

**ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO CON PRE-ADOLESCENTES Y
ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE CONDUCTA DESDE LA
PERSPECTIVA SISTÉMICA. EL USO DE LA AUTORIDAD COMO
ELEMENTO TERAPÉUTICO**

Olalla García Pineda*, Antonio León Maqueda, Lucía Jiménez García* y María
José Blanco-Morales Limones****

**Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Virgen
Macarena. Sevilla; **Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación.
Facultad de Psicología. Universidadde Sevilla*

Resumen

Antecedentes: En esta comunicación se realiza una réplica de un estudio inicial donde se exponía la importancia del análisis de la demanda de tratamiento de las familias con preadolescentes y adolescentes con trastornos del comportamiento. En función de dicho análisis los autores proponen un tipo determinado de intervención, definiendo cuatro posibles situaciones resultado del análisis inicial, que requerirían diferentes estrategias de abordaje y confrontación; teniendo en cuenta si el adolescente participa en la entrevista y acepta el tratamiento. Método: La muestra estuvo compuesta por 56 chicos y chicas con edades comprendidas entre los 9 y los 18 años de edad, fundamentalmente con diagnósticos según códigos CIE 10; F91 (Trastorno disocial) y F92 (Trastornos disociales y de las emociones mixtos). Se trata de un grupo de pre-adolescentes y adolescentes que realizaban tratamiento Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del área hospitalaria Macarena de Sevilla. Se creó un instrumento de evaluación ad hoc, que fue administrado por parte de los profesionales responsables del programa de terapia familiar, que a su vez examinaron las historias clínicas del conjunto de menores participantes en la investigación. Resultados y conclusiones: Los resultados de la investigación actual, con una muestra mayor de sujetos que la primera investigación inicialmente realizada, permiten mantener a grandes rasgos las conclusiones del estudio inicial, destacándose la importancia de cómo se estructuran las relaciones del subsistema parental y cómo, por influencia de dicha estructuración,

aparece el síntoma como respuesta. Además, en este estudio se aporta nueva información sobre el proceso de intervención y la evolución del tratamiento.

Palabras claves: Terapia familiar, modelo sistémico, trastorno del comportamiento, trastorno de conducta, adolescentes.

ANALYSIS OF TREATMENT WITH EARLY ADOLESCENTS AND ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER FROM THE SYSTEMS PERSPECTIVE. THE USE OF AUTHORITY AS THERAPEUTIC ELEMENT

Abstract

Background: This communication consists of a replication of a previous study where importance of demand's analysis for treatment with families having early adolescents and adolescents presenting behaviour problems was showed. Starting from this analysis, four possible kinds of demands emerged and specific treatments were suggested. These possible situations would require different strategies of approach and confrontation; taking into account whether the teen participates in the interview and accepts the treatment. **Method:** The sample consisted of 56 boys and girls, aged between 9 and 18, who were treated at the Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) in the Macarena Hospital area of Seville. The diagnoses were mainly, according to CIE 10 codes; F91 (Conduct disorder) and F92 (Depressive conduct disorder). An ad hoc instrument was created and the professionals in charge of the family therapy program administered it by also examining the medical records of the group of children involved in the research. **Results and conclusions:** With a larger sample, this replication permits us to confirm general conclusions from the first study. These results highlight the importance of parental alliance and its influence on adolescents symptoms. Moreover, other information about the intervention process and the treatment progress is discussed.

Key words: Family therapy, behaviour disorder, behaviour problems, family therapy, systemic model, adolescents.

Introducción

En 2006, se emprendió un estudio dentro del programa de terapia familiar de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del área hospitalaria Macarena de Sevilla, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, sobre la manera en la que nos era solicitada intervención par chicos y chicas que presentaban trastornos de conducta (León et al., 2006a; León et al., 2006b).

Como fruto de esta investigación emergió una configuración estándar de cuatro formas de demanda diferentes, que requerían de estrategias diferentes de confrontación. Estas son:

A. El/la Paciente identificado/a (PI) se niega a participar del proceso.

A. a. Los padres se muestran impotentes. Se constata un peor pronóstico. En esta situación los padres suelen acudir a petición de otros. Ante esto, como medida estratégica de activación del subsistema parental, cuestionamos la conveniencia de su capacidad para poder hacerse cargo de la educación de su hijo. Se deja implícita la idea del sistema de control en cuanto que podrían estar incurriendo en una situación de negligencia: la intervención, tras la evaluación, si el subsistema parental no ofrece indicios de cambio, iría encaminada a plantear la sustitución de los padres para que la función paterna sea realizada con medidas de protección o control del menor por una institución, planteando la necesidad de intervención de los servicios sociales, del servicio de protección al menor o directamente de la fiscalía de menores, en función de la gravedad y necesidades del caso. Encontramos esta situación como excepcional, sin embargo necesaria de ejecutar dentro del amplio terreno de la cobertura de protección hacia los menores que cualquier institución ha de contemplar en su trato con éstos y sus protectores oficiales.

Creemos que uno de los aspectos *subvertidos* en estas patologías es el de la autoridad, por lo que es necesario introducir elementos de contención en función de dicha contención observada.

A. b. Los padres aún creen conservar algo de autoridad y aceptan ponerla en juego. En este grupo nos encontramos en una posición de partida de mejor pronóstico, dado que el subsistema parental, si bien cree no tener autoridad, con el sólo hecho de señalársele la necesidad de ponerla en juego, posibilita que ésta aparezca. El trabajo inicial es conseguir que los padres se apoyen mutuamente y abandonen sus dificultades relacionales en pos de la salud del hijo.

La estrategia va dirigida a que el hijo o hija visualice la autoridad de los padres, la mutua cooperación de éstos (retomar tareas de colaboración) y lo innecesario de su síntoma para que los padres colaboren en alguna tarea.

B. El hijo, está presente y acepta implícitamente acudir a las entrevistas. Los padres acuden a entrevista manteniendo cierto nivel de autoridad (encanto que pueden hacer que el/la chico/a comparezca a las entrevistas y que pueda opinar), pero la actitud de éste/a se muestra opositora y desafiante hacia las indicaciones de autoridad de los progenitores.

La intervención va dirigida en primer lugar a descubrir cuál es la función del síntoma y evaluar las relaciones (alianzas y coaliciones) que retroalimentan su función homeostática. Una vez cumplida esta fase se *fabrica* una estrategia individualizada que permita al sistema subsistir sin el síntoma.

C. El hijo presenta una relación de rivalidad con uno de los progenitores, sin embargo mantiene un nivel “preferente” de comunicación con el otro (propuesta de coalición). El hijo acepta de buen grado la posibilidad de un tratamiento. El solicitante suele ser el progenitor con línea preferente de comunicación. Uno de los primeros objetivos de la intervención es librar al hijo de la relación de coalición. Para ello se establecerá un conjunto de alianzas terapéuticas que impida, sobre todo, el establecimiento de coaliciones perversas y de secretos que invaliden cualquiera de las intervenciones terapéuticas.

D. El hijo, si bien no es el que ha solicitado la demanda, acepta en la primera entrevista la posibilidad de tratamiento y explicita su deseo de hablar a solas de sus dificultades. La presentación de este contexto en la demanda implica una genuina solicitud de intervención psicoterapéutica del joven, que conlleva una propuesta de psicoterapia para el individuo, con sesiones de información, consensuada con el/la pre-adolescente en tratamiento, a los padres. A esta situación, asimismo, puede llegarse, tras proceso terapéutico exitoso, desde las situaciones anteriormente citadas, realizándose una reformulación de la demanda inicial.

Objetivos de la investigación

A. Describir el proceso terapéutico desarrollado con pre-adolescentes y adolescentes con Trastorno Disocial usuarios de la USMIJ Macarena.

B. Contrastar con las investigaciones anteriores la relación entre la demanda inicial y la propuesta terapéutica.

C. Contrastar con las investigaciones anteriores la relación entre la demanda inicial y el pronóstico de la intervención, analizando además la asociación de dicha demanda con otras variables de la intervención no contempladas hasta el momento.

D. Examinar posibles relaciones entre la propuesta de intervención y la evolución del caso.

Método

Participantes

Entre todos los menores que con expediente activo en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en el momento en que se llevó a cabo esta investigación, se seleccionaron aquellas historias clínicas de menores que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: (A) presentaban un diagnóstico F91 según el CIE 10, (B) recibieron tratamiento en la Unidad durante el año 2010, (C) el profesional de referencia era alguno de los profesionales referentes clínicos de la USMIJ. Se contabilizaron 153 historias clínicas, de las cuales se seleccionó aleatoriamente un tercio aproximadamente (36,67%).

La muestra final del estudio estuvo constituida por 56 chicos y chicas (83,9% varones) con diagnóstico de Trastorno Disocial (F91 según CIE 10), en un 69,64% de las ocasiones diagnóstico F91, en un 23,21% con diagnóstico F92 y en el 7,15% de las ocasiones restantes con diagnóstico F92, F94 o F95.

Se trata de un grupo de pre-adolescentes y adolescentes entre 9 y 18 años de edad ($M = 14,18$, $DT = 2,46$). Atendiendo al período evolutivo en que se encontraban estos menores, un 16,07% de la muestra estuvo compuesta por pre-adolescentes (entre 9 y 11 años), un 39,29% de estos chicos y chicas se encontraba en la adolescencia inicial (entre 12 y 14 años), un 21,43% en la adolescencia media (entre 15 y 16 años) y el 23,21% restante en la adolescencia tardía (entre 17 y 18 años). No hubo diferencias en función del sexo ($X^2 = 2,11$, $p = ,716$) ni de la edad ($X^2 = 14,58$, $p = ,265$) en cuanto al diagnóstico de partida.

Instrumentos

Se diseñó un instrumento de evaluación *ad hoc* para esta investigación que recogía información socio-demográfica sobre el caso (sexo, edad, trastorno diagnosticado), una medida cuantitativa sobre el número de sesiones de intervención, y diversas preguntas con opciones de respuesta cerradas acerca de la situación inicial antes de comenzar la intervención, como acerca de la evolución del tratamiento en sí mismo.

En relación a las medidas relativas a la situación inicial antes de comenzar la intervención, se incluyeron tres preguntas relativas a: el tipo de demanda realizada (*valorando si el adolescente participa en la entrevista y acepta el tratamiento*) el tipo de tratamiento recomendado (1=*terapia*, 2=*terapia y control*) y el tipo de terapia propuesta (1=*individual*, 2=*familiar*, 3=*individual y familiar*).

En cuanto a la evolución de la intervención, se realizaron cuatro preguntas que incluían información sobre: si se había producido adherencia al tratamiento (0=*no* y 1=*sí*), si el pronóstico era favorable o no favorable (0=*no favorable* y 1=*favorable*), si se había dado el alta al menor (0=*no* y 1=*sí*) y las razones para que se produjera el alta (1=*éxito en la intervención*, 2=*abandono* 3=*otros*).

Procedimiento y diseño

Los profesionales responsables del programa de terapia familiar examinaron las historias clínicas del conjunto de menores participantes en la investigación. Tras la revisión de cada expediente ambos profesionales cumplimentaron el instrumento de evaluación, con una dedicación aproximada de 15 minutos por cada expediente.

Resultados

Descripción del tratamiento

Los chicos y chicas participantes en la investigación y sus familias recibieron una intervención que osciló entre 2 y 56 sesiones ($M = 13,36$, $DT = 12,43$). Los participantes en la investigación variaron en cuanto a la demanda inicial planteada en la primera entrevista, de modo que en un 10,71% de las ocasiones el adolescente se negó a participar o no estuvo presente en la entrevista, en un 44,64% el adolescente acudió por imposición y los padres conservaban cierta autoridad, en un 30,36% el adolescente mantenía una relación preferente con un progenitor y aceptó el tratamiento, y en el

14,29% restante de las ocasiones el adolescente aceptó el tratamiento, expresando deseos de hablar a solas.

Relación entre la demanda inicial y la propuesta de intervención

En la Tabla 1 se presenta el contraste de frecuencias efectuado entre, por un lado, la situación de demanda inicial y, por otro, el tipo de intervención (terapia o terapia más control) y el tipo de terapia (individual, familiar o individual y familiar). Dado que estos análisis implicaban la comparación de dos grupos en función de variables dicotómicas, empleamos comparaciones de frecuencias, examinando los residuos tipificados corregidos para determinar la magnitud de la acumulación de frecuencias en las distintas categorías, empleando el estadístico Chi-Cuadrado para la obtención del nivel de significación del contraste e interpretando el valor ofrecido por el estadístico *V* de Cramer como indicador del tamaño del efecto del análisis realizado.

Tabla 1

Contraste de frecuencias entre la demanda inicial y la propuesta de intervención (tipo de intervención y tipo de terapia)

		Demanda inicial				X ²	V	
		No acude	Alianza parental	Aceptación + coalición	Aceptación			
Tipo de intervención	Terapia	<i>n</i>	2	14	9	4	1,02	,14
		<i>r_z</i>	-1,0	0,6	0,1	-0,1		
	Terapia + control	<i>n</i>	4	11	8	4		
		<i>r_z</i>	1,0	-0,6	-0,1	0,1		
Tipo de terapia	Individual	<i>n</i>	0	2	1	0	1,96	,14
		<i>r_z</i>	-0,6	0,6	0,3	-0,7		
	Familiar	<i>n</i>	0	3	2	1		
		<i>r_z</i>	-0,9	0,0	0,4	0,3		
	Individual + familiar	<i>n</i>	5	19	10	5		
		<i>r_z</i>	1,1	-0,4	-0,5	0,1		

p* < ,08 *p* < ,05 ****p* < ,01 *****p* < ,005 ******p* < ,001

r_z = residuos tipificados corregidos

Los contrastes realizados indican que la situación de demanda inicial era independiente tanto del tipo de intervención en general (X² = 1,02, *p* = ,798) como del tipo de terapia en particular (X² = 1,96, *p* = ,924), no hallándose diferencias estadísticamente significativas ni por tanto clínicamente relevantes.



Sin embargo, a nivel descriptivo sí se observó un mayor porcentaje de necesidad de uso de control en la situación de demanda inicial en la que el adolescente no acudía al tratamiento, por lo que en la Figura 1 se representan gráficamente estos porcentajes.

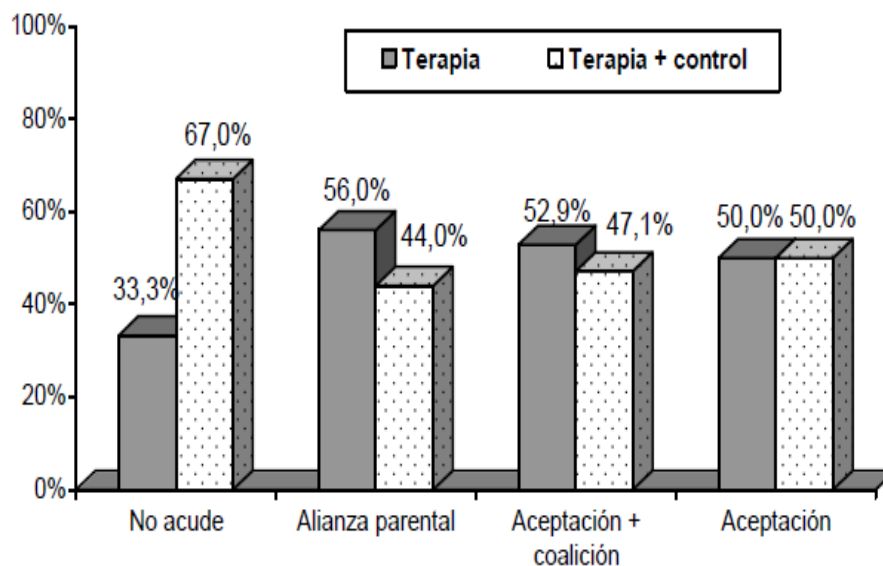


Figura 1. Tipo de intervención (porcentajes) en función de la demanda inicial.

Relación entre la demanda inicial y la evolución de la intervención

En la Tabla 2 se presenta el contraste de frecuencias efectuado entre estas dimensiones. Nuevamente empleamos el estadístico Chi-Cuadrado e interpretamos el valor ofrecido por el estadístico *V* de Cramer como indicador del tamaño del efecto. Siguiendo las recomendaciones ofrecidas por Agresti(30), la relevancia clínica de estos resultados ha sido calificada como despreciable cuando $V < ,10$, baja cuando $V > ,10$ y $V < ,30$, media cuando $V > ,30$ y $V < ,50$ y alta cuando $V > ,50$.

Tabla 2

Contraste de frecuencias entre la demanda inicial y la evolución de intervención (adherencia al tratamiento y pronóstico de la intervención)

		Demanda inicial					X ²	V
		No acude	Alianza parental	Aceptación + coalición	Aceptación			
Adherencia al tratamiento	No	n	3	4	1	0	8,62*	,39
		r _z	2,6	0,3	-1,2	-1,2		
	Sí	n	3	21	16	8		
		r _z	-2,6	-0,3	1,2	1,2		
Pronóstico de la intervención	No favorable	n	5	8	9	2	6,97*	,35
		r _z	2,1	-1,5	1,0	-1,1		
	Favorable	n	1	17	8	6		
		r _z	-2,1	1,5	-1,0	1,1		

*p < ,08 *p < ,05 **p < ,01 ***p < ,005 ****p < ,001

r_z = residuos tipificados corregidos

Como se observa en la Tabla 2, hubo diferencias significativas y clínicamente relevantes en la adherencia al tratamiento en función de la demanda inicial (X² = 8,62, p = ,035, V = ,39). Los residuos tipificados corregidos muestran que los adolescentes que se negaban a participar o acudir tendían a agruparse en la categoría de *no adherencia al tratamiento*, mientras que los adolescentes que aceptaban la posibilidad de tratamiento (con o sin coalición) tendían a agruparse en la categoría *sí adherencia al tratamiento*. A continuación, en la Figura 2, se representan gráficamente estos resultados.

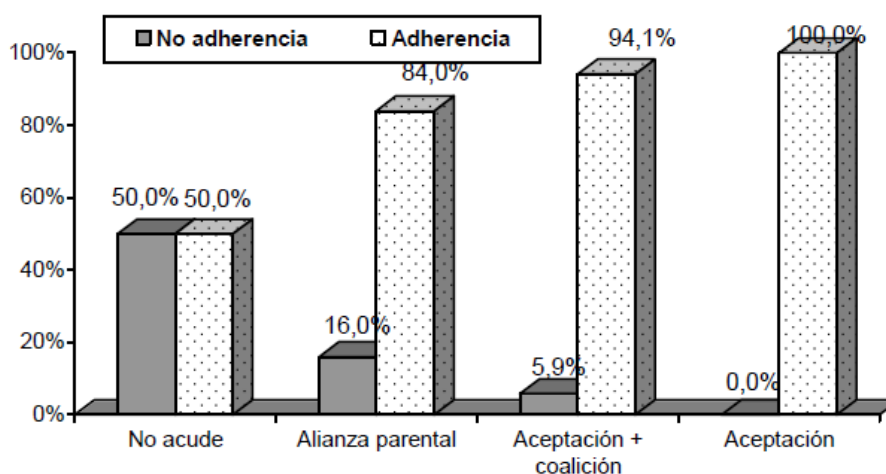


Figura 2. Adherencia al tratamiento (porcentajes) en función de la demanda inicial.

En relación al pronóstico de la intervención, en la Tabla 2 se aprecia que se obtuvo una asociación marginal entre dicho pronóstico y el tipo de demanda inicial ($X^2 = 6,97$, $p = ,073$). Los residuos tipificados corregidos indican que los adolescentes que se negaban a participar o acudir tendían a agruparse en la categoría *mal pronóstico*, mientras que quienes aceptaban el tratamiento (con o sin coalición) tendían a agruparse en la categoría de *buen pronóstico*). En la Figura 3 se representan gráficamente estos resultados.

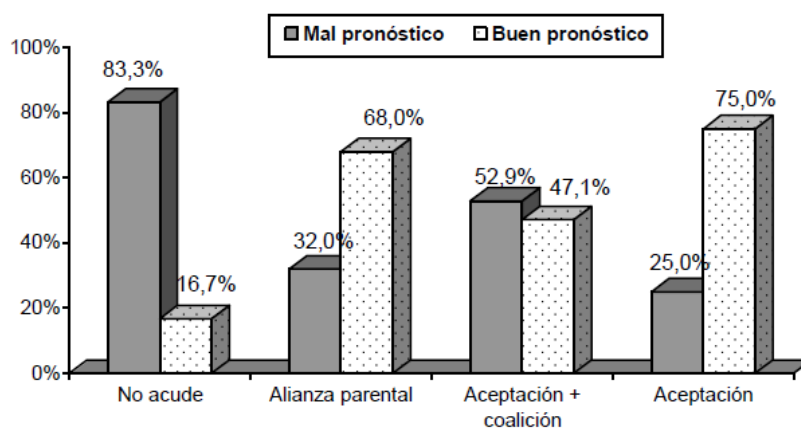


Figura 3. Pronóstico de la intervención (porcentajes) en función de la demanda inicial.

Discusión y Conclusiones

Este estudio nos ha permitido realizar un examen más exhaustivo del modelo de intervención propuesto desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En relación a la situación de demanda inicial de forma específica, al realizar la actual réplica del estudio, hemos observado un menor porcentaje de sujetos (7,14% de la muestra) en el que el adolescente se niegue a acudir al servicio y los padres se muestren impotentes (León et al., 2006a). No tenemos elementos concluyentes, pero estimamos que probablemente la propia historia del programa haya ido enviando mensajes a nuestro alrededor de forma que el conocimiento del mismo haya ido *depurando* las características de las peticiones de intervención.

En cuanto a la relación entre la situación de demanda inicial, por un lado, y el proceso de intervención y la evolución del paciente, por otro, los resultados permiten realizar algunas interpretaciones interesantes. Así, los datos de estudio parecen confirmar que no existen diferencias en el modo en que se ha intervenido con los

adolescentes en función de la situación de demanda. Sin embargo, dicha demanda inicial sí ha mostrado diferencias en cuanto a la evolución de la intervención (mayor adherencia y mejor pronóstico).

Examinando la relación entre las características del proceso terapéutico y la evolución del paciente hemos encontrado que el pronóstico en este tipo de casos mejora si no es necesaria la utilización de un contexto de control y sólo se emplea una intervención psicoterapéutica. Las implicaciones prácticas de estos resultados son claras: los casos que no necesitan de medidas de control deben presentar una mínima autoridad de los padres. Esto supone la necesidad de conseguir un acuerdo tácito en los padres que permita el control de la conducta del hijo (Fishman, 1995; Haley, 1985; Minuchin y Fishman, 1984). De este modo, se confirma la hipótesis de Fishman (1995) sobre la relación entre la patología del hijo y la disfuncionalidad en los padres. Por tanto, se muestra como imprescindible el análisis del subsistema parental y del proceso de desvinculación de sus familias de origen, como soporte fundamental para la intervención (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2003; Bowen, 1991; Haley, 1985).

Finalmente, valorando el tipo de terapia que se ofrece desde la USMIJ, los resultados obtenidos indican, en nuestra opinión, el valor de la terapia familiar como una modalidad terapéutica eficaz y eficiente.

Referencias

- Bowen, M. (1991). *De la familia el individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Boszormenyi-Nagy, I., y Spark, G. M. (2003). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fishman, H. C. (1995). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- León, A., Blanco-Morales, M.-J., y Lara, L. (2006a, Junio). *Contextualización del tratamiento, para preadolescentes con trastorno de conducta, a partir del análisis de la solicitud de atención. El uso de la autoridad como elemento terapéutico*. Póster presentado en el X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sevilla

León, A., Blanco-Morales, M.-J., y Sánchez, V. (2006b, Junio). *Contextualización en el tratamiento de adolescentes con trastornos disociales en una Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil*. Póster presentado en el X Congreso de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Sevilla.

Minuchin, S., y Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.