agentes responsables de este fenómeno, en este caso, lo padres receptores de las agresiones por parte de sus hijos. La información ya comentada anteriormente, obtenida a través de los estudios de metaanálisis, 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, Henggeler, Brondino, y Pickrel, 2000; Mann, Borduin, Henggeler, y Blaske, 1990; citados por Curtis, Ronan, y Borduin, 2004). Por otra parte, una de las principales hipótesis explicativas manejadas en este campo es la propuesta por Patterson (1982, 1986; Patterson, DeBaryshe y Ramsey, 1989) en la que considera que los padres tienden a no ser contingentes ni eficaces en las pautas familiares, considerándolos así los principales responsables de la aparición de los problemas de conducta en los menores. Por todo ello, en el presente programa se contempla la inclusión tanto de una intervención

individual con los padres, como una posterior inclusión en un formato familiar para favorecer, como se comentaba antes, la generalización de los resultados.

Siguiendo con la intervención, uno de los problemas más importantes encontrados a lo largo de la revisión teórica, es la elevada tasa de abandonos presente en este tipo de intervenciones (Bourduin, 1995; Kazdin et al., 1992; Redondo et al., 1999). Como se comentaba en el apartado de limitaciones, algunos autores proponen como aspectos explicativos de este fenómeno la falta de motivación y satisfacción de los pacientes (Plante et al., 1995; Seligman, 1995; citados por Brestan et al., 1999). Por ello, y con el fin de rebajar, en la medida de lo posible, estas tasas tan elevadas, en el presente programa de intervención se propone como componente fundamental la inclusión de técnicas motivacionales aplicadas tanto a padres como a hijos tal y como propone Nock (2003), así como el uso de medidas de satisfacción tanto de los pacientes como del terapeuta, como ya han propuesto otros autores (Bernal et al., 1980; Huey y Rank, 1984; Kazdin et al., 1987; Kazdin et al., 1989).

Por último, y de cara a cubrir todas las limitaciones encontradas a lo largo de esta revisión, sería necesaria la implementación del programa de tratamiento siguiendo las directrices propuestas por Chambless y Hollon (1998) con el fin de validarlo de manera rigurosa, hecho que está en fase de aplicación en la actualidad, esperando en el futuro poder aportar datos al respecto.

Confiamos en que el presente artículo constituya un estímulo para favorecer un incremento en las líneas de investigación relativas a este campo, así como en su difusión y aplicación en el ámbito clínico, lo cual constituye el objetivo final de todo tratamiento de tipo sanitario.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson, S.A.
- 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.
- Block, J. (1978). Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving, disruptive high school students. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 61-65.
- 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>

- Borduin, C. (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. y 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.
- Chamberlain, P. y Smith, D.K. (2003). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model. . In A.E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 282-300) New York: Guilford.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3-15.
- Chambless, D. y Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- 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.
- 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 (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*, 18, 611-619.
- Gesteira, C., González-Álvarez, M., Fernández, I. y García-Vera, M.P. (2009). Menores que agreden a sus padres: Fundamentación teórica de criterios para la creación y aplicación de tratamientos psicológicos específicos. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 9.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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. In A.E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.
- 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. y 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/clsysrev/articles/CD004606/frame.html>
- 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.
- 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., DeBaryshe, B.D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behaviour. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- 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.
- Redondo, S., Garrido, V. y 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 reinidencia: 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.
- 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

- Walsh, J. y Krienert, J. (2007): Child-Parent Violence: An empirical Análisis of Ofender, 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. In A.E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* (pp- 224-240). New York: Guilford.
- 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>